

Cho chúng tôi biết nếu quý vị cần:

- Thông dịch viên Ngôn ngữ tôi nói:
 Thông dịch viên ra dấu tay
 Tài liệu bằng văn bản đã được phiên dịch (ngôn ngữ nào):
 Tài liệu bằng: Chữ Nổi Braille In khổ chữ lớn Băng thau âm
 Đĩa máy điện toán Thuyết trình trực tiếp

Aging and
People with
Disabilities

SDS 539C

Client:

Tên: _____ Số An Sinh Xã Hội: _____
 Ngày Sinh: _____ Nam Nữ
 Tên người phối ngẫu: _____ Số An Sinh Xã Hội: _____
 Địa chỉ tư gia: _____ Số điện thoại: _____
 Thành Phố: _____ Tiểu Bang: _____ Số Bưu Cục: _____
 Địa chỉ nhận thư (nếu khác): _____

Date sent:

Xin liệt kê những người phụ thuộc trên một tờ giấy riêng biệt.

Case number:

Nếu quý vị chưa ghi danh bầu phiếu tại nơi quý vị hiện sinh sống, hôm nay quý vị có muốn ghi danh bầu phiếu không? Có Không. Nộp đơn xin ghi danh hoặc từ chối ghi danh bầu phiếu sẽ không ảnh hưởng đến số tiền trợ cấp mà quý vị sẽ được cơ quan này cung cấp.

Prime number:

Quý vị hoặc có người nào trong gia đình là cựu quân nhân? Có Không

Date of birth:

Liệt kê lợi tức của quý vị:

Trợ cấp An Sinh Xã Hội:	\$ _____	Trợ cấp cựu quân nhân:	\$ _____
Quyền lợi hưu bổng hoặc hưu trí:	\$ _____	Lợi tức do công việc làm:	\$ _____
Thứ Khác:	\$ _____	Thứ Khác:	\$ _____

Program:

Liệt kê lợi tức của người phối ngẫu của quý vị:

Trợ cấp An Sinh Xã Hội:	\$ _____	Trợ cấp cựu quân nhân:	\$ _____
Quyền lợi hưu bổng hoặc hưu trí:	\$ _____	Lợi tức do công việc làm:	\$ _____
Thứ Khác:	\$ _____	Thứ Khác:	\$ _____

Branch code:

Tôi, hoặc những đương đơn khác, sở hữu hoặc có phần hùn một hoặc nhiều thứ sau đây:

Worker:

Trương mục vãng lai:	\$ _____
Trương mục tiết kiệm:	\$ _____
Di sản, quỹ tín dụng, ngân khoản hưu trí, ký thác định kỳ:	\$ _____
Thứ Khác:	\$ _____

Worker phone:

Tôi, hoặc những đương đơn khác, đã bán, đổi chác, cho tài sản cá nhân, tiền mặt, bất động sản (đất, nhà cửa hoặc tiền lời di sản), hoặc tiền thu nhập từ tiền cầm cố nhà, trong vòng 60 tháng vừa qua. Có Không

Nếu có, xin điền phần dưới đây:

Mô tả bất động sản	Ngày chuyển nhượng	Trị giá lúc chuyển nhượng	Số tiền đã nhận	Số tiền còn thiếu quý vị	Số tiền nhận mỗi tháng
_____	_____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
_____	_____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
_____	_____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

Bộ Xã Hội (DHS) và Cơ Quan Quản Trị Y Tế Oregon (OHA) không kỳ thị đối với bất cứ người nào. Điều này có nghĩa là DHS/OHA sẽ giúp đỡ tất cả những người hội đủ điều kiện. DHS/OHA sẽ không từ chối giúp đỡ bất cứ ai được căn cứ trên tuổi tác, chủng tộc, màu da, quốc gia gốc, giới tính, xu hướng tình dục, tôn giáo, chính kiến hoặc khuyết tật. Quý vị có thể nộp một đơn khiếu nại, nếu quý vị nghĩ DHS/OHA đã kỳ thị quý vị vì một trong những lý do này.

