

Hướng dẫn nộp đơn đăng ký Chương trình tiết kiệm Medicare (MSP)

Sử dụng đơn đăng ký này để xem quý vị hoặc quý vị và vợ/chồng của quý vị có đủ điều kiện được tiểu bang thanh toán phí bảo hiểm Medicare và/hoặc chi phí cùng trả của quý vị hay không. Đây KHÔNG phải là đơn xin hưởng các quyền lợi khác như dịch vụ và hỗ trợ dài hạn. Nếu quý vị muốn đăng ký bảo hiểm Medicaid khác hoặc cần trợ giúp để hoàn thành bất kỳ phần nào của biểu mẫu này, vui lòng liên hệ với văn phòng Medicaid tại địa phương của quý vị - www.medicaid.gov/about-us/beneficiary-resources/index.html#statemenu

Có ba loại Chương trình tiết kiệm Medicare (MSP):

Người thụ hưởng Medicare đủ điều kiện (QMB): tiểu bang sẽ thanh toán phí bảo hiểm Medicare Phần A và/hoặc Phần B và phần chia sẻ chi phí của quý vị (khoản khấu trừ, đồng bảo hiểm và đồng thanh toán). Nếu quý vị đủ điều kiện nhận QMB, quý vị sẽ tự động đủ điều kiện nhận Hỗ trợ bổ sung để thanh toán chi phí bảo hiểm thuốc Medicare Phần D của mình.

Người thụ hưởng Medicare có thu nhập thấp được chỉ định (SLMB): tiểu bang sẽ thanh toán phí bảo hiểm Medicare Phần B của quý vị và quý vị sẽ tự động đủ điều kiện nhận Hỗ trợ bổ sung để thanh toán chi phí bảo hiểm thuốc Medicare Phần D của mình.

Cá nhân đủ điều kiện (QI): tiểu bang sẽ thanh toán phí bảo hiểm Medicare Phần B của quý vị và quý vị sẽ tự động đủ điều kiện nhận Hỗ trợ bổ sung để thanh toán chi phí bảo hiểm thuốc Medicare Phần D của mình.

Tiểu bang sẽ quyết định xem quý vị có đủ điều kiện hay không (và liệu vợ/chồng quý vị có đủ điều kiện hay không, nếu vợ/chồng quý vị cũng nộp đơn đăng ký). Nếu quý vị được chấp thuận tham gia MSP, phí bảo hiểm Phần B của quý vị sẽ không còn được khấu trừ khỏi các phúc lợi hưu trí An sinh xã hội, ngành Đường sắt hoặc Công chức nhà nước của quý vị nữa, và quý vị sẽ tự động được đăng ký tham gia chương trình Hỗ trợ bổ sung để thanh toán phí bảo hiểm Medicare Phần D và phần chia sẻ chi phí cho các loại thuốc theo toa được bảo hiểm của quý vị. Liên hệ với văn phòng Medicaid của quý vị nếu quý vị chưa được đăng ký nhận quyền lợi Hỗ trợ bổ sung.

Việc thu hồi tài sản không áp dụng cho bất kỳ khoản hỗ trợ nào quý vị nhận được để thanh toán phí bảo hiểm Medicare hoặc phần chia sẻ chi phí. Điều đó có nghĩa là quý vị KHÔNG cần phải trả lại bất kỳ khoản hỗ trợ nào quý vị nhận được thông qua Chương trình tiết kiệm Medicare.

Những gì quý vị có thể cần để nộp đơn đăng ký

Quý vị có thể cần cung cấp bản sao tài liệu để xác nhận một số thông tin, bao gồm:

- Bảng chứng về thu nhập (như trợ cấp hưu trí hoặc trợ cấp khuyết tật hoặc phiếu lương)
- Bảng chứng về tài sản (như sao kê ngân hàng hoặc hợp đồng bảo hiểm nhân thọ)
- Bảng chứng về Medicare
- Đối với người không phải là công dân Hoa Kỳ, bảng chứng về tình trạng nhập cư đủ điều kiện (như thẻ xanh, hộ chiếu hoặc giấy tờ khác từ Bộ An ninh Nội địa)
- Bảng chứng về nơi quý vị sống (như biên lai tiền thuê nhà, hóa đơn tiện ích hoặc thẻ căn cước do tiểu bang cấp)

Nếu quý vị cần thêm chỗ để viết, hãy đính kèm thêm các trang.

Những cách quý vị có thể nộp đơn đăng ký

- Hoàn thành đơn đăng ký trực tuyến tại _____
- Gửi đơn đăng ký bản in trên giấy này qua đường bưu điện đến _____

- Gửi fax đơn đăng ký này đến _____
- Đến văn phòng [cơ quan tiểu bang] tại _____
- Gọi cho [cơ quan tiểu bang] của quý vị theo số _____ để được hỗ trợ

Hãy giữ lại một bản sao đơn đăng ký để lưu hồ sơ.

