

Đơn Xin Bảo Trả cho Chi Phí Xét Nghiệm Coronavirus (COVID-19)

Hoàn thành đơn này để nhận trợ giúp thanh toán cho một số chi phí xét nghiệm, liên quan đến xét nghiệm và điều trị coronavirus (COVID-19).

Khoản bảo trả y tế quý vị sẽ nhận được nếu quý vị được cho là đủ điều kiện sử dụng đơn này sẽ chỉ trả tiền cho các xét nghiệm y tế coronavirus.

Để xem liệu quý vị có đủ điều kiện nhận các dịch vụ và quyền lợi chăm sóc sức khỏe khác thông qua Medi-Cal hoặc Covered California hay không, quý vị phải hoàn thành đơn đầy đủ tại www.coveredca.com.

1. Tên	2. Tên Đệm	3. Họ	4. Hậu tố (nếu có)
5. Giới Tính: <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ			6. Ngày Sinh (MM/DD/YYYY):
7. Đang sống ở California? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không			8. Quận Đang Sống?
9. <input type="checkbox"/> Nếu vô gia cư, hãy đánh dấu vào ô này và cho chúng tôi biết địa chỉ chúng tôi có thể liên hệ với quý vị bằng địa chỉ gửi thư qua đường bưu điện bên dưới			
10. Địa Chỉ Nhà (Số & Đường)			Số Căn Hộ
Thành Phố		Tiểu Bang	Mã Zip
11. Địa Chỉ Gửi Thư Qua Bưu Điện (nếu khác với địa chỉ nhà)			Số Căn Hộ
Thành phố		Tiểu Bang	Mã Zip
12. Số Liên Lạc Dễ Nhất	13. Số Điện Thoại Khác	14. Địa Chỉ Email	
15. Ngôn ngữ quý vị nói tốt nhất là gì?			16. Ngôn ngữ quý vị đọc tốt nhất là gì?
17. Số Social Security (SSN): _____			
<p><i>Nếu quý vị có số Social Security (SSN) quý vị phải cung cấp số này khi quý vị nộp đơn xin bảo hiểm y tế cho mình. Chúng tôi sử dụng các số Social Security (SSN) để kiểm tra thu nhập của quý vị và các thông tin khác để xem quý vị có đủ điều kiện để được trợ giúp phí thanh toán cho bảo hiểm y tế hay không. Nếu quý vị đang nộp đơn xin bảo hiểm y tế và không có SSN và muốn được trợ giúp để có được số SSN, hãy truy cập www.ssa.gov. Quý vị có thể đủ điều kiện nhận một số chương trình bảo hiểm y tế ngay cả khi quý vị không có SSN. Để biết thêm thông tin, hãy gọi cho đường dây hỗ trợ của Medi-Cal theo số (800) 541-5555.</i></p>			
18. Quý vị có phải là Công Dân hoặc Kiều Bào Hoa Kỳ không? Nếu Có, hãy đi đến mục 19. Nếu Không, hãy chuyển sang mục 20. <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không			

19. Quý vị có phải là công dân nhập tịch hoặc có nguồn gốc không? <i>Nếu Có, hoàn thành câu a hoặc b và chuyển sang mục 21. Nếu Không, hãy chuyển sang mục 21.</i> <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
a. Alien Number/USCIS Number:	b. Số Nhập Tịch/Quốc Tịch:
20. Nếu quý vị không phải là Công Dân hoặc Kiềm Bào Hoa Kỳ, quý vị có tình trạng di trú đủ điều kiện không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <i>Nếu có, hãy nhập loại giấy tờ và bất kỳ thông tin nào dưới đây đúng với quý vị.</i>	
a. Loại Giấy Tờ Di Trú:	b. Tình Trạng Di Trú (Tùy Chọn):
c. Tên như xuất hiện trong Giấy Tờ Di Trú của quý vị:	
d. Alien Number/USCIS Number:	e. Số I-94:
f. Số Hộ Chiếu:	g. Quốc Gia Cấp:
h. SEVIS ID:	i. Khác (Số Thẻ hoặc Số Thị Thực):
21. Hiện tại quý vị có Medicare không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	22. Quý vị hiện có bảo hiểm y tế nào khác không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không

