

Đơn Xin Miễn Giảm

Yêu cầu về Trách nhiệm Cá nhân đối với Những Cá nhân Không thể Chi trả Bảo hiểm

Nộp đơn này để xin miễn giảm khả năng chi trả đối với yêu cầu trách nhiệm cá nhân.

- Tất cả cư dân DC và những người phụ thuộc cần phải có bảo hiểm y tế hoặc đóng thuế DC, trừ khi họ đủ điều kiện để được miễn giảm.
- **Đơn này dùng để xin miễn giảm vì dịch vụ chăm sóc sức khỏe quá đắt đối với khả năng chi trả.**
- **Trước tiên**, ông/bà cần hoàn thành đơn xin hỗ trợ tài chính và cung cấp thông báo xác định tính đủ điều kiện mà ông/bà nhận được cùng với đơn xin miễn giảm khả năng chi trả. Để đăng ký hỗ trợ tài chính, vui lòng tạo tài khoản hoặc đăng nhập vào tài khoản của ông/bà tại dchealthlink.com.
- Ông/bà không cần phải nộp đơn xin miễn thuế nếu ông/bà và tất cả những người phụ thuộc về thuế của ông/bà không phải khai thuế. Nếu ông/bà không chắc mình có cần nộp đơn hay không, ông/bà có thể vẫn có thể nộp đơn xin miễn giảm.

Ai có thể sử dụng đơn xin này?

Liệt kê mọi người trên tờ khai thuế DC của ông/bà trên đơn này. Ông/bà có thể sử dụng đơn cho nhiều người trong hộ thuế của mình. Nếu ai đó trong hộ gia đình của ông/bà khai thuế riêng, họ cũng phải điền vào đơn của mình.

Thông tin ông/bà khai báo

- Thông tin về thu nhập của hộ gia đình và các tài liệu bổ sung.
- Thông tin về bất kỳ chương trình bảo hiểm y tế nào liên quan đến người sử dụng lao động có sẵn cho gia đình ông/bà.

Tại sao chúng tôi yêu cầu thông tin này?

Chúng tôi yêu cầu thông tin này để xác định việc ông/bà đủ điều kiện xin miễn giảm. Chúng tôi sẽ giữ tất cả thông tin được cung cấp ở chế độ riêng tư và bảo mật, theo quy định của pháp luật.

Nhận trợ giúp với ứng dụng này

- Trực tuyến: tại dchealthlink.com
- Điện thoại: (855) 532-5465
- Trực tiếp: Truy cập dchealthlink.com hoặc gọi (855) 532-5465 để được nhân viên hỗ trợ miễn phí về đơn này.
- Để được trợ giúp bằng các ngôn ngữ khác, hãy gọi (855) 532-5465. Chúng tôi sẽ hỗ trợ miễn phí.

Bước 1: Cho chúng tôi biết về ông/bà

Người khai thuế DC trong hộ gia đình của ông/bà phải là người liên hệ chính của đơn này và được liệt kê là “Người 1” trong toàn bộ đơn đăng ký này. Nếu ông/bà đang nộp đơn xin miễn giảm cho trẻ em, chúng tôi cần người đã trưởng thành xác nhận đưa trẻ trên tờ khai thuế DC của họ để điền và ký vào đơn này, ngay cả khi người đó không cần được miễn giảm.