Bước tiếp theo là gì?

Cơ quan Medicaid sẽ xem xét đơn đăng ký của quý vị. Quý vị sẽ nhận được phản hồi về tình trạng đủ điều kiện của mình trong vòng 45 ngày. Nếu không nhận được phản hồi trong vòng 45 ngày, hãy liên hệ với cơ quan Medicaid của quý vị.

Nhận trợ giúp khi có thắc mắc về Chương trình tiết kiệm Medicare

Nếu có thắc mắc về Chương trình tiết kiệm Medicare hoặc các quyền lợi Medicare của quý vị, hãy liên hệ với Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế Tiểu bang (SHIP) tại địa phương của quý vị. Tìm thông tin liên lạc của họ bằng cách gọi số [877-839-2675](tel:877-839-2675) hoặc truy cập www.shiphelp.org/.

Đơn đăng ký tham gia Chương trình tiết kiệm Medicare

Thông tin cá nhân

Người nộp đơn - Ghi tên của quý vị giống như tên trên thẻ Medicare của quý vị

Họ	Tên	Tên đệm	
Địa chỉ nơi quý vị sống	Thành phố	Tiểu bang	Mã ZIP
Địa chỉ nhận thư (nếu khác)	Thành phố	Tiểu bang	Mã ZIP
Số điện thoại chính:	Số điện thoại thay thế (không bắt buộc):		
Địa chỉ email (không bắt buộc)	Tình trạng hôn nhân: Chưa kết hôn (độc thân/ly hôn/góa) ☐ Đã kết hôn, sống chung với vợ/chồng ☐ Đã kết hôn nhưng ly thân với vợ/chồng ☐		

Tình trạng công dân:

Quý vị có phải là công dân Hoa Kỳ không? ☐ Có ☐ Không

Nếu không, quý vị có đủ điều kiện nhập cư không? ☐ Có (Vui lòng điền đầy đủ thông tin bên dưới) ☐ Không

Mã số người nước ngoài, số I-94 hoặc số ID tài liệu và loại tài liệu	Ngày được cấp tình trạng	Ngày quý vị nhập cảnh vào Hoa Kỳ	Quốc gia xuất xứ
--	--------------------------	----------------------------------	------------------

Quý vị, hay vợ/chồng hoặc cha mẹ của quý vị, có phải là cựu chiến binh hoặc quân nhân đang tại ngũ của quân đội Hoa Kỳ không? ☐ Có ☐ Không

Vợ/chồng của quý vị có phải là công dân Hoa Kỳ không (nếu vợ/chồng của quý vị cũng đang nộp đơn đăng ký MSP)? ☐ Có ☐ Không

Nếu không, họ có tình trạng nhập cư đủ điều kiện không? ☐ Có (Vui lòng điền đầy đủ thông tin bên dưới) ☐ Không

Mã số người nước ngoài, số I-94 hoặc số ID tài liệu và loại tài liệu	Ngày được cấp tình trạng	Ngày quý vị nhập cảnh vào Hoa Kỳ	Quốc gia xuất xứ
--	--------------------------	----------------------------------	------------------

Thành viên hộ gia đình

Bao gồm cả vợ/chồng của quý vị sống chung trong cùng một hộ gia đình. Bao gồm những người thân sống chung trong cùng một hộ gia đình và có ít nhất một nửa nguồn hỗ trợ tài chính của họ phụ thuộc vào quý vị hoặc vợ/chồng quý vị. Nếu quý vị cần thêm chỗ để viết, hãy đính kèm thêm các trang.

Tên (họ, tên, tên đệm)	Mối quan hệ với quý vị	Ngày sinh	Đang nộp đơn xin hưởng trợ cấp MSP?	Số An sinh xã hội (nếu nộp đơn xin MSP)
	Bản thân		Có ☐ Không ☐	
	Vợ/chồng		Có ☐ Không ☐	
	Khác (nêu rõ)		Không áp dụng	Không bắt buộc
	Khác (nêu rõ)		Không áp dụng	Không bắt buộc

[illegible]

Tài sản

Nếu quý vị hoặc vợ/chồng quý vị có tài sản, hãy liệt kê loại tài sản, người sở hữu tài sản và nêu rõ tài sản đó thuộc sở hữu cá nhân hay của chung. Tài sản bao gồm nhưng không chỉ giới hạn ở:

- Tiền mặt
- Tài khoản thanh toán
- Tài khoản tiết kiệm
- Tài khoản thị trường tiền tệ
- Quỹ tương hỗ
- Trái phiếu tiết kiệm
- Cổ phiếu
- Giấy chứng nhận tiền gửi (CD)
- Tài khoản hưu trí cá nhân (IRA)
- Quỹ chôn cất
- Nhà cửa hoặc đất đai mà quý vị sở hữu (không bao gồm nơi cư trú chính)

