

Hướng Dẫn Xin Chương Trình Trợ Giúp Y Phí Harris Health Plan

Quý vị không phải trả bất cứ lệ phí nào khi nộp đơn xin trợ giúp y phí tại Harris Health System. Nếu bị buộc PHẢI trả tiền, xin gọi số 713-566-6277. Điền đầy đủ vào “ĐƠN XIN TRỢ GIÚP Y PHÍ”. Quý vị, vợ hay chồng và các con sống chung nhà từ 18 đến 26 tuổi phải ký tên và để ngày trên đơn.

<p>Gửi đơn qua bưu điện đến: Harris Health Financial Assistance Program P.O. Box 300488, Houston, TX 77230 Hoặc Nộp đơn tại Trung Tâm Xét Duyệt Đơn gần nhất</p>	<p>Thẻ lệ xin gia hạn hồ sơ (không áp dụng cho người có Medicare): Nếu tên, địa chỉ, tình trạng hôn nhân, tình trạng pháp lý, thành viên gia đình, và bảo hiểm y tế không thay đổi từ lúc hồ sơ hết hạn đến nay, quý vị chỉ cần điền và nộp một đơn xin mới cùng với giấy tờ chứng minh lợi tức trước khi trừ thuế trong 30 ngày vừa qua của cả gia đình. Để biết thêm chi tiết xin vào trang mạng: https://www.harrishealth.org/access-care-hh/eligibility</p>
--	--

Nhân viên của Harris Health System có thể ghi danh cho quý vị vào chương trình trợ giúp bệnh nhân sẵn có với các hãng bào chế thuốc dựa trên đơn Medication Assistance Program (MAP) Consent and Authorization (đơn #283233). Đơn này cho phép Harris Health chia sẻ thông tin liên quan về sức khoẻ của quý vị vì đây là điều kiện yêu cầu bởi hãng bào chế thuốc và nó cho phép Harris Health ký tên thay cho quý vị trong một số đơn từ cần thiết để hoàn tất thủ tục xin trợ giúp mà quý vị có thể hội đủ điều kiện được hưởng.

Xin vui lòng cung cấp bản sao các giấy tờ sau đây cho Harris Health:

Những thông tin, giấy tờ và chữ ký này cần thiết cho Chương Trình Trợ Giúp Y Phí của Harris Health và các Chương Trình Trợ Giúp Thuốc.

1. Giấy Tờ Tù Thân (của quý vị và của vợ hay chồng)

- Giấy hôn thú/ IRS 1040 nếu kết hôn
- Giấy Declaration and Registration of Informal Marriage nếu khai sống chung
- Những giấy tờ liên hệ đến hôn nhân

Và một giấy tờ tùy thân có hình:

- Bằng lái xe do tiểu bang cấp
- Thẻ sinh viên có hình
- Thẻ nhân viên có hình
- Giấy tờ sở Di Trú có hình
- Thẻ ID do tiểu bang cấp
- Sổ thông hành có hình
- Thẻ ID của lãnh sự nước ngoài
- Thờ của Trung tâm tạm trú

Nếu giấy tờ tùy thân không có hình, cần hai giấy tờ sau đây:

- Giấy khai sinh (không áp dụng cho phụ nữ đã kết hôn)
- Giấy hôn thú hay Giấy Declaration and Registration of Informal Marriage.
- Hồ sơ bệnh viện hoặc hồ sơ sinh con trong bệnh viện
- Giấy tờ hồ sơ nhận con nuôi
- Thẻ cử tri của quận Harris mới nhất
- Giấy tờ của chính phủ liên bang có ghi danh tính và địa chỉ trong quận Harris
- Thẻ An Sinh Xã Hội
- Thẻ Medicaid
- Thẻ Medicare
- Check lương mới nhất

2. Địa chỉ: Một bằng chứng địa chỉ có tên của quý vị hay của vợ hoặc chồng trong vòng 60 ngày vừa qua:

