

Đơn Đăng Ký Bảo Hiểm Y Tế Tự Nhân

**ĐĂNG KÝ NGAY
THÔNG QUA
COVERED
CALIFORNIA™**

Điểm đến của quý vị cho bảo hiểm y tế có giá cả phải chăng

Xem Nội Dung

Những Điều Cần Biết	1
Đơn đăng ký	2–13
Tài liệu đính kèm A–C	14–18
Các Câu Hỏi Thường Gặp	19–22



Covered California là nơi các cá nhân và gia đình có thể tìm bảo hiểm y tế có giá cả phải chăng.

Tiểu bang California đã tạo ra Covered California™ để giúp quý vị và gia đình quý vị nhận bảo hiểm y tế.

Có bảo hiểm y tế có thể mang đến cho quý vị sự an tâm và giúp quý vị có thể giữ được sức khỏe tốt. Có bảo hiểm, quý vị sẽ thấy quý vị và gia đình mình có thể nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe khi cần thiết.

Sử dụng Đơn Đăng Ký Bảo Hiểm Y Tế Tự Nhân này để xem quý vị có những lựa chọn nào thông qua Covered California.

➔ Quý vị có thể sử dụng đơn đăng ký này để tìm bảo hiểm y tế có giá cả phải chăng cho bất kỳ ai trong gia đình quý vị, ngay cả khi quý vị hoặc họ đã có bảo hiểm y tế.

Nếu quý vị nghĩ quý vị có thể đủ tiêu chuẩn nhận (1) **bảo hiểm miễn phí** hoặc **chi phí thấp** như Medi-Cal, (2) **bảo hiểm chi phí thấp** cho phụ nữ mang thai thông qua chương trình Access for Infants and Mothers (AIM) hoặc (3) **trợ giúp thanh toán bảo hiểm**, quý vị phải sử dụng đơn đăng ký khác được gọi là “Đơn Đăng Ký Bảo Hiểm Y Tế.” Quý vị có thể nhận đơn đăng ký bản giấy hoặc đăng ký trực tuyến tại **CoveredCA.com**.

Quý vị có thể nhận đơn đăng ký này bằng các ngôn ngữ khác

Español	1-800-300-0213
繁體字	1-800-300-1533
Tiếng Việt	1-800-652-9528
한국어	1-800-738-9116
Tagalog	1-800-983-8816
Heccrbq	1-800-778-7695
Հայերեն	1-800-996-1009
فارسی	1-800-921-8879
ភាសាខ្មែរ	1-800-906-8528
Hmoob	1-800-771-2156
العربية	1-800-826-6317

Gọi theo số 1-800-652-9528 để nhận đơn đăng ký này dưới các định dạng khác, như bản in cỡ lớn.

Gọi: 1-800-652-9528 (TTY: 1-888-889-4500). Cuộc gọi này miễn phí. Quý vị có thể gọi từ Thứ 2 đến Thứ 6, 8 giờ sáng đến 6 giờ tối và Thứ 7, 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều. **Hoặc truy cập: CoveredCA.com**



Những Điều Cần Biết

Những điều quý vị cần biết khi đăng ký

- ➔ Số An Sinh Xã Hội cho người nộp đơn là công dân Hoa Kỳ hoặc thông tin tài liệu cho người nhập cư có đủ tư cách cần bảo hiểm. Chỉ yêu cầu bằng chứng về quyền công dân hoặc tình trạng nhập cư đối với người nộp đơn.
- ➔ Theo yêu cầu của pháp luật, chúng tôi giữ kín và bảo mật thông tin của quý vị. Chúng tôi sẽ chỉ sử dụng thông tin của quý vị để giúp quý vị nhận bảo hiểm y tế.
- ➔ Các gia đình có người nhập cư có thể nộp đơn đăng ký. Quý vị có thể đăng ký cho con mình ngay cả khi quý vị không đủ điều kiện nhận khoản bao trả. Việc đăng ký cho trẻ đủ điều kiện của quý vị không ảnh hưởng đến tình trạng nhập cư hoặc cơ hội trở thành thường trú dân hoặc công dân của quý vị.
- ➔ Nếu quý vị là người Bản Địa Alaska hoặc người Mỹ Da Đỏ được liên bang công nhận mà đang nhận các dịch vụ từ Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe dành cho Người Da Đỏ, các chương trình chăm sóc sức khỏe dành cho bộ tộc hoặc các chương trình chăm sóc sức khỏe dành cho người Da Đỏ thành thị, quý vị vẫn có thể đủ tiêu chuẩn nhận bảo hiểm y tế thông qua Covered California.

Nộp đơn đăng ký nhanh hơn qua trực tuyến

Nộp đơn đăng ký trực tuyến tại CoveredCA.com. Nộp đơn đăng ký trực tuyến an toàn, đảm bảo và nhanh chóng—và quý vị sẽ nhận được kết quả nhanh hơn!

Sau khi hoàn tất

Gửi đơn đăng ký đã hoàn tất và có chữ ký của quý vị tới:

Covered California
P.O. Box 989725
West Sacramento, CA 95798-9725

- ➔ Nếu quý vị không có tất cả thông tin chúng tôi yêu cầu, hãy vẫn ký và gửi đơn đăng ký của quý vị đi. Chúng tôi có thể gọi cho quý vị để giúp quý vị hoàn thành đơn đăng ký của mình.
- ➔ Không gửi khoản thanh toán ghi danh chương trình bảo hiểm y tế của quý vị cùng với đơn đăng ký này. Chương trình của quý vị sẽ gửi cho quý vị hóa đơn với số tiền quý vị nợ.

Nhận trợ giúp khi điền đơn đăng ký này

Chúng tôi sẵn sàng trợ giúp quý vị! Quý vị có thể nhận trợ giúp miễn phí.

- **Trực tuyến:** CoveredCA.com
- **Qua Điện Thoại:** Hãy gọi cho Trung Tâm Dịch Vụ Khách Hàng của chúng tôi theo số 1-800-652-9528 (TTY: 1-888-889-4500). Cuộc gọi này miễn phí. Quý vị có thể gọi từ Thứ 2 đến Thứ 6, 8 giờ sáng đến 6 giờ tối và Thứ 7, 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều.
- **Gặp trực tiếp:** Chúng tôi đã đào tạo các Cố Vấn Ghi Danh Được Chứng Nhận và Đại Lý Bảo Hiểm Được Chứng Nhận để có thể giúp quý vị. Để có danh sách các Cố Vấn Ghi Danh Được Chứng Nhận và Đại Lý Bảo Hiểm Được Chứng Nhận gần nơi quý vị sinh sống hoặc làm việc, hoặc danh sách văn phòng dịch vụ xã hội của hạt gần đó, hãy truy cập CoveredCA.com hoặc gọi điện đến số 1-800-652-9528 (TTY: 1-888-889-4500). Trợ giúp miễn phí!
- Nếu quý vị bị khuyết tật hoặc có nhu cầu khác, chúng tôi có thể hỗ trợ miễn phí cho quý vị trong việc điền đơn đăng ký này. Quý vị có thể trực tiếp đến văn phòng dịch vụ xã hội hạt tại địa phương quý vị hoặc gọi cho Trung Tâm Dịch Vụ Khách Hàng của chúng tôi theo số 1-800-652-9528 (TTY: 1-888-889-4500).

Quý VĐ CĐn
Giúp ĐĐ?

Gọi 1-800-652-9528 (TTY: 1-888-889-4500). Cuộc gọi này miễn phí. Quý vị có thể gọi từ Thứ 2 đến Thứ 6, 8 giờ sáng đến 6 giờ tối và Thứ 7, 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều. Hoặc truy cập CoveredCA.com.

Bắt đầu nộp đơn đăng ký tại đây (chỉ sử dụng mực xanh hoặc mực đen)

BƯỚC 1:

Cho chúng tôi biết về người lớn mà sẽ là người liên hệ chính cho đơn đăng ký này

Tên _____ Tên đệm _____ Họ _____ Hậu tố (ví dụ: Sr., Jr., III, IV) _____

Địa chỉ nhà _____ Số căn hộ _____

Thành phố (địa chỉ nhà) _____ Tiểu bang _____ Mã ZIP _____ Hạt _____

Đánh dấu vào đây nếu quý vị không có địa chỉ nhà. Quý vị phải cho chúng tôi biết địa chỉ gửi thư qua bưu điện vào bên dưới.

Đánh dấu vào đây nếu địa chỉ gửi thư qua bưu điện của quý vị giống với địa chỉ nhà.

Nếu khác, quý vị phải cho chúng tôi biết địa chỉ gửi thư qua bưu điện vào bên dưới:

Địa chỉ gửi thư qua bưu điện hoặc P.O. Box (nếu khác với địa chỉ nhà) _____ Số căn hộ _____

Thành phố (địa chỉ gửi thư qua bưu điện) _____ Tiểu bang _____ Mã ZIP _____ Hạt _____

Số điện thoại để liên hệ với quý vị thuận tiện nhất
 Số Điện Thoại Nhà Số Di Động Số Điện Thoại
Cơ Quan: () –

Số điện thoại khác
 Số Điện Thoại Nhà Số Di Động Số Điện Thoại
Cơ Quan: () –

Chúng tôi nên viết thư cho quý vị bằng ngôn ngữ nào?

Quý vị muốn chúng tôi nói chuyện với quý vị bằng ngôn ngữ nào?

Quý vị muốn nhận thông tin về đơn đăng ký này bằng cách nào?

Điện thoại Thư qua bưu điện Email Địa chỉ email: _____

Quý vị có muốn đăng ký nhận hỗ trợ phí bảo hiểm để giúp thanh toán bảo hiểm y tế cho chính quý vị hoặc các thành viên trong hộ gia đình hay không?

Có **Nếu có**, quý vị cần đơn đăng ký khác. Hãy truy cập CoveredCA.com để lấy đơn đăng ký xem quý vị đủ tiêu chuẩn nhận loại bảo hiểm y tế nào.

Không **Nếu không**, tiếp tục điền vào đơn đăng ký này.

BƯỚC 2:

Cho chúng tôi biết về quý vị và gia đình quý vị

Hoàn thành Bước 2 cho mỗi người trong gia đình quý vị cần bảo hiểm y tế.

Bắt đầu từ chính quý vị!

- Để đăng ký cho hơn bốn người trên đơn đăng ký này, **tạo một bản sao các trang 4 và 5** cho mỗi người bổ sung.
 - Theo yêu cầu của pháp luật, chúng tôi sẽ giữ kín tất cả thông tin của quý vị. Chúng tôi sẽ chỉ sử dụng thông tin cá nhân để xem liệu quý vị có đủ tiêu chuẩn nhận bảo hiểm y tế hay không. Quý vị không cần cung cấp số An Sinh Xã Hội hoặc bằng chứng về tình trạng công dân hay nhập cư cho những người trong gia đình quý vị mà không đăng ký bảo hiểm y tế.
 - Ngay cả khi các thành viên gia đình quý vị hiện đã có bảo hiểm y tế, quý vị vẫn có thể tìm bảo hiểm tốt hơn với chi phí thấp hơn thông qua Covered California.
- ★ Bất kỳ người nào khác sống cùng quý vị—ví dụ như bạn trai, bạn gái hoặc bạn cùng phòng—sẽ cần phải nộp đơn đăng ký của **riêng** người đó nếu họ muốn có bảo hiểm y tế.

Bước 2 xem tiếp trang sau 

**Quý VD CDN
Giúp ĐĐ?**

Gọi **1-800-652-9528** (TTY: 1-888-889-4500). Cuộc gọi này miễn phí. Quý vị có thể gọi từ Thứ 2 đến Thứ 6, 8 giờ sáng đến 6 giờ tối và Thứ 7, 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều. Hoặc truy cập CoveredCA.com.



BƯỚC 2:

Người số 1 Cho chúng tôi biết về bản thân quý vị.

Tên _____ Tên đệm _____ Họ _____ Hậu tố (ví dụ: Sr., Jr., III, IV) _____ Mọi quan hệ với quý vị
Bản thân

Quý vị là: Nam Nữ

Ngày sinh (tháng / ngày / năm): _____

Hồ sơ đăng ký bảo hiểm y tế

Ngay cả khi hiện quý vị đã có bảo hiểm, quý vị vẫn có thể tìm kiếm khoản bao trả tốt hơn hoặc ít chi phí hơn.

► Có phải quý vị đang nộp đơn xin bảo hiểm y tế cho chính quý vị không?

