

## BƯỚC 2: NGƯỜI SỐ

Hoàn thành bước 2 cho quý vị, người phổ thông/bạn, và con trẻ sống chung với quý vị hoặc những người mà quý vị khai thuế chung. Xem trang 1 để biết chi tiết về việc những thông tin cần khai báo. Nếu quý vị không khai thuế, nên nhớ vẫn liệt kê những thành viên sống chung trong gia đình.

1. Tên gọi, Tên lót, Tên họ, & Hậu tố		5. Liên hệ (ví dụ: mẹ, cha, con gái, con trai, vv.)
2. Ngày tháng năm sinh (tháng/ngày/năm)	3. Giới tính <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	
4. Số Anh Sinh Xã Hội (SSN) _____ - _____ - _____		

**Chúng tôi cần biết xem NGƯỜI SỐ có muốn bảo hiểm và có số SSN không.**

6. NGƯỜI SỐ có sống chung địa chỉ với quý vị không?  Có  Không

**Nếu không**, cho biết địa chỉ: \_\_\_\_\_

7. **Gốc Tây Ban Nha/La tinh, dân tộc (TÙY Ý—đánh dấu những gì đúng.)**

Mễ  Mỹ gốc Mễ  Chicano/a  Porto Rico  Cuba  Dân tộc khác \_\_\_\_\_

8. **Dân tộc (TÙY Ý—đánh dấu những gì đúng.)**

<input type="checkbox"/> Da trắng	<input type="checkbox"/> Mỹ Bản Xứ hoặc Bản Xứ Alaska	<input type="checkbox"/> Phi	<input type="checkbox"/> Viet nam	<input type="checkbox"/> Guam hoặc Đảo Camoro
<input type="checkbox"/> Da đen hoặc Châu Phi	<input type="checkbox"/> Ấn Độ	<input type="checkbox"/> Nhật	<input type="checkbox"/> Á Châu	<input type="checkbox"/> Samo
<input type="checkbox"/> Trung Quốc		<input type="checkbox"/> Hàn Quốc	<input type="checkbox"/> Bản xứ Hawaii	<input type="checkbox"/> Đảo Thái Bình Dương
				<input type="checkbox"/> Dân tộc khác _____

9. **NGƯỜI SỐ có dự định khai thuế liên bang NĂM TỚI không?**

(Quý vị vẫn có thể xin bảo hiểm sức khỏe cho dù không khai thuế liên bang.)

**CÓ. Nếu có**, trả lời câu a-c.  **KHÔNG. Nếu không**, trả lời câu c.

a. NGƯỜI SỐ có dự định khai thuế chung với người phối ngẫu không?  Có  Không

**Nếu có**, cho biết tên người phổ thông: \_\_\_\_\_

b. NGƯỜI SỐ có dự định khai người ăn theo trên thuế không?  Có  Không

**Nếu có**, cho biết tên những người ăn theo: \_\_\_\_\_

c. NGƯỜI SỐ có là người ăn theo trên giấy thuế của người khác không?  Có  Không

**Nếu có**, cho biết tên người đó: \_\_\_\_\_

NGƯỜI SỐ này có liên hệ như thế nào với người đứng khai thuế? \_\_\_\_\_

10. NGƯỜI SỐ có thai không?  Có  Không **Nếu có thai**, quý vị sắp sanh bao nhiêu em bé? \_\_\_\_\_

11. **NGƯỜI SỐ có muốn bảo hiểm sức khỏe không?**

(Ngay cả quý vị đã có bảo hiểm rồi, chúng tôi có thể có những loại bảo hiểm tốt hơn hoặc rẻ hơn.)

**CÓ. Nếu có**, vui lòng trả lời tất cả câu hỏi dưới đây.  **KHÔNG. Nếu không**, trả lời những câu hỏi về thu nhập ở trang 5.

12. NGƯỜI SỐ có bệnh tật thể xác, tâm thần, hoặc tâm lý mà gây trở ngại cho quý vị trong những sinh hoạt (như tắm rửa, mặc quần áo, công việc hàng ngày, vv.)?  Có  Không **Nếu có**, quý vị phải hoàn thành phụ lục D.

13. NGƯỜI SỐ có sống trong nhà dưỡng bệnh hoặc viện dưỡng lão không?  Có  Không **Nếu có**, quý vị phải hoàn thành phụ lục D.