Loại tài sản	Tên của chủ sở hữu	Quyền sở hữu	Giá trị hiện tại
		Cá nhân ☐ Chung ☐	\$
		Cá nhân ☐ Chung ☐	\$
		Cá nhân ☐ Chung ☐	\$
		Cá nhân ☐ Chung ☐	\$
		Cá nhân ☐ Chung ☐	\$
		Cá nhân ☐ Chung ☐	\$
		Cá nhân ☐ Chung ☐	\$
		Cá nhân ☐ Chung ☐	\$

Quý vị hoặc vợ/chồng quý vị có sở hữu bất kỳ phương tiện nào (ô tô, xe tải, thuyền, nhà di động, xe máy, xe cắm trại và/hoặc xe kéo) không? Nếu có, vui lòng liệt kê bên dưới và cho biết loại xe nào là xe chính của quý vị:

Tên của chủ sở hữu	Quyền sở hữu	Loại xe	Năm	Hãng sản xuất/ Mẫu xe	Giá trị	Số tiền còn nợ
	Cá nhân ☐ Chung ☐				\$	\$
	Cá nhân ☐ Chung ☐				\$	\$
	Cá nhân ☐ Chung ☐				\$	\$
	Cá nhân ☐ Chung ☐				\$	\$

Quý vị và/hoặc vợ/chồng của quý vị có hợp đồng bảo hiểm nhân thọ trọn đời với tổng giá trị hợp đồng trên \$1.500 đô la không? Nếu có, vui lòng liệt kê bên dưới:

Người được bảo hiểm	Tên công ty bảo hiểm/số hợp đồng bảo hiểm	Cần giúp đỡ tìm kiếm giá trị của hợp đồng?	Mệnh giá	Giá trị tiền mặt
		Có ☐ Không ☐	\$	\$
		Có ☐ Không ☐	\$	\$

Đọc kỹ trước khi ký

Tôi hiểu rằng:

- Tôi phải báo cáo ngay cho cơ quan Medicaid khi có bất kỳ thay đổi nào về hoàn cảnh của mình. Báo cáo muộn có thể dẫn đến các quyền lợi không chính xác.
- Hoàn cảnh của tôi phải có được sự xác minh từ cơ quan Medicaid hoặc các cơ quan khác của tiểu bang hoặc liên bang.
- Cơ quan Medicaid có thể yêu cầu tôi xuất trình bằng chứng về tình trạng đủ điều kiện của tôi. Cơ quan Medicaid có thể giúp tôi lấy bằng chứng hoặc liên hệ với những người hoặc cơ quan khác để xin bằng chứng.
- Khi nộp đơn này, tôi ủy quyền cho cơ quan Medicaid của tiểu bang thay mặt tôi liên hệ với công ty bảo hiểm nhân thọ của tôi.
- Khi yêu cầu và nhận được các quyền lợi chăm sóc y tế, tôi chuyển giao cho tiểu bang mọi quyền đối với bất kỳ hỗ trợ y tế nào và bất kỳ khoản thanh toán nào của bên thứ ba cho dịch vụ chăm sóc y tế.
- Nếu tôi đủ điều kiện tham gia Chương trình tiết kiệm Medicare, tôi sẽ **không** bị thu hồi tài sản để thanh toán bất kỳ khoản phí bảo hiểm Medicare, khoản khấu trừ hoặc đồng bảo hiểm nào.

Quý vị sẽ nhận được Thông báo về tình trạng đủ điều kiện qua thư sau khi chúng tôi xử lý đơn đăng ký của quý vị. Nếu quý vị không đồng ý với những gì mình được hưởng, quý vị có thể yêu cầu kháng cáo. Xem lại Thông báo về tình trạng đủ điều kiện để tìm hướng dẫn kháng cáo cụ thể cho từng người trong hộ gia đình quý vị nộp đơn xin bảo hiểm, bao gồm cả số ngày quý vị có để yêu cầu kháng cáo. Sau đây là thông tin quan trọng cần cân nhắc khi yêu cầu kháng cáo:

Quý vị có thể nhờ ai đó yêu cầu hoặc tham gia kháng cáo của mình nếu quý vị muốn. Người đó có thể là bạn bè, người thân, luật sư hoặc cá nhân khác. Hoặc quý vị có thể tự mình yêu cầu và tham gia kháng cáo.

Để yêu cầu kháng cáo, hãy gọi cho chúng tôi theo số 1-800-XXX-XXXX (TTY: 1-800-XXX-XXXX). Hoặc, truy cập [medicaid.state.gov] để lấy mẫu đơn kháng cáo. Hoặc quý vị có thể tự viết thư và gửi hoặc mang đến cho chúng tôi tại State Medicaid Agency, 321 Any Road, Any City, Any State 00100.

