

# Đơn xin Miễn Giảm

## Yêu cầu Trách nhiệm Cá nhân đối với Cá nhân đang gặp khó khăn

---

### Dùng đơn này để xin miễn giảm do khó khăn đối với yêu cầu trách nhiệm cá nhân.

- Tất cả cư dân DC và những người phụ thuộc phải có bảo hiểm y tế hoặc trả tiền phạt đối với thuế DC của họ, trừ khi họ đủ điều kiện để được miễn giảm.
- Đơn này dành cho danh mục tên gọi "khó khăn" có sẵn trên DC Health Link.
- Ông/bà không cần phải nộp đơn xin miễn thuế nếu ông/bà và tất cả những người phụ thuộc thuế của ông/bà không phải nộp một tờ khai thuế. Nếu ông/bà không chắc mình có nộp đơn hay không, ông/bà có thể vẫn muốn nộp đơn xin miễn trừ.

### Ai có thể dùng đơn này?

Liệt kê tất cả mọi người trên tờ khai thuế DC của ông/bà cần được miễn giảm trong đơn này. Ông/bà có thể điền đơn này 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 chính họ.

### Thông tin ông/bà có thể cần khai báo

Ông/bà có thể cần cung cấp các giấy tờ bổ sung yêu cầu bồi thường của mình. Xem trang tiếp theo để biết danh sách những kiểu khó khăn và giấy tờ bổ sung. Các giấy tờ bổ sung cần phải phải:

- hỗ trợ lý do ông/bà yêu cầu miễn giảm **VÀ**
- bao gồm các ngày tháng cho thấy giai đoạn khó khăn.

### Tại sao chúng tôi yêu cầu thông tin này?

Chúng tôi yêu cầu thông tin này để xác minh ông/bà đủ điều kiện được miễn giảm. Chúng tôi sẽ giữ tất cả thông tin ông/bà 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](http://dchealthlink.com)
- Điện thoại: (855) 532-5465
- Trực tiếp: Truy cập [dchealthlink.com](http://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.

## Các tình trạng khó khăn và giấy tờ bổ sung yêu cầu

#	Tình trạng	Hồ sơ yêu cầu đính kèm với đơn xin
1	Ông/bà không có chỗ ở.	Không
2	Ông/bà đã bị trục xuất khỏi nơi ở trong 6 tháng qua hoặc đang đối mặt với việc bị trục xuất hoặc tịch thu nhà.	Bản sao thông báo trục xuất hoặc tịch thu nhà
3	Ông/bà đã nhận được thông báo ngưng phục vụ từ một công ty tiện ích.	Bản sao thông báo ngưng phục vụ từ một công ty tiện ích
4	Ông/bà phải chịu bạo lực gia đình gần đây.	Không
5	Một thành viên gia đình vừa qua đời gần đây.	Bản sao giấy chứng tử, bản sao thông cáo báo chí, hoặc bản sao bất kỳ giấy tờ báo tử chính thức khác
6	Ông/bà bị thiệt hại đáng kể đến tài sản sau một trận hỏa hoạn, lũ lụt hoặc thảm họa tự nhiên khác do con người gây ra.	Bản sao của cảnh sát hoặc báo cáo hỏa hoạn, yêu cầu bảo hiểm hoặc tài liệu khác từ cơ quan chính phủ ghi chép lại sự kiện
7	Ông/bà đã nộp đơn phá sản trong 6 tháng qua.	Bản sao đơn xin phá sản
8	Ông/bà không thể chi trả các chi phí y tế trong 24 tháng qua.	Bản sao hóa đơn y tế
9	Có sự gia tăng đột ngột trong các chi phí cần thiết do việc chăm sóc một thành viên gia đình bị ốm, tàn tật hoặc già yếu.	Bản sao biên lai liên quan đến việc chăm sóc
10	Ông/bà dự kiến khai báo một đứa trẻ là người phụ thuộc vào thuế vì bị từ chối bảo hiểm Medicaid và một người khác được yêu cầu theo lệnh của tòa án để hỗ trợ y tế cho đứa trẻ.	Bản sao lệnh hỗ trợ y tế VÀ bản sao của các thông báo hợp lệ từ Medicaid và CHIP chứng thực đứa trẻ đã bị từ chối bảo hiểm
11	Ông/bà đã khiếu nại thành công quyết định về việc đủ điều kiện của DC Health Link.	Bản sao quyết định khiếu nại cuối cùng
13	Ông/bà đang mang thai với thu nhập hộ gia đình dưới 324 phần trăm trên Mức nghèo của Liên bang.	Tài liệu từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe được cấp phép chứng nhận thời kỳ mang thai VÀ bản sao tờ khai thuế liên bang cho năm ông/bà yêu cầu miễn giảm.

## 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	ĐẼM	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 _____	
Chủng 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:

- ✓ Ông/bà và/hoặc bất kỳ ai mà ông/bà liệt kê trên tờ khai thuế DC cần được miễn giảm.

<b>NGƯỜI SỐ 1</b>			
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	
<b>NGƯỜI SỐ 2</b>			
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	
<b>NGƯỜI SỐ 2</b>			
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	
<b>PERSON 4</b>			
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	
<b>PERSON 5</b>			
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	
<b>PERSON 6</b>			
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	
<b>PERSON 7</b>			
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	

TÌNH TRẠNG KHÓ KHĂN	THUẾ NĂM Cho (những) người cần miễn giảm	NGÀY BẮT ĐẦU TÌNH TRẠNG Lưu ý: có thể chọn ngày trong tương lai th/ng/nnnn	NGÀY KẾT THÚC TÌNH TRẠNG Để trống nếu chưa kết thúