

*Các Câu Hỏi Thường Gặp*

## Tại sao tôi nên nộp đơn đăng ký?

Quý vị có thể đủ tiêu chuẩn được giảm chi phí thăm khám khi đến một nhà cung cấp tại Star Community Health

Chi phí đăng ký là bao nhiêu? Quý vị không phải trả phí khi nộp đơn đăng ký vào chương trình. Phí thăm khám dao động từ $10 - $30 mỗi lần thăm khám tùy thuộc vào số người và thu nhập của hộ gia đình quý vị. Quý vị cũng có thể đủ tiêu chuẩn để chỉ cần phải trả khoản phí tối thiểu $10 cho các dịch vụ nha khoa hoặc được giảm phí cho các dịch vụ nha khoa.

## Những dịch vụ nào được bao trả?

Chương trình này bao trả cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe do Star Community Health cung cấp nhưng không bao trả cho các buổi thăm khám tại bệnh viện hoặc các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác. Quý vị phải nộp đơn đăng ký tại những địa điểm đó để tham gia vào chương trình của họ. Theo các hướng dẫn của liên bang, hàng năm, Star Community Health bắt buộc phải cập nhật chương trình giảm phí theo thang trượt giá dựa trên những thay đổi trong mức thu nhập nghèo đói của liên bang. Việc này diễn ra vào ngày 1 tháng 5 hàng năm. Do đó, chương trình mà quý vị đủ tiêu chuẩn có thể thay đổi vào thời điểm đó.

## Làm thế nào để tôi có thể nộp đơn đăng ký?

Hoàn thành đơn đăng ký. Hãy chắc chắn cung cấp thông tin của tất cả thành viên trong hộ gia đình của quý vị. Mang đến hoặc gửi cho chúng tôi bằng chứng về tất cả các nguồn thu nhập của quý vị. Nếu quý vị không rõ bằng chứng đó là gì, chúng tôi có danh sách những giấy tờ cần thiết cho từng loại thu nhập trong danh sách kiểm tra đơn đăng ký.

**Điều này có nghĩa là tôi có bảo hiểm và sẽ không phải trả tiền phạt cho các khoản thuế của mình?** Không. Chương trình này không được xem là bảo hiểm y tế cho mục đích thuế.

**Tôi có thể sử dụng chương trình này nếu tôi có bảo hiểm sức khỏe không?**

Có. Nếu quý vị đủ tiêu chuẩn dựa trên số người và thu nhập của hộ gia đình và bảo hiểm sức khỏe của quý vị có các khoản khấu trừ hoặc đồng thanh toán cao, thì quý vị vẫn có thể sử dụng chương trình này để giảm chi phí chăm sóc sức khỏe của mình. Đây là chương trình giảm giá cho các dịch vụ tại Star Community Health.

## Thị Trường Chăm Sóc Sức Khỏe có thể làm gì cho quý vị?

* Có các tùy chọn bảo hiểm sức khỏe mới thông qua PA Pennie.
* Có các chương trình với chi phí thấp và miễn phí. Có trợ giúp tài chính dựa trên số tiền quý vị kiếm được.
* Không ai bị từ chối bảo hiểm vì họ có tình trạng bệnh từ trước.
* Quý vị có thể hội đủ điều kiện ghi danh mở bên ngoài nếu quý vị có thay đổi trong cuộc sống như kết hôn, chuyển nhà hoặc sinh con, hay quý vị mất bảo hiểm sức khỏe do mất việc hoặc mất Pennsylvania Medicaid

Chúng tôi có thể trợ giúp quý vị! Hãy gọi đến Văn Phòng Chăm Sóc Chính của quý vị và hỏi Đơn Đăng Ký Giảm Phí Theo Thang Trượt Giá.



*Hướng Dẫn về Thu Nhập*

|  |
| --- |
| **Biểu Phí Giảm Giá Theo Thang Trượt Giá cho Các Dịch Vụ Y Tế/Nha Khoa** |
|  |
| **Ngưỡng Thu Nhập Hàng Năm Theo Mức Thanh Toán Giảm Phí Theo Thang Trượt Giá và Phần Trăm Nghèo Đói** |
| **Mức Thu Nhập Nghèo Đói Liên Bang 2022** | **0% - 100%** | **101% - 125%** | **126% - 150%** | **151% - 200%** | **201% Trở Lên** |
| **Số Người Trong Gia Đình** |  |  |  |  |  |
| **1** | $13,590 | $16,988 | $20,385 | $23,783 | $27,180 |
| **2** | $18,310 | $22,888 | $27,465 | $32,043 | $36,620 |
| **3** | $23,030 | $28,788 | $34,545 | $40,303 | $46,060 |
| **4** | $27,750 | $34,688 | $41,625 | $48,563 | $55,500 |
| **5** | $32,470 | $40,588 | $48,705 | $56,823 | $64,940 |
| **6** | $37,190 | $46,488 | $55,785 | $65,083 | $74,380 |
| **7** | $41,910 | $52,388 | $62,865 | $73,343 | $83,820 |
| **8** | $46,630 | $58,288 | $69,945 | $81,603 | $93,260 |
| **Cứ thêm một người, thì cộng thêm****$4,720** |  |
| **Bệnh Nhân Trả** |
| **Phòng Khám Y Tế** | $10 | $15 | $20 | $30 | 100% Chi Phí |
| **Nha Khoa - Chăm Sóc Định Kỳ** | $10 | $15 | $20 | $30 | 100% Chi Phí |
| **Nha Khoa - Không Định Kỳ (% Chi Phí\* cộng với Phí Xét Nghiệm\*\*)** | 10% | 15% | 20% | 30% | 100% Chi Phí |

\*Để biết các thủ thuật không phải là định kỳ, hãy đến gặp lễ tân tại văn phòng nha khoa của quý vị.

\*\*Phí xét nghiệm được tính 100%. Phí xét nghiệm không được giảm giá.



* Phải nộp đơn đăng ký riêng cho từng thành viên trong hộ gia đình muốn tham gia vào chương trình này, kể cả trẻ vị thành niên. Chỉ cần một bộ hồ hơ hỗ trợ cho mỗi hộ gia đình.
* Quý vị phải hoàn thành tất cả các trang của biểu mẫu đăng ký.
* Nếu quý vị cần trợ giúp, hãy gọi [484-503-7827] và hỏi Văn Phòng Cố Vấn Viên Tài Chính.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Họ/Tên: | Số An Sinh Xã Hội: | Ngày Sinh: |
| Địa Chỉ Gửi Thư: |  | Thành Phố: |  | Tiểu Bang: | Mã Zip: |
| Số Điện Thoại: | Số Điện Thoại Nhắn Tin (Nhắc Nhở về Lịch Hẹn) | Quý Vị Có Bảo Hiểm Sức Khỏe Không? **Có Không**Nếu có, vui lòng liệt kê công ty bảo hiểm và số ID bảo hiểm: |
| Quý Vị Có Từng Nộp Đơn Đăng Ký Pennsylvania Medicaid Trong Năm Ngoái Không? **Có Không Không Chắc** | Khoanh Tròn Một Lựa Chọn: **Có PA Medicaid****Bị Từ Chối PA Medicaid Không Nộp Đơn Đăng Ký** |

Star Community Health cần hỏi các thông tin cá nhân để quyết định liệu quý vị có hội đủ điều kiện cho chương trình này hay không. Thông tin

này sẽ được lưu trữ bảo mật trong hồ sơ. Quý vị phải xác minh thu nhập của mình khi nộp đơn đăng ký và mỗi năm một lần khi đơn của quý vị được gia hạn. Cần phải có bản sao của tờ khai thuế thu nhập liên bang hàng năm, phiếu lương trong 4 tuần qua, bản khai phúc lợi An Sinh Xã Hội hoặc các nguồn thu nhập khác. Chúng tôi không thể sử dụng các bản sao kê ngân hàng cho mục đích này. Thu nhập hàng năm và số người trong hộ gia đình quý vị sẽ được sử dụng để quyết định phí thăm khám của quý vị.

Tôi tuyên bố thông tin trên là đúng sự thật và cho phép Star Community Health điều tra bất kỳ thông tin nào trong đơn đăng ký này.

Tôi hiểu rằng:

* Thông tin của tôi sẽ được lưu trữ bảo mật.
* Nếu thông tin này bị phát hiện là sai, thì tôi sẽ mất tư cách hội đủ điều kiện tham gia chương trình và phải chịu trách nhiệm hoàn trả bất kỳ quyền lợi nào mà tôi đã nhận.
* Nếu thu nhập hoặc số người trong hộ gia đình của tôi thay đổi, thì tôi phải thông báo cho Phòng Thanh Toán sớm nhất có thể.
* Đơn đăng ký này phải được nộp lại trước cuộc hẹn tiếp theo của tôi hoặc trong vòng 30 ngày, tùy theo thời điểm nào sớm hơn, cùng với bằng chứng về thu nhập hàng năm của tôi. Nếu không, đơn đăng ký sẽ hết hạn.
* Tôi có thể đăng ký lại chương trình bất cứ lúc nào nhưng sẽ chỉ được giảm phí kể từ ngày nộp đơn đăng ký mới.
* Nếu tôi được xác định là hội đủ điều kiện được giảm phí nhưng không thực hiện các khoản thanh toán bắt buộc, thì tài khoản của tôi có thể được gửi đến cơ quan thu nợ

### Bằng văn bản này, tôi xin thề và xác nhận rằng tất cả các thông tin trên về tôi là đúng sự thật và chính xác.

Hoàn thành đơn đăng ký có chữ ký cho từng người nộp đơn, liệt kê tất cả các thành viên trong hộ gia đình và nguồn thu nhập Bằng chứng về thu nhập cho từng nguồn thu nhập

Nếu quý vị có thu nhập rất thấp hoặc không có thu nhập, hãy hoàn thành "Bảng Kê Khai Thu Nhập Bằng Không"

Tờ khai thuế liên bang gần đây nhất nếu quý vị nộp thuế

**HỘ GIA ĐÌNH:** Vui lòng liệt kê tên và ngày tháng năm sinh của tất cả các thành viên trong hộ gia đình quý vị, bao gồm cả quý vị.

Nếu quý vị nộp thuế, thì hộ gia đình quý vị gồm bản thân quý vị, vợ/chồng quý vị và bất kỳ người phụ thuộc nào mà quý vị liệt kê trên tờ khai thuế.

Nếu quý vị được liệt kê là người phụ thuộc của ai đó, thì hộ gia đình quý vị gồm bản thân quý vị, người liệt kê quý vị là người phụ thuộc của họ và bất kỳ ai được liệt kê trên tờ khai thuế của họ.

Nếu quý vị không nộp thuế và không được liệt kê là người phụ thuộc của ai đó, thì hộ gia đình quý vị gồm bản thân quý vị, vợ/chồng và con cái của quý vị nếu họ

sống cùng quý vị.

**THU NHẬP:** Quý vị cần cung cấp bằng chứng về thu nhập cho từng nguồn thu nhập sau đây cho từng thành viên trong hộ gia đình quý vị để xác định liệu quý vị có đủ tiêu chuẩn hay không. Vui lòng lưu ý rằng chúng tôi không thể chấp nhận các bản sao kê ngân hàng làm bằng chứng về thu nhập.

Đi làm: Phiếu lương cho bốn tuần gần đây nhất HOẶC tờ khai thuế liên bang

Tự kinh doanh và thu nhập từ tiền thuê nhà: quý vị phải cung cấp bản sao tờ khai thuế liên bang gần đây nhất

*Bản Kê Khai Phúc Lợi Hiện Tại cho:*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Thất Nghiệp** | **An Sinh Xã Hội** | **TANF** | **Bồi Thường Cho Người Lao Động** |
| **Khuyết tật dài hạn hoặc ngắn hạn** | **Cấp dưỡng nuôi con/Cấp dưỡng cho vợ/chồng** |  | **Lương hưu và/hoặc niên kim** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Họ | Tên | Ngày Sinh | Tổng Thu Nhậptrước Thuế và Khấu Trừ | Mối Quan Hệ | Nguồn Thu Nhập Với Bằng Chứng Kèm Theo |
|  |  |  | $ ,  | .\_ \_ | Bản thân |  |
|  |  |  | $ ,  | .\_ \_ |  |  |
|  |  |  | $ ,  | .\_ \_ |  |  |
|  |  |  | $ ,  | .\_ \_ |  |  |
|  |  |  | $ ,  | .\_ \_ |  |  |
|  |  |  | $ ,  | .\_ \_ |  |  |
|  |  |  | $ ,  | .\_ \_ |  |  |
|  |  |  | $ ,  | .\_ \_ |  |  |
|  |  |  | $ ,  | .\_ \_ |  |  |

Bằng cách ký tên dưới đây, tôi tuyên bố rằng dữ liệu và thông tin được liệt kê ở trên là chính xác và đúng với sự hiểu biết và khả năng tốt nhất của tôi. Tôi cũng xác nhận rằng tôi đã bao gồm tất cả các tài liệu hỗ trợ cho từng nguồn thu nhập.

Tất cả (những) người đã cung cấp hỗ trợ cho quý vị trong 3 tháng qua (bằng tiền hoặc không phải bằng tiền), phải hoàn thành bảng sau và ký tên dưới đây để xác nhận những gì họ đã hỗ trợ cho quý vị.

*Đơn Đăng Ký*

*Trang* 3 */ 3*

* Nếu ai đó đã cho quý vị tiền để thanh toán cho các chi phí dưới đây, hãy cho biết họ đã trả bao nhiêu và viết tên của họ vào ô thích hợp.
* Nếu ai đó đã cung cấp miễn phí cho quý vị bất kỳ khoản chi phí nào dưới đây, vui lòng ghi rõ "miễn phí" và viết tên của họ vào ô thích hợp.
* Trang này phải được từng người đã hỗ trợ quý vị trong 3 tháng vừa qua hoàn thành.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Tháng thứ nhất | Tháng: |  |  | Tháng thứ hai | Tháng: |  |
|  | Số tiền hoặc miễn phí | Người hỗ trợ |  | Số tiền hoặc miễn phí | Người hỗ trợ |
| Chi Phí Nhà Ở |  |  | Chi Phí Nhà Ở |  |  |
| Dịch Vụ Tiện Ích (nước/nước thải/điện/truyền hình cáp) |  |  | Dịch Vụ Tiện Ích (nước/nước thải/điện/truyền hình cáp) |  |  |
| Sưởi |  |  | Sưởi |  |  |
| Chi Phí Thực Phẩm |  |  | Chi Phí Thực Phẩm |  |  |
| Chi Phí Đi Lại |  |  | Chi Phí Đi Lại |  |  |
| Chi Phí Điện Thoại Di Động/Internet |  |  | Chi Phí Điện Thoại Di Động/Internet |  |  |
| Chi Phí Y Tế |  |  | Chi Phí Y Tế |  |  |
| Các Chi Phí Khác |  |  | Các Chi Phí Khác |  |  |
|  | Tháng thứ ba | Tháng: |  |  |
|  | Số tiền hoặc miễn phí? | Người hỗ trợ |
| Chi Phí Nhà Ở |  |  |
| Dịch Vụ Tiện Ích (nước/nước thải/điện/truyền hình cáp) |  |  |
| Sưởi |  |  |
| Chi Phí Thực Phẩm |  |  |
| Chi Phí Đi Lại |  |  |
| Chi Phí Điện Thoại Di Động/Internet |  |  |
| Chi Phí Y Tế |  |  |
| Các Chi Phí Khác |  |  |

\*Phải điền đầy đủ biểu mẫu này. Chúng tôi sẽ không thể xử lý đơn đăng ký của quý vị nếu quý vị để trống các phần trong đơn đăng ký. Nếu quý vị cần cho chúng tôi biết thêm về hoàn cảnh cụ thể của quý vị, vui lòng đính kèm một lá thư hoặc tuyên bố vào bảng này. Nếu quý vị nhận được hỗ trợ từ các cơ quan khác, vui lòng đính kèm bản sao của bất kỳ hỗ trợ nào được cung cấp cho quý vị.

## Tên Viết In Hoa và Chữ Ký của người cung cấp hỗ trợ cho quý vị.

|  |  |
| --- | --- |
| Tên: | Ngày: / / |
| Chữ Ký: | Ngày: / / |

### Bằng văn bản này, tôi xin thề và xác nhận rằng tất cả các thông tin trên về tôi là đúng sự thật và chính xác.

 **Bảng Kê Khai Thu Nhập Bằng Không**

Tôi, xác nhận rằng tôi không có bất kỳ thu nhập nào kể từ / / .

(Những) nơi làm việc cuối cùng:

 Tôi là Sinh Viên Toàn Thời Gian trên 18 tuổi.

##  Nhà Ở:

 Căn nhà/căn hộ của chính tôi Quý vị có nhận được hỗ trợ nhà ở không? Có Không

 Căn nhà/căn hộ của người khác Tên của chủ căn nhà/căn hộ:

 Nơi tạm trú/Nhà ở chuyển tiếp

 Khác (giải thích):

##  Thực Phẩm:

Quý vị có nhận được Tem Phiếu Thực Phẩm không?

 Có (Nếu Có, quý vị phải đính kèm bản sao từ DHHS.)

 Không

##  Phương Tiện Đi Lại:

 Tôi có xe riêng

 Một người bạn hoặc họ hàng đưa đón tôi

 Tôi sử dụng phương tiện giao thông công cộng

##  Chi Phí Liên Lạc:

Quý vị có điện thoại di động không? Có Không. Nếu Có, thì ai trả cước điện thoại di động cho quý vị?

Vui lòng mô tả ngắn gọn tình hình tài chính hiện tại của quý vị:

 **Bằng văn bản này, tôi xin thề và xác nhận rằng tất cả các thông tin trên về tôi là đúng sự thật và chính xác.**

 **Xác Nhận về Thu Nhập**

Tôi, xác nhận rằng tôi có thu nhập kể từ / / từ nơi làm việc: Số điện thoại: . Tôi xác nhận rằng tôi không thể xuất trình giấy tờ cần thiết về thu nhập, tuy nhiên, tôi cho phép Star Community Health liên hệ với nơi làm việc của tôi và xác minh thu nhập bằng lời nói. Tôi hiểu rằng tôi có thể được yêu cầu đăng ký bảo hiểm sức khỏe thông qua thị trường hoặc các nguồn của tiểu bang/liên bang. Tôi hiểu rằng Star Community Health có thể yêu cầu cung cấp tài liệu hỗ trợ và tôi sẽ tuân thủ các yêu cầu đó. Tôi cũng xác nhận rằng thông tin trong biểu mẫu và đơn đăng ký này là đúng sự thật và nếu Star Community Health phát hiện những thông tin này là sai, thì tôi có thể phải chịu trách nhiệm về tất cả các khoản phí liên quan đến dịch vụ chăm sóc sức khỏe của tôi.

##  Nhà Ở:

 Căn nhà/căn hộ của chính tôi Quý vị có nhận được hỗ trợ nhà ở không? Có. Không Nếu Có Số Tiền:

 Căn nhà/căn hộ của người khác Tên của chủ căn nhà/căn hộ:

 Nơi tạm trú/Nhà ở chuyển tiếp

 Khác (giải thích):

##  Thu Nhập:

Lương Giờ: $ . /giờ Tôi được trả lương mỗi 1 tuần, 2 tuần, Tháng.

Tôi nhận lương dưới hình thức là Tiền mặt, Séc, hoặc Chuyển khoản trực tiếp.