Tuyên bố và chữ ký

Tôi đã đọc và hiểu thông tin trong đơn này. Tôi tuyên bố, theo hình phạt về tội khai man, những thông tin tôi cung cấp trong đơn này là đúng sự thật, chính xác và đầy đủ nhất theo hiểu biết của tôi.

Chữ ký của người nộp đơn/người đại diện:

Ngày:

Chữ ký của vợ/chồng (nếu có):

Ngày:

Tên của người đại diện:

Số điện thoại của người đại diện:

Mối quan hệ với người nộp đơn:

Địa chỉ nhận thư của người đại diện:

Địa chỉ email của người đại diện:

Quý vị có quyền nhận thông tin ở định dạng dễ tiếp nhận, như bản in cỡ chữ lớn, chữ nổi Braille hoặc dạng âm thanh. Quý vị cũng có quyền nộp đơn khiếu nại nếu quý vị cảm thấy mình bị phân biệt đối xử. Truy cập [Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice](https://www.medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice), hoặc gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) để biết thêm thông tin. Người dùng TTY có thể gọi số 1-877-486-2048.

Không bắt buộc: (Việc cung cấp thông tin này sẽ không ảnh hưởng đến tính đủ điều kiện.)

BẢN THÂN: đánh dấu vào tất cả các ô thích hợp

Nếu là dân tộc Tây Ban Nha/La tinh

☐ Người Mexico ☐ Người Mỹ gốc Mexico ☐ Chicano ☐ Người Puerto Rico ☐ Người Cuba ☐ Khác _____

Chủng tộc

☐ Người da trắng ☐ Người Mỹ da đỏ hoặc người Alaska bản địa ☐ Người Philippine ☐ Người Việt ☐ Người Guam hoặc Chamorro
☐ Người da đen hoặc người Mỹ gốc Phi ☐ Người Ấn Độ Châu Á ☐ Người Nhật ☐ Người Châu Á khác ☐ Người Samoa
☐ Người Trung Quốc ☐ Người Hàn Quốc ☐ Người Hawaii bản địa ☐ Người dân đảo Thái Bình Dương khác
☐ Khác _____

Chọn một câu trả lời.

Giới tính được xác định khi sinh (có thể tìm thấy trên giấy khai sinh của quý vị)

☐ Nữ ☐ Nam ☐ Khác _____ ☐ Không chắc ☐ Không muốn trả lời

Giới tính hiện tại:

☐ Nữ ☐ Nam ☐ Nữ chuyển giới ☐ Nam chuyển giới ☐ Một thuật ngữ khác _____ ☐ Không chắc chắn
☐ Không muốn trả lời

Xu hướng tình dục:

☐ Lưỡng tính ☐ Đồng tính nữ hay đồng tính nam ☐ Thăng (không phải đồng tính nữ hay đồng tính nam)
☐ Một thuật ngữ khác _____ ☐ Không chắc chắn ☐ Không muốn trả lời

Không bắt buộc: (Việc cung cấp thông tin này sẽ không ảnh hưởng đến tính đủ điều kiện.)

VỢ/CHỒNG: đánh dấu vào tất cả các ô thích hợp

Nếu là dân tộc Tây Ban Nha/La tinh

☐ Người Mexico ☐ Người Mỹ gốc Mexico ☐ Chicano ☐ Người Puerto Rico ☐ Người Cuba ☐ Khác _____

Chủng tộc

☐ Người da trắng ☐ Người Mỹ da đỏ hoặc người Alaska bản địa ☐ Người Philippine ☐ Người Việt ☐ Người Guam hoặc Chamorro
☐ Người da đen hoặc người Mỹ gốc Phi ☐ Người Ấn Độ Châu Á ☐ Người Nhật ☐ Người Châu Á khác ☐ Người Samoa
☐ Người Trung Quốc ☐ Người Hàn Quốc ☐ Người Hawaii bản địa ☐ Người dân đảo Thái Bình Dương khác
☐ Khác _____

Chọn một câu trả lời.

Giới tính được xác định khi sinh (có thể tìm thấy trên giấy khai sinh của quý vị)

☐ Nữ ☐ Nam ☐ Khác _____ ☐ Không chắc ☐ Không muốn trả lời

Giới tính hiện tại:

☐ Nữ ☐ Nam ☐ Nữ chuyển giới ☐ Nam chuyển giới ☐ Một thuật ngữ khác _____ ☐ Không chắc chắn
☐ Không muốn trả lời

Xu hướng tình dục:

☐ Lưỡng tính ☐ Đồng tính nữ hay đồng tính nam ☐ Thăng (không phải đồng tính nữ hay đồng tính nam)
☐ Một thuật ngữ khác _____ ☐ Không chắc chắn ☐ Không muốn trả lời