Có **Nếu có**, hãy trả lời các câu hỏi dưới đây. Không **Nếu không**, vui lòng chuyển đến trang tiếp theo.

★ Số An Sinh Xã Hội (SSN)

____ - ____ - ____

Nếu quý vị **không** có số SSN, lý do là gì?

Số Nhận Dạng Người Nộp Thuế để Nhận Con Nuôi (ATIN) _____

Số Nhận Dạng Người Nộp Thuế Cá Nhân (ITIN) _____

Miễn trừ vì lý do tôn giáo Tôi không đủ tiêu chuẩn có SSN

★ Chúng tôi sử dụng các số An Sinh Xã Hội (SSN) để kiểm tra thông tin về tư cách công dân và thông tin khác.

Quý vị phải cung cấp SSN nếu quý vị (hoặc thành viên gia đình) muốn nộp đơn đăng ký nhận bảo hiểm y tế.

Nếu người nào đó đang nộp đơn đăng ký không có SSN và muốn được trợ giúp nhận SSN, hãy gọi điện đến số 1-800-652-9528 (TTY: 1-888-889-4500) hoặc truy cập CoveredCA.com.

Quý vị có phải là công dân hay kiều bào Hoa Kỳ không? Có Không

Nếu quý vị **không** phải là công dân hay kiều bào Hoa Kỳ, hãy trả lời các câu hỏi sau:

Quý vị có tình trạng nhập cư có đủ tư cách không? Có **Để xem quý vị có tình trạng có đủ tư cách hay không**, chuyển đến Tài Liệu Đính Kèm B trên trang 15 để xem danh sách. Sau đó viết thông tin tài liệu ở đây. Trong hầu hết các trường hợp, số ID tài liệu của quý vị sẽ là Số Đăng Ký Người Nước Ngoài của quý vị.

Loại tài liệu: _____ Số ID: _____

Quốc gia cấp: _____ Ngày hết hạn: _____

Tên như xuất hiện trong tài liệu: _____

Quý vị có sống tại Hoa Kỳ từ năm 1996 không? Có Không

Quý vị, vợ/chồng quý vị hoặc con cái phụ thuộc chưa kết hôn có phải là cựu chiến binh giải ngũ trong danh dự hoặc đang thực hiện nghĩa vụ quân sự trong lực lượng vũ trang Hoa Kỳ hay không? Có Không

► Nếu quý vị muốn chọn một chương trình bảo hiểm y tế ngay bây giờ, hãy đánh dấu vào đây và điền vào Tài Liệu Đính Kèm C trên các trang 16–18.

Cho chúng tôi biết về chủng tộc của quý vị Vui lòng cho chúng tôi biết về bản thân quý vị. Thông tin này được bảo mật và sẽ chỉ được sử dụng nhằm đảm bảo rằng mọi người được tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe như nhau. Thông tin này sẽ không được dùng để quyết định xem quý vị đủ tiêu chuẩn đối với loại bảo hiểm y tế nào.

Chủng tộc của quý vị là gì? (tùy chọn; đánh dấu tất cả các ô đúng)

- | | | | |
|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Người Da Trắng | <input type="checkbox"/> Người Ấn Độ | <input type="checkbox"/> Người Nhật Bản | <input type="checkbox"/> Người Bản Thổ Đảo Guam hoặc Người Chamorro |
| <input type="checkbox"/> Người Da Đen hoặc Người Mỹ Gốc Phi | <input type="checkbox"/> Người Campuchia | <input type="checkbox"/> Người Hàn Quốc | <input type="checkbox"/> Người Samoa |
| <input type="checkbox"/> Người Mỹ Da Đỏ hoặc Người Bản Địa Alaska | <input type="checkbox"/> Người Trung Quốc | <input type="checkbox"/> Người Lào | <input type="checkbox"/> Khác _____ |
| | <input type="checkbox"/> Người Phi-líp-pin | <input type="checkbox"/> Người Việt Nam Bản Địa | |
| | <input type="checkbox"/> Hmong | | |

Quý vị có phải người gốc Hispanic, Latinh hay Tây Ban Nha không? (tùy chọn)

Có Không

Nếu có, hãy đánh dấu ô:

Người Mê-hi-cô, Người Mỹ gốc Mê-hi-cô, Người Bắc Mỹ gốc Mê-hi-cô

Người Salvador Người Guatemala

Người Cu-ba Người Puerto Ricô

Người Hispanic, Mỹ Latinh hoặc Tây Ban Nha khác: _____

★ Đánh dấu vào đây nếu quý vị là Người Mỹ Da Đỏ hoặc Người Bản Địa Alaska, và điền vào Tài Liệu Đính Kèm A trên trang 14.



Quý VĐ CĐN
Giúp ĐĐ?

Gọi 1-800-652-9528 (TTY: 1-888-889-4500). Cuộc gọi này miễn phí. Quý vị có thể gọi từ Thứ 2 đến Thứ 6, 8 giờ sáng đến 6 giờ tối và Thứ 7, 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều. Hoặc truy cập CoveredCA.com.

BƯỚC 2:

Người số 2 Cho chúng tôi biết về người tiếp theo sống trong gia đình quý vị.

Ngay cả khi bây giờ người này đã có bảo hiểm, quý vị có thể tìm khoản bao trả tốt hơn với chi phí thấp hơn. **Nếu quý vị có hơn bốn thành viên gia đình trên đơn đăng ký này, hãy tạo bản sao của các trang 4 và 5 cho từng người bổ sung.**

Tên	Tên đệm	Họ	Hậu tố (ví dụ: Sr., Jr., III, IV)	Mối quan hệ với quý vị
-----	---------	----	-----------------------------------	------------------------

Người này là: Nam Nữ

Ngày sinh (tháng / ngày / năm):

- Đánh dấu vào đây nếu địa chỉ nhà của người này giống với địa chỉ nhà của người liên hệ chính.
Nếu khác, quý vị phải cho chúng tôi biết địa chỉ nhà của người này vào bên dưới:

Địa chỉ nhà Số căn hộ

Thành phố (địa chỉ nhà)	Tiểu bang	Mã ZIP	Hạt
-------------------------	-----------	--------	-----

- Đánh dấu vào đây nếu người này không có địa chỉ nhà. Quý vị phải cho chúng tôi biết địa chỉ gửi thư qua bưu điện vào bên dưới.

- Đánh dấu vào đây nếu địa chỉ gửi thư qua bưu điện của người này giống với địa chỉ gửi thư qua bưu điện của người liên hệ chính.
Nếu khác, quý vị phải cho chúng tôi biết địa chỉ gửi thư qua bưu điện của người này vào bên dưới:

Địa chỉ gửi thư qua bưu điện hoặc P.O. Box (nếu khác với địa chỉ nhà) Số căn hộ

Thành phố (địa chỉ gửi thư qua bưu điện)	Tiểu bang	Mã ZIP	Hạt
------------------------------------------	-----------	--------	-----

Số điện thoại để liên hệ với người này thuận tiện nhất <input type="checkbox"/> Số Điện Thoại Nhà <input type="checkbox"/> Số Di Động <input type="checkbox"/> Số Điện Thoại Cơ Quan: () -	Số điện thoại khác <input type="checkbox"/> Số Điện Thoại Nhà <input type="checkbox"/> Số Di Động <input type="checkbox"/> Số Điện Thoại Cơ Quan: () -
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Địa chỉ email:

Chúng tôi nên viết thư cho người này bằng ngôn ngữ nào? Người này muốn chúng tôi nói chuyện với mình bằng ngôn ngữ nào?

Hồ sơ đăng ký bảo hiểm y tế Ngay cả khi người này hiện đã có bảo hiểm, quý vị vẫn có thể tìm khoản bao trả tốt hơn hoặc ít chi phí hơn.

- Người này có đang nộp đơn xin bảo hiểm y tế không? Có **Nếu có**, hãy trả lời các câu hỏi dưới đây.
 Không **Nếu không**, chuyển đến trang 6.

★ Số An Sinh Xã Hội (SSN) ____ - ____ - ____	Nếu người này không có SSN, lí do là gì? <input type="checkbox"/> Số Nhận Dạng Người Nộp Thuế để Nhận Con Nuôi (ATIN) _____ <input type="checkbox"/> Số Nhận Dạng Người Nộp Thuế Cá Nhân (ITIN) _____ <input type="checkbox"/> Miễn trừ vì lý do tôn giáo <input type="checkbox"/> Người này không đủ tiêu chuẩn nhận SSN
-------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Người số 2 xem tiếp trang sau 

**Quý VD CDN
Giúp ĐĐ?**

Gọi **1-800-652-9528** (TTY: 1-888-889-4500). Cuộc gọi này miễn phí. Quý vị có thể gọi từ Thứ 2 đến Thứ 6, 8 giờ sáng đến 6 giờ tối và Thứ 7, 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều.
Hoặc truy cập **CoveredCA.com**.



Bước 2:

Người số 2 (tiếp)

Người này có phải là công dân hay kiều bào Hoa Kỳ không? Có Không

Nếu người này **không phải** công dân hoặc kiều bào Hoa Kỳ, hãy trả lời các câu hỏi này:

Người này có tình trạng nhập cư đủ tư cách hay không? Có **Để xem người này có tình trạng có đủ tư cách hay không, chuyển đến Tài Liệu Đính Kèm B trên trang 15 để xem danh sách. Sau đó viết thông tin tài liệu ở đây. Trong hầu hết các trường hợp, số ID tài liệu sẽ là Số Đăng Ký Người Nước Ngoài.**

Loại tài liệu: _____ Số ID: _____

Quốc gia cấp: _____ Ngày hết hạn: _____

Tên như xuất hiện trong tài liệu: _____

Người này có sống tại Hoa Kỳ từ năm 1996 không? Có Không

Người này, vợ/chồng của người này hoặc con cái phụ thuộc chưa kết hôn có phải là cựu chiến binh giải ngũ trong danh dự hoặc đang thực hiện nghĩa vụ quân sự trong lực lượng vũ trang Hoa Kỳ hay không? Có Không

▶ Nếu người này muốn chọn một chương trình bảo hiểm y tế ngay bây giờ, hãy đánh dấu vào đây và điền vào Tài Liệu Đính Kèm C trên các trang 16–18.

Cho chúng tôi biết về chủng tộc của người này Thông tin này được bảo mật và sẽ chỉ được sử dụng nhằm đảm bảo rằng mọi người được tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe như nhau. Thông tin này sẽ không được dùng để quyết định xem người này đủ tiêu chuẩn đối với loại bảo hiểm y tế nào.

Chủng tộc của người này là gì? (tùy chọn; đánh dấu tất cả các ô đúng)

- | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Người Da Trắng | <input type="checkbox"/> Người Ấn Độ | <input type="checkbox"/> Người Nhật Bản | <input type="checkbox"/> Người Bản Thổ Đảo |
| <input type="checkbox"/> Người Da Đen
hoặc Người Mỹ
Gốc Phi | <input type="checkbox"/> Người
Campuchia | <input type="checkbox"/> Người Hàn Quốc | <input type="checkbox"/> Guam hoặc Người
Chamorro |
| <input type="checkbox"/> Người Mỹ Da Đỏ
hoặc Người Bản
Địa Alaska | <input type="checkbox"/> Người Trung
Quốc | <input type="checkbox"/> Người Lào | <input type="checkbox"/> Người Samoa |
| | <input type="checkbox"/> Người
Phi-líp-pin | <input type="checkbox"/> Người Việt Nam | <input type="checkbox"/> Khác |
| | <input type="checkbox"/> Hmong | <input type="checkbox"/> Người Hawaii
Bản Địa | |

Quý vị có phải người gốc Hispanic,
Latinh hay Tây Ban Nha không? (tùy chọn)

Có Không

Nếu có, hãy đánh dấu ở:

Người Mê-hi-cô, Người Mỹ gốc Mê-hi-cô,
Người Bắc Mỹ gốc Mê-hi-cô

Người Salvador Người Guatemala

Người Cu-ba Người Puerto Ricó

Người Hispanic, Mỹ Latinh hoặc Tây Ban
Nha khác: _____

★ Đánh dấu vào đây nếu quý vị là Người Mỹ Da Đỏ hoặc Người Bản Địa Alaska, và điền vào Tài Liệu Đính Kèm A trên trang 14.



Quý VĐ CĐn
Giúp ĐĐ?

Gọi **1-800-652-9528** (TTY: 1-888-889-4500). Cuộc gọi này miễn phí. Quý vị có thể gọi từ Thứ 2 đến Thứ 6, 8 giờ sáng đến 6 giờ tối và Thứ 7, 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều. Hoặc truy cập **CoveredCA.com**.