Thuế được khấu trừ từ tiền lương của tôi Có Không

##  Phương Tiện Đi Lại:

 Tôi có xe riêng

 Một người bạn hoặc họ hàng đưa đón tôi

 Tôi sử dụng phương tiện giao thông công cộng

Vui lòng mô tả ngắn gọn tình hình tài chính hiện tại của quý vị:

\*\*Người nộp đơn vẫn phải hoàn thành đơn đăng ký cùng biểu mẫu này\*\*

### Bằng văn bản này, tôi xin thề và xác nhận rằng tất cả các thông tin trên về tôi là đúng sự thật và chính xác.

**Miễn Trừ Khoản Thanh Toán**

Tôi, xác nhận rằng tôi đang gặp khó khăn trong việc hoàn thành nghĩa vụ tài chính của mình với Star Community Health và yêu cầu được miễn trừ khoản phí $ trong khung thời gian bên dưới. Tôi hiểu rằng khoản phí này chỉ được miễn trừ sau khi gặp Cố Vấn Viên Tài Chính và được phê duyệt để miễn trừ. Tôi cũng hiểu rằng tôi sẽ phải tiếp tục gặp Cố Vấn Viên Tài Chính tại mỗi cuộc hẹn mà tôi có tại Star Community Health trước hoặc sau cuộc hẹn để cung cấp thông tin cập nhật về tình hình tài chính. Tôi hiểu rằng việc miễn trừ này có thể bị Star Community Health hủy bỏ nếu tôi không hoàn thành các yêu cầu gặp gỡ với Cố Vấn Viên Tài Chính.

Vui lòng mô tả ngắn gọn tình hình tài chính hiện tại của quý vị:

 *\*\*\*Chỉ Dành Cho Cố Vấn Viên Tài Chính\*\*\**

Tên của Cố Vấn Viên Tài Chính: Ngày: / /

Số Hồ Sơ Y Tế: Tên Bệnh Nhân: Ngày Sinh: / /

Việc miễn trừ được phê duyệt kể từ / / và kết thúc vào / / .

Bệnh nhân sẽ gặp Cố Vấn Viên Tài Chính vào những ngày sau:

 / /

 / /

 / /

 / /

 / /

 / /

 / /

 / /

 / /

 / /

\*\*\*Bệnh nhân phải nộp bản sao biểu mẫu này cho nhân viên đăng ký vào thời điểm diễn ra cuộc hẹn để được miễn phí.\*\*\*

### Bằng văn bản này, tôi xin thề và xác nhận rằng tất cả các thông tin trên về tôi là đúng sự thật và chính xác.

|  |  |
| --- | --- |
| Chữ Ký của Bệnh Nhân: | Ngày: / / |
| Chữ Ký của Phụ Huynh/Người Giám Hộ Hợp Pháp: | Ngày: / / |

**Chương Trình Giảm Phí Theo Thang Trượt Giá**

 ***Tuyên Bố Từ Chối***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Họ/Tên: | Số An Sinh Xã Hội: | Ngày Sinh: |
| Địa Chỉ Gửi Thư: |  | Thành Phố: |  | Tiểu Bang: | Mã Zip: |
| Số Điện Thoại: | Số Điện Thoại Nhắn Tin (Nhắc Nhở về Lịch Hẹn) |  |

Tôi không muốn đăng ký hoặc tuân thủ các yêu cầu của chương trình thang trượt giá.

Vì quý vị không muốn đăng ký hoặc tuân thủ các yêu cầu để đăng ký giảm phí theo thang trượt giá của chúng tôi, thì nghĩa là quý vị chọn tự thanh toán. Điều này có nghĩa là quý vị sẽ thanh toán $75.00 ngay tại thời điểm quý vị nhận dịch vụ và quý vị sẽ phải chịu trách nhiệm cho bất kỳ và tất cả số dư đến hạn sau khi các khoản phí của nhà cung cấp cho buổi thăm khám của quý vị được kết toán. Quý vị cũng sẽ chịu trách nhiệm cho mọi khoản phí xét nghiệm và/hoặc chụp X-quang/chẩn đoán cho buổi thăm khám hôm nay. Mọi khoản giảm giá cho phí văn phòng hoặc phí phòng xét nghiệm đều không được áp dụng và quý vị sẽ không được giảm giá cho những khoản phí này trong trường hợp đơn đăng ký thang trượt giá trong tương lai được hoàn thành.

|  |  |
| --- | --- |
| Chữ Ký của Bệnh Nhân: | Ngày: / / |
| Chữ Ký của Phụ Huynh/Người Giám Hộ Hợp Pháp: | Ngày: / / |