



Medicare

Yêu cầu Thông tin về Việc làm của Medicare

Sử dụng mẫu này để đưa ra bằng chứng về bảo hiểm y tế theo nhóm dựa trên việc làm hiện tại để quý vị có thể ghi danh Medicare. Quý vị điền Phần A của mẫu đơn này, sau đó hãy yêu cầu chủ lao động của quý vị điền Phần B.

Để ghi danh Medicare thông qua Thời gian Ghi danh Đặc biệt, quý vị phải có bảo hiểm y tế theo nhóm thông qua việc làm hiện tại của quý vị hoặc vợ/chồng quý vị kể từ tháng đầu tiên quý vị hội đủ điều kiện để được tham gia Medicare Phần B. Bảo hiểm của quý vị không được kết thúc quá 8 tháng trước đó.

Nếu quý vị hội đủ điều kiện để được tham gia Medicare do tình trạng khuyết tật, quý vị phải có bảo hiểm y tế theo nhóm lớn dựa trên việc làm hiện tại của quý vị, vợ/chồng quý vị hoặc một thành viên gia đình.

Gửi mẫu đơn của quý vị qua thư hoặc fax

Gửi mẫu đơn hoàn chỉnh này qua thư hoặc fax kèm theo Đơn Đăng ký Ghi danh Medicare (CMS-40B) đến văn phòng An sinh Xã hội tại địa phương. Tìm một văn phòng gần quý vị tại [SSA.gov/locator](https://www.ssa.gov/locator).

Nhận trợ giúp về mẫu đơn này

- **Số điện thoại:** Gọi cho Cơ quan An sinh Xã hội theo số 1-800-772-1213. Người dùng TTY xin gọi số 1-800-325-0778.
- **En Español:** Llame a SSA gratis al 1-800-772-1213 y oprima el 2 si desea el servicio en español y espere a que le atienda un agente.
- **Trực tiếp:** Ghé qua văn phòng An sinh Xã hội địa phương để được trợ giúp trực tiếp. Tìm một văn phòng gần quý vị tại [SSA.gov/locator](https://www.ssa.gov/locator).
- **Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế Tiểu bang (SHIP):** Truy cập [shiphelp.org](https://www.shiphelp.org) để được tư vấn về bảo hiểm y tế miễn phí, cá nhân hóa và khách quan từ SHIP tại địa phương.

Nhận thông tin ở định dạng khác

Quý vị có quyền nhận thông tin Medicare theo định dạng quý vị có thể tiếp cận được, như bản in lớn, chữ nổi braille, hoặc audio. 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 1-877-486-2048.

Tuyên bố Đạo luật Quyền riêng tư: Cơ quan An sinh Xã hội được phép thu thập thông tin của quý vị theo các mục 1836, 1840 và 1872 của Đạo luật An sinh Xã hội, đã được tu chính (42 U.S.C. 1395o, 1395s và 1395ii) để quý vị ghi danh tham gia Medicare Phần B. Cơ quan An sinh Xã hội và Trung tâm Dịch vụ Medicare & Medicaid (CMS) cần thông tin của quý vị để xác định về tình trạng hội đủ điều kiện của quý vị cho việc tham gia Phần B.

Dù quý vị không phải cung cấp thông tin của mình, nhưng việc không cung cấp toàn bộ hoặc một phần thông tin được yêu cầu trên mẫu này có thể làm chậm trễ quá trình đăng ký ghi danh của quý vị. Cơ quan An sinh Xã hội và CMS sẽ sử dụng thông tin của quý vị để ghi danh cho quý vị vào Phần B. Thông tin của quý vị cũng có thể được sử dụng để quản lý các chương trình An sinh Xã hội hoặc CMS hay các chương trình khác kết hợp với chương trình An sinh Xã hội hoặc CMS để:

- 1) Xác định các quyền của quý vị đối với các quyền lợi An sinh Xã hội và/hoặc bảo hiểm Medicare.
- 2) Tuân thủ luật Liên bang yêu cầu hồ sơ An sinh Xã hội và CMS (như Văn phòng Trách nhiệm Giải trình của Chính phủ và Cơ quan Quản lý Cựu chiến binh).

- 3) Hỗ trợ các hoạt động nghiên cứu và kiểm toán cần thiết để bảo vệ tính toàn vẹn và cải thiện các chương trình An sinh Xã hội và CMS (như Cục Thống kê và các nhà thầu của chương trình An sinh Xã hội và CMS). Chúng tôi có thể xác minh thông tin của quý vị bằng cách sử dụng các kết nối máy tính giúp quản lý các chương trình An sinh Xã hội và CMS theo Đạo luật về Kết nối Máy tính và Bảo vệ Quyền riêng tư năm 1988 (P.L. 100-503).