Bước 2:

Người số 3 Cho chúng tôi biết về người tiếp theo sống trong gia đình quý vị.

Tên Tên đệm Họ Hậu tố (ví dụ: Sr., Jr., III, IV) Mối quan hệ với quý vị

Người này là: Nam Nữ

Ngày sinh (tháng / ngày / năm):

Đánh dấu vào đây nếu địa chỉ nhà của người này giống với địa chỉ nhà của người liên hệ chính.

Nếu khác, quý vị phải cho chúng tôi biết địa chỉ nhà của người này vào bên dưới:

Địa chỉ nhà

Số căn hộ

Thành phố (địa chỉ nhà)

Tiểu bang

Mã ZIP

Hạt

Đánh dấu vào đây nếu người này không có địa chỉ nhà. Quý vị phải cho chúng tôi biết địa chỉ gửi thư qua bưu điện vào bên dưới.

Đánh dấu vào đây nếu địa chỉ gửi thư qua bưu điện của người này giống với địa chỉ gửi thư qua bưu điện của người liên hệ chính.

Nếu khác, quý vị phải cho chúng tôi biết địa chỉ gửi thư qua bưu điện của người này vào bên dưới:

Địa chỉ gửi thư qua bưu điện hoặc P.O. Box (nếu khác với địa chỉ nhà)

Số căn hộ

Thành phố (địa chỉ gửi thư qua bưu điện)

Tiểu bang

Mã ZIP

Hạt

Số điện thoại để liên hệ với người này thuận tiện nhất

Số Điện Thoại Nhà Số Di Động Số Điện Thoại

Cơ Quan: () -

Số điện thoại khác

Số Điện Thoại Nhà Số Di Động Số Điện Thoại

Cơ Quan: () -

Địa chỉ email:

Chúng tôi nên viết thư cho người này bằng ngôn ngữ nào?

Người này muốn chúng tôi nói chuyện với mình bằng ngôn ngữ nào?

Hồ sơ đăng ký bảo hiểm y tế Ngay cả khi người này hiện đã có bảo hiểm, quý vị vẫn có thể tìm khoản bao trả tốt hơn hoặc ít chi phí hơn.

► Người này có đang nộp đơn xin bảo hiểm y tế không? Có **Nếu có**, hãy trả lời các câu hỏi dưới đây.

Không **Nếu không**, chuyển đến trang 8.

★ Số An Sinh Xã Hội (SSN)

____ - ____ - ____

Nếu người này **không** có SSN, lí do là gì?

Số Nhận Dạng Người Nộp Thuế để Nhận Con Nuôi (ATIN) _____

Số Nhận Dạng Người Nộp Thuế Cá Nhân (ITIN) _____

Miễn trừ vì lý do tôn giáo

Người này không đủ tiêu chuẩn nhận SSN

Người số 3 xem tiếp trang sau 

**Quý VD CDN
Giúp ĐĐ?**

Gọi 1-800-652-9528 (TTY: 1-888-889-4500). Cuộc gọi này miễn phí. Quý vị có thể gọi từ Thứ 2 đến Thứ 6, 8 giờ sáng đến 6 giờ tối và Thứ 7, 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều. Hoặc truy cập [CoveredCA.com](https://www.CoveredCA.com).



Bước 2:

Người số 3 (tiếp)

Người này có phải là công dân hay kiều bào Hoa Kỳ không? Có Không

Nếu người này **không phải** công dân hoặc kiều bào Hoa Kỳ, hãy trả lời các câu hỏi này:

Người này có tình trạng nhập cư đủ tư cách hay không? Có **Để xem người này có tình trạng có đủ tư cách hay không, chuyển đến Tài Liệu Đính Kèm B trên trang 15 để xem danh sách. Sau đó viết thông tin tài liệu ở đây. Trong hầu hết các trường hợp, số ID tài liệu sẽ là Số Đăng Ký Người Nước Ngoài.**

Loại tài liệu: _____ Số ID: _____

Quốc gia cấp: _____ Ngày hết hạn: _____

Tên như xuất hiện trong tài liệu: _____

Người này có sống tại Hoa Kỳ từ năm 1996 không? Có Không

Người này, vợ/chồng của người này hoặc con cái phụ thuộc chưa kết hôn có phải là cựu chiến binh giải ngũ trong danh dự hoặc đang thực hiện nghĩa vụ quân sự trong lực lượng vũ trang Hoa Kỳ hay không? Có Không

► Nếu người này muốn chọn một chương trình bảo hiểm y tế ngay bây giờ, hãy đánh dấu vào đây và điền vào Tài Liệu Đính Kèm C trên các trang 16–18.

Cho chúng tôi biết về chủng tộc của người này Thông tin này được bảo mật và sẽ chỉ được sử dụng nhằm đảm bảo rằng mọi người được tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe như nhau. Thông tin này sẽ không được dùng để quyết định xem người này đủ tiêu chuẩn đối với loại bảo hiểm y tế nào.

Chủng tộc của người này là gì? (tùy chọn; đánh dấu tất cả các ô đúng)

- | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Người Da Trắng | <input type="checkbox"/> Người Ấn Độ | <input type="checkbox"/> Người Nhật Bản | <input type="checkbox"/> Người Bản Thổ Đảo |
| <input type="checkbox"/> Người Da Đen
hoặc Người Mỹ
Gốc Phi | <input type="checkbox"/> Người
Campuchia | <input type="checkbox"/> Người Hàn Quốc | <input type="checkbox"/> Guam hoặc Người
Chamorro |
| <input type="checkbox"/> Người Mỹ Da Đỏ
hoặc Người Bản
Địa Alaska | <input type="checkbox"/> Người Trung
Quốc | <input type="checkbox"/> Người Lào | <input type="checkbox"/> Người Samoa |
| | <input type="checkbox"/> Người
Phi-líp-pin | <input type="checkbox"/> Người Việt Nam | <input type="checkbox"/> Khác |
| | <input type="checkbox"/> Hmong | <input type="checkbox"/> Người Hawaii
Bản Địa | _____ |

Quý vị có phải người gốc Hispanic, Latinh hay Tây Ban Nha không? (tùy chọn)

Có Không

Nếu có, hãy đánh dấu ô:

Người Mê-hi-cô, Người Mỹ gốc Mê-hi-cô,
Người Bắc Mỹ gốc Mê-hi-cô

Người Salvador Người Guatemala

Người Cu-ba Người Puerto Ricô

Người Hispanic, Mỹ Latinh hoặc Tây Ban
Nha khác: _____

★ Đánh dấu vào đây nếu quý vị là Người Mỹ Da Đỏ hoặc Người Bản Địa Alaska, và điền vào Tài Liệu Đính Kèm A trên trang 14.



Quý VĐ CĐN
Giúp ĐĐ?

Gọi **1-800-652-9528** (TTY: 1-888-889-4500). Cuộc gọi này miễn phí. Quý vị có thể gọi từ Thứ 2 đến Thứ 6, 8 giờ sáng đến 6 giờ tối và Thứ 7, 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều. Hoặc truy cập **CoveredCA.com**.

Bước 2:

Người số 4 Cho chúng tôi biết về người tiếp theo sống trong gia đình quý vị.

Tên Tên đệm Họ Hậu tố (ví dụ: Sr., Jr., III, IV) Mối quan hệ với quý vị

Người này là: Nam Nữ

Ngày sinh (tháng / ngày / năm):

Đánh dấu vào đây nếu địa chỉ nhà của người này giống với địa chỉ nhà của người liên hệ chính.

Nếu khác, quý vị phải cho chúng tôi biết địa chỉ nhà của người này vào bên dưới:

Địa chỉ nhà

Số căn hộ

Thành phố (địa chỉ nhà)

Tiểu bang

Mã ZIP

Hạt

Đánh dấu vào đây nếu người này không có địa chỉ nhà. Quý vị phải cho chúng tôi biết địa chỉ gửi thư qua bưu điện vào bên dưới.

Đánh dấu vào đây nếu địa chỉ gửi thư qua bưu điện của người này giống với địa chỉ gửi thư qua bưu điện của người liên hệ chính.

Nếu khác, quý vị phải cho chúng tôi biết địa chỉ gửi thư qua bưu điện của người này vào bên dưới:

Địa chỉ gửi thư qua bưu điện hoặc P.O. Box (nếu khác với địa chỉ nhà)

Số căn hộ

Thành phố (địa chỉ gửi thư qua bưu điện)

Tiểu bang

Mã ZIP

Hạt

Số điện thoại để liên hệ với người này thuận tiện nhất

Số Điện Thoại Nhà Số Di Động Số Điện Thoại

Cơ Quan: () -

Số điện thoại khác

Số Điện Thoại Nhà Số Di Động Số Điện Thoại

Cơ Quan: () -

Địa chỉ email:

Chúng tôi nên viết thư cho người này bằng ngôn ngữ nào?

Người này muốn chúng tôi nói chuyện với mình bằng ngôn ngữ nào?

Hồ sơ đăng ký bảo hiểm y tế Ngay cả khi người này hiện đã có bảo hiểm, quý vị vẫn có thể tìm khoản bao trả tốt hơn hoặc ít chi phí hơn.

► Người này có đang nộp đơn xin bảo hiểm y tế không? Có **Nếu có**, hãy trả lời các câu hỏi dưới đây.

Không **Nếu không**, chuyển đến trang 10.

★ Số An Sinh Xã Hội (SSN)

____ - ____ - ____

Nếu người này **không** có SSN, lí do là gì?

Số Nhận Dạng Người Nộp Thuế để Nhận Con Nuôi (ATIN) _____

Số Nhận Dạng Người Nộp Thuế Cá Nhân (ITIN) _____

Miễn trừ vì lý do tôn giáo

Người này không đủ tiêu chuẩn nhận SSN

Người số 4 xem tiếp trang sau 

**Quý VĐ CDN
Giúp ĐĐ?**

Gọi **1-800-652-9528** (TTY: 1-888-889-4500). Cuộc gọi này miễn phí. Quý vị có thể gọi từ Thứ 2 đến Thứ 6, 8 giờ sáng đến 6 giờ tối và Thứ 7, 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều. Hoặc truy cập **CoveredCA.com**.



Bước 2:

Người số 4 (tiếp)

Người này có phải là công dân hay kiều bào Hoa Kỳ không? Có Không

Nếu người này **không phải** công dân hoặc kiều bào Hoa Kỳ, hãy trả lời các câu hỏi này:

Người này có tình trạng nhập cư đủ tư cách hay không? Có **Để xem người này có tình trạng có đủ tư cách hay không, chuyển đến Tài Liệu Đính Kèm B trên trang 15 để xem danh sách. Sau đó viết thông tin tài liệu ở đây. Trong hầu hết các trường hợp, số ID tài liệu sẽ là Số Đăng Ký Người Nước Ngoài.**

Loại tài liệu: _____ Số ID: _____

Quốc gia cấp: _____ Ngày hết hạn: _____

Tên như xuất hiện trong tài liệu: _____

Người này có sống tại Hoa Kỳ từ năm 1996 không? Có Không

Người này, vợ/chồng của người này hoặc con cái phụ thuộc chưa kết hôn có phải là cựu chiến binh giải ngũ trong danh dự hoặc đang thực hiện nghĩa vụ quân sự trong lực lượng vũ trang Hoa Kỳ hay không? Có Không

▶ Nếu người này muốn chọn một chương trình bảo hiểm y tế ngay bây giờ, hãy đánh dấu vào đây và điền vào Tài Liệu Đính Kèm C trên các trang 16–18.

Cho chúng tôi biết về chủng tộc của người này Thông tin này được bảo mật và sẽ chỉ được sử dụng nhằm đảm bảo rằng mọi người được tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe như nhau. Thông tin này sẽ không được dùng để quyết định xem người này đủ tiêu chuẩn đối với loại bảo hiểm y tế nào.