14. NGƯỜI SỐ có cần trợ giúp về những hóa đơn y tế (đã thanh toán hoặc chưa) cho những dịch vụ y tế trong 3 tháng vừa qua?  Có  Không

15. NGƯỜI SỐ có sống chung với ít nhất một người con dưới 19 tuổi và quý vị phải chi trả cho việc chăm sóc người con này không?  Có  Không

16. NGƯỜI SỐ đã từng ở trong trại mồ côi vào tuổi 18 hoặc lớn hơn bao giờ chưa?  Có  Không

a. **Nếu có**, cho biết tiểu bang? \_\_\_\_\_ b. Người này đã nhận Medicaid không?  Có  Không c. NGƯỜI SỐ rời trại mồ côi ở độ tuổi nào? \_\_\_\_\_

17. NGƯỜI SỐ đã có bảo hiểm sức khỏe qua sở làm việc và hết hạn trong 6 tháng vừa qua không?  Có  Không

a. **Nếu có**, ngày hết hạn: \_\_\_\_\_ b. Lý do bảo hiểm hết hạn: \_\_\_\_\_

18. NGƯỜI SỐ có là học sinh toàn thời gian không?  Có  Không

19. NGƯỜI SỐ có là một công dân Mỹ hoặc mang quốc tịch Mỹ không?  Có  Không

**Nếu có**, NGƯỜI SỐ đã sanh tại Mỹ hoặc một thuộc địa của Mỹ không?  Có  Không **Nếu không**, điền thông tin của họ dưới đây (nếu đúng cho họ).

a. Số Alien \_\_\_\_\_ b. Loại giấy chứng nhận \_\_\_\_\_ c. Số giấy chứng nhận \_\_\_\_\_

**Nếu không**, NGƯỜI SỐ có là người di dân hợp pháp không?  Có  Không **Nếu có**, điền thông tin của họ dưới đây (nếu đúng cho họ).

a. Loại chứng từ \_\_\_\_\_ b. Ngày hết hạn của chứng từ (tháng/ngày/năm) \_\_\_\_\_

c. Số Alien, I-94, hoặc giấy chứng nhận SEVIS \_\_\_\_\_ d. Số thẻ hoặc số passport \_\_\_\_\_

e. NGƯỜI SỐ đã sống tại Mỹ từ năm 1996 không?  Có  Không f. NGƯỜI SỐ hoặc người phối ngẫu có là cha mẹ của cựu quân nhân hoặc một người lính Mỹ không?  Có  Không



**NEU CAN GIUP DO DIEN ĐƠN?** Lên mạng [www.medicaid.la.gov](http://www.medicaid.la.gov) hoặc gọi số **1-888-342-6207**. Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ nào khác ngoài tiếng Anh, gọi số **1-888-342-6207** và nói với nhân viên ngôn ngữ nào quý vị cần. Chúng tôi sẽ trợ giúp miễn phí. Người dung ĐT chữ nổi thì gọi số **1-800-220-5404**.

## BƯỚC 2: NGƯỜI SỐ (Tiếp theo của NGƯỜI SỐ)

### Công Việc Hiện Tại & Thu Nhập

**Có việc làm**

Nếu NGƯỜI SỐ có làm việc, thí cho biết về thu nhập. Bắt đầu từ câu 20.

**Không làm việc**

Trả lời câu 30.

**Làm chủ**

Trả lời câu 29.

### VIỆC LÀM HIỆN TẠI SỐ 1:

20. Tên và địa chỉ sở làm	21. Số điện thoại của chủ nhân ( _____ ) _____ - _____
22. Tiền lương/tips (trước trừ thuế) <input type="checkbox"/> Giờ <input type="checkbox"/> Tuần <input type="checkbox"/> 2 tuần <input type="checkbox"/> Hai lần trong một tháng <input type="checkbox"/> Tháng <input type="checkbox"/> Năm \$ _____	
23. Số giờ làm việc trung bình mỗi TUẦN	

### VIỆC LÀM HIỆN TẠI SỐ 2: (Nếu NGƯỜI SỐ có nhiều việc làm hơn nữa và cần thêm khoảng trống thì kèm thêm một trang giấy.)

24. Tên và địa chỉ sở làm	25. Số điện thoại của chủ nhân ( _____ ) _____ - _____
26. Tiền lương/tips (trước trừ thuế) <input type="checkbox"/> Giờ <input type="checkbox"/> Tuần <input type="checkbox"/> 2 tuần <input type="checkbox"/> Hai lần trong một tháng <input type="checkbox"/> Tháng <input type="checkbox"/> Năm \$ _____	
27. Số giờ làm việc trung bình mỗi TUẦN	

28. **Năm vừa qua, NGƯỜI SỐ đã:**  Thay đổi việc  Ngừng làm việc  Bắt đầu làm việc ít giờ  Những câu trên không áp dụng

29. **Nếu làm chủ thì trả lời những câu hỏi dưới đây:**

a. Loại việc làm

b. Tiền thu nhập của NGƯỜI SỐ trong tháng này (tiền lời hoặc lỗ vốn sau khi chi trả mọi thứ) kiếm được từ việc mình làm chủ?