- Biên lai điện, nước, điện thoại, gas.
- Phiếu trả tiền nhà hàng tháng
- Thờ từ thương mại
- Học bạ của con dưới 18 tuổi
- Giấy chứng nhận hoặc check của sở An Sinh Xã Hội (SSA) hoặc sở Lao Động (TX Workforce Commission)
- Check lương mới nhất
- Bản báo cáo thẻ tín dụng
- Thờ Medicaid hay Medicare

- Giấy tờ chấp thuận của Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), hay đơn SNAP TF0001.
- Thờ của Trung tâm tạm trú
- Giấy tờ của trung tâm giữ trẻ
- Giấy Xác Nhận Nơi Cư Trú (Harris Health System- Residence Verification Form) điền bởi một người không ở cùng địa chỉ Hay

Một bằng chứng địa chỉ có tên của quý vị hay vợ hoặc chồng trong năm vừa qua:

- Hợp đồng thuê nhà mới nhất
- Giấy tờ sở Giao thông
- Thẻ cử tri của quận Harris
- Giấy đăng bộ xe mới nhất
- Giấy tờ thuê nhà đất
- Giấy bảo hiểm xe mới nhất
- Bản in hồ sơ thuế vụ mới nhất

5. Tình Trạng Di Trú : giấy tờ của quý vị, vợ hay chồng và các con đang sống chung nhà

Quý vị phải cung cấp giấy tờ mới nhất hay đã hết hạn được cấp bởi Sở Di Trú & Nhập Tịch Hoa Kỳ (U.S. Citizenship & Immigration Services).

6. Bảo Hiểm Y Tế: giấy tờ của quý vị, vợ hay chồng và các con đang sống chung nhà

Xin vui lòng mang theo thẻ Medicaid, CHIP, CHIP Perinatal, thẻ Medicare hoặc thẻ bảo hiểm y tế.

7. Nếu quý vị vừa có Medicare và vừa hội đủ điều kiện xin Chương Trình Trợ Giúp Y Phí của Harris Health System:

Quý vị phải điền đầy đủ vào Bản Lượng Giá Tài Sản (Medicare Asset Form) và cung cấp giấy tờ chứng minh tài sản và những khoản tiền nợ của mình (bản báo cáo của ngân hàng, của thẻ tín dụng, của khoản tiền nợ mới nhất) ghi trên bản lượng giá tài sản.

8. Quý vị phải nộp đơn xin các chương sau đây bao gồm nhưng không giới hạn như CHIP, CHIP Perinatal, Medicaid, TANF (Temporary Assistance for Needy Families),SSI (Supplemental Security Income), Title V hay Chương trình Y Tế cho Phụ Nữ ở Texas (Healthy Texas Women Program (HTWP) nếu quý vị hội đủ điều kiện. Để tải và in đơn Texas Medicaid/CHIP, xin vào trang mạng: <http://yourtexasbenefits.hhs.texas.gov/sites/default/files/docs/1205-eng.pdf>.

Chương trình Trợ Giúp Y Phí của Harris Health không phải là một chương trình bảo hiểm. Harris Health không cung cấp bảo hiểm trong Thị Trường Bảo Hiểm Sức Khỏe của Chính Phủ Liên Bang.

3. Lợi tức trước khi trừ thuế trong 30 ngày vừa qua của quý vị, vợ hay chồng và các con đang sống chung nhà từ 18 tuổi trở lên

Theo điều lệ mới của Harris Health System, tất cả thành viên trong gia đình từ 18 tuổi trở lên phải ký tên và để ngày trên đơn xin trợ giúp y phí, cho phép Harris Health System kiểm chứng thông tin với sở Lao Động (TWC).