Chủng tộc của người này là gì? (tùy chọn; đánh dấu tất cả các ô đúng)

- | | | | |
|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Người Da Trắng | <input type="checkbox"/> Người Ấn Độ | <input type="checkbox"/> Người Nhật Bản | <input type="checkbox"/> Người Bản Thổ Đảo |
| <input type="checkbox"/> Người Da Đen hoặc Người Mỹ Gốc Phi | <input type="checkbox"/> Người Campuchia | <input type="checkbox"/> Người Hàn Quốc | <input type="checkbox"/> Guam hoặc Người Chamorro |
| <input type="checkbox"/> Người Mỹ Da Đỏ hoặc Người Bản Địa Alaska | <input type="checkbox"/> Người Trung Quốc | <input type="checkbox"/> Người Lào | <input type="checkbox"/> Người Samoa |
| | <input type="checkbox"/> Người Phi-líp-pin | <input type="checkbox"/> Người Việt Nam | <input type="checkbox"/> Khác _____ |
| | <input type="checkbox"/> Hmong | <input type="checkbox"/> Người Hawaii Bản Địa | |

Quý vị có phải người gốc Hispanic, Latinh hay Tây Ban Nha không? (tùy chọn)

Có Không

Nếu có, hãy đánh dấu ở:

Người Mê-hi-cô, Người Mỹ gốc Mê-hi-cô, Người Bắc Mỹ gốc Mê-hi-cô

Người Salvador Người Guatemala

Người Cu-ba Người Puerto Ricó

Người Hispanic, Mỹ Latinh hoặc Tây Ban Nha khác: _____

★ Đánh dấu vào đây nếu quý vị là Người Mỹ Da Đỏ hoặc Người Bản Địa Alaska, và điền vào Tài Liệu Đính Kèm A trên trang 14.



Quý VĐ CĐn
Giúp ĐĐ?

Gọi **1-800-652-9528** (TTY: 1-888-889-4500). Cuộc gọi này miễn phí. Quý vị có thể gọi từ Thứ 2 đến Thứ 6, 8 giờ sáng đến 6 giờ tối và Thứ 7, 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều. Hoặc truy cập **CoveredCA.com**.

BƯỚC 2:

Vui lòng đọc và ký đơn đăng ký này

Quý vị có thể chọn người đại diện được ủy quyền

- ★ Quý vị có thể lựa chọn một người bạn hoặc tổ chức tin cậy để làm “người đại diện được ủy quyền” của quý vị. Người đại diện được ủy quyền là người quý vị cho phép xem đơn đăng ký của quý vị và trao đổi với chúng tôi về đơn đăng ký đó bây giờ và trong tương lai.

Tên người đại diện được ủy quyền

Địa Chỉ

Số Căn Hộ

Thành phố

Tiểu bang

Mã ZIP

Hạt

Bằng việc ký tên, quý vị cho phép người này ký vào đơn đăng ký của quý vị để nhận được thông tin chính thức về đơn đăng ký này, và thay mặt quý vị giải quyết tất cả các vấn đề sau này với cơ quan này.

Chữ ký của quý vị

Ngày



Tuyên Bó về Quyền Riêng Tư

Đơn này dùng để đăng ký bảo hiểm y tế thông qua Covered California. Thông tin cá nhân và thông tin y tế quý vị cung cấp trong đơn được giữ kín và bảo mật. Covered California cần thông tin để nhận dạng quý vị và những người khác trong đơn này và để quản lý chương trình của chúng tôi.

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 với các cơ quan tiểu bang và liên bang khác theo quy định của pháp luật.

- Quý vị phải trả lời tất cả các câu hỏi trên đơn đăng ký này trừ khi các câu hỏi đó được đánh dấu là “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 được thông tin đó. ➔ **Nếu quý vị không cung cấp thông tin này**, chúng tôi sẽ không thể đưa ra quyết định với đơn đăng ký của quý vị. Quý vị có thể phải nộp đơn mới, hoặc quý vị không thể có bảo hiểm y tế thông qua Covered California.
- Trong hầu hết các trường hợp, quý vị có quyền xem thông tin cá nhân về quý vị trong các hồ sơ của tiểu bang và liên bang. Quý vị có thể xem hồ sơ bằng định dạng thay thế (chẳng hạn như bản in chữ lớn) nếu quý vị cần điều đó.

Để biết thêm thông tin hoặc xem hồ sơ Covered California, hãy liên hệ với Nhân Viên Về Quyền Riêng Tư tại:

Covered California
Attn: Privacy Officer
P.O. Box 989725
West Sacramento, CA 95798-9725

Điện thoại: 1-800-652-9528
TTY: 1-888-889-4500

Luật tiểu bang và liên bang này cung cấp cho chúng tôi quyền thu thập và lưu giữ thông tin trong đơn:

42 Bộ Luật Hoa Kỳ § 18031; Bộ Luật Chính Quyền California §§ 100502(k) và 100503(a)

Chúng tôi phải cung cấp cho quý vị Tuyên Bó về Quyền Riêng Tư này theo Bộ Luật Dân Sự California § 1798.17. Quý vị có thể xem Chính Sách Về Quyền Riêng Tư của Covered California tại CoveredCA.com.

BƯỚC 3 xem tiếp trang sau

**Quý VĐ CDN
Giúp ĐĐ?**

Gọi 1-800-652-9528 (TTY: 1-888-889-4500). Cuộc gọi này miễn phí. Quý vị có thể gọi từ Thứ 2 đến Thứ 6, 8 giờ sáng đến 6 giờ tối và Thứ 7, 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều. Hoặc truy cập CoveredCA.com.



BƯỚC 3:

Vui lòng đọc và ký đơn đăng ký này (tiếp)

Các quyền và trách nhiệm của quý vị

- Thông tin tôi đã cung cấp trên đơn đăng ký này là đúng sự thật trong chừng mực mà tôi biết. Tôi biết rằng mình có thể phải nộp phạt vì tội khai man nếu không nói sự thật.
- Tôi hiểu rằng thông tin tôi cung cấp sẽ chỉ được sử dụng để xem liệu những người trong gia đình tôi mà đang nộp đơn đăng ký bảo hiểm y tế có đủ tiêu chuẩn hay không.
- Tôi hiểu rằng Covered California sẽ giữ kín thông tin của tôi theo quy định pháp luật. Để biết thêm thông tin hoặc truy cập thông tin cá nhân trong các hồ sơ do Covered California lưu trữ, tôi có thể liên hệ với Viên Chức Phụ Trách Quyền Riêng Tư theo số 1-800-652-9528 (TTY: 1-888-889-4500).
- Tôi biết rằng mình phải cho Covered California biết về những thay đổi với bất kỳ điều gì tôi đã viết trên đơn đăng ký này. Để báo cáo các thay đổi, tôi có thể gọi cho Covered California theo số 1-800-652-9528 (TTY: 1-888-889-4500) hoặc truy cập CoveredCA.com.
- Tôi biết rằng Covered California không được phân biệt đối xử với tôi hoặc bất kỳ người nào trên đơn đăng ký này do chủng tộc, màu da, nguồn gốc dân tộc, tôn giáo, tuổi tác, giới tính, xu hướng tình dục, tình trạng hôn nhân, tình trạng cựu chiến binh hoặc tình trạng khuyết tật. Nếu tôi cho rằng Covered California đã phân biệt đối xử với tôi, bao gồm việc không cung cấp các điều chỉnh hợp lý theo yêu cầu của pháp luật tiểu bang và liên bang, tôi có thể làm đơn khiếu nại bằng cách truy cập vào www.hhs.gov/ocr/office/file hoặc <http://oag.ca.gov/contact/general-comment-question-or-complaint-form>.
- Tôi hiểu rằng bất kỳ thay đổi nào về thông tin của tôi hoặc thông tin về bất kỳ (các) thành viên nào trong hộ gia đình của tôi có thể ảnh hưởng đến tính đủ điều kiện của các thành viên khác trong hộ gia đình.
- Tôi xác nhận rằng không người nào nộp đơn xin bảo hiểm y tế trên đơn đăng ký này bị giam giữ trong nhà giam, nhà tù hoặc cơ sở giam giữ tương tự hoặc cơ sở cải huấn sau quyết định buộc tội (phán quyết).
- Tôi hiểu rằng tôi phải báo cáo các thay đổi cho Covered California trong vòng 30 ngày kể từ khi có thay đổi vì điều này có thể ảnh hưởng đến tính đủ điều kiện của tôi để có được bảo hiểm y tế thông qua chương trình bảo hiểm y tế của Covered California.
- Tôi cho phép Covered California kiểm tra hồ sơ trên máy tính của các cơ quan khác để xác minh thông tin về tư cách công dân, tình trạng nhập cư đủ tư cách và các thông tin khác chỉ liên quan đến tính đủ điều kiện để xem liệu tôi và những người khác trên đơn đăng ký này có đủ tiêu chuẩn nhận bảo hiểm y tế hay không.

Quyền kháng cáo của quý vị:

- Nếu tôi cho rằng Covered California đã có nhầm lẫn, tôi có thể kháng cáo quyết định của họ. *Kháng cáo* có nghĩa là cho ai đó tại Covered California biết rằng, theo tôi, quyết định của họ là sai và yêu cầu điều trần công bằng hành động đó.
- Tôi biết rằng tôi có thể tìm hiểu cách kháng cáo, bao gồm kháng cáo nhanh và cách để có được giấy giới thiệu hỗ trợ pháp lý hoặc trợ giúp pháp lý miễn phí bằng cách gọi theo số 1-800-652-9528 (TTY: 1-888-889-4500).
- Tôi biết rằng tôi phải nộp đơn kháng cáo trong vòng 90 ngày kể từ ngày thông báo được gửi qua bưu điện hoặc đưa cho tôi.
- 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 các phiên điều trần sẽ được thực hiện qua điện thoại, hội nghị qua video hoặc trực tiếp.
- Tôi biết rằng nếu tôi cần trợ giúp, ai đó tại Covered California có thể giúp tôi giải thích trường hợp của mình.
- Tôi biết rằng ai đó tại Covered California 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.
- Tôi biết rằng quyết định kháng cáo dành cho tôi hoặc các thành viên khác trong hộ gia đình tôi có thể dẫn đến thay đổi về tính đủ điều kiện của tôi hoặc tính đủ điều kiện của các thành viên khác trong hộ gia đình tôi. Thay đổi về tính đủ điều kiện có thể dẫn đến việc xác định lại tính đủ điều kiện cho tất cả các thành viên hộ gia đình.

Gia hạn bảo hiểm:

- Để cho việc tiếp tục nhận bảo hiểm y tế trong các năm tới được dễ dàng hơn, tôi đồng ý cho phép Covered California sử dụng các nguồn trên máy tính như Sở An Sinh Xã Hội. Nếu các nguồn này cho thấy tôi vẫn đủ điều kiện, khoản bảo trả bảo hiểm của tôi có thể được gia hạn thêm 12 tháng và tôi sẽ không phải điền vào mẫu đơn xin gia hạn hoặc gửi các giấy tờ khác.

BƯỚC 3 xem tiếp trang sau



Quý VĐ CĐN
Giúp ĐĐ?

Gọi 1-800-652-9528 (TTY: 1-888-889-4500). Cuộc gọi này miễn phí. Quý vị có thể gọi từ Thứ 2 đến Thứ 6, 8 giờ sáng đến 6 giờ tối và Thứ 7, 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều. Hoặc truy cập CoveredCA.com.



BƯỚC 3:

Vui lòng đọc và ký đơn đăng ký này (tiếp)

Tuyên bố và chữ ký Đây là phần bắt buộc.

Tôi tuyên bố theo hình phạt về tội khai man rằng những điều tôi nói dưới đây là đúng sự thật và chính xác.

- Tôi đã hiểu tất cả các câu hỏi trên đơn đăng ký này, và đã trả lời đúng sự thật và chính xác trong chừng mực mà tôi biết. Trong trường hợp bản thân tôi không biết câu trả lời, tôi đã làm mọi cách hợp lý để xác nhận câu trả lời với ai đó biết rõ.
- Tôi biết rằng nếu tôi không nói sự thật trên đơn đăng ký này, có thể có hình phạt dân sự hoặc hình sự về tội khai man mà có thể bao gồm tối đa là bốn năm tù. (Xem Mục 126, Bộ Luật Hình Sự California.)
- Tôi biết rằng thông tin trên đơn đăng ký này sẽ được sử dụng để quyết định liệu những người đang nộp đơn đăng ký có đủ tiêu chuẩn nhận bảo hiểm y tế hay không. Covered California sẽ giữ kín thông tin theo yêu cầu của luật pháp liên bang và luật pháp California.
- Tôi đồng ý thông báo cho Covered California bằng cách gọi theo số 1-800-652-9528 (TTY: 1-888-889-4500) hoặc truy cập vào CoveredCA.com nếu có bất kỳ thay đổi nào trên đơn đăng ký này về bất kỳ người nào nộp đơn xin bảo hiểm y tế.
- Nếu tôi đang chọn một chương trình bảo hiểm y tế bằng cách điền và nộp Tài Liệu Đính Kèm C và nếu tôi được Covered California xác định là đủ điều kiện ghi danh chương trình tôi đã chọn trong Tài Liệu Đính Kèm C:
 - Tôi hiểu rằng việc ký vào đây đồng nghĩa với việc tôi đang ký kết hợp đồng với công ty bảo hiểm của chương trình đó.
 - Tôi từ 18 tuổi trở lên hoặc tôi là trẻ vị thành niên sống tự lập và tôi có đủ khả năng về mặt tâm thần để ký hợp đồng.