CÁC QUYỀN VÀ TRÁCH NHIỆM CỦA QUÝ VỊ

- Tôi biết rằng theo luật liên bang, DHCS không phân biệt đối xử bất hợp pháp dựa trên giới tính, chủng tộc, màu da, tôn giáo, tổ tiên, nguồn gốc quốc gia, nhận dạng nhóm dân tộc, tuổi tác, tình trạng khuyết tật tâm thần, tình trạng khuyết tật thể chất, tình trạng y tế, thông tin di truyền, tình trạng hôn nhân, giới tính, bản dạng giới tính, xu hướng tình dục, hoặc bất kỳ cơ sở nào khác được bảo vệ bởi luật dân quyền của Liên Bang hoặc Tiểu Bang.
- Có thể nộp đơn khiếu nại bằng cách gọi cho Office of Civil Rights, Department of Health Care Services theo số (916) 440-7370 hoặc bằng thư từ qua đường bưu điện gửi tới P.O. Box 997413, MS 0009, Sacramento, CA 95899-7413, hoặc bằng email gửi tới CivilRights@dhcs.ca.gov.
- Tôi biết rằng thông tin trên mẫu này sẽ được sử dụng để xác định tính đủ điều kiện nhận bảo hiểm y tế, giúp thanh toán phí bảo hiểm, và cho các mục đích hợp pháp của những chương trình giúp thanh toán phí bảo hiểm y tế.
- Nếu bất kỳ ai trong đơn xin này đủ điều kiện nhận Medi-Cal, tôi cấp cho California Department of Health Care Services quyền của chúng tôi trong việc theo đuổi và nhận bất kỳ khoản tiền nào từ bảo hiểm y tế khác, các thỏa thuận hợp pháp hoặc các bên thứ ba khác.
- Chúng tôi cần thông tin trong đơn này để kiểm tra tính đủ điều kiện nhận trợ giúp thanh toán khoản bao trả cho một số chi phí xét nghiệm, liên quan đến xét nghiệm và điều trị COVID-19 của quý vị. Chúng tôi sẽ kiểm tra câu trả lời của quý vị bằng cách sử dụng thông tin trong cơ sở dữ liệu điện tử và cơ sở dữ liệu của chúng tôi từ Social Security, và Department of Homeland Security. Nếu thông tin không khớp, chúng tôi có thể yêu cầu quý vị gửi thêm thông tin cho chúng tôi.
- Tôi có quyền được biết thông tin sức khỏe được bảo vệ của tôi có thể được sử dụng và tiết lộ như thế nào, cũng như quyền riêng tư của tôi là gì. Thông Báo Thực Hành Quyền Riêng Tư (NPP) cung cấp thông tin này và có sẵn tại <https://www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/laws/priv/Pages/NoticeofPrivacyPractices.aspx>