TÊN	ĐỆM	HỌ	DANH XƯNG
ĐỊA CHỈ NHÀ	Để trống nếu không có		SỐ CĂN HỘ
THÀNH PHỐ	BANG	MÃ BƯU ĐIỆN	PHƯỜNG
SỐ ĐIỆN THOẠI ()	-	SỐ ĐIỆN THOẠI KHÁC ()	-
ĐỊA CHỈ EMAIL Điền địa chỉ email của ông/bà nếu ông/bà muốn nhận thông tin về đơn này qua email..			
Ngôn ngữ ưa dùng của ông/bà là gì nếu không phải tiếng Anh?			
Nếu ông/bà là người Tây Ban Nha/Latin, chọn sắc tộc (TÙY CHỌN – chọn tất cả phương án đúng)			
<input type="checkbox"/> Người Mê-xi-cô	<input type="checkbox"/> Người Chicano/Chicana	<input type="checkbox"/> Người Cuba	
<input type="checkbox"/> Người Mỹ gốc Mê-xi-cô	<input type="checkbox"/> Người Puerto Rico	<input type="checkbox"/> Khác _____	
Chọn tộc (TÙY CHỌN – chọn tất cả phương án đúng)			
<input type="checkbox"/> Da Trắng	<input type="checkbox"/> Người Nhật	<input type="checkbox"/> Người Samoa	
<input type="checkbox"/> Người Mỹ Đen hoặc gốc Phi	<input type="checkbox"/> Người Hàn Quốc	<input type="checkbox"/> Cư dân đảo Thái Bình Dương khác	
<input type="checkbox"/> Người Da đỏ hoặc Alaska bản địa	<input type="checkbox"/> Người Việt Nam	<input type="checkbox"/> Khác _____	
<input type="checkbox"/> Người Ấn Độ gốc Á	<input type="checkbox"/> Người Châu Á khác		
<input type="checkbox"/> Người Trung Quốc	<input type="checkbox"/> Người Hawaii bản địa		
<input type="checkbox"/> Người Phi-lip-pin	<input type="checkbox"/> Guamanian hoặc Chamorro		

Bước 2: Cho chúng tôi biết về thuế của gia đình

Những người cần bao gồm trong đơn này:

- Người trưởng thành khai thuế DC cho hộ gia đình phải được liệt kê trong bảng là “Người 1” trong toàn bộ đơn.
- Vợ/chồng cùng nộp đơn với ông/bà
- Bất kỳ ai được liệt kê là người phụ thuộc trên bản khai thuế của ông/bà.

Những người không được bao gồm trong đơn này:

- Vợ/chồng nộp hồ sơ riêng biệt với ông/bà. Họ cần phải làm đơn đăng xin riêng và bao gồm mọi người mà họ yêu cầu trong tờ khai thuế.
- Bất kỳ ai sống với ông/bà sẽ không được liệt kê trên tờ khai thuế của ông/bà vào thời điểm năm cần xin miễn giảm.

NGƯỜI SỐ 1			
TÊN	HỌ	NGÀY SINH (TH/NG/NNNN) / /	SỐ AN SINH XÃ HỘI - -
CẦN MIỄN GIẢM? <input type="radio"/> Có <input type="radio"/> Không		QUAN HỆ VỚI NGƯỜI SỐ 1 Bản thân	
NGƯỜI SỐ 2			
TÊN	HỌ	NGÀY SINH (TH/NG/NNNN) / /	SỐ AN SINH XÃ HỘI - -
CẦN MIỄN GIẢM? <input type="radio"/> Có <input type="radio"/> Không		QUAN HỆ VỚI NGƯỜI SỐ 2 <input type="radio"/> Vợ/chồng <input type="radio"/> Người phụ thuộc	
NGƯỜI SỐ 2			
TÊN	HỌ	NGÀY SINH (TH/NG/NNNN) / /	SỐ AN SINH XÃ HỘI - -
CẦN MIỄN GIẢM? <input type="radio"/> Có <input type="radio"/> Không		QUAN HỆ VỚI NGƯỜI SỐ 2 <input type="radio"/> Vợ/chồng <input type="radio"/> Người phụ thuộc	
PERSON 4			
TÊN	HỌ	NGÀY SINH (TH/NG/NNNN) / /	SỐ AN SINH XÃ HỘI - -
CẦN MIỄN GIẢM? <input type="radio"/> Có <input type="radio"/> Không		QUAN HỆ VỚI NGƯỜI SỐ 2 <input type="radio"/> Vợ/chồng <input type="radio"/> Người phụ thuộc	
PERSON 5			
TÊN	HỌ	NGÀY SINH (TH/NG/NNNN) / /	SỐ AN SINH XÃ HỘI - -
CẦN MIỄN GIẢM? <input type="radio"/> Có <input type="radio"/> Không		QUAN HỆ VỚI NGƯỜI SỐ 2 <input type="radio"/> Vợ/chồng <input type="radio"/> Người phụ thuộc	
PERSON 6			
TÊN	HỌ	NGÀY SINH (TH/NG/NNNN) / /	SỐ AN SINH XÃ HỘI - -
CẦN MIỄN GIẢM? <input type="radio"/> Có <input type="radio"/> Không		QUAN HỆ VỚI NGƯỜI SỐ 2 <input type="radio"/> Vợ/chồng <input type="radio"/> Người phụ thuộc	
PERSON 7			
TÊN	HỌ	NGÀY SINH (TH/NG/NNNN) / /	SỐ AN SINH XÃ HỘI - -
CẦN MIỄN GIẢM? <input type="radio"/> Có <input type="radio"/> Không		QUAN HỆ VỚI NGƯỜI SỐ 2 <input type="radio"/> Vợ/chồng <input type="radio"/> Người phụ thuộc	