Chữ ký của người nộp đơn hoặc người đại diện được ủy quyền

Ngày

Cá nhân được Covered California chứng nhận

Hoàn thành mục này nếu quý vị là cá nhân được Covered California chứng nhận là đã giúp người khác điền vào đơn đăng ký này.

Tôi xác nhận rằng với tư cách là một Cố Vấn Ghi Danh Được Chứng Nhận, Đại Lý Bảo Hiểm Được Chứng Nhận hoặc Người Ghi Danh Dựa Trên Chương Trình Được Chứng Nhận, tôi đã giúp người nộp đơn hoàn thành đơn đăng ký này và rằng dịch vụ này miễn phí. Tôi cũng xác nhận rằng tôi đã trả lời đúng sự thật và chính xác tất cả các câu hỏi trên đơn đăng ký này trong chừng mực mà tôi biết. Tôi đã giải thích cho người nộp đơn bằng ngôn ngữ dễ hiểu về nguy cơ của việc cung cấp thông tin không chính xác và người nộp đơn hiểu rõ lời giải thích đó.

Tên Cố Vấn Ghi Danh Được Chứng Nhận:

Số CEC

Tên Cơ Quan Ghi Danh Được Chứng Nhận:

Số CEE

Tên Đại Lý Bảo Hiểm Được Chứng Nhận:

Số giấy phép

Tên Người Ghi Danh Dựa Trên Chương Trình Được Chứng Nhận: Chương Trình: _____

Số chứng nhận

Chữ ký cá nhân được chứng nhận

Ngày

Tiểu bang sẽ không bồi thường cho Cơ Quan Ghi Danh Được Chứng Nhận của Covered California trừ khi Cố Vấn Ghi Danh Được Chứng Nhận điền vào mục này một cách đầy đủ và chính xác khi nộp đơn đăng ký.

**Quý VD CDN
Giúp ĐĐ?**

Gọi **1-800-652-9528** (TTY: 1-888-889-4500). Cuộc gọi này miễn phí. Quý vị có thể gọi từ Thứ 2 đến Thứ 6, 8 giờ sáng đến 6 giờ tối và Thứ 7, 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều. Hoặc truy cập **CoveredCA.com**.



BƯỚC 4:

Gửi thông tin và danh sách kiểm tra qua đường bưu điện

Gửi đơn đăng ký có chữ ký của quý vị qua bưu điện tới:

Covered California
P.O. Box 989725
West Sacramento, CA 95798-9725

Quý vị có nhớ:

- Cho chúng tôi biết về tất cả những người trong gia đình quý vị cần bảo hiểm y tế?
- Ký** đơn đăng ký này trên **trang 12**? Nếu quý vị chọn người đại diện được ủy quyền, hãy ký cả trang 10.

Thêm một số câu hỏi (tùy chọn)

1. Quý vị có các thay đổi gần đây trong cuộc sống khiến quý vị muốn nộp đơn xin bảo hiểm y tế không? Nếu có, đánh dấu tất cả các ô đúng.

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Chuyển đến California | <input type="checkbox"/> Không còn bị giam giữ |
| <input type="checkbox"/> Có được quyền công dân hoặc hiện diện hợp pháp | <input type="checkbox"/> Mất bảo hiểm y tế |
| <input type="checkbox"/> Có người phụ thuộc (thông qua sinh nở, kết hôn hoặc nhận con nuôi) | <input type="checkbox"/> Người Mỹ Da Đỏ/người Bản Địa Alaska được liên bang công nhận |
| <input type="checkbox"/> Mất khoản bao trả Medi-Cal | <input type="checkbox"/> Mất khoản hỗ trợ phí bảo hiểm cho bảo hiểm y tế thông qua Covered California |
| <input type="checkbox"/> Khác _____ | |

Sự kiện cuộc đời này đã xảy ra khi nào? (ngày / tháng / năm) _____

2. Quý vị đã biết đến Covered California bằng cách nào? Đánh dấu tất cả các câu đúng.

- | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Chương trình tiếp cận và giáo dục | <input type="checkbox"/> Quảng cáo trên TV | <input type="checkbox"/> Trang web CoveredCA.com | <input type="checkbox"/> Email |
| <input type="checkbox"/> Quảng cáo trên báo hoặc tạp chí | <input type="checkbox"/> Quảng cáo trên đài | <input type="checkbox"/> Tờ thông tin | <input type="checkbox"/> Nhà thuốc |
| <input type="checkbox"/> Chương trình thời sự hoặc câu chuyện | <input type="checkbox"/> Quảng cáo trực tuyến | <input type="checkbox"/> Gói bưu phẩm | <input type="checkbox"/> Bạn bè hoặc gia đình |
| <input type="checkbox"/> Sự kiện hoặc tổ chức cộng đồng | <input type="checkbox"/> Ứng dụng trên di động | <input type="checkbox"/> Bảng dán thông báo | <input type="checkbox"/> Chủ sử dụng lao động |
| <input type="checkbox"/> Đại Lý Bảo Hiểm Được Chứng Nhận | <input type="checkbox"/> Tìm kiếm trên Internet | <input type="checkbox"/> Biển cửa hàng bán lẻ | <input type="checkbox"/> Nhà thờ |
| <input type="checkbox"/> Có Vấn Ghi Danh Được Chứng Nhận | <input type="checkbox"/> Nhà cung cấp dịch vụ hoặc bệnh viện | <input type="checkbox"/> Văn phòng chính phủ | <input type="checkbox"/> Truyền miệng |
| <input type="checkbox"/> Phương tiện truyền thông xã hội (ví dụ như Facebook, Twitter, v.v...) | <input type="checkbox"/> Khác _____ | | |

Quý VĐ CĐn
Giúp ĐĐ?

Gọi 1-800-652-9528 (TTY: 1-888-889-4500). Cuộc gọi này miễn phí. Quý vị có thể gọi từ Thứ 2 đến Thứ 6, 8 giờ sáng đến 6 giờ tối và Thứ 7, 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều. Hoặc truy cập CoveredCA.com.



Tài Liệu Đính Kèm A: Đối với Người Mỹ Da Đỏ hoặc Người Bản Địa Alaska

★ Hoàn thành phần này nếu quý vị hoặc một thành viên gia đình là người Mỹ Da Đỏ hoặc người Alaska Bản Địa.

Người Mỹ Da Đỏ và người Alaska Bản Địa có thể nhận các dịch vụ từ Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe dành cho Người Da Đỏ, chương trình chăm sóc sức khỏe bộ tộc hoặc chương trình chăm sóc sức khỏe dành cho người Da Đỏ thành thị. Người Mỹ Da Đỏ và người Alaska Bản Địa được liên bang công nhận có thể không phải thanh toán các chi phí tự trả (như khoản đồng thanh toán) và có thể có các giai đoạn ghi danh đặc biệt. Hãy nhớ hoàn thành mẫu này và gửi mẫu này cùng đơn đăng ký của quý vị và bằng chứng về kế thừa nguồn gốc người Mỹ Da Đỏ hoặc người Alaska Bản Địa. Quý vị có thể gửi tài liệu từ một bộ tộc Da Đỏ được liên bang công nhận chứng minh quý vị là thành viên của bộ tộc hoặc có liên hệ với bộ tộc. Các tài liệu có thể bao gồm thẻ đăng ký bộ tộc hoặc chứng nhận mang dòng máu Da Đỏ (CDIB) từ Cục Đặc Trách Người Da Đỏ.

Nếu quý vị cần cho chúng tôi biết về hơn bốn người là người Mỹ Da Đỏ hoặc người Bản Địa Alaska, **hãy tạo bản sao của trang này** và nhớ gửi bản sao này cùng với đơn đăng ký của quý vị.

Người số 1

Tên _____ Tên đệm _____ Họ _____ Hậu tố (ví dụ: Sr., Jr., III, IV)

Người này có phải là thành viên của bộ tộc người Mỹ Da Đỏ hoặc người Alaska Bản Địa được liên bang công nhận hay không?

Có Không

Nếu có, viết tên của bộ tộc đó: _____ và tiểu bang của bộ tộc: _____

Người số 2

Tên _____ Tên đệm _____ Họ _____ Hậu tố (ví dụ: Sr., Jr., III, IV)

Người này có phải là thành viên của bộ tộc người Mỹ Da Đỏ hoặc người Alaska Bản Địa được liên bang công nhận hay không?

Có Không

Nếu có, viết tên của bộ tộc đó: _____ và tiểu bang của bộ tộc: _____

Người số 3

Tên _____ Tên đệm _____ Họ _____ Hậu tố (ví dụ: Sr., Jr., III, IV)

Người này có phải là thành viên của bộ tộc người Mỹ Da Đỏ hoặc người Alaska Bản Địa được liên bang công nhận hay không?

Có Không

Nếu có, viết tên của bộ tộc đó: _____ và tiểu bang của bộ tộc: _____

Người số 4

Tên _____ Tên đệm _____ Họ _____ Hậu tố (ví dụ: Sr., Jr., III, IV)

Người này có phải là thành viên của bộ tộc người Mỹ Da Đỏ hoặc người Alaska Bản Địa được liên bang công nhận hay không?

Có Không

Nếu có, viết tên của bộ tộc đó: _____ và tiểu bang của bộ tộc: _____

**Quý VĐ CDN
Giúp ĐĐ?**

Gọi **1-800-652-9528** (TTY: 1-888-889-4500). Cuộc gọi này miễn phí. Quý vị có thể gọi từ Thứ 2 đến Thứ 6, 8 giờ sáng đến 6 giờ tối và Thứ 7, 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều.
Hoặc truy cập **CoveredCA.com**.



Tình trạng nhập cư

Nếu quý vị thuộc một trong các nhóm dưới đây, quý vị có thể đủ tiêu chuẩn nhận bảo hiểm y tế. Nếu tình trạng nhập cư của quý vị không được liệt kê dưới đây, quý vị vẫn có thể đủ tiêu chuẩn và vẫn nên nộp đơn đăng ký.

- Thường Trú Nhân Hợp Pháp (LPR, hoặc Người có thể xanh)
 - Tạm Trú Nhân Hợp Pháp (LTR)
 - Người lánh nạn
 - Người tị nạn
 - Người Cuba/Haiti nhập cư
 - Được tạm tha vào Hoa Kỳ
 - Được phép nhập cư có điều kiện trước năm 1980
 - Vợ/chồng, con cái hoặc cha mẹ bị hành hạ
 - Nạn nhân của nạn buôn người và vợ/chồng, con cái, anh chị em ruột hoặc cha mẹ của người đó
 - Được phép tạm hoãn trực xuất hoặc tạm hoãn phát vãng theo luật di trú hoặc theo Công Ước chống Tra Tấn (CAT)
 - Cá nhân có tình trạng không phải di dân (bao gồm thị thực làm việc, thị thực sinh viên và cư dân Micronesia, Quần Đảo Marshall và Palau)
- Tình trạng được bảo vệ tạm thời (TPS) hoặc người nộp đơn xin Tình Trạng Được Bảo Vệ Tạm Thời (TPS)
 - Hoãn Thi Hành Trực Xuất (DED)
 - Tình trạng hoãn hành động *Lưu ý: Nếu quý vị là một cá nhân có tình trạng hoãn hành động đang được Bộ An Ninh Nội Địa tiến hành trì hoãn hành động trực xuất đối với trường hợp nhập cư khi còn nhỏ (DACA), quý vị không được coi là hiện diện hợp pháp.*
 - Người nộp đơn xin tình trạng di trú đặc biệt cho vị thành niên
 - Người nộp đơn xin điều chỉnh tình trạng LPR, có đơn xin thị thực đã được phê duyệt
 - Người nộp đơn xin tị nạn
 - Người nộp đơn xin tạm hoãn trực xuất hoặc tạm hoãn phát vãng theo luật di trú hoặc theo Công Ước chống Tra Tấn (CAT)
 - Những người nộp đơn xin đăng ký hộ tịch có Tài Liệu Giấy Phép Lao Động (EAD)
 - Lệnh giám sát (có EAD)
 - Người nộp đơn xin hủy trực xuất hoặc đình chỉ trực xuất (có EAD)

Tài Liệu Đính Kèm C:

Lựa chọn chương trình bảo hiểm y tế Covered California của quý vị

★ Nếu quý vị cần cho chúng tôi biết về nhiều hơn bốn người, **hãy sao chép trang này và trang tiếp theo** và sử dụng chúng để cung cấp thông tin cho chúng tôi. Hãy chắc chắn gửi các trang đó kèm đơn đăng ký của quý vị.

