CHILDREN'S HEALTH INSURANCE PROGRAM
Medical Assistance Administration
PO BOX 45531
OLYMPIA, WA 98504-5531

ĐƠN GHI DANH VÀO CHƯƠNG TRÌNH BẢO HIỂM SỨC KHỎE DÀNH CHO TRẺ EM (CHIP)
CHILDREN'S HEALTH INSURANCE PROGRAM (CHIP) ENROLLMENT FORM

HƯỚNG DẪN. Xin viết chữ in.

1. Chi tiết về phụ huynh hoặc người giám hộ.

HỌ	TÊN	TÊN LÓT VIẾT TẮT		
ĐỊA CHỈ	THÀNH PHỐ	TIỂU BANG	SỐ BƯU CHÍNH	SỐ TRỢ CẤP Y TẾ/SỐ HỒ SƠ ( )

2. Trẻ em trong nhà quý vị. Xin điền các chi tiết về những trẻ em được bảo hiểm của CHIP.

TB	Tên (Họ, Tên, Tên Lót Viết Tắt)	Ngày Sinh Tháng-Ngày-Năm	Phái Nam/Nữ	Số An Sinh Xã Hội	Tên của bác sĩ và/hoặc y viện *(xem **GÓP Ý,** trong phần 3 dưới đây)*

3. Cách thức con em của quý vị sẽ được chăm sóc. Quý vị cần chọn cách chăm sóc y khoa cho con em của mình. Những chọn lựa của quý vị tùy thuộc vào nơi quý vị cư ngụ.

Nếu con em quý vị là Người Da Đỏ hoặc Thổ Dân Alaska, quý vị được có một số chọn lựa trong phần 4 ở mặt sau của mẫu đơn này.

Trước tiên:

- Xem bảng liệt kê các hạt ở trang 1 của tập sách hướng dẫn ***Các Chọn Lựa CHIP*** kèm trong đơn này.
- Tìm hạt của quý vị và chọn cách chăm sóc cho con em mình. Quý vị không thể gia nhập một chương trình bảo hiểm không có trong hạt của mình, và quý vị không thể sử dụng chương trình trả tiền theo dịch vụ trừ khi trả tiền theo dịch vụ là một chọn lựa trong hạt của quý vị.
- Sau khi quyết định, quý vị hãy đánh dấu vào một trong những ô dưới đây.

***GÓP Ý**: Nếu quý vị có một bác sĩ hoặc y viện nào và muốn cho con em của mình được tiếp tục với nơi đó, hãy liên lạc với họ để tìm hiểu xem họ có cộng tác với chương trình bảo hiểm trong hạt của quý vị hay không. Nếu họ không cộng tác với một chương trình bảo hiểm nào trong hạt của quý vị và nếu quý vị chọn trả tiền theo dịch vụ, hãy hỏi xem họ có bằng lòng nhận thẻ y tế của quý vị và tính tiền với DSHS. Điền các chi tiết về bác sĩ trong phần 2 nếu quý vị có một bác sĩ hoặc y viện có cộng tác với chương trình bảo hiểm trong hạt của quý vị.*

- ☐ ~~Aetna US Healthcare (AUSHC)~~
- ☐ Columbia United Providers (CUP)
- ☐ Community Health Plan of Washington (CHPW)
- ☐ Group Health Cooperative (GHC)
- ☐ Molina Health Care (MHC)
- ☐ Premera Blue Cross (PBC)
- ☐ Regence Blue Shield (RBS)
- ☐ Fee-for-Service

Xin xem trang sau → → →

4. Có phải con em quý vị là Người Da Đỏ hoặc Thổ Dân Alaska không?

Nếu ***phải***, quý vị có 3 chọn lựa:

- Quý vị có thể ghi danh dưới đây vào một phòng khám bệnh của bộ lạc hoặc trung tâm y tế là Nơi Phụ Trách Chăm Sóc Chính và nơi đó được điều hành do một bộ lạc, Dịch Vụ Sức Khỏe Người Da Đỏ, hoặc một Tổ Chức Người Da Đỏ thành thị hay
- Quý vị có thể ghi danh vào một chương trình bảo hiểm trong phần 2 *ở mặt trước* tùy theo những chương trình bảo hiểm hiện có trong hạt của quý vị, hoặc
- Quý vị có thể ghi danh vào chương trình trả tiền theo dịch vụ dưới đây. *Xem ở trang 6 và 7 của tập sách hướng dẫn* ***Các Chọn Lựa CHIP*** *để biết thêm chi tiết.*

Hạt	Tên Y Viện	Chọn		Chọn	Tên Y Viện	Chọn
Ferry	Inchelium Health Center	☐		Clallam	Quileute Health Center	☐
Okanogan	Colville Indian HC	☐		Grays Harbor	Roger Saux Health Center	☐
Clallam	Lower Elwah HC	☐		Pacific	Shoalwater Bay Tribal Clinic	☐
Whatcom	Lummi Tribal HC	☐		Stevens	DC Wynecoop Memorial Clinic	☐
Clallam	Sophie Trettevick IHC	☐		Snohomish	Tulalip Tribes Health Center	☐
Whatcom	Nooksack Comm Clinic	☐		King	Seattle Indian Health Board	☐
Kitsap	Port Gamble S'Klallam HC	☐		Yakima	Yakama Indian Health Center	☐
Pierce	Takopid Health Center	☐		**Fee-for-service**		☐

5. Trẻ em có những nhu cầu chăm sóc sức khỏe đặc biệt.

Trong những trẻ được liệt kê ở phần 2, có em nào bị một chứng bệnh đặc biệt hoặc chậm phát triển không?

☐ Không ☐ Có Nếu có, xin viết tên của (các) trẻ và chứng bệnh đặc biệt.

_____

6. Chữ ký

CHỮ KÝ CỦA PHỤ HUYNH HOẶC NGƯỜI GIÁM HỘ	Ngày

Cần giúp đỡ hoặc có thắc mắc? Xin gọi đường dây Trợ Cấp Y Tế số 1-800-562-3022.

Số 1-800-848-5429 là TTY/TDD *dành cho người bị trở ngại về nghe hoặc nói.*

Cấm kỳ thị trong tất cả mọi chương trình và các sinh hoạt. Không một ai có thể bị loại khỏi vì lý do chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, phái tính, tuổi tác, tôn giáo, tín ngưỡng, hoặc tật nguyền.

FOR DEPARTMENT USE ONLY

Eligibility Verified By:	Enrolled By:	Processing Date	Effective Date