TUYÊN BỐ VỀ QUYỀN RIÊNG TƯ

- Đơn này dành cho chương trình COVID-19 Uninsured Group được Department of Health Care Services (DHCS) quản lý. Thông tin cá nhân và thông tin y tế quý vị cung cấp trong đơn được giữ kín và bảo mật. DHCS cần những thông tin này để nhận dạng quý vị và quản lý chương trình Nhóm Không Được Bảo Hiểm COVID-19.
- Chúng tôi sẽ chia sẻ thông tin của quý vị với các cơ quan tiểu bang, liên bang, và địa phương khác, nhà thầu, các chương trình chăm sóc sức khỏe và các chương trình chỉ để ghi danh quý vị vào một chương trình hoặc để quản lý các chương trình, và như được mô tả trong Thông Báo Thực Hành Quyền Riêng Tư.
- Quý vị phải trả lời tất cả các câu hỏi trong đơn này trừ khi chúng được đánh dấu “*tùy chọn*.” Nếu đơn của quý vị thiếu bất cứ thông tin gì chúng tôi yêu cầu, chúng tôi sẽ liên hệ với quý vị để nhận thông tin đó. Nếu quý vị không cung cấp thông tin này, chúng tôi sẽ không thể đưa ra quyết định với đơn của quý vị. Quý vị có thể phải gửi một đơn mới nếu không đơn xin quyền lợi Nhóm COVID-19 Uninsured của quý vị có thể bị từ chối.
- Để biết thêm thông tin hoặc để xem hồ sơ của Department of Health Care Services, hãy liên hệ với Đơn Vị Bảo Vệ Thông Tin tại P.O. Box 997413, MS 4721 Sacramento, CA 95899-7413 Điện thoại: 1-866-866-0602 TTY: 1-877-735-2929.
- Luật tiểu bang và liên bang này cung cấp cho chúng tôi quyền thu thập và lưu giữ thông tin trong đơn: DHCS: Bộ Luật Phúc Lợi và Định Chế. CA § 14011 và Điều 3, các Chương 5 và 7, các Phần 2 và 3, Đoạn 9; Covered CA: 42 Bộ Luật Hoa Kỳ § 18031; Bộ Luật Chính Quyền CA §§ 100502(k) và 100503(a).

TÔI NÊN LÀM GÌ NẾU TÔI CHO RẰNG THÔNG BÁO VỀ TÍNH ĐỦ ĐIỀU KIỆN CỦA TÔI BI SAI?

- Nếu tôi cho rằng Medi-Cal program đã có nhầm lẫn, tôi có thể kháng cáo quyết định. Kháng cáo có nghĩa là cho ai đó tại chương trình Medi-Cal biết rằng, theo tôi, quyết định của họ là sai và yêu cầu xem xét công bằng hành động đó.
- Tôi biết rằng tôi có thể tìm hiểu cách yêu cầu kháng cáo, bao gồm cả kháng cáo giải quyết nhanh, bằng cách gọi số 1-800-743-8525 (TTY: 1-800-952-8349) đối với chương trình Medi-Cal.
- Tôi biết rằng tôi phải nộp đơn kháng cáo trong vòng 90 ngày kể từ khi có thông báo quyết định.
- Tôi biết rằng tôi có thể đại diện cho chính mình hoặc yêu cầu người khác đại diện cho tôi khi kháng cáo, chẳng hạn như người đại diện được ủy quyền, bạn bè, người thân hoặc luật sư.
- Tôi biết rằng tất cả các phiên điều trần sẽ được tiến hành qua điện thoại hoặc hội nghị video trừ khi tôi yêu cầu một buổi điều trần trực tiếp.
- Tôi biết rằng nếu tôi cần trợ giúp, chương trình Medi-Cal có thể giúp tôi giải thích trường hợp của mình.
- Tôi biết rằng ai đó tại chương trình Medi-Cal có thể giải thích các trường hợp trong đó tính đủ điều kiện của tôi có thể được duy trì hoặc phục hồi trong khi chờ quyết định kháng cáo.

CHỮ KÝ:

Bằng cách ký tên, tôi tuyên bố rằng những gì tôi trình bày dưới đây là đúng, đầy đủ và chính xác.

- Tôi đã đọc và hiểu đơn này.
- Tôi hiểu rằng đơn này chỉ để được trợ giúp thanh toán cho một số chi phí xét nghiệm, liên quan đến xét nghiệm và điều trị coronavirus (COVID-19). Để xem liệu tôi có đủ điều kiện nhận các dịch vụ và quyền lợi chăm sóc sức khỏe khác hay không thông qua Medi-Cal hoặc Covered California, tôi phải hoàn thành đơn đầy đủ tại www.coveredca.com.

Chữ Ký	Ngày
--------	------