Để chọn chương trình bảo hiểm y tế tư nhân cho quý vị, hãy viết tên hoặc hạng kim loại của chương trình quý vị muốn tham gia xuống dưới đây. Sau khi quý vị chọn chương trình, quý vị sẽ cần thanh toán lệ phí bảo hiểm đầu tiên của mình để khoản bảo trả bảo hiểm y tế của quý vị có hiệu lực. **Quý vị phải thanh toán trực tiếp cho hãng bảo hiểm quý vị chọn. Quý vị có thể liên lạc trực tiếp với họ hoặc chờ họ gửi hóa đơn cho quý vị. Xin đừng gửi khoản thanh toán của quý vị qua đường bưu điện cho Covered California. Hãy xem Câu Hỏi Thường Gặp số 8 ở trang 20 để biết thêm thông tin về cách thanh toán lệ phí bảo hiểm đầu tiên của quý vị.**

Để tìm hiểu thêm về các chương trình bảo hiểm y tế sẵn có hoặc thông tin về thanh toán lệ phí bảo hiểm, hãy truy cập CoveredCA.com hoặc gọi số 1-800-652-9528 (TTY: 1-888-889-4500).

Tên <i>Tên, tên đệm, họ, hậu tố</i> <i>(ví dụ: Jr., Sr., III, IV)</i>	Tên chương trình bảo hiểm y tế	Hạng kim loại	Số kim loại	Loại chương trình
Người số 1:		<input type="checkbox"/> Platinum <input type="checkbox"/> Gold <input type="checkbox"/> Silver <input type="checkbox"/> Bronze <input type="checkbox"/> Chương trình khoản bảo trả tối thiểu		<input type="checkbox"/> EPO <input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> HSA <input type="checkbox"/> PPO
Người số 2:		<input type="checkbox"/> Platinum <input type="checkbox"/> Gold <input type="checkbox"/> Silver <input type="checkbox"/> Bronze <input type="checkbox"/> Chương trình khoản bảo trả tối thiểu		<input type="checkbox"/> EPO <input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> HSA <input type="checkbox"/> PPO
Người số 3:		<input type="checkbox"/> Platinum <input type="checkbox"/> Gold <input type="checkbox"/> Silver <input type="checkbox"/> Bronze <input type="checkbox"/> Chương trình khoản bảo trả tối thiểu		<input type="checkbox"/> EPO <input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> HSA <input type="checkbox"/> PPO
Người số 4:		<input type="checkbox"/> Platinum <input type="checkbox"/> Gold <input type="checkbox"/> Silver <input type="checkbox"/> Bronze <input type="checkbox"/> Chương trình khoản bảo trả tối thiểu		<input type="checkbox"/> EPO <input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> HSA <input type="checkbox"/> PPO

Các loại chương trình

EPO - Tổ Chức Nhà Cung Cấp Độc Quyền

HMO - Tổ Chức Duy Trì Sức Khỏe

HSA - Tài Khoản Tiết Kiệm Y Tế (loại chương trình này cho phép các thành viên mở và đóng tiền vào một Tài Khoản Tiết Kiệm Y Tế)

PPO - Tổ Chức Nhà Cung Cấp Ưu Tiên

Để hoàn thành phần lựa chọn chương trình, tất cả các cá nhân từ 18 tuổi trở lên đang lựa chọn một chương trình bảo hiểm y tế phải đồng ý và ký vào bản thỏa thuận trong tài ở trang sau.

Tài Liệu Đính Kèm C xem tiếp trang sau 

Quý VĐ CDN
Giúp ĐĐ?

Gọi 1-800-652-9528 (TTY: 1-888-889-4500). Cuộc gọi này miễn phí. Quý vị có thể gọi từ Thứ 2 đến Thứ 6, 8 giờ sáng đến 6 giờ tối và Thứ 7, 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều.
Hoặc truy cập CoveredCA.com.



Thỏa Thuận Trọng Tài Ràng Buộc

► Dành cho mỗi người lựa chọn một chương trình bảo hiểm y tế của Covered California:

Tôi hiểu rằng mỗi chương trình bảo hiểm y tế tham gia có những quy tắc riêng để giải quyết các tranh chấp hoặc khiếu nại, bao gồm nhưng không giới hạn ở bất kỳ khiếu nại nào từ tôi, những người phụ thuộc đã được ghi danh, những người thừa kế hoặc những đại diện được ủy quyền của tôi đối với một chương trình bảo hiểm y tế, bất kỳ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe đã ký hợp đồng, các nhà quản lý hoặc các bên có liên quan khác, về tư cách hội viên trong chương trình bảo hiểm y tế đó, khoản bao trả đối với, hoặc sự phân phối của, các dịch vụ hoặc các hạng mục, sự sơ suất của y tế hoặc bệnh viện (khiếu nại rằng các dịch vụ y tế là không cần thiết hoặc không được ủy quyền hoặc thực hiện không đúng cách, bất cần hoặc không đủ năng lực) hoặc trách nhiệm pháp lý tài sản.

Tôi hiểu rằng nếu tôi lựa chọn một chương trình bảo hiểm y tế yêu cầu có trọng tài ràng buộc để giải quyết các tranh chấp, thì tôi chấp nhận và đồng ý sử dụng trọng tài ràng buộc đó để giải quyết các tranh chấp hoặc khiếu nại (ngoại trừ các trường hợp Tòa Án Giải Quyết Khiếu Nại Nhỏ và các khiếu nại mà không thể tuân theo trọng tài ràng buộc theo luật pháp chi phối) và từ bỏ quyền được xét xử theo bồi thẩm đoàn và không được giải quyết tranh chấp tại tòa, ngoại trừ trường hợp luật áp dụng quy định về thẩm định pháp lý quá trình trọng tài phân xử. Tôi hiểu rằng điều khoản trọng tài đầy đủ đối với mỗi chương trình bảo hiểm y tế tham gia, nếu có, nằm trong tài liệu về khoản bao trả của chương trình bảo hiểm y tế, sẵn có trực tuyến tại trang web CoveredCA.com để tôi có thể xem lại hoặc tôi có thể gọi điện đến Covered California theo số điện thoại 1-800-652-9528 (TTY: 1-888-889-4500) để biết thêm thông tin.

► Chữ ký của người được ghi danh dành cho tất cả các chương trình

Chữ ký của Người số 1 hoặc bên có trách nhiệm hoặc người đại diện được ủy quyền cho Người thứ 1, nếu ít nhất 18 tuổi ▶	Ngày
Chữ ký của Người số 2 hoặc bên có trách nhiệm hoặc người đại diện được ủy quyền cho Người thứ 2, nếu ít nhất 18 tuổi ▶	Ngày
Chữ ký của Người số 3 hoặc bên có trách nhiệm hoặc người đại diện được ủy quyền cho Người thứ 3, nếu ít nhất 18 tuổi ▶	Ngày
Chữ ký của Người số 4 hoặc bên có trách nhiệm hoặc người đại diện được ủy quyền cho Người thứ 4, nếu ít nhất 18 tuổi ▶	Ngày

Tài Liệu Đính Kèm C xem tiếp trang sau 



Tài Liệu Đính Kèm C:

Lựa chọn chương trình nha khoa trẻ em Covered California của quý vị *Chỉ dành cho trẻ em từ 18 tuổi trở xuống*

- ★ Nếu quý vị muốn đăng ký dịch vụ nha khoa dành cho trẻ em cho hơn bốn trẻ, **hãy sao chép trang này**. Sử dụng trang đó để cung cấp thông tin cho chúng tôi và gửi nó kèm đơn đăng ký của quý vị.

Nếu quý vị cho rằng quý vị đủ tiêu chuẩn nhận các dịch vụ nha khoa trẻ em cho con quý vị và quý vị muốn chọn chương trình nha khoa trẻ em, hãy viết (các) tên của (các) chương trình dưới đây. Để tìm hiểu thêm về các chương trình nha khoa trẻ em do Covered California cung cấp, hãy truy cập CoveredCA.com hoặc gọi điện đến số 1-800-652-9528 (TTY: 1-888-889-4500).

Tên <i>Tên, tên đệm, họ, hậu tố (ví dụ: Jr., Sr., III, IV)</i>	Tên chương trình nha khoa trẻ em	Mức bao trả	Loại chương trình
Trẻ 1:		<input type="checkbox"/> Cao <input type="checkbox"/> Thấp	<input type="checkbox"/> DEPO <input type="checkbox"/> DHMO <input type="checkbox"/> DPPO
Trẻ 2:		<input type="checkbox"/> Cao <input type="checkbox"/> Thấp	<input type="checkbox"/> DEPO <input type="checkbox"/> DHMO <input type="checkbox"/> DPPO
Trẻ 3:		<input type="checkbox"/> Cao <input type="checkbox"/> Thấp	<input type="checkbox"/> DEPO <input type="checkbox"/> DHMO <input type="checkbox"/> DPPO
Trẻ 4:		<input type="checkbox"/> Cao <input type="checkbox"/> Thấp	<input type="checkbox"/> DEPO <input type="checkbox"/> DHMO <input type="checkbox"/> DPPO

Các loại chương trình

DEPO - Tổ Chức Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Nha Khoa Độc Quyền

DHMO - Tổ Chức Duy Trì Sức Khỏe Nha Khoa

DPPO - Tổ Chức Cung Cấp Dịch Vụ Nha Khoa Ưu Tiên

**Quý VĐ CDN
Giúp ĐĐ?**

Gọi **1-800-652-9528** (TTY: 1-888-889-4500). Cuộc gọi này miễn phí. Quý vị có thể gọi từ Thứ 2 đến Thứ 6, 8 giờ sáng đến 6 giờ tối và Thứ 7, 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều.
Hoặc truy cập CoveredCA.com.



Các Câu Hỏi Thường Gặp

Nhận trợ giúp thông qua Covered California

1. Covered California là gì?

Covered California là thị trường mới nơi các cá nhân và gia đình có thể nhận được bảo hiểm y tế có giá cả phải chăng và là điểm đến của quý vị để nhận khoản bao trả sức khỏe chất lượng cao.

Mục tiêu của chúng tôi đó là tạo điều kiện cho người dân California có thể nhận được bảo hiểm y tế đơn giản và có giá cả phải chăng. Covered California là công ty hợp tác giữa California Health Benefit Exchange và Sở Chăm Sóc Sức Khỏe California.

2. Covered California có thể giúp tôi như thế nào?

Covered California có thể giúp quý vị chọn một chương trình bảo hiểm y tế tư nhân mà đáp ứng được các nhu cầu về sức khỏe và ngân sách của quý vị.

Chúng tôi có thể giải thích rõ ràng về các chi phí và phúc lợi trong các chương trình bảo hiểm y tế, vì thế quý vị có thể so sánh các lựa chọn khác nhau dành cho quý vị. Quý vị sẽ biết chính xác quý vị sẽ nhận được những gì và quý vị phải trả bao nhiêu tiền trước khi quý vị chọn chương trình cho mình.

3. Loại bảo hiểm y tế nào được cung cấp thông qua Covered California?

Quý vị sẽ có một loạt các chương trình bảo hiểm y tế đa dạng để lựa chọn thông qua Covered California. Các công ty bảo hiểm y tế **không thể từ chối bao trả cho quý vị bởi vì** quý vị đã bị ốm trước đó hoặc không thể nhận được khoản bao trả.

Covered California cung cấp bốn nhóm chương trình bảo hiểm y tế: bạch kim, vàng, bạc và đồng, cộng với một chương trình bao trả tối thiểu. Mỗi nhóm cung cấp một mức bao trả khác nhau, từ cao đến thấp. Các chương trình bảo hiểm y tế bao trả nhiều chi phí y tế hơn thường có phí bảo hiểm cao hơn, nhưng cho phép quý vị trả ít hơn khi quý vị nhận dịch vụ chăm sóc y tế.