1. Ông/bà hoặc các thành viên trong gia đình cần được miễn trừ vào thời gian nào?

Cho biết năm và liệt kê các tháng cho từng thành viên trong gia đình cần được miễn giảm.

TÊN	HỌ	NĂM	THÁNG (vd. Tháng 1-3, Tháng 11-12, cả năm,...)

2. Thu nhập hàng năm

Chúng tôi cần biết về bất kỳ khoản thu nhập nào mà ông/bà hoặc bất kỳ thành viên nào khác trong hộ gia đình thuế của ông/bà đã kiếm được hoặc dự kiến kiếm được từ việc làm, tự kinh doanh, thất nghiệp, nghỉ hưu, lương hưu, tài sản cho thuê, ngư nghiệp/nông nghiệp, chu cấp và an sinh xã hội trong thời điểm năm mà ông/bà muốn được miễn giảm. Nếu ông/bà gửi đơn đăng ký này trước khi năm kết thúc, hãy ước tính thu nhập của ông/bà trong năm. Gửi các giấy tờ bổ sung cùng với đơn xin của ông/bà cho từng loại thu nhập được liệt kê dưới đây cho mỗi người.

LOẠI THU NHẬP	HỒ SƠ
Tất cả các loại thu nhập	Bản sao tờ khai thuế của ông/bà - nếu nó cho biết thu nhập của ông/bà trong năm ông/bà muốn được miễn thuế
Việc làm	<ul style="list-style-type: none"> Cuống phiếu lương một tháng cho biết tổng thu nhập riêu chuẩn của ông/bà W-2 gần đây nhất Giấy giới thiệu từ người sử dụng lao động lao động (nếu ông/bà không có cuống phiếu lương; phải bao gồm tổng thu nhập)
Tư doanh (net)	<ul style="list-style-type: none"> Sổ cái tư doanh Lịch trình C Biểu mẫu 1120S (dành cho tập đoàn S) Các tài liệu thuế gần đây khác thể hiện thu nhập từ hoạt động tư doanh Bản sao một phiếu séc cho các dịch vụ tư doanh
THU NHẬP KHÁC	HỒ SƠ
Thất nghiệp	Các sao kê hiển thị tổng số tiền đã nhận
Nghỉ hưu (Chỉ thu nhập chịu thuế)	<ul style="list-style-type: none"> 1099 hoặc chứng từ thuế liên quan liệt kê bất kỳ khoản rút tiền nào Chứng từ thể hiện số tiền chịu thuế từ việc rút tiền từ tài khoản
Lương hưu	<ul style="list-style-type: none"> Quyết định hưu trí 1099 hoặc chứng từ thuế liên quan

- Tiền thuê/tiền bản quyền (net)
 - Hợp đồng cho thuê đất hoặc tài sản ông/bà sở hữu với số tiền/tần suất thuê
 - Tài liệu thể hiện thu nhập tiền bản quyền
 - 1099-MISC (mảng thu nhập từ tiền bản quyền/tiền cho thuê)
- Tiền chu cấp đã trả/nhận
 - Lệnh tòa hoặc tài liệu pháp lý cho biết số tiền chu cấp hàng tháng, ngày | bắt đầu và ngày kết thúc (nếu có)
 - Chỉ gửi nếu thỏa thuận đã được ký kết trước 1/1/2019
- Nông nghiệp/ngư nghiệp (net)
 - Lịch trình C và/hoặc F
 - 1099-G
- An sinh xã hội (chỉ số tiền chịu thuế)
 - Bản sao của Biểu mẫu 1040 gần đây nhất hiển thị số tiền chịu thuế ở dòng 20b. Không cần gửi bản sao phúc lợi của ông/bà hoặc thư COLA TRỪ KHI số tiền phải chịu thuế được liệt kê trên đó.

TÊN	HỌ	TỔNG THU NHẬP CẢ NĂM

Bước 3: Cho chúng tôi biết về chế độ bảo hiểm từ công việc của ông/bà

Ông/bà hoặc bất kỳ cá nhân nào khác được liệt kê trong đơn này được cung cấp bảo hiểm sức khỏe từ việc làm?

Chọn "có" ngay cả khi chế độ bảo hiểm là từ việc làm của người khác, chẳng hạn như cha mẹ hoặc vợ/chồng. Chọn "có" nếu ông/bà đã được cung cấp chương trình bảo hiểm nhưng chưa đăng ký. Nếu ông/bà chọn có, ông/bà phải điền vào Biểu mẫu Bảo hiểm Người sử dụng lao động ở cuối đơn này và nộp nó cùng với đơn đăng ký của ông/bà.

Có Không

Nếu có, hãy liệt kê những người đủ điều kiện nhận bảo hiểm sức khỏe từ việc làm:

Bước 4: Đọc, in và ký đơn này

Kiểm tra lại đơn của ông/bà để đảm bảo chính xác, in, ký tên và ghi ngày tháng. Với việc ký lên đơn này, ông/bà xác nhận rằng thông tin ông/bà cung cấp là đúng và chính xác. Việc gửi thông tin sai trên biểu mẫu này có thể khiến ông/bà bị phạt dân sự hoặc hình sự theo luật của Quận hoặc Liên bang.

Nếu đại diện được ủy quyền đã giúp ông/bà điền vào đơn đăng ký này, đại diện có thể ký vào biểu mẫu cho ông/bà, nhưng sẽ cần phải hoàn thành Biểu mẫu đại diện được ủy quyền ở cuối đơn đăng ký này.

CHỮ KÝ	NGÀY
	/ /

Bước 5: Gửi qua email hoặc gửi đơn đăng ký và hồ sơ đính kèm đã hoàn chỉnh của ông/bà qua đường bưu điện

Gửi email hoặc gửi đơn đăng ký đã ký tên, chứng từ đính kèm và thông báo xác minh tính đủ điều kiện mà ông/bà nhận được sau khi gửi đơn đăng ký DC Health Link để được hỗ trợ tài chính. Bao gồm Biểu mẫu Bảo hiểm của Người sử dụng lao động nếu ai đó trong gia đình đủ điều kiện nhận bảo hiểm sức khỏe từ việc làm. Chúng tôi không thể xử lý đơn của ông/bà mà không có đơn này nếu ai đó trong hộ gia đình của ông/bà có thể nhận được bảo hiểm y tế thông qua việc làm.

Địa chỉ email

info@dchealthlink.com

Địa chỉ nhận thư

DC Health Benefit Exchange Authority
Exemption Processing Unit
1225 Eye Street, NW
Suite 400
Washington, DC 20005

Các bước tiếp theo?

- Nếu ông/bà gửi đơn đăng ký qua email, chúng tôi sẽ gửi email xác nhận cho ông/bà. Nếu ông/bà gửi đơn bằng đường bưu điện, chúng tôi sẽ không gửi xác nhận.
- Ông/bà sẽ nhận được phản hồi từ chúng tôi nếu cần thêm chứng từ để xử lý đơn đăng ký của ông/bà. Nếu chúng tôi không nhận được phản hồi của ông/bà trong vòng 90 ngày kể từ ngày yêu cầu, đơn đăng ký của ông/bà sẽ bị đóng và thông báo cho ông/bà.
- Nếu đơn đăng ký của ông/bà được chấp thuận, chúng tôi sẽ gửi thư chấp thuận cho ông/bà kèm theo số chứng nhận miễn trừ (ECN) cho từng thành viên được chấp thuận trong hộ gia đình thuế của ông/bà. Ông/bà sẽ cần ECN này khi nộp thuế để yêu cầu miễn trừ.
- Nếu ông/bà không đủ điều kiện để được miễn trừ, ông/bà sẽ nhận được thư kèm lý do.
- Nếu ông/bà không nhận được phản hồi từ chúng tôi sau 30 ngày, vui lòng gọi (855) 532-5465.

