

Giấy phép Xác minh Nguồn lực

Tên người nộp đơn (*chữ in*)

Số An sinh Xã hội của Người nộp đơn

Để xác định xem người nộp đơn hoặc vợ/chồng hợp pháp của họ có thể nhận hoặc tiếp tục nhận Bảo hiểm Chăm sóc sức khỏe Medicaid hay không, chúng tôi phải xác minh thông tin về họ và số lượng nguồn lực thuộc quyền sở hữu của họ. Mẫu đơn này cho phép Medicaid yêu cầu hồ sơ từ các tổ chức tài chính đối với cá nhân và vợ/chồng của họ khi một hoặc cả hai nộp đơn xin hưởng Medicaid. **Xin vui lòng đọc và điền vào mẫu đơn này.**

Khi ký vào mẫu đơn này, quý vị cho phép xác minh các nguồn lực của mình (cũng như của vợ/chồng quý vị, nếu có) với các tổ chức tài chính cho mục đích xác định tính đủ điều kiện hưởng Medicaid. Giấy phép này sẽ hết hiệu lực nếu đơn xin Medicaid của quý vị bị từ chối, quý vị không còn đủ điều kiện nhận Medicaid hoặc nếu quý vị thu hồi giấy phép này bằng một văn bản gửi lên Sở Y tế Louisiana (LDH).

Quý vị đồng ý cho phép các tổ chức sau cung cấp hồ sơ về quý vị hoặc vợ/chồng của quý vị cho LDH:

- Người sử dụng lao động
- Công ty bảo hiểm
- Công ty bất động sản
- Cơ quan chính phủ
- Hiệp hội xây dựng
- Ngân hàng/Tổ chức tài chính khác

Thỏa thuận này không bao gồm nhận thông tin sức khỏe cá nhân từ bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe.

Tên người nộp đơn (*chữ in*)

Số An sinh Xã hội của Người nộp đơn

Chữ ký của người nộp đơn

Ngày

Tên của vợ/chồng người nộp đơn (*chữ in*)

Số An sinh Xã hội của Vợ/chồng

Chữ ký của vợ/chồng

Ngày

Tên của người giám hộ/giấy ủy quyền/người đại diện được ủy quyền (*chữ in*) – **nếu có**

Chữ ký của người đại diện – **nếu có**

Ngày – **nếu có**

Quý vị có thể gửi lại mẫu đơn này bằng cách gửi fax đến **1-877-523-2987**.

Quý vị cũng có thể gửi thư đến **Medicaid/LaCHIP Office, P.O. Box 91283, Baton Rouge, LA 70821-9278**.