Đạo luật Giảm bớt Thủ tục Giấy tờ: Theo Đạo Luật Giảm Bớt Thủ Tục Giấy Tờ năm 1995, không có người nào buộc phải phản hồi về việc thu thập thông tin trừ khi có số kiểm soát OMB hợp lệ. Mã số kiểm soát OMB hợp lệ cho bản thu thập thông tin này là 0938-0787. Thời gian cần để hoàn tất việc thu thập thông tin này được ước lượng trung bình là 15 phút cho mỗi câu trả lời, bao gồm thời gian xem xét các chỉ dẫn, truy tìm các nguồn tài nguyên dữ liệu hiện có, thu thập các dữ liệu cần thiết, hoàn tất và duyệt qua việc thu thập thông tin. Nếu quý vị có các góp ý liên quan tới sự chính xác của (các) ước lượng về thời gian hoặc các đề nghị cải thiện cho mẫu đơn này, xin viết gửi cho: CMS, Attn: PRA Reports Clearance Ofcer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850. Quan trọng: Không gửi mẫu này hoặc bất kỳ vật phẩm nào chứa thông tin cá nhân của quý vị (chẳng hạn như yêu cầu thanh toán, thanh toán, hồ sơ y tế, v.v.) đến Văn phòng Xử lý Báo cáo PRA. Bất kỳ vật phẩm nào chúng tôi nhận được không liên quan đến việc cải thiện mẫu này hoặc trách nhiệm thu thập thông tin của mẫu (được nêu trong OMB 0939-0251) sẽ bị tiêu hủy. Thông tin này sẽ không được lưu giữ, xem xét hoặc chuyển tiếp đến Cơ quan An sinh Xã hội hoặc bất kỳ cơ quan nào khác.

Yêu cầu Thông tin về Việc làm của Medicare

Quý vị điền Phần A của mẫu đơn này, sau đó hãy yêu cầu chủ lao động của quý vị điền Phần B.

Phần A: Người đăng ký Medicare Phần B (Bảo hiểm y tế) hoàn thành

Tên người làm đơn	Số An sinh Xã hội (SSN) của người làm đơn [][][] - [][] - [][][][]	
Tên nhân viên (nếu khác với người làm đơn)	Số SSN của nhân viên (nếu khác) [][][] - [][] - [][][][]	
Tên chủ lao động		
Địa chỉ của chủ lao động		
Thành phố	Tiểu bang [][]	Số ZIP [][][][][]

Phần B: Do chủ lao động hoàn thành

CHỈ dành cho Chương trình Bảo hiểm Y tế theo nhóm của Chủ lao động:

Người làm đơn có được (hoặc đã được) bảo hiểm theo chương trình bảo hiểm y tế theo nhóm của chủ lao động không?..... ☐ Có ☐ Không

Nếu có, hãy cung cấp ngày bắt đầu bảo hiểm của người làm đơn (mm/yyyy): [][]/[][]/[][][][]

Bảo hiểm đã kết thúc hay chưa? ☐ Có ☐ Không
[][]/[][][][][]

Nếu đã kết thúc, hãy cung cấp ngày kết thúc bảo hiểm của người làm đơn (mm/yyyy):

Thời điểm nhân viên đó làm việc cho công ty?

Từ (mm/yy): [][]/[][][][] Đến (mm/yy): [][]/[][][][]

Nhân viên đó hiện còn làm việc hay không?..... ☐ Có ☐ Không

Nếu quý vị thuộc diện chương trình bảo hiểm y tế theo nhóm lớn và người làm đơn là người khuyết tật, hãy liệt kê tất cả các tháng mà chương trình bảo hiểm y tế theo nhóm của quý vị là bên thanh toán chính. Từ (mm/yy): [][]/[][][][] Đến (mm/yy): [][]/[][][][]

CHỈ dành cho Thỏa thuận Tích lũy Số giờ Làm việc Tiêu chuẩn:

Người làm đơn có được (hoặc đã được) bảo hiểm theo Thỏa thuận Tích lũy Số giờ Làm việc Tiêu chuẩn (Hours Bank Arrangement) không?..... ☐ Có ☐ Không

Nếu có, người làm đơn có còn số giờ làm việc còn lại để dự trữ không?..... ☐ Có ☐ Không

Ngày mà số giờ làm việc dự trữ sẽ kết thúc hoặc sẽ được sử dụng? (mm/yyyy) [][]/[][][][]

Tất cả Chủ lao động:

Chữ ký của viên chức công ty	Ngày ký (tháng/ngày/năm) [][]/[][]/[][][][]
Chức danh của viên chức công ty	Số điện thoại ([][][]) [][][] - [][][][][]

Gửi mẫu đơn của quý vị qua thư hoặc fax

Gửi mẫu đơn hoàn chỉnh này qua thư hoặc fax kèm theo Đơn Đăng ký Ghi danh Medicare (CMS-40B) đến văn
Form CMS-L564 (XX/XX) V (Vietnamese)

phòng An sinh Xã hội tại địa phương. Tìm một văn phòng gần quý vị tại [SSA.gov/locator](https://ssa.gov/locator).