Tôi, hoặc những đương đơn khác, sở hữu hoặc đang mua một hoặc nhiều trong những thứ sau đây: xe hơi, xe tải, xe gắn máy, tàu, xe cắm trại, xe trượt tuyết, xe kéo, dụng cụ trao đổi, trang cụ nông trại hoặc thương mại, trại chăn nuôi, lâm sản, thứ khác. Có Không

Mục	Hãng sản xuất, kiểu, đời (năm) hoặc loại khác	Trị giá	Số tiền còn nợ
_____	_____	\$ _____	\$ _____
_____	_____	\$ _____	\$ _____

Tôi, hoặc những đương đơn khác, sở hữu hoặc đang mua hoặc có phần hùn một hoặc nhiều trong những thứ sau đây: Nhà Nhà lưu động Đất hoặc nhà khác Không có gì cả

Hoàn tất mỗi mục dưới đây	Mục số 1	Mục số 2
a. Address/Địa Chỉ:	_____	_____
b. Sử dụng bất động sản:	_____	_____
c. Tiền trả hàng tháng:	\$ _____	\$ _____
d. Thuế thổ trạch:	\$ _____	\$ _____
e. Bảo hiểm hỏa hoạn cho kiến trúc:	\$ _____	\$ _____
f. Trị giá cầm cố:	\$ _____	\$ _____

Tôi, hoặc những đương đơn khác, đang thuê hoặc thanh toán phần đóng góp cho gia cư. Có Không

Nếu "có", thanh toán hàng tháng: \$ _____ Thanh toán cho: _____

Tôi, hoặc những đương đơn khác, nhận giúp đỡ thanh toán cho gia cư và tiện ích. Có Không

Người thanh toán	Mục	Định kỳ	Số tiền
_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____

Tôi, hoặc những đương đơn khác, có bảo hiểm y tế. Có Không

Nếu có, chọn loại và hoàn tất đoạn dưới đây:

Bảo hiểm cá nhân Trợ cấp của chính phủ Đòi bồi thường đặc biệt

Hãng	Khế ước số	Lệ phí bảo hiểm
_____	_____	\$ _____
_____	_____	\$ _____

Tôi hoặc những đương đơn khác đang đòi bảo hiểm bồi thường thương tích? Có Không

Nếu có, liệt kê (những) người và ngày bị thương tích.

Nếu có, xin hoàn tất mẫu MSC 0451 thích hợp.

Tôi, hoặc những đương đơn khác, có bảo hiểm nhân thọ hoặc mai táng? Có Không

Nếu có, hoàn tất đoạn dưới đây.

Hãng	Khế ước số	Trị giá khi chết	Số tiền mặt	Người được bảo hiểm
_____	_____	\$ _____	\$ _____	_____
_____	_____	\$ _____	\$ _____	_____

Tôi, hoặc những đương đơn khác, có hóa đơn săn sóc y tế nhận được trong 90 ngày qua chưa được thanh toán? Có Không

Tôi, hoặc những đương đơn khác, có chương trình thanh toán mai táng trả trước hoặc quỹ mai táng kể cả bảo hiểm nhân thọ hoặc tiền để lại cho người khác thanh toán chi phí mai táng.

Có Không

Tên hãng: _____ Số tiền: \$ _____

Địa Chỉ: _____

Quý vị có những thứ sau đây:

Liên lạc khẩn cấp Người ủy quyền Người giám hộ
 Đại diện được ủy quyền Người quản thủ

Tên: _____ Số điện thoại: _____

Mặc dù quý vị không được quy định phải cung cấp tin tức này, sự hợp tác của quý vị sẽ giúp xác định với Luật Pháp về Dân Quyền của Liên Bang. Tin tức này SẼ KHÔNG được sử dụng khi cứu xét đơn của quý vị. Quý vị có thể từ chối cung cấp tin tức này; sự từ chối sẽ không ảnh hưởng đến việc cứu xét đơn của quý vị. Chúng tôi được phép hỏi tin tức này chiếu theo Điều VI của Đạo Luật Dân Quyền năm 1964.