\$ \_\_\_\_\_

30. **TIỀN THU NHẬP KHÁC TRONG THÁNG NÀY:** Đánh dấu những mục áp dụng cho NGƯỜI SỐ 4 và cho biết mức độ thường xuyên.

<input type="checkbox"/> Không có						
<input type="checkbox"/> Tiền thất nghiệp	\$ _____	Mức độ? _____	<input type="checkbox"/> Tiền hỗ trợ cho trẻ	\$ _____	Mức độ? _____	
<input type="checkbox"/> Lương hưu trí	\$ _____	Mức độ? _____	<input type="checkbox"/> Lương cựu chiến binh	\$ _____	Mức độ? _____	
<input type="checkbox"/> Tiền Anh Sinh Xã Hội	\$ _____	Mức độ? _____	<input type="checkbox"/> Tiền học bổng/thưởng	\$ _____	Mức độ? _____	
<input type="checkbox"/> Trương mục tiền hưu	\$ _____	Mức độ? _____	<input type="checkbox"/> Tiền tăng vốn	\$ _____	Mức độ? _____	
<input type="checkbox"/> Đầu tư	\$ _____	Mức độ? _____	<input type="checkbox"/> Tiền từ nông trại	\$ _____	Mức độ? _____	
<input type="checkbox"/> Tiền cấp dưỡng cho trẻ	\$ _____	Mức độ? _____	<input type="checkbox"/> Tiền cho thuê nhà	\$ _____	Mức độ? _____	
<input type="checkbox"/> Supplemental Security Income (SSI)	\$ _____	Mức độ? _____	<input type="checkbox"/> Tiền thu nhập khác	Loại thu nhập: _____	\$ _____	Mức độ? _____

31. **KHẤU TRỪ:** Đánh dấu những mục áp dụng và cho biết số tiền và mức biết mức độ. Nếu NGƯỜI SỐ chi phí cho một số vật mà có thể khấu trừ trên thuế liên bang, việc thông báo những tiền khấu trừ này có thể làm giảm tiền bảo hiểm hàng tháng.

**GHI CHÚ:** Quý vị không nên liệt kê những phí tổn mà NGƯỜI SỐ đã liệt kê trong phần trả lời cho phần liên quan đến việc mà quý vị làm chủ. (Câu hỏi 27b).

<input type="checkbox"/> Tiền cấp dưỡng cho con trẻ	\$ _____	Mức độ? _____	<input type="checkbox"/> Những món khác	Loại nào: _____	\$ _____	Mức độ? _____
<input type="checkbox"/> Tiền lời của của tiền vay của sinh viên	\$ _____	Mức độ? _____				

32. **THU NHẬP HÀNG NĂM:** Chỉ hoàn tất phần này khi thu nhập thay đổi mỗi tháng. Nếu thu nhập của NGƯỜI SỐ không thay đổi mỗi tháng thì đi sang câu hỏi của người kế tiếp.

Tổng thu nhập của NGƯỜI SỐ cho <b>năm này</b>	Tổng thu nhập của NGƯỜI SỐ cho <b>năm tới</b> (nếu quý vị cho rằng sẽ có những thay đổi)
\$ _____	\$ _____

## CẢM ƠN! Đây là tất cả những điều chúng tôi cần biết về NGƯỜI SỐ.

Nếu quý vị có hơn 4 người để liệt kê, lên mạng [www.medicaid.la.gov](http://www.medicaid.la.gov) để in thêm trang giấy hoặc copy trang 8 và 9 để hoàn tất.



**NẾU CẦN GIÚP ĐỠ ĐIỀN ĐƠN?** Lên mạng [www.medicaid.la.gov](http://www.medicaid.la.gov) hoặc gọi số 1-888-342-6207. Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ nào khác ngoài tiếng Anh, gọi số 1-888-342-6207 và nói với nhân viên ngôn ngữ nào quý vị cần. Chúng tôi sẽ trợ giúp miễn phí. Người dung ĐT chữ nổi thì gọi số 1-800-220-5404.