

**CHỨNG NHẬN TÍNH ĐỦ ĐIỀU KIỆN CỦA KHÁCH
HÀNG CHƯƠNG TRÌNH FAMILY PACT CHƯƠNG
TRÌNH TIẾP CẬN SỨC KHỎE**

Client HAP number

Biểu mẫu Chứng Nhận Tính Đủ Điều Kiện Của Khách Hàng (CEC) này là tài sản của Bang California, Phòng Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe, Văn Phòng Kế Hoạch Hóa Gia Đình.

Biểu mẫu này không thể được thay đổi, sửa đổi hoặc điền sẵn.

Bước 1: Hãy Nói Cho Chúng Tôi Biết Về Bản Thân Bạn

Tên	Tên Lót	Họ	Tên hậu tố (Sr., Jr., III, IV etc.)
-----	---------	----	-------------------------------------

Phòng Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe không gửi thư đến địa chỉ được cung cấp

Địa chỉ	☐ Nhà	☐ Gửi thư	Số căn hộ
Thành phố	Bang	Mã zip	Quận cư trú
Ngày sinh (mm/dd/yyyy)	Số An Sinh Xã Hội (SSN) Không có số SSN không làm ảnh hưởng đến khả năng tiếp nhận dịch vụ.		Provider Use Only CODE

Tình trạng hôn nhân (không bắt buộc)

- | | | | |
|---------------------------------------|--|---|-----------------------------------|
| ☐ Độc thân | ☐ Chưa từng kết hôn | ☐ Đã kết hôn | ☐ Đã ly dị |
| ☐ Góa vợ/chồng | ☐ Bạn đời sống chung đã đăng ký | ☐ Tôi đã từ chối trả lời | |

Chủng Tộc/Dân Tộc (không bắt buộc; chọn tùy chọn phù hợp)

- | | |
|---|---|
| ☐ Trắng | ☐ Người Phillipines |
| ☐ Người Da Đen hoặc Người Mỹ Gốc Phi | ☐ Người Hmong |
| ☐ Người Mỹ Da Đỏ hoặc Thổ Dân Alaska | ☐ Người Nhật Bản |
| ☐ Người Hawaii | ☐ Người Hàn Quốc |
| ☐ Người Ấn Độ Gốc Á | ☐ Người Lào |
| ☐ Người Campuchia | ☐ Người Việt Nam |
| ☐ Người Trung Quốc | ☐ Người Guam hoặc Người Chamorro |
| ☐ Khác | ☐ Người Samoan |
| | ☐ Tôi từ chối trả lời |

Bạn có phải là người thuộc các quốc gia nói tiếng Tây Ban Nha, người Mỹ La Tinh, người Tây Ban Nha? (không bắt buộc)

☐ Có ☐ Không

Nếu có, hãy đánh dấu vào lựa chọn phù hợp:

- | |
|---|
| ☐ Người Mexico, Người Mỹ Gốc Mexico hoặc người Chicano |
| ☐ Người El Salvador |
| ☐ Người Guatemala |
| ☐ Người Cuba |
| ☐ Người Puerto Rico |
| ☐ Nguồn gốc khác |

Ngôn ngữ chính (chỉ chọn một)

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Tiếng Anh | ☐ Tiếng Armenia | ☐ Tiếng Quảng Đông |
| ☐ Tiếng Hmong | ☐ Tiếng Khmer/Campuchia | ☐ Tiếng Tây Ban Nha |
| ☐ Tiếng Hàn | ☐ Tiếng Tagalog | ☐ Tiếng Việt |
| ☐ Tiếng Punjab | ☐ Tiếng Hindi | ☐ Tiếng Ukraine |
| ☐ Tôi từ chối trả lời | ☐ Khác | |

Cách tốt nhất để liên hệ với bạn khi chúng tôi cần nói chuyện với bạn

- ☐ Điện Thoại ☐ Văn Bản ☐ Email ☐ Thư qua bưu điện Số/Email Tin Nhắn

Giới tính của bạn là gì? (bắt buộc)

- ☐ Nữ ☐ Chuyển Giới: Nam sang Nữ
☐ Nam ☐ Chuyển Giới: Nữ sang Nam

Xu hướng tính dục và bản dạng giới

**Thông tin sau đây là bảo mật và không bắt buộc.
Thông tin này sẽ không được sử dụng để xác định tính hợp lệ.**

Giới tính của bạn là gì?

(đánh dấu vào ô mô tả chính xác nhất bản dạng giới của bạn)

- ☐ Nữ
☐ Nam
☐ Chuyển giới: Nam sang Nữ
☐ Chuyển giới: Nữ sang Nam
☐ Lưỡng giới (không phải nam cũng không phải nữ)
☐ Giới tính khác
☐ Tôi từ chối trả lời

Bạn có nghĩ bản thân mình là:

- ☐ Thẳng hoặc dị tính
☐ Đồng tính nam hoặc đồng tính nữ
☐ Song tính
☐ Đa dạng tính dục
☐ Một thiên hướng tính dục khác
☐ Không xác định
☐ Tôi từ chối trả lời

Giới tính nào đã được ghi trên giấy khai sinh của bạn?

- ☐ Nữ ☐ Nam ☐ Tôi từ chối trả lời

Bước 2: Bảo Hiểm Sức Khỏe Khác	
Tôi đã trả tiền túi cho các dịch vụ sức khỏe kế hoạch hóa gia đình/sinh sản được bao trả bởi Chương Trình Family PACT trong ba tháng ngay trước khi đăng ký tham gia Chương Trình Family PACT.	☐ CÓ ☐ KHÔNG
Tôi hiện đang nhận các lợi ích của Medi-Cal. Nếu bạn biết số thẻ Medi-Cal của bạn, hãy viết số và ngày phát hành thẻ vào các ô. Nếu bạn không biết, hãy viết KHÔNG BIẾT vào ô.	
Số Thẻ Medi-Cal Ngày Phát Hành	☐ CÓ ☐ KHÔNG
Tôi có Medi-Cal với Chia Sẻ Chi Phí chưa được đáp ứng.	☐ CÓ ☐ KHÔNG
Tôi có Medi-Cal bị giới hạn (như “Medi-Cal Khẩn Cấp”) không bao gồm các biện pháp tránh thai.	☐ CÓ ☐ KHÔNG
Tôi có Bảo Hiểm Sức Khỏe Khác bao gồm các biện pháp tránh thai. Bảo Hiểm Sức Khỏe Khác có thể bao gồm các kế hoạch Chăm Sóc Được Quản Lý của Medi-Cal, các Kế Hoạch Sức Khỏe Thương Mại (Kaiser, BlueCross, Health Net) hoặc bảo hiểm sức khỏe học sinh.	☐ CÓ ☐ KHÔNG
Tôi không biết tôi có bảo hiểm sức khỏe khác hay không (đánh dấu vào ô nếu bạn không biết).	☐
Tôi có bảo hiểm sức khỏe thông qua Medi-Cal hoặc Gói Bảo Hiểm Sức Khỏe Khác vào ngày dịch vụ của tôi, nhưng tôi không thể sử dụng bảo hiểm của tôi vì tôi lo ngại rằng người phối ngẫu, bạn đời hoặc bố mẹ của tôi có thể được lưu ý hoặc thông báo về chuyến thăm kế hoạch hóa gia đình của tôi (đây được gọi là rào cản tiếp cận).	☐ CÓ ☐ KHÔNG Provider Use Only CODE

Thu Nhập Chịu Thuế

Liệt kê bản thân bạn và các thành viên trong gia đình của bạn (người phối ngẫu và các con) đang sống với bạn và những nguồn thu nhập chịu thuế đối với từng người.

Nếu có ai đó khai nhận bạn trên thuế của họ, hãy liệt kê tất cả những người đã được khai trên biểu mẫu thuế của người đó. Các nguồn thu nhập bao gồm việc làm, tự kinh doanh, bảo hiểm xã hội (ngay cả khi không chịu thuế), tiền boa, tiền hỗ trợ vợ chồng đã nhận được, trợ cấp thất nghiệp v.v. Yêu cầu thêm trang bổ sung nếu cần.

Nếu bạn 17 tuổi hoặc trẻ hơn, thu nhập của ba mẹ bạn sẽ bị trừ ra. Nhà cung cấp có thể nói chuyện với bạn nhiều hơn và giúp bạn tìm ra quy mô gia đình của bạn.

Tên	Mối Quan Hệ Với Bạn	Tuổi	Nguồn Thu Nhập	Thu Nhập Hàng Tháng Phải Chịu Thuế
	(Bản Thân)			

Quy mô gia đình:

Tổng thu nhập gia đình phải chịu thuế:

Bước 3: Vui Lòng Đọc Và Ký Đơn Đăng Ký

Tính Đủ Điều Kiện Của Bảo Hiểm Sức Khỏe California

Tôi đã nhận được thông tin về cách đăng ký và ghi danh các chương trình có khả năng chi trả bảo hiểm. ☐ CÓ ☐ KHÔNG

Vui lòng truy cập www.CoveredCA.com hoặc gọi 1-800-300-1506 để được hỗ trợ hoàn tất đăng ký những chương trình này.

Tôi tuyên bố theo hình phạt về tội khai man theo luật của bang California rằng thông tin trên đây trong biểu mẫu này là đúng và chính xác. Tôi hiểu rằng đưa ra thông tin sai sự thật có thể khiến tôi không đủ điều kiện tham gia chương trình này.

Chữ Ký Của Người Đăng Ký (hoặc dấu)	Ngày Ký
-------------------------------------	---------

Tuyên bố về Quyền riêng tư (Bộ luật Dân sự § 1798 và nội dung sau đó)

Thông tin này sẽ được sử dụng để xem thử bạn có đăng ký vào bất kỳ chương trình sức khỏe nào của bang không. Thông tin cũng sẽ được sử dụng để theo dõi kết quả sức khỏe và phục vụ cho các mục đích đánh giá chương trình. Tên của bạn sẽ không được chia sẻ. Mỗi cá nhân có quyền đánh giá thông tin cá nhân được duy trì bởi nhà cung cấp trừ khi được miễn trừ theo Điều 8 của Đạo Luật Thực Hành Thông Tin.

Quyền Điều Trần Công Bằng

Bất kỳ người đăng ký hoặc người tiếp nhận các dịch vụ theo Chương Trình Family PACT sẽ đều có quyền được điều trần liên quan đến tính đủ điều kiện hoặc việc tiếp nhận các dịch vụ. Một người đăng ký hoặc người nhận không có quyền phản đối các thay đổi được thực hiện đối với các tiêu chuẩn về tính đủ điều kiện hoặc lợi ích của Chương Trình Family PACT.

Đánh Giá Cấp Độ Đầu Tiên: Nếu bạn muốn khiếu nại về việc bị từ chối tính đủ điều kiện hoặc bị từ chối không cho nhận dịch vụ, vui lòng gửi tên, số điện thoại, địa chỉ của bạn kèm theo lý do vì sao bạn yêu cầu Đánh Giá Cấp Độ Đầu Tiên tới địa chỉ bên dưới. Yêu cầu đối với đánh giá cấp độ đầu tiên phải được đóng dấu bưu điện trong vòng 20 ngày làm việc từ khi bị từ chối về tính đủ điều kiện hoặc dịch vụ. Văn Phòng Kế Hoạch Hóa Gia Đình có thể yêu cầu thêm thông tin bằng điện thoại hoặc bằng văn bản từ nhà cung cấp hoặc người đăng ký trước khi đưa ra quyết định.

Phiên Điều Trần Chính Thức: Bạn có thể yêu cầu một phiên điều trần chính thức trong vòng 90 ngày từ ngày bạn được thông báo rằng mình không đủ điều kiện hoặc các dịch vụ mà bạn mong muốn không được cung cấp hoặc đã bị gián đoạn. Nếu bạn có lý do chính đáng cho thấy vì sao bạn đã không thể đệ đơn xin điều trần trong vòng 90 ngày, bạn vẫn sẽ có thể đệ đơn xin một phiên điều trần. Nếu bạn cung cấp lý do chính đáng, yêu cầu của bạn vẫn có thể được lên lịch. Hãy cung cấp mọi thông tin được yêu cầu như tên đầy đủ, số điện thoại, địa chỉ và lý do thực hiện phiên Điều Trần Chính Thức, sau đó gửi các thông tin đó tới địa chỉ Điều Trần Chính Thức bên dưới. Nếu bạn muốn, bạn có thể đính kèm một bức thư giải thích lý do vì sao bạn tin rằng hành động được thực hiện là không đúng. Bạn cũng có thể gọi đến số của Đơn Vị Điều Tra và Hồi Đáp Công Chúng bên dưới. Nếu bạn đang gặp khó khăn trong việc hiểu tiếng Anh, hãy đảm bảo chỉ rõ ngôn ngữ của bạn để hỗ trợ ngôn ngữ có thể được sắp xếp tại phiên điều trần. Nếu bạn đã chọn một đại diện được ủy quyền, hãy đảm bảo ghi rõ tên, số điện thoại và địa chỉ của anh ấy/cô ấy. Hãy giữ một bản sao của yêu cầu điều trần của bạn để làm hồ sơ cho bạn. Bạn có thể gửi yêu cầu điều trần chính thức bằng một trong hai cách:

Đánh Giá Cấp Độ Đầu Tiên

Department of Health
Care Services
Office of Family Planning
P.O. Box 997413,
Mail Station 8400
Sacramento, CA 95899-7413

Điều Trần Chính Thức

California Department of
Social Services
State Hearings Division
P.O. Box 944243,
Mail Station 9-17-37
Sacramento, CA 94244-2430

Hoặc Gọi Điện Thoại Miễn Phí

Department of Social Services
State Hearings Division
Public Inquiry and Response
1-800-952-5253 or
1-800-743-8525
TDD 1-800-952-8349
Fax: (916) 651-5210

Chính Sách Không Phân Biệt Đối Xử

Mục 1557 của Đạo Luật Bảo Vệ Bệnh Nhân và Chăm Sóc Sức Khỏe Hợp Túi Tiền (ACA) nghiêm cấm phân biệt đối xử trên cơ sở chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, giới tính, độ tuổi hoặc tình trạng khuyết tật trong các chương trình hoặc các hoạt động sức khỏe nhất định. Có hiệu lực từ năm 2010, mục 1557 được xây dựng dựa trên các luật dân quyền lâu đời của liên bang: Tiêu Đề VI của Đạo Luật Quyền Công Dân năm 1964; Tiêu Đề IX của Tu Chính Án Giáo Dục năm 1972, mục 504 của Đạo Luật Phục Hồi năm 1973 và Đạo Luật Phân Biệt Tuổi Tác năm 1975.

Có hiệu lực từ ngày 18 tháng Bảy 2016, Văn Phòng Quyền Công Dân Các Dịch Vụ về Sức Khỏe và Con Người (HHS) đã ban hành quy định cuối cùng thực thi mục 1557 tại Tiêu Đề 45 Bộ Quy Tắc Liên Bang (CFR) Phần 92. Quy định này được áp dụng cho mọi chương trình hoặc hoạt động sức khỏe, bất kỳ phần nào trong đó nhận được hỗ trợ tài chính liên bang, một thực thể được thành lập theo Tiêu Đề I của ACA nhằm quản lý một chương trình hoặc hoạt động sức khỏe và HHS. Ngoài các yêu cầu khác, Tiêu Đề 45 CFR Phần 92.201 yêu cầu:

- **Các yêu cầu dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ:** Các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ được yêu cầu theo đoạn (a) của Phần 92.201 phải chính xác, kịp lúc và được cung cấp miễn phí, đồng thời bảo vệ quyền riêng tư và sự độc lập của cá nhân bị giới hạn về khả năng tiếng Anh.
- **Các yêu cầu cụ thể dành cho người phiên dịch và các dịch vụ dịch thuật:** Theo quy định tại đoạn (a) của Phần 92.201.
 - Một pháp nhân được bảo hiểm sẽ cung cấp một thông dịch viên đủ tiêu chuẩn cho một cá nhân có trình độ tiếng Anh giới hạn khi thông dịch bằng lời nói chính là bước đi hợp lý nhằm cung cấp khả năng tiếp cận đầy ý nghĩa cho cá nhân có trình độ tiếng Anh giới hạn đó.
 - Một pháp nhân được bảo hiểm sẽ sử dụng phiên dịch viên đủ tiêu chuẩn khi dịch các nội dung bằng văn bản ở dạng giấy hoặc dạng điện tử.

Để biết thêm thông tin liên quan đến đăng ký và các yêu cầu của quy định cuối cùng áp dụng mục 1557, các nhà cung cấp phải liên hệ với các tổ chức chuyên nghiệp đại diện cho họ. Họ cũng có thể truy cập mục 1557 của trang Đạo Luật Bảo Vệ Bệnh Nhân và Chăm Sóc Sức Khỏe Hợp Túi Tiền trên trang web của HHS để tìm các tài liệu mẫu và những tài nguyên khác.

Language Services Notice

شعار: إذا كنت تتحدث العربية، يمكنك الحصول على خدمات المساعدة اللغوية مجانًا. يرجى الاتصال بالرقم
[Arabic] 1-800-541-5555 TTY: 711

注意: 如果您會說中文、您可以免費獲得語言協助服務。致電

1-800-541-5555 TTY:711 [Chinese]

सूचना: अगर आप हिंदी बोलते हैं, तो आप नि:शुल्क भाषा सहायता सेवाएँ प्राप्त कर सकते हैं। कृपया
1-800-541-5555 TTY: 711 पर कॉल करें [Hindi]

CEEB TOOM: Yog tias koj hais Lus Hmoob, koj tuaj yeem tau txais cov kev pab cuam
txhais lus pub dawb xwb. Hu rau 1-800-541-5555 TTY: 711 [Hmong]

注意: 日本語を話せる方には、無料言語支援サービスがございます。電話
1-800-541-5555 TTY: 711 [Japanese]

참고 사항: 한국어를 하는 있는 경우 무료로 언어 지원 서비스를 받을 수 있습니다.
1-800-541-5555 TTY: 711 로 문의하십시오. [Korean]

សម្គាល់៖ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ អ្នកអាចទទួលបានសេវាជំនួយផ្នែកភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ។
សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-541-5555 TTY: 711 [Cambodian]

ਨੋਟਿਸ: ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਮੁਫਤ ਵਿੱਚ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਹਾਸਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।
ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-541-5555 TTY: 711 [Punjabi]

УВЕДОМЛЕНИЕ: Если Вы говорите по-русски, Вы можете получить услуги
языковой помощи бесплатно. Звоните по номеру 1-800-541-5555 TTY: 711
[Russian]

PAUNAWA: Kung Tagalog ang gamit ninyo, maaari kang makatanggap ng mga
tulong sa wikang mga serbisyo nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-541-5555
TTY: 711 [Tagalog]

โปรดทราบ: ถ้าคุณพูดภาษาไทย คุณอาจได้รับบริการช่วยเหลือทางภาษาฟรี
โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ

1-800-541-555 TTY: 711 [Thai]

THÔNG BÁO: Nếu bạn nói tiếng Việt, bạn có thể tiếp nhận các dịch vụ trợ giúp ngôn
ngữ miễn phí. Hãy gọi đến số 1-800-541-5555 TTY: 711 [Vietnamese]

Step 4: PROVIDER USE ONLY

Provider Certification: ☐ Eligible for Family PACT Program
☐ Ineligible for Family PACT Program (Give Fair Hearing Rights)

Why client is ineligible: _____

Medi-Cal client eligible for Family PACT verified:

☐ Limited scope ☐ Unmet share-of cost ☐ Barrier to Access

Modality used to determine program enrollment or re-certification:

☐ Phone ☐ Audio Visual ☐ In-Person

DECLARATION

My signature attests that based upon the information provided by the applicant and according to state and federal requirements, I certify that the applicant identified on this form is eligible to receive family planning services under the Family PACT Program. If ineligible, the client has received a copy of the CEC form which includes the Fair Hearing Rights. I also certify that the client was 1) informed of California health insurance eligibility programs through Covered California, 2) offered and received (or declined) a copy of the Notice of Privacy Practices, Nondiscrimination Policy and 3) if applicable, provided a Retroactive Eligibility Certification Form (DHCS 4001).

Print name	Signature	Date
Deactivation: If client is deactivated (no longer eligible)	Deactivation Date	Reason code Provider Use Only CODE