Sử dụng chính sách miễn giảm để đăng ký Bảo hiểm y tế thảm khốc

- Thông thường các chương trình bảo hiểm y tế thảm khốc chỉ dành cho những người dưới 30 tuổi. Nếu ông/bà được xác định là đủ điều kiện để được miễn trừ hoàn cảnh khó khăn hoặc miễn trừ khả năng chi trả, ông/bà có đủ điều kiện đăng ký tham gia chương trình bảo hiểm y tế thảm khốc, ngay cả khi ông/bà trên 30 tuổi.
- Các chương trình bảo hiểm y tế thảm khốc hỗ trợ phí đóng bảo hiểm hàng tháng thấp và khoản khấu trừ hàng năm cao và được thiết kế để bảo vệ ông/bà khỏi những tình huống xấu nhất như bệnh nặng hoặc tai nạn. Các chương trình bảo hiểm y tế thảm khốc cung cấp các lợi ích sức khỏe thiết yếu và được tính là có bảo hiểm cho các mục đích thuế. Các chương trình bao gồm ít nhất 3 lần khám bệnh ban đầu trong năm bảo hiểm và một số dịch vụ phòng ngừa miễn phí. Ông/bà thanh toán tất cả các chi phí y tế khác cho đến khi đạt đến khoản khấu trừ hàng năm. Sau đó, chương trình thanh toán 100 phần trăm cho các dịch vụ được đài thọ cho phần còn lại của năm bảo hiểm.
- Nếu ông/bà đủ điều kiện để được miễn trừ, ông/bà không bắt buộc phải mua chương trình bảo hiểm y tế thảm khốc, nhưng nếu ông/bà muốn đăng ký, hãy gọi DC Health Link theo số (855) 532-5465 để được hỗ trợ.

Sử dụng chính sách miễn giảm để đăng ký Thời hạn ghi danh đặc biệt

- Nếu ông/bà được cho là đủ điều kiện để được miễn giảm do hoàn cảnh khó khăn hoặc thiếu khả năng chi trả, thì việc miễn giảm có thể dành cho cả năm hoặc chỉ trong một giai đoạn của năm. Nếu là một giai đoạn của năm, khi hết hạn, ông/bà có thể đủ điều kiện cho Thời hạn ghi danh đặc biệt. Thowfh jan ghi danh đặc biệt cho phép ông/bà (và gia đình của ông/bà) đăng ký bảo hiểm qua DC Health Link ngoài Giai đoạn ghi danh mở rộng.
- Gọi cho DC Health Link theo số (855) 532-5465 để được hỗ trợ đăng ký tham gia bảo hiểm sau khi hết hạn miễn giảm.

BIỂU MẪU BẢO HIỂM NGƯỜI SỬ DỤNG LAO ĐỘNG

Sử dụng biểu mẫu này để trả lời các câu hỏi trong đơn đăng ký DC Health Link của ông/bà, Phụ lục A. Phần của đơn yêu cầu thông tin về bất kỳ chương trình bảo hiểm sức khỏe nào của chủ lao động mà ông/bà đủ điều kiện nhận (ngay cả khi đó là công việc của người khác, như cha mẹ hoặc vợ/chồng). Thông tin trong các ô được đánh số dưới đây khớp với các ô trong Phụ lục A. Ví dụ, ông/bà có thể sử dụng câu trả lời cho câu hỏi 14 trên trang này để trả lời câu 14 trong Phụ lục A. **Viết tên của ông/bà và số An sinh xã hội vào ô 1 và 2 và hỏi nhà sử dụng lao động để điền vào phần còn lại của biểu mẫu. Điền biểu cho từng chủ lao động cung cấp bảo hiểm sức khỏe mà ông/bà đủ điều kiện.**



Thông tin NGƯỜI LAO ĐỘNG

Người lao động cần điền phần này.