Các chương trình nhóm bạch kim có mức phí bảo hiểm cao nhất, nhưng các chương trình này chi trả khoảng 90% các chi phí chăm sóc sức khỏe của quý vị. Các chương trình nhóm vàng chi trả khoảng 80%, và các chương trình nhóm bạc chi trả khoảng 70% các chi phí chăm sóc sức khỏe của quý vị. Các chương trình nhóm đồng có mức phí bảo hiểm thấp nhất nhưng chi trả khoảng 60% các chi phí y tế được bao trả. Để tìm hiểu thêm về các gói phúc lợi đầy đủ sẵn có, hãy truy cập CoveredCA.com và xem lại các tài liệu về chương trình, chẳng hạn như Chứng Thực Bảo Hiểm của chương trình hoặc hợp đồng bảo hiểm của chương trình. Hay gọi cho chúng tôi theo số điện thoại 1-800-652-9528 (TTY: 1-888-889-4500).

4. Tôi có thể có bảo hiểm y tế thông qua Covered California hay không?

Bất cứ người dân California nào cũng có thể có bảo hiểm y tế thông qua Covered California nếu họ là cư dân tiểu bang và đáp ứng các yêu cầu khác.

Người nộp đơn có thể đủ tiêu chuẩn tham gia vào chương trình bảo hiểm y tế miễn phí hoặc có chi phí thấp hoặc được hỗ trợ tài chính để làm giảm mức chi phí phí bảo hiểm và các khoản đồng thanh toán. Khoản tiền hỗ trợ tài chính dựa trên quy mô hộ gia đình và thu nhập của gia đình.

Để nộp đơn xin hỗ trợ tài chính, quý vị sẽ cần hoàn thành đơn đăng ký khác. Hãy truy cập CoveredCA.com hoặc gọi điện đến số 1-800-652-9528 (TTY: 1-888-889-4500).

5. Tôi có thể nhận được bảo hiểm y tế ngay cả khi thu nhập của tôi quá cao không?

Có. Bất kỳ người dân California nào đủ tiêu chuẩn cũng có thể mua bảo hiểm y tế bất kể thu nhập của họ là bao nhiêu.

6. Tôi có thể nộp đơn đăng ký bằng cách nào?

Quý vị có thể nộp đơn đăng ký bảo hiểm y tế thông qua Covered California theo những cách sau:

Trực tuyến: Truy cập CoveredCA.com. Chúng tôi cung cấp thông tin về mỗi chương trình bảo hiểm y tế, được giải thích bằng các thuật ngữ rõ ràng và đơn giản.

Qua điện thoại: Gọi cho Covered California theo số 1-800-652-9528 (TTY: 1-888-889-4500). Quý vị có thể gọi từ Thứ 2 đến Thứ 6, 8 giờ sáng đến 6 giờ tối và Thứ 7, 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều. Cuộc gọi này miễn phí!

Bằng fax: Hãy gửi đơn đăng ký của quý vị bằng fax vào số 1-888-329-3700.

Bằng thư qua đường bưu điện: Hãy gửi đơn đăng ký Covered California qua đường bưu điện đến địa chỉ:

Covered California

P.O. Box 989725

West Sacramento, CA 95798-9725

Gặp trực tiếp: Chúng tôi đã đào tạo các Cố Vấn Ghi Danh hoặc Đại Lý Bảo Hiểm Được Chứng Nhận để có thể giúp quý vị. Hoặc quý vị có thể ghé thăm văn phòng dịch vụ xã hội của hạt quý vị. Trợ giúp miễn phí! Để có danh sách các địa điểm gần nơi quý vị sinh sống hoặc làm việc, hãy truy cập CoveredCA.com hoặc gọi điện đến số 1-800-652-9528 (TTY: 1-888-889-4500).

7. Chi phí là bao nhiêu?

Chi phí tùy thuộc vào chương trình bảo hiểm y tế quý vị chọn là gì. Quý vị có thể sử dụng máy tính chi phí tại CoveredCA.com để biết được chi phí.

Các Câu Hỏi Thường Gặp xem tiếp trang sau



Quý VĐ CĐn
Giúp ĐĐ?

Gọi 1-800-652-9528 (TTY: 1-888-889-4500). Cuộc gọi này miễn phí. Quý vị có thể gọi từ Thứ 2 đến Thứ 6, 8 giờ sáng đến 6 giờ tối và Thứ 7, 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều. Hoặc truy cập CoveredCA.com.



Các Câu Hỏi Thường Gặp (tiếp)

Nhận trợ giúp thông qua Covered California (tiếp)

8. Tôi có nên gửi khoản thanh toán lệ phí bảo hiểm đầu tiên của mình cùng với đơn đăng ký này không?

Không, từng gửi khoản thanh toán lệ phí bảo hiểm đầu tiên của quý vị cho Covered California. Quý vị phải thanh toán trực tiếp cho hãng bảo hiểm. Quý vị có thể thanh toán lệ phí bảo hiểm đầu tiên của mình qua đường bưu điện hoặc hãng bảo hiểm của quý vị có thể thực hiện thanh toán qua điện thoại hoặc trực tuyến. Hãy gọi cho họ để biết thêm thông tin về cách quý vị có thể thanh toán.

Nếu quý vị nhận được hóa đơn từ hãng bảo hiểm của mình, hãy tuân theo các hướng dẫn trên hóa đơn để thanh toán. **Chương trình nha khoa dành cho trẻ em được lập hoá đơn riêng và yêu cầu thanh toán riêng biệt.**

Nếu quý vị không nhận được hóa đơn, hãy gọi hãng bảo hiểm của quý vị. Hãng có thể mất đến 36 tiếng để nhận được thông tin của quý vị sau khi quý vị đăng ký. Để biết thêm thông tin về việc thanh toán phí bảo hiểm đầu tiên của quý vị, hãy truy cập CoveredCA.com và ấn vào nút "How to pay" hoặc gọi 1-800-652-9528 (TTY: 1-888-889-4500).

9. Nếu tôi đã có bảo hiểm y tế rồi thì sao?

Nếu quý vị đã có bảo hiểm y tế có giá cả phải chăng từ chủ sử dụng lao động của quý vị, quý vị không cần phải làm gì cả. Nhưng dù sao quý vị vẫn có thể nộp đơn đăng ký để tìm hiểu xem quý vị hay các thành viên gia đình của quý vị có đủ tiêu chuẩn nhận bảo hiểm y tế có giá cả phải chăng hơn qua Covered California hay không.

10. Tôi không có tất cả các thông tin tôi cần để trả lời các câu hỏi trên đơn đăng ký. Tôi nên làm gì?

Nếu quý vị không có tất cả các thông tin, quý vị vẫn ký và nộp đơn đăng ký. Chúng tôi sẽ gọi điện thoại cho quý vị để cho quý vị biết cần phải làm gì trong vòng 10 đến 15 ngày theo lịch sau khi chúng tôi nhận được đơn đăng ký của quý vị. Nếu quý vị không nhận được thông tin từ chúng tôi, vui lòng gọi cho chúng tôi theo số 1-800-652-9528 (TTY: 1-888-889-4500).

11. Tôi có thể nhận được trợ giúp khi nộp đơn đăng ký hay khi lựa chọn một chương trình nào đó không?

Có! Quý vị sẽ được trợ giúp miễn phí. Các Cố Vấn Ghi Danh Được Chứng Nhận và Đại Lý Bảo Hiểm Được Chứng Nhận được bố trí sẵn sàng trong các cộng đồng trên khắp tiểu bang sẽ cung cấp cho quý vị các thông tin về các lựa chọn bảo hiểm y tế mới và giúp quý vị nộp đơn đăng ký. Quý vị có thể được hỗ trợ bằng nhiều ngôn ngữ khác nhau.

Được hỗ trợ khi nộp đơn đăng ký hoặc khi lựa chọn chương trình:

Trực tuyến: Truy cập CoveredCA.com. Chúng tôi cung cấp thông tin về mỗi chương trình bảo hiểm y tế, được giải thích bằng các thuật ngữ rõ ràng và đơn giản.

Qua điện thoại: Gọi cho Covered California theo số 1-800-652-9528 (TTY: 1-888-889-4500). Quý vị có thể gọi từ Thứ 2 đến Thứ 6, 8 giờ sáng đến 6 giờ tối và Thứ 7, 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều. Cuộc gọi này miễn phí!

Gặp trực tiếp: Chúng tôi đã đào tạo các Cố Vấn Ghi Danh Được Chứng Nhận và Đại Lý Bảo Hiểm Được Chứng Nhận để có thể giúp quý vị. Hoặc quý vị có thể ghé thăm văn phòng dịch vụ xã hội của hạt quý vị. Trợ giúp miễn phí! Để có danh sách các địa điểm gần nơi quý vị sinh sống hoặc làm việc, hãy ghé thăm CoveredCA.com hoặc gọi đến số 1-800-652-9528 (TTY: 1-888-889-4500).

12. Tôi có thể lựa chọn chương trình bảo hiểm y tế bằng cách nào?

Quý vị có thể truy cập CoveredCA.com để mua và so sánh các chương trình bảo hiểm y tế một cách dễ dàng bằng cách sử dụng cửa hàng trực tuyến và công cụ so sánh.

Quý vị có thể chọn mức bao trả phù hợp nhất với các nhu cầu sức khỏe và ngân sách của mình.

- Quý vị có thể chọn trả chi phí hàng tháng cao hơn (gọi là phí bảo hiểm) để quý vị trả chi phí tự trả thấp hơn khi quý vị cần dịch vụ chăm sóc y tế.
- Hoặc là quý vị có thể chọn trả chi phí hàng tháng thấp hơn nhưng trả chi phí tự trả nhiều hơn khi quý vị cần dịch vụ chăm sóc.

Các Câu Hỏi Thường Gặp xem tiếp trang sau 

Quý VD CDN
Giúp ĐĐ?

Gọi 1-800-652-9528 (TTY: 1-888-889-4500). Cuộc gọi này miễn phí. Quý vị có thể gọi từ Thứ 2 đến Thứ 6, 8 giờ sáng đến 6 giờ tối và Thứ 7, 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều. Hoặc truy cập CoveredCA.com.



Các Câu Hỏi Thường Gặp (tiếp)

Nhận trợ giúp thông qua Covered California (tiếp)

13. Liệu tôi có cần có bảo hiểm y tế nữa không khi hiện tại chương trình cải cách y tế đã bắt đầu?

Bắt đầu vào tháng 1 năm 2014, hầu hết mọi người, bao gồm cả trẻ em, sẽ được yêu cầu có bảo hiểm y tế hoặc phải chịu phạt thuế. Cha/mẹ hoặc người nộp thuế khai con cái là người phụ thuộc về thuế trên tờ khai thuế thu nhập liên bang của mình sẽ chịu trách nhiệm về việc không có khoản bao trả sức khỏe cho trẻ phụ thuộc nhưng khoản phạt thuế đối với trẻ không có bảo hiểm dưới 18 tuổi sẽ

bằng một nửa khoản phạt thuế cho người lớn không có bảo hiểm. Khoản bao trả có thể bao gồm bảo hiểm thông qua công việc của quý vị, khoản bao trả quý vị mua cho chính mình, Medicare hoặc Medi-Cal toàn diện.

Một số người được miễn trừ khỏi trường hợp phải có bảo hiểm y tế. Những người đó bao gồm, nhưng không giới hạn ở những người có tín ngưỡng tôn giáo phản đối việc chấp nhận các phúc lợi từ một chương trình bảo hiểm y tế, những người đang bị giam giữ sau khi phân xử, những người là thành viên của bộ tộc Alaska Bản Địa hoặc Mỹ Bản Địa được liên bang công nhận và những người phải trả hơn 8% thu nhập của họ cho bảo hiểm y tế, sau khi có tính đến bất kỳ khoản đóng góp nào của chủ sử dụng lao động.

Vào năm 2014, mức phạt sẽ là 1% thu nhập hàng năm hoặc \$95, tùy theo cái nào lớn hơn. Mức phạt sẽ tăng lên mỗi năm. Tính đến năm 2016, mức phạt sẽ là 2,5% thu nhập hàng năm hoặc \$695, tùy theo cái nào lớn hơn. Sau năm 2016, mức phạt thuế sẽ tăng từng năm dựa trên sự điều chỉnh chi phí sinh hoạt.

Để biết thêm thông tin về các khoản tiền phạt, hãy truy cập CoveredCA.com.