Dành cho chủng tộc— (chọn một): Tây Ban Nha hoặc La Tinh
 Không phải Tây Ban Nha hoặc La Tinh

Về thừa kế chủng tộc (chọn một hoặc nhiều): Da Trắng Da đen hoặc Mỹ gốc Phi Châu
 Á châu Người Mỹ gốc Da Đỏ hoặc Thổ Dân Alaska
 Thổ Dân Hawaii hoặc Người Đảo Quốc Thái Bình Dương khác

Những tin tức quý vị cung cấp trên mẫu này sẽ được kiểm chứng và duyệt xét bởi các giới chức liên bang, tiểu bang và địa phương qua hệ thống kiểm chứng về hợp lệ về lợi tức đối với tiểu bang. Tin tức quý vị cung cấp cũng có thể nộp cho Sở Di Trú và Nhập Tịch Hoa Kỳ để kiểm tra.

“Ủy Nhiệm” thanh toán

Để hội đủ điều kiện nhận trợ cấp xã hội, quý vị phải để Cơ Quan Quản Trị Y Tế Oregon (OHA) hoặc Bộ Xã Hội (DHS) giữ mọi khoản tiền quý vị hoặc những người hưởng trợ cấp khác nhận hoặc có quyền được nhận từ:

- Bảo hiểm y tế tư;
- Người hoặc nguồn khác chịu trách nhiệm hoặc có thể trách nhiệm trả những chi phí do OHA hoặc DHS thanh toán liên quan đến thương tích. Nếu quý vị hoặc người nhận trợ cấp khác có đơn đòi người khác bồi thường thương tích, thí dụ tai nạn xe hơi, xin xem trang 14, “Tiểu bang có quyền sai áp tài sản đối với các đơn đòi bồi thường thương tích.”

Ký tên trên mẫu này, quý vị đồng ý “ủy nhiệm” cho OHA và DHS tất cả quyền hạn đối với những thanh toán này cho những người nhận trợ cấp xã hội. Điều đó có nghĩa là bản thân quý vị và những người trong gia đình (*kể cả những đứa trẻ được sinh ra trong tương lai*).

Ký tên trên mẫu này, quý vị đồng ý giúp DHS và OHA tìm được và nhận những thanh toán này. Có sự giới hạn số tiền mà DHS và OHA có thể lấy trong số thanh toán này. Họ không thể lấy nhiều hơn số tiền đã thanh toán giúp đỡ quý vị và gia đình quý vị.

Quý vị cũng đồng ý cho nơi cung cấp dịch vụ y tế, bệnh viện, sở làm và các cơ quan của chính phủ có thể phổ biến hồ sơ tin tức y tế cho các hãng bảo hiểm. Điều này bao gồm hồ sơ về quý vị hoặc các thành viên khác trong gia đình nhận trợ cấp y tế. Điều này chỉ được thực hiện trong mục đích nhận tiền thanh toán.

Nếu quý vị có bảo hiểm khác. Nếu quý vị hoặc thành viên trong gia đình có bảo hiểm y tế khác, hãy cho nơi cung cấp dịch vụ (*Bác Sĩ, chẩn y viện hoặc bệnh viện*) biết trước khi quý vị nhận săn sóc. Họ phải gửi hóa đơn cho hãng bảo hiểm khác trước khi gửi hóa đơn cho Oregon Health Authority (OHA).

Nếu quý vị có con và người phụ huynh kia không sống chung với quý vị, quý vị có thể cần làm việc với Chương Trình Cấp Dưỡng Nuôi Trẻ của tiểu bang để được bảo hiểm y tế và hỗ trợ tiền mặt bảo hiểm y tế cho các con của quý vị. *Quý vị không làm việc với chương trình cấp dưỡng nuôi trẻ, nếu quý vị nghĩ sẽ có nguy hiểm cho quý vị hoặc con em quý vị.*

Nếu OHA thanh toán một hóa đơn y tế mà hãng bảo hiểm phải trả, DHS và OHA sẽ áp dụng biện pháp thu lại tiền. Thí dụ:

- Nếu OHA thanh toán một hóa đơn đáng lẽ ra hãng bảo hiểm phải trả, DHS|OHA sẽ cố thu lại tiền từ hãng bảo hiểm.
 - Nếu OHA thanh toán hóa đơn và nơi cung cấp dịch vụ cũng được hãng bảo hiểm khác thanh toán, DHS|OHA sẽ cố gắng thu hồi tiền từ nơi cung cấp dịch vụ.
 - Nếu OHA thanh toán hóa đơn y tế hoặc dịch vụ và một hãng bảo hiểm khác gửi cho quý vị một chi phiếu về việc đó, DHS|OHA sẽ cố gắng thu hồi tiền từ quý vị.
-

Tại sao chúng tôi cần số An Sinh Xã Hội của quý vị

Số An Sinh Xã Hội (Social Security Number - SSN) – Theo luật pháp của Liên Bang (42 USC 1320b-7(a) và (b), 7 USC 2011-2036, 42 CFR 435.910, 42 CFR 435.920 và 42 CFR 457.340(b)) và nguyên tắc của DHS (OAR 461-120-0210) quy định những người xin trợ cấp tiền mặt, thực phẩm hoặc y tế phải cung cấp cho DHS hoặc OHA số An Sinh Xã Hội của họ. Quy định này không áp dụng cho những người chỉ xin trợ cấp y tế trong trường hợp khẩn cấp qua chương trình Y Tế Khẩn Cấp được Miễn tình trạng Công Dân/Ngoại Kiều hoặc cho những người không xin trợ cấp.

- A. DHS và OHA sẽ sử dụng số An Sinh Xã Hội của quý vị để quyết định, nếu quý vị hợp lệ nhận trợ cấp. Số An Sinh Xã Hội của quý vị sẽ được sử dụng để kiểm tra lợi tức, các tài sản khác của quý vị và đối chiếu với hồ sơ của Tiểu Bang khác và Liên Bang như Sở Thuế Vụ (IRS), Medicaid, cấp dưỡng nuôi trẻ, trợ cấp An Sinh Xã Hội và trợ cấp Thất Nghiệp.
 - B. DHS và OHA có thể sử dụng số An Sinh Xã Hội của quý vị để tập trung soạn thảo tin tức hoặc báo cáo về nguồn tài trợ của chương trình mà quý vị xin hoặc nhận trợ cấp.
 - C. DHS và OHA có thể sử dụng hoặc phổ biến số An Sinh Xã Hội của quý vị:
 - Nếu cần thiết để điều hành chương trình mà quý vị xin hoặc nhận trợ cấp;
 - Điều hành lượng giá phẩm chất và cải tiến những hoạt động;
 - Kiểm tra chính xác số tiền thanh toán hoặc thu hồi trợ chi trợ cấp;
 - Bảo đảm không người nào được nhận nhiều trợ cấp hơn một gia đình.
-

Trao đổi Tin Tức Y Tế được Bảo Vệ Riêng Biệt để Điều Trị

Luật pháp của Oregon (ORS 192.518 to 192.526) cho phép DHS/OHA và Các Chương Trình Săn Sóc được Quản Lý trao đổi những tin tức y tế được bảo vệ sau đây, không cần có phép của quý vị, với Chương Trình Săn Sóc được Quản Lý cho mục đích của các sinh hoạt điều trị khi Chương Trình Săn Sóc được Quản Lý cung cấp các dịch vụ về hành vi và dịch vụ về thể chất cho quý vị:

- Tên quý vị và số người nhận Medicaid
 - Tên bệnh viện cung cấp dịch vụ hoặc y sĩ tham gia
 - Số của nơi cung cấp dịch vụ Medicaid thực hiện
 - Sự chẩn bệnh của quý vị
 - Tin tức sau đây về những dịch vụ được cung cấp cho quý vị:
 - Ngày cung cấp dịch vụ
 - Số lượng đơn vị dịch vụ được cung cấp
 - Mã số phương thức và lợi tức
 - Tin tức về thuốc mua theo toa và theo dõi
-

Quyền hạn của tiểu bang sai áp tài sản đối với các đơn đòi bồi thường thương tích của quý vị hoặc của những người khác nhận trợ cấp.