1. Tên người lao động (Tên, Đệm, Họ)	2. Số An Sinh Xã Hội Của Người Lao Động [] [] [] - [] [] - [] [] [] []
--------------------------------------	--



Thông tin NGƯỜI SỬ DỤNG LAO ĐỘNG

Hỏi Người chủ lao động về thông tin bên dưới.

3. Tên chủ lao động	4. Số đăng ký kinh doanh (EIN) [] [] - [] [] [] [] [] [] [] []	
5. Địa chỉ doanh nghiệp (Marketplace sẽ gửi thông báo đến địa chỉ này)	6. Số điện thoại doanh nghiệp ([] [] []) [] [] [] - [] [] [] []	
7. Thành phố	8. Tiểu bang [] []	9. Mã bưu chính [] [] [] [] [] []
10. Chúng tôi có thể liên hệ với ai về bảo hiểm sức khỏe của nhân viên có việc làm này?		
11. Số điện thoại (nếu khác với ở trên) ([] [] []) [] [] [] - [] [] [] []	12. Địa chỉ email	

13. Nhân viên hiện có đủ điều kiện nhận bảo hiểm do chủ lao động này cung cấp không, hay sẽ đủ điều kiện trong 3 tháng tới?

Có (Đến câu hỏi số 13a.)
13a. Nếu nhân viên hiện không đủ điều kiện, kể cả do thời gian chờ đợi hoặc thử việc, thì khi nào nhân viên đủ điều kiện được bảo hiểm? ____ / ____ / ____ (TH/NG/NNNN) (Đến câu hỏi tiếp theo)

Không (DỪNG LẠI và trả lại đơn này cho người lao động)

Hãy cho chúng tôi biết về **Chương Trình Chăm Sóc Sức Khỏe** cho người lao động này.

Chủ lao động có cung cấp một chương trình chăm sóc sức khỏe bao gồm cho vợ/chồng hoặc người phụ thuộc của nhân viên không?

- Có. Dành cho? Vợ/chồng Người phụ thuộc
 Không
(Đến câu hỏi số 14)

14. Người sử dụng lao động có cung cấp chương trình chăm sóc sức khỏe đáp ứng tiêu chuẩn giá trị tối thiểu* không?
 Có (Đến câu hỏi số 15) Không (DỪNG LẠI và trả lại đơn này cho người lao động)

15. Đối với gói chi phí thấp nhất đáp ứng tiêu chuẩn giá trị tối thiểu* chỉ được cung cấp cho nhân viên (không bao gồm các gói dành cho gia đình): Nếu chủ lao động có các chương trình chăm sóc sức khỏe, hãy cung cấp mức phí bảo hiểm mà nhân viên sẽ trả nếu họ nhận được giảm giá tối đa cho bất kỳ chương trình cai thuốc lá nào và không nhận bất kỳ chiết khấu nào khác dựa trên các chương trình chăm sóc sức khỏe.

a. Người lao động sẽ phải trả chi phí bao nhiêu cho chương trình bảo hiểm này? \$ [] [] [] [] [] []

b. Định kỳ? Hàng tuần Mỗi 2 tuần 2 lần/tháng 1 lần/tháng Hàng quý Hàng năm (Đến câu hỏi tiếp)

Nếu năm bảo hiểm sắp kết thúc và ông/bà biết rằng các chương trình sức khỏe sẽ thay đổi, hãy đến câu hỏi 16. Nếu ông/bà không biết, hãy DỪNG lại và gửi lại biểu mẫu này cho nhân viên

16. Người sử dụng lao động sẽ thực hiện thay đổi gì cho năm bảo hiểm mới?

Chủ lao động sẽ không cung cấp bảo hiểm sức khỏe
 Người sử dụng lao động sẽ bắt đầu cung cấp bảo hiểm sức khỏe cho nhân viên hoặc thay đổi mức phí bảo hiểm cho gói chi phí thấp nhất đáp ứng tiêu chuẩn giá trị tối thiểu* và chỉ dành cho nhân viên. (Phí bảo hiểm phải phản ánh mức chiết khấu cho các chương trình chăm sóc sức khỏe. Xem câu hỏi 15.)