14. Nếu thu nhập của tôi thay đổi sau khi tôi nộp đơn đăng ký thì sao?

Nếu thu nhập của quý vị thay đổi, thì điều đó có thể làm thay đổi loại bảo hiểm y tế mà quý vị đủ tiêu chuẩn nhận.

Nếu quý vị có bảo hiểm y tế tư nhân qua Covered California, hãy gọi cho chúng tôi để xem quý vị có đủ tiêu chuẩn nhận hỗ trợ tài chính qua Covered California hay không. Hỗ trợ tài chính này có thể giúp giảm chi phí phí bảo hiểm và khoản đồng thanh toán của quý vị.

15. Tôi sẽ có thể sử dụng ngay chương trình bảo hiểm y tế mới của Covered California chứ?

Nếu quý vị nộp đơn đăng ký bảo hiểm y tế vào tháng 10 đến hết tháng 12 năm 2013, các dịch vụ bắt đầu sớm nhất vào tháng 1 năm 2014. Nếu quý vị nộp đơn đăng ký vào tháng 1 năm 2014 hoặc sau đó, các dịch vụ có thể bắt đầu vào đầu tháng sau đó.

16. Điều gì xảy ra sau khi tôi nộp đơn đăng ký?

Nếu quý vị đăng ký trực tuyến hoặc qua điện thoại, quý vị sẽ nhận thông tin về việc quý vị và thành viên gia đình quý vị có đủ tiêu chuẩn tham gia Covered California hay không. Nếu quý vị nộp đơn đăng ký dạng giấy hoặc fax đơn đăng ký của quý vị, chúng tôi sẽ gửi thư cho quý vị trong vòng 10 ngày theo lịch kể từ khi nhận đơn. Nếu quý vị không nhận được thông tin từ chúng tôi, vui lòng gọi cho chúng tôi theo số 1-800-652-9528 (TTY: 1-888-889-4500).

Các câu hỏi khác

17. Có nhất thiết là mọi người trong đơn đăng ký phải là công dân hay kiều bào Hoa Kỳ không?

Không, nếu quý vị chỉ nộp đơn đăng ký thay mặt người nào đó trong gia đình của quý vị, quý vị không cần gửi bằng chứng về tình trạng công dân hoặc nhập cư. Tuy nhiên, bất kỳ ai mua bảo hiểm qua Covered California phải là cư dân hợp pháp và phải có bằng chứng về tình trạng công dân hoặc nhập cư.

18. Đơn đăng ký này yêu cầu rất nhiều các thông tin cá nhân. Covered California có chia sẻ thông tin cá nhân và thông tin tài chính của tôi không?

Không. Những thông tin quý vị cung cấp là riêng tư và bảo mật theo quy định của luật pháp tiểu bang và liên bang. Chúng tôi chỉ sử dụng thông tin của quý vị để xem liệu quý vị có đủ tiêu chuẩn nhận bảo hiểm y tế hay không.

19. Tôi có tình trạng hoặc bị khuyết tật từ trước. Tôi có thể có bảo hiểm y tế thông qua Covered California hay không?

Có, quý vị có thể nhận bảo hiểm y tế, dù mắc bất kỳ tình trạng sức khỏe hoặc tình trạng khuyết tật nào hiện có hoặc đã có.

Bắt đầu từ năm 2014, hầu hết các chương trình bảo hiểm y tế không thể từ chối bao trả cho quý vị hoặc tính phí cao hơn cho quý vị chỉ bởi vì quý vị mắc tình trạng sức khỏe hoặc tình trạng khuyết tật từ trước.

20. Nếu tôi có Medicare thì sao?

Theo luật, các thành viên Medicare không thể mua khoản bao trả trùng lặp qua Exchange. Vì thế, nếu quý vị có Medicare, bảo hiểm y tế qua Covered California không thích hợp đối với quý vị. Nếu quý vị đang tìm kiếm khoản bao trả bổ sung cho Medicare của quý vị và không có khoản bao trả hưu trí, hãy truy cập www.medicare.gov để tìm hiểu về việc ghi danh tham gia chương trình Medicare Advantage hoặc mua hợp đồng bảo hiểm Medi-gap.

Các Câu Hỏi Thường Gặp xem tiếp trang sau 

Quý VĐ CĐn
Giúp ĐĐ?

Gọi 1-800-652-9528 (TTY: 1-888-889-4500). Cuộc gọi này miễn phí. Quý vị có thể gọi từ Thứ 2 đến Thứ 6, 8 giờ sáng đến 6 giờ tối và Thứ 7, 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều. Hoặc truy cập CoveredCA.com.

Các Câu Hỏi Thường Gặp (tiếp)

Các câu hỏi khác (tiếp)

21. Tôi mới phát hiện ra mình đã có thai. Liệu tôi có thể nộp đơn đăng ký nhận bảo hiểm y tế mà sẽ bao trả cho tôi trong suốt thai kỳ không?

Có. Quý vị có thể nộp đơn đăng ký nhận bảo hiểm y tế mà có thể bao trả cho dịch vụ chăm sóc tiền sản, chuyển dạ và sinh nở và chăm sóc hậu sản. Các chương trình bảo hiểm y tế không còn từ chối cung cấp bảo hiểm y tế cho quý vị nếu quý vị mang thai.

22. Tôi sẽ đủ tiêu chuẩn nhận bảo hiểm y tế nếu tôi không phải là công dân hoặc không có tình trạng nhập cư đủ tư cách không?

Bất cứ ai sống ở California đều có thể nộp đơn đăng ký nhận bảo hiểm y tế bằng cách sử dụng đơn đăng ký này. Chỉ những người nộp đơn đăng ký mới phải cung cấp số An Sinh Xã Hội hoặc các thông tin về tình trạng nhập cư.

Nhưng quý vị có thể đủ tiêu chuẩn tham gia một số chương trình bảo hiểm y tế bất kể tình trạng nhập cư của quý vị là gì và ngay cả khi quý vị không có số An Sinh Xã Hội.

Chúng tôi giữ bí mật các thông tin và chỉ chia sẻ các thông tin đó với các cơ quan chính phủ khác để xem liệu quý vị đủ tiêu chuẩn tham gia các chương trình nào.

23. Tôi có thể nhận thông tin về việc đăng ký bỏ phiếu ở đâu?

Nếu quý vị không được đăng ký bỏ phiếu ở nơi quý vị đang sống và muốn nộp đơn đăng ký bỏ phiếu hôm nay, hãy truy cập vào registertovote.ca.gov. Hoặc, gọi điện đến số 1-800-345-VOTE (8683).

24. Tôi là người Alaska Bản Địa hoặc người Mỹ Da Đỏ. Covered California có thể giúp tôi như thế nào?

Người Mỹ Da Đỏ hoặc người Alaska Bản Địa có thể nhận các dịch vụ từ Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe dành cho Người Da Đỏ, chương trình chăm sóc sức khỏe bộ tộc hoặc chương trình chăm sóc sức khỏe dành cho người Da Đỏ thành thị. Nếu quý vị là người Mỹ Da Đỏ hoặc người Alaska Bản Địa được liên bang công nhận, quý vị cũng có thể đủ điều kiện:

- Không phải thanh toán các chi phí tự trả như các khoản khấu trừ, các khoản đồng thanh toán và đồng bảo hiểm (ngoại trừ các phí bảo hiểm)
- Giai đoạn ghi danh đặc biệt hàng tháng

Chắc chắn đã hoàn thành Tài Liệu Đính Kèm A và gửi tài liệu này kèm theo bằng chứng tài liệu chứng minh quý vị có nguồn gốc là người Mỹ Da Đỏ hoặc người Alaska Bản Địa. Các tài liệu quý vị có thể sử dụng để cung cấp bằng chứng quý vị có nguồn gốc là người Mỹ Da Đỏ hoặc người Alaska Bản Địa bao gồm nhưng không giới hạn ở:

1. Thẻ đăng ký bộ tộc
2. Chứng nhận mang dòng máu Da Đỏ (CDIB) từ Cục Đặc Trách Người

Da Đỏ Nếu quý vị muốn nhận bất kỳ phúc lợi nào trong số các phúc lợi sau đây, hãy truy cập CoveredCA.com và sử dụng “Đơn Đăng Ký Bảo Hiểm Y Tế” để nộp đơn đăng ký và tìm hiểu xem quý vị có đủ tiêu chuẩn nhận:

- Bảo hiểm y tế miễn phí hoặc chi phí thấp, chẳng hạn như Medi-Cal
- Bảo hiểm chi phí thấp dành cho phụ nữ mang thai thông qua chương trình Access for Infants and Mothers (AIM)
- Hỗ trợ thanh toán bảo hiểm y tế tư nhân qua Covered California

25. Nếu tôi không đồng ý với quyết định mà Covered California đưa ra thì sao?

Quý vị có thể nộp đơn kháng cáo. Để kháng cáo một quyết định mà quý vị không đồng tình, hãy liên hệ với Covered California theo một trong những cách sau:

- **Trực tuyến:** Truy cập CoveredCA.com.
- **Qua điện thoại:** Gọi cho Covered California theo số 1-800-652-9528 (TTY: 1-888-889-4500). Quý vị có thể gọi từ Thứ 2 đến Thứ 6, 8 giờ sáng đến 6 giờ tối và Thứ 7, 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều. Cuộc gọi này miễn phí!
- **Bằng fax:** Gửi fax đơn kháng cáo đến số 1-888-329-3700.
- **Bằng thư:**
Gửi đơn kháng cáo qua đường bưu điện đến:
Covered California – Appeals
P.O. Box 989725
West Sacramento, CA 95798-9725
- **Gặp trực tiếp:** Chúng tôi đã đào tạo các Cố Vấn Ghi Danh Được Chứng Nhận và Đại Lý Bảo Hiểm Được Chứng Nhận để có thể giúp quý vị. Trợ giúp miễn phí!
- Để có danh sách các Cố Vấn Ghi Danh Được Chứng Nhận và Đại Lý Bảo Hiểm Được Chứng Nhận gần nơi quý vị sinh sống hoặc làm việc, hãy truy cập CoveredCA.com hoặc gọi điện đến số 1-800-652-9528 (TTY: 1-888-889-4500).

Quý VD CDN
Giúp ĐĐ?

Gọi 1-800-652-9528 (TTY: 1-888-889-4500). Cuộc gọi này miễn phí. Quý vị có thể gọi từ Thứ 2 đến Thứ 6, 8 giờ sáng đến 6 giờ tối và Thứ 7, 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều. Hoặc truy cập CoveredCA.com.



Nhận trợ giúp bằng các ngôn ngữ khác

Quý vị có thể nhận trợ giúp khi nộp đơn đăng ký này bằng các ngôn ngữ khác.
Hãy gọi đến 1-800-652-9528.

Podemos ayudarle en español a llenar esta solicitud. Llame al 1-800-300-0213.

SPANISH

您可以透過其他語言
獲得此申請的幫助。

請致電 1-800-300-1533.

TRADITIONAL CHINESE

Quý vị có thể được trợ giúp về
đơn đăng ký này bằng tiếng Việt.
Hãy gọi 1-800-652-9528.

VIETNAMESE

이 응용 프로그램에 대한 한국어
지원을 받으실 수 있습니다.
전화: 1-800-738-9116.

KOREAN

Maaari kang kumuha ng tulong para sa
aplikasyong ito sa Tagalog. Tumawag
sa 1-800-983-8816.

TAGALOG

Koj txais tau kev pab nrog kev tso npe
no ua lus Hmoob. Hu 1-800-771-2156.

HMONG

Вы можете получить помощь
в оформлении этой заявки
на русском языке. Звоните по
телефону 1-800-778-7695.

RUSSIAN

Դուք կարող եք հայերենով
օգնություն ստանալ այս դիմումի
ձևը լրացնելու հարցում:
Զանգահարեք 1-800-996-1009.

ARMENIAN

می توانید در ارتباط با این فرم تقاضا
به زبان های دیگر کمک دریافت
کنید. با شماره 1-800-921-8879
تماس بگیرید.

FARSI

អ្នកអាចទទួលបានជំនួយចំពោះ
ពាក្យសុំនេះជាភាសាខ្មែរ។
សូមទូរស័ព្ទមកលេខ 1-800-906-8528.

KHMER

يمكنك الحصول على المساعدة
بشأن هذا الطلب باللغة العربية.
اتصل بـ 1-800-826-6317.

ARABIC



Hãy “Thích” Covered California trên Facebook!
Truy cập: [Facebook.com/CoveredCA](https://www.facebook.com/CoveredCA)



Hãy theo dõi chúng tôi! @CoveredCA