Quý vị hoặc người khác nhận trợ cấp có trách nhiệm thông báo cho nhân viên phụ trách của quý vị trong vòng 10 ngày về phần đòi bồi thường mà quý vị hoặc người khác nhận trợ cấp đối với người nào đã gây thương tích cho quý vị hoặc người khác nhận trợ cấp. Tiểu Bang có thể sai áp phần đòi bồi thường đó.

Tiểu Bang có quyền thu hồi trợ cấp trong di sản của quý vị

DHS hoặc OHA có thể đòi tiền trong di sản của quý vị (như được định nghĩa trong điều luật ORS

416.350) sau khi quý vị qua đời, nếu:

- Quý vị nhận trợ cấp y tế của Tiểu Bang sau khi được 55 tuổi (*điều này bao gồm Chương Trình Y Tế Oregon đại diện quý vị thanh toán cho chương trình săn sóc được quản lý hoặc thanh toán cho Tổ Chức Săn Sóc được Phối Hợp*);
- Quý vị nhận trợ cấp tổng quát ở bất cứ tuổi nào, hoặc;
- Quý vị đã nhận trợ cấp y tế của tiểu bang trong suốt cuộc đời quý vị và đến thời điểm quý vị qua đời, quý vị đã được đưa vào nhà dưỡng lão vĩnh viễn (*như định nghĩa trong điều luật OAR 461-135-0832*) trong thời gian tối thiểu 6 tháng.

Những sự đòi bồi thường này có nghĩa là thu hồi tiền Tiểu Bang đã thanh toán về trợ cấp y tế và dịch vụ cho quý vị, và Trợ Cấp Tổng Quát. DHS hoặc OHA không được đòi nhiều hơn số tiền đã trợ cấp quý vị và thành viên trong gia đình.

DHS hoặc OHA không thể đòi lại số tiền này từ tài sản của quý vị, nếu bất cứ người nào trong những thành viên sau đây của gia đình quý vị còn sống:

- Người phối ngẫu của quý vị;
- Con ruột hoặc con nuôi của quý vị dưới 21 tuổi (*không kể con riêng*), hoặc;
- Con ruột hoặc con nuôi của quý vị, ở bất cứ độ tuổi nào, bị khiếm thị hoặc có khuyết tật (*theo tiêu chuẩn của Sở An sinh Xã hội*).

DHS hoặc OHA không được đòi bồi thường số tiền này trong di sản của quý vị, nếu một trong những thành viên sau đây của gia đình cá nhân đó vẫn còn sống:

- Người phối ngẫu của cá nhân đó;
- Con ruột hoặc con nuôi của người đó dưới 21 tuổi (*không kể con riêng*), hoặc;
- Con ruột hoặc con nuôi của người đó, ở bất cứ độ tuổi nào, bị khiếm thị hoặc có khuyết tật (*theo tiêu chuẩn của Sở An sinh Xã hội*).

Nếu quý vị hoặc những người nhận trợ cấp qua đời trước người phối ngẫu, DHS và OHA sẽ đợi cho đến khi người phối ngẫu qua đời trước khi đòi bồi thường. Muốn biết thêm tin tức, xin xem mẫu DHS 9093. Xin ghi nhớ là luật pháp và nguyên tắc liên quan đến đòi bồi thường trong di sản có thể thay đổi mà không thông báo trước.

Quyền Hạn và Trách Nhiệm. Tôi đã đọc và hiểu rõ quyền lợi và trách nhiệm của tôi như được giải thích trên đây, và tôi đã nhận được bản sao SDS 0539R hoặc MSC 0415R.

Tôi xin khai rằng những tin tức do tôi cung cấp trên đơn này là đúng sự thật, chính xác và đầy đủ theo sự hiểu biết và tin tưởng tốt nhất của tôi. Tôi xác nhận rằng cung cấp tin tức sai lạc hoặc giấu giếm tin tức tôi có thể bị chế tài theo luật pháp của tiểu bang và liên bang.

Chữ ký đầy đủ hợp pháp của người chủ gia đình

Ngày

Chữ ký của người phối ngẫu

Ngày