a. Nhân viên sẽ phải trả bao nhiêu tiền bảo hiểm cho kế hoạch đó? \$ [] [] [] [] [] []

b. Định kỳ? Hàng tuần Mỗi 2 tuần 2 lần/tháng 1 lần/tháng Hàng quý Hàng năm

c. Ngày thay đổi (th/ng/nnnn):

*Chương trình bảo hiểm sức khỏe được tài trợ bởi doanh nghiệp đáp ứng "tiêu chuẩn giá trị tối thiểu" nếu tổng chi phí phúc lợi được bao trả chiếm không ít hơn 60 phần trăm tổng chi phí của chương trình (Mục 36B (c) (2) (C) (ii) của Bộ Luật Thuế vụ năm 1986).



ĐỂ TRỢ GIÚP ĐĂNG KÝ? Truy cập DCHealthLink.com hoặc gọi chúng tôi tại **1-855-532-5465**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-855-532-5465**. Nếu ông/bà cần trợ giúp không phải bằng tiếng anh, gọi **1-855-532-5465** và nói với chuyên viên hỗ trợ khách hàng ngôn ngữ ông/bà cần. Chúng tôi không tính phí cho ông/bà. Người dùng TTY nên gọi **711**.

Biểu Mẫu Đại Diện Được Ủy Quyền

Hỗ trợ hoàn thành đơn đăng ký này

**** LƯU Ý: Các mục từ 1 đến 9 phải liệt kê thông tin liên quan đến Ủy quyền Người đại diện, không phải làm đơn.**

Ông/bà có thể chọn một đại diện được ủy quyền.

Ông/bà có thể ủy quyền cho một người đáng tin cậy để làm việc về đơn này với chúng tôi, đọc thông tin của ông/bà và làm việc cho ông/bà về các vấn đề liên quan đến đơn này, bao gồm nhận thông tin về đơn đăng ký của ông/bà và thay mặt ông/bà ký vào đơn đăng ký. Người này được gọi là “đại diện được ủy quyền”. Nếu ông/bà cần thay đổi đại diện được ủy quyền của mình, hãy liên hệ với DC Health Link. Nếu ông/bà là đại diện được chỉ định hợp pháp đương sự trong đơn đăng ký này, hãy gửi giấy chứng thực cùng với đơn đăng ký.

1. Tên của Đại Diện (Tên, Đệm, Họ)

2. Địa chỉ

3. Số căn hộ

4. Thành phố

5. Tiểu bang

6. Mã bưu điện

7. Số điện thoại

() -

8. Tên tổ chức

9. Giấy phép kinh doanh (nếu có)

Khi đã ký, ông/bà cho phép người này ký đơn đăng ký của ông/bà, tiếp nhận thông tin chính thức và quyết định thay ông/bà về tất cả các vấn đề trong tương lai liên quan đến đơn này.

10. Chữ ký của Người ủy quyền

11. Ngày (th/ng/nnnn)

/ /

Chỉ dành cho cố vấn viên, điều hướng viên, đại lý và nhà môi giới được chứng nhận

Hoàn thành phần này nếu ông/bà là cố vấn viên, điều hướng viên, đại lý hoặc nhà môi giới được chứng nhận để điền vào đơn đăng ký thay cho người khác.

1. Ngày bắt đầu áp dụng (th/ng/nnnn)

/ /

2. Tên, Đệm, Họ & Danh xưng

3. Tên tổ chức

4. Giấy phép kinh doanh (nếu có)

5. Dành cho đại lý/nhà môi giới: số NPN



ĐỂ TRỢ GIÚP ĐĂNG KÝ? Truy cập DCHealthLink.com hoặc gọi chúng tôi tại **1-855-532-5465**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-855-532-5465**. Nếu ông/bà cần trợ giúp không phải bằng tiếng anh, gọi **1-855-532-5465** và nói với chuyên viên hỗ trợ khách hàng ngôn ngữ ông/bà cần. Chúng tôi không tính phí cho ông/bà. Người dùng TTY nên gọi **711**.