

**TRỢ CẤP PHIẾU THỰC PHẨM****ĐƠN BỐ TÚC XIN HƯỞNG CÁC SỰ KHẨU TRỪ VỀ CHI PHÍ Y TẾ ĐẶC BIỆT**

**HƯỚNG DẪN** - Đơn này dùng để xin hưởng các sự khấu trừ chi phí y tế đặc biệt cho bất cứ thành viên nào ở trong hộ nhận trợ cấp phiếu thực phẩm là người già hoặc người bị mất năng lực. Xem trang kế tiếp của mẫu này để hiểu rõ nghĩa của các từ ngữ "già hay mất năng lực" mà chúng tôi dùng. **ĐỪNG** liệt kê những người phối ngẫu hay con em nhận lãnh các cấp khoản trả cho người phụ thuộc của Sở Quản Trị An Sinh Xã Hội (SSA), Sở Cựu Chiến Binh (VA) v.v...

PHẦN DÀNH ĐỂ TY XÃ HỘI ĐIỀN

CASE NAME

①	TÊN HỌ	NGÀY SANH	LOẠI TRỢ CẤP ĐẶC BIỆT (THÍ DỤ TIỀN SSA, VA, RAILROAD, V.V...)	VẤN ĐỀ HOẶC TÌNH TRẠNG Y TẾ CẦN SỰ SẴN SÓC
		/ /		
		/ /		
		/ /		

**② CÁC CHI PHÍ VỀ Y TẾ**  
Chỉ kê khai dữ kiện sau đây cho những người kê khai ở trên. Liệt kê tất cả các chi phí quý vị dự trù là sẽ có trong thời hạn của sự chứng nhận hội đủ điều kiện. Ước lượng căn cứ trên các chi phí về y tế hiện tại của quý vị. Đính kèm hóa đơn hay bằng chứng về các chi phí quý vị đã có của (các) thành viên trong hộ đã kê khai ở trên.

KHOẢN CHI PHÍ VỀ Y TẾ	TÊN HỌ NGƯỜI TRONG HỘ NHẬN CÁC DỊCH VỤ	TỔNG CỘNG CHI PHÍ VỀ Y TẾ	TỔNG CỘNG CHI PHÍ HÀNG THÁNG	NGUỒN CÓ TRÁCH NHIỆM TRẢ TIỀN SẼ LÀ NGUỒN TỪ BÊN NGOÀI, CÓ PHẢI KHÔNG? (Thí dụ như MEDI-CAL, BẢO HIỂM v.v...)
a. Sự sẵn sàng về y tế hay nha khoa do một nha hay y sĩ có phép hành nghề cung cấp.				<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG
b. Sự chữa trị nội trú hay ngoại trú tại bệnh viện và sự sẵn sàng của y tá.				<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG
c. Dược phẩm theo toa bác sĩ.				<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG
d. Các khoản bảo hiểm phí về y tế và nằm bệnh viện.				<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG
e. Bảo hiểm phí về Medicare; phần phí tổn phải gánh chịu về Medi-Cal và/hay các chi phí đã tiêu (hầu giảm bớt tài sản để đủ điều kiện).				<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG
f. Răng giả, dụng cụ trợ thính và bộ phận giả của cơ thể. Dụng cụ, thiết bị y tế theo toa bác sĩ.				<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG
g. Chi phí về thú vật nuôi để phục vụ (thí dụ như chó dùng để dẫn dắt hay nghe), kể cả phí tổn mua đồ ăn và các hóa đơn về thú y.				<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG
h. Kính đeo mắt hoặc kính dán sát trong mắt theo toa bác sĩ hoặc chuyên viên đo thị lực.				<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG
i. Phí tổn về di chuyển và trú ngụ để được chữa trị hoặc nhận các dịch vụ về y tế.				<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG
j. Mượn người phục dịch cần thiết vì tuổi già, bệnh tật hoặc sự suy yếu.				<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG
k. Số bữa ăn và phí tổn của các bữa ăn cung cấp cho một người phục dịch.				<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG
l. Các khoản khác (xin ghi rõ).				<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG

**KHUYẾN CÁO VỀ HÌNH PHẠT**

Quý vị hoặc bất cứ người nào trong hộ cố ý đưa ra những dữ kiện sai lạc đều có thể bị khởi tố với các hình phạt như phạt tiền, phạt tù, hoặc cả hai. Các hình phạt có thể là sự tước quyền tham gia vào chương trình, phạt tiền lên tới \$250,000 hoặc phạt tù lên tới 20 năm. Các hình phạt về sự tước quyền tham gia sẽ là 12 tháng đối với lần vi phạm thứ nhất, 24 tháng đối với lần vi phạm thứ nhì, và tước quyền tham gia vĩnh viễn đối với lần vi phạm thứ ba.

Tôi xác nhận là tôi hiểu rõ các câu hỏi trong mẫu đơn này. Đồng thời tôi cũng hiểu rõ là (1) các dữ kiện mà tôi kê khai sẽ được phối kiểm và xác minh bởi các giới chức chính quyền của địa phương, tiểu bang, và liên bang; (2) hộ nhận trợ cấp hoặc bất cứ một người thành niên nào trong hộ (dù là họ đã dọn đi), người bảo lãnh cho một ngoại kiều là thành viên trong hộ hoặc người đại diện cho các cư dân của một cơ sở hợp thức có thể bị buộc phải trả lại các trợ cấp trạng dư mà đáng lý ra hộ nhận trợ cấp đó không được nhận dù rằng việc cấp dư là do sự lầm lẫn của Ty Xã Hội; và (3) rằng tôi sẽ nộp cho Ty Xã Hội bằng chứng về các chi phí hoặc tên người hay cơ sở mà Ty Xã Hội có thể tiếp xúc để thu thập bằng chứng nếu tôi không thể tự hỏi xin được.

**Tôi khai xin chịu trách nhiệm trước luật pháp của Hoa Kỳ và của Tiểu Bang California về tội man khai rằng các dữ kiện trong đơn xin này là đúng sự thật, chính xác, và đầy đủ.**

CHỮ KÝ (CỦA NGƯỜI THÀNH NIÊN TRONG HỘ HAY CỦA NGƯỜI ĐẠI DIỆN ĐƯỢC UY QUYỀN)

NGÀY

NGƯỜI CHỨNG, NẾU KÝ TÊN BẰNG CÁCH GẠCH ĐẤU CHỮ THẬP

NGÀY

CHỮ KÝ CỦA NHÂN VIÊN PHÒNG VẤN

NGÀY

Mẫu đơn này dùng để xin hưởng các sự khấu trừ chi phí y tế đặc biệt cho bất cứ thành viên nào ở trong hộ nhận trợ cấp phiếu thực phẩm là người già hoặc người bị mất năng lực.

Khi chúng tôi dùng từ ngữ “người già” là chúng tôi có ý nói đến những người tuổi từ 60 trở lên.

Khi chúng tôi dùng từ ngữ “người bị mất năng lực” là chúng tôi có ý nói đến những người:

- (1) hiện đang hưởng các cấp khoản về mất năng lực của Sở Quản Trị An Sinh Xã Hội (SSA) (khác với chương trình trợ cấp về tài chánh dành cho người già, người mù và người mất năng lực - SSI/SSP) hay các cấp khoản của Sở Quản Trị Cựu Chiến Binh (VA); HOẶC
- (2) hiện đang hưởng các phúc lợi về hưu vì mất năng lực do một cơ quan chính quyền liên bang, tiểu bang, hay địa phương trả hoặc do Ủy Ban Hưu Bổng Hòa Xa trả; HOẶC
- (3) hiện đang hưởng các dịch vụ của trợ cấp y tế Medi-Cal vì một sự mất năng lực; HOẶC
- (4) hiện đang hưởng trợ cấp tạm thời/trợ cấp khẩn cấp thuộc chương trình trợ cấp tổng quát trong khi chờ để được hưởng tiền SSI/SSP bởi vì một sự mất năng lực **đã được chấp thuận** bởi Sở Quản Trị An Sinh Xã Hội.