- Trợ cấp tiền mặt
- Tiền cho thuê nhà và tài sản
- Tiền bồi thường từ tai nạn lao động
- Tiền thất nghiệp
- Tiền lãi cổ phiếu và tiền bản quyền
- Tiền cấp dưỡng
- Lương & phụ cấp quân đội
- Tiền trợ cấp nuôi con
- Tiền Hưu trí
- Check lương mới nhất
- Thư hay check An sinh xã hội
- Bản khai thuế IRS 1040/1040A mới nhất (toàn bộ hồ sơ) nếu hành nghề tự do
- Thư hay check của bộ Cựu chiến binh
- Thờ của Trung tâm tạm trú
- Lợi tức ghi trên đơn SNAP TF0001
- Giấy Khai Lợi Tức của Người Hành Nghề Tự Do (Harris Health System- Statement of Self Employment Income Form) nếu không khai thuế lợi tức.
- Giấy Xác Nhận Lương Bổng (Harris Health System- Wage Verification Form) nếu lãnh lương bằng tiền mặt hay check cá nhân
- Giấy Xác Nhận Trợ Giúp (Harris Health Sytem- Statement of Support) nếu không có lợi tức.

4. Giấy tờ chứng minh sự liên hệ giữa quý vị và các con đang sống chung nhà với quý vị.

- Giấy khai sinh
- Hồ sơ ghi danh học toàn thời gian của sinh viên từ 18 đến 26 tuổi
- Giấy rửa tội
- Thư báo trợ cấp của sở ASXH có tên thành viên gia đình
- Giấy Popras của trẻ sơ sinh

- Giấy tờ của sở Di Trú có tên của các thành viên trong gia đình
- Giấy ly dị hoặc lệnh trợ cấp nuôi con
- Giấy khai tử của thành viên trong gia đình trước đây.
- Giấy tờ trường học, bảo hiểm có tên của cha mẹ và con
- Hồ sơ sinh con hoặc vòng đeo tay của bệnh viện cho trẻ sơ sinh dưới 90 ngày.
- Giấy U.S. Department of Health and Human Services- Office of Refugee Resettlement - Verification of Release (ORR UAC/R-1) cho trẻ em ngoại quốc không có thân nhân.

Harris Health System complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Harris Health System does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Harris Health System:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters; and
 - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats).
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:
 - Qualified interpreters; and
 - Information written in other languages.

If you need these services, please call Harris Health's Language Access Services at 877-612-3004.

If you believe that Harris Health System has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with:

Administrative Director – Patient Experience
Patient/Customer Relations Department
1504 Taub Loop, Houston, TX 77030
Telephone: 713-873-3939/Fax: 713-873-3166
Email: PCR@HarrisHealth.org

You can file a grievance in person or by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, the Administrative Director – Patient Experience is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Complaint forms are available at:

<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Español (Spanish)

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-877-612-3004.

Tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-877-612-3004.

繁體中文 (Chinese)

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-877-612-3004。

한국어 (Korean)

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-877-612-3004 번으로 전화해 주십시오.

عربي (Arabic)

توفر Harris Health System خدمات مساعدة لغوية مجانية إذا كنت تتحدث لغة أخرى غير اللغة الإنجليزية. اتصل بـ 1-877-612-3004 للحصول على مزيد من المعلومات.

اُردُو (Urdu)

اگر آپ اردو بولتے ہیں تو ہمیں آپ کی زبان سیکھنے اور آپ کو اردو میں سہولت دینے کے لیے 1-877-612-3004 پر کال کریں۔

Tagalog (Tagalog – Filipino)

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-877-612-3004.

Français (French)

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-877-612-3004.

हिंदी (Hindi)

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-877-612-3004 पर कॉल करें।

فارسی (Farsi)

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما تماس بگیرید. 1-877-612-3004 فراهم می باشد. با

Deutsch (German)

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-877-612-3004.

ગુજરાતી (Gujarati)

સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-877-612-3004.

Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-877-612-3004.

日本語 (Japanese)

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-877-612-3004 まで、お電話にてご連絡ください。

ພາສາລາວ (Lao)

ໂປດສາວ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ແຈ້ງຄ່າ, ຄຸມມຸມີ້ພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-877-612-3004.

**ĐƠN XIN TRỢ GIÚP Y PHÍ
(APPLICATION FOR FINANCIAL ASSISTANCE)**

Đây là Tài Liệu Chính Thức của Chính phủ. Điền tin tức sai lệch hoặc thiếu sót trên giấy này có thể bị truy tố về mặt hình sự dựa theo các điều khoản 31.04 và 37.10, hoặc các điều khoản khác trong bộ Hình luật của tiểu bang Texas.

Quý vị không phải trả bất cứ lệ phí nào khi nộp đơn xin trợ giúp y phí tại Harris Health System. Nếu bị buộc PHẢI trả tiền, xin gọi số 713-566-6277.

Tên: _____ Họ trước khi kết hôn: _____

Địa chỉ nhà: _____ Apt #: _____ Quận: _____

Thành phố: _____ Tiểu bang: _____ Zip Code: _____ Địa chỉ Email: _____

Số điện thoại nhà : _____ Số điện thoại sở làm: _____ Số điện thoại di động: _____

Tình trạng hôn nhân: Độc thân Kết hôn Ly thân Ly dị Góa Luật sống chung/ Hôn thân bán chính thức

Các Thành Viên Trong Gia Đình:

Họ	Tên	Liên hệ Gia đình	Ngày /Tháng/ Năm Sinh	Số An Sinh Xã Hội	Sắc tộc	Chủng tộc	Giới tính	Có làm việc	Tình Trạng Di Trú
		Đương đơn			<input type="checkbox"/> Trắng <input type="checkbox"/> Đen <input type="checkbox"/> Á Châu <input type="checkbox"/> Sắc tộc khác <input type="checkbox"/> Không biết/ Không trả lời <input type="checkbox"/> American Indian <input type="checkbox"/> Alaska Native <input type="checkbox"/> Pacific Islander	<input type="checkbox"/> Hispanic/ Latino <input type="checkbox"/> Not Hispanic/ Latino	<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Công Dân Hoa Kỳ <input type="checkbox"/> Thường Trú Nhân <input type="checkbox"/> Không có giấy tờ <input type="checkbox"/> Giấy Phép Làm Việc <input type="checkbox"/> Bảo lãnh <input type="checkbox"/> Visa
					<input type="checkbox"/> Trắng <input type="checkbox"/> Đen <input type="checkbox"/> Á Châu <input type="checkbox"/> Sắc tộc khác <input type="checkbox"/> Không biết/ Không trả lời <input type="checkbox"/> American Indian <input type="checkbox"/> Alaska Native <input type="checkbox"/> Pacific Islander	<input type="checkbox"/> Hispanic/ Latino <input type="checkbox"/> Not Hispanic/ Latino	<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Công Dân Hoa Kỳ <input type="checkbox"/> Thường Trú Nhân <input type="checkbox"/> Không có giấy tờ <input type="checkbox"/> Giấy Phép Làm Việc <input type="checkbox"/> Bảo lãnh <input type="checkbox"/> Visa
					<input type="checkbox"/> Trắng <input type="checkbox"/> Đen <input type="checkbox"/> Á Châu <input type="checkbox"/> Sắc tộc khác <input type="checkbox"/> Không biết/ Không trả lời <input type="checkbox"/> American Indian <input type="checkbox"/> Alaska Native <input type="checkbox"/> Pacific Islander	<input type="checkbox"/> Hispanic/ Latino <input type="checkbox"/> Not Hispanic/ Latino	<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Công Dân Hoa Kỳ <input type="checkbox"/> Thường Trú Nhân <input type="checkbox"/> Không có giấy tờ <input type="checkbox"/> Giấy Phép Làm Việc <input type="checkbox"/> Bảo lãnh <input type="checkbox"/> Visa
					<input type="checkbox"/> Trắng <input type="checkbox"/> Đen <input type="checkbox"/> Á Châu <input type="checkbox"/> Sắc tộc khác <input type="checkbox"/> Không biết/ Không trả lời <input type="checkbox"/> American Indian <input type="checkbox"/> Alaska Native <input type="checkbox"/> Pacific Islander	<input type="checkbox"/> Hispanic/ Latino <input type="checkbox"/> Not Hispanic/ Latino	<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Công Dân Hoa Kỳ <input type="checkbox"/> Thường Trú Nhân <input type="checkbox"/> Không có giấy tờ <input type="checkbox"/> Giấy Phép Làm Việc <input type="checkbox"/> Bảo lãnh <input type="checkbox"/> Visa
					<input type="checkbox"/> Trắng <input type="checkbox"/> Đen <input type="checkbox"/> Á Châu <input type="checkbox"/> Sắc tộc khác <input type="checkbox"/> Không biết/ Không trả lời <input type="checkbox"/> American Indian <input type="checkbox"/> Alaska Native <input type="checkbox"/> Pacific Islander	<input type="checkbox"/> Hispanic/ Latino <input type="checkbox"/> Not Hispanic/ Latino	<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Công Dân Hoa Kỳ <input type="checkbox"/> Thường Trú Nhân <input type="checkbox"/> Không có giấy tờ <input type="checkbox"/> Giấy Phép Làm Việc <input type="checkbox"/> Bảo lãnh <input type="checkbox"/> Visa

Xin vui lòng điền đầy đủ vào phần Lợi Tức Của Gia Đình và phần Chi Phí Của Gia Đình ở Trang 2 –Mặt Sau

Có ai mang thai không? Không Có, Tên, họ: _____ Ngày Sinh Dự Đoán: _____

Có ai có bảo hiểm y tế không? Không Có, Tên, họ: _____

Tên Công Ty Bảo Hiểm: _____ Số thẻ Bảo Hiểm#: _____

Quý vị hay thành viên trong gia đình có từng nộp đơn xin trợ cấp an sinh xã hội không? Không Có, Tên, họ: _____ Khi nào: _____

Có nhu cầu về y tế không? Không Có

Quý vị phải thông báo ngay khi có thay đổi về tên, địa chỉ, tình trạng hôn nhân, tình trạng pháp lý, lợi tức, thành viên trong gia đình, và bảo hiểm y tế. Nếu không thông báo, quý vị có thể bị mất sự trợ giúp y phí từ Harris Health System và có thể phải chịu trách nhiệm hoàn trả các chi phí y tế mà Harris Health System đã cung cấp cho quý vị. Harris Health System được quyền đòi hỏi thêm các chứng từ nếu cần thiết.

Tôi cam kết chịu trách nhiệm trước pháp luật về những lời khai tôi đã cung cấp cho Harris Health System là đúng và đầy đủ theo sự hiểu biết tốt nhất của tôi. Chữ ký của tôi cho phép tiết lộ thông tin của tôi cho các nhà cung cấp, các nhà thầu của Harris Health System, các cơ quan tiểu bang và liên bang, hoặc các chương trình trợ giúp bệnh nhân với mục đích xem xét và kiểm tra.

Tôi đã đọc văn bản về “Quyền lợi và Trách nhiệm của Đương Đơn” ở Trang 2 –Mặt Sau Có Không

Quý vị, vợ hay chồng, và các con từ 18-26 tuổi sống chung nhà phải ký tên và để ngày để được hưởng chương trình trợ giúp y phí của Harris Health và thuốc.

Chữ ký của Quý vị:	Ngày:
Chữ ký của Vợ hay Chồng nếu kết hôn hay sống chung:	Ngày:
Chữ ký của Con từ 18-26 tuổi đang sống chung nhà:	Ngày:
Chữ ký của Con từ 18-26 tuổi đang sống chung nhà:	Ngày:
Chữ ký của Người Làm Chứng (nếu bất cứ ai trên đây ký bằng chữ X):	Ngày:

Lợi Tức Của Gia Đình (gồm tất cả lợi tức trước khi trừ thuế của toàn gia đình)			Chi Phí Của Gia Đình (Các khoản chi phí phải trả hàng tháng của toàn gia đình)	
Tên của người đi làm hoặc nhận được tiền	Tên nguồn lợi tức/Tên công ty	Bao lâu nhận 1 lần? (mỗi tuần, mỗi hai tuần, hai lần mỗi tháng, mỗi tháng) và Số tiền	Chi Phí	Số tiền trả hàng tháng
		\$	Tiền thuê nhà/ Tiền trả góp nợ nhà/ Housing	\$
		\$	Tiền dịch vụ (gas, nước, điện, điện thoại, cable)	\$
		\$	Tiền mua thực phẩm	\$
		\$	Tiền bảo hiểm (xe, nhà, các thứ khác)	\$
		\$	Tiền trả góp nợ xe	\$
		\$	Tiền chi phí y tế	\$
		\$	Tiền trả góp các món nợ/Thẻ tín dụng	\$
		\$	Những khoản chi phí khác - Giải thích	\$
		\$	Tổng số tiền chi phí hàng tháng	\$
		\$	Ai trả tổng số tiền chi phí hàng tháng?	<input type="checkbox"/> Đương đơn <input type="checkbox"/> Người Trợ Giúp

QUYỀN LỢI và TRÁCH NHIỆM CỦA ĐƯƠNG ĐƠN

<p>Khi ký tên vào đơn xin trợ giúp này, tôi xin cam kết những điều dưới đây:</p> <p>Những thông tin ghi trên đơn và các giấy tờ đính kèm là đúng và chính xác. Đơn này là giấy tờ pháp lý. Cố tình khai thiếu sót hay cho thông tin sai lệch có thể khiến cho cơ quan dịch vụ chấm dứt mọi dịch vụ cho một thành viên/gia đình hay cho chính tôi.</p> <p>Nếu tôi khai thiếu sót, không đúng hay từ chối cung cấp thông tin hay cho thông tin giả hay sai lệch trong các vấn đề này, tôi có thể bị yêu cầu hoàn trả lại cho tiểu bang toàn bộ các y phí đã được cung cấp nếu tôi thực sự không hội đủ điều kiện. Tôi sẽ thông báo mọi thay đổi về thành viên/tình trạng gia đình liên hệ đến các điều kiện hợp lệ trong thời gian được chứng nhận (các thay đổi về lợi tức, thành viên gia đình, và địa chỉ).</p> <p>Tôi cho phép tiết lộ thông tin, bao gồm nhưng không giới hạn về, lợi tức, và thông tin sức khỏe, bao gồm nhưng không giới hạn đến sở Y tế và Xã hội - Health and Human Services Commission (HHSC) và cơ quan Y tế của tiểu bang- Texas Department of State Health Services (DSHS) và cơ quan cung cấp dịch vụ để quyết định về tình trạng hợp lệ, thanh toán y phí, hay cung cấp dịch vụ cho thành viên/gia đình hay cho tôi.</p> <p>Tôi hiểu rằng tôi có thể được yêu cầu bởi các cơ quan dịch vụ cung cấp thêm các chứng từ cho các thông tin ghi trong đơn này.</p> <p>Bảo hiểm sức khỏe, bao gồm nhưng không giới hạn trong bảo hiểm sức khỏe cá nhân, đoàn thể, bảo hiểm HMO, Medicaid, Medicare, phúc lợi từ bộ cựu chiến binh, Tricare, và phúc lợi từ tai nạn nghề nghiệp phải được thông báo cho cơ quan dịch vụ. Phúc lợi từ bảo hiểm sức khỏe có thể xem là nguồn chi trả đầu tiên cho các khoản y phí đã cung cấp. Do đó tôi giao cho cơ quan dịch vụ các phúc lợi này. Tôi cũng giao các khoản chi trả cho phúc lợi và dịch vụ nhận được từ và trực tiếp thông qua cơ quan dịch vụ đến các cơ sở cung cấp dịch vụ khác.</p> <p>Tôi hiểu rằng, để duy trì tình trạng hợp lệ của chương trình, tôi sẽ được yêu cầu xin gia hạn lại ít nhất mỗi mười hai tháng và có thể sớm hơn nếu tôi được xác minh là có thể hội đủ điều kiện xin bất cứ chương trình trợ giúp nào khác.</p> <p>Tôi đích thực là cư dân của Texas hay là thành viên. Tôi thật sự sống tại Texas, duy trì đời sống nhiều năm tại Texas, và không hề tự cho là cư dân của tiểu bang khác hay quốc gia khác, hay là một thành viên thuộc gia đình cư dân Texas đích thực.</p> <p>Một số chương trình cung cấp dịch vụ chăm sóc thông qua chương trình thuộc những cơ quan được chấp thuận chính thức. Tôi hiểu rằng, để nhận được các phúc lợi từ những chương trình này, sự điều trị phải được nhận thông qua chương trình thuộc những cơ quan được chấp thuận chính thức.</p> <p>Tôi hiểu rằng tôi có quyền khiếu nại về cách giải quyết đơn xin của tôi hay bất cứ quyết định nào của chương trình với HHSC Civil Rights Office so 1-888-388-6332.</p> <p>Tôi hiểu rằng tôi sẽ nhận được giấy thông báo về những dịch vụ mà thành viên/gia đình hay tôi hội đủ điều kiện hay có thể hội đủ điều kiện</p> <p>Với một số ngoại lệ, quý vị có quyền yêu cầu và được thông báo về các thông tin mà chính quyền tiểu bang Texas thu thập về quý vị. Quý vị được quyền nhận và xem xét thông tin theo yêu cầu. Quý vị cũng có quyền yêu cầu chính quyền tiểu bang sửa những thông tin được xem là không đúng. Hãy vào trang mạng http://www.dhsh.state.tx.us để xem thêm thông báo về sự bảo mật thông tin cá nhân (Privacy Notification). (Reference: government Code, Section 552.021,522.023 and 559.004.)</p> <p>Nếu quý vị cung cấp địa chỉ điện thư (email address) cho chúng tôi, là quý vị đồng ý chấp thuận sự thông tin liên lạc từ Harris Health System liên hệ đến Chương Trình Trợ Giúp Y Phí của quý vị và gia đình. Nếu quý vị cung cấp địa chỉ điện thư (email address) cho chúng tôi, quý vị phải giữ địa chỉ điện thư (email address) của quý vị luôn cập nhật.</p> <p>Quý vị chịu trách nhiệm về việc cập nhật địa chỉ điện thư (email address) của quý vị cho chúng tôi để nhận các thông tin từ Harris Health System liên hệ đến Chương Trình Trợ Giúp Y Phí của quý vị và gia đình. Quý vị đồng ý rằng điện thư (email) có thể không phải là một phương tiện thông tin liên lạc riêng tư giữa quý vị và Harris Health System – bất cứ ai biết mật khẩu của điện thư (email), chẳng hạn như thành viên trong gia đình hay người chủ hãng xướng của quý vị, có thể truy cập vào những thông tin trong điện thư (email).</p> <p>Tôi ủy quyền cho sở Lao Động- Texas Workforce Commission (TWC) tiết lộ thông tin về hồ sơ xin trợ cấp thất nghiệp, hồ sơ về lương bổng, và các hồ sơ khác cho Harris Health System. Tôi hiểu rằng, đây là những hồ sơ của cơ quan tiểu bang và tôi khẳng định ủy quyền cho cơ quan cung cấp những hồ sơ cho Harris Health System vào mục đích sau đây: tiến hành xét duyệt đơn xin Chương Trình Trợ Giúp Y Phí thuộc Harris Health của tôi. Sự ủy quyền này sẽ có hiệu lực trong thời hạn mười hai tháng kể từ ngày thi hành dưới đây, hay cho tới khi đơn xin hủy bỏ của tôi được nhận bởi TWC. Sự cung cấp thông tin này sẽ áp dụng cho toàn bộ hồ sơ được lưu trữ và bảo quản bởi TWC trừ khi có sự giới hạn đặc biệt ở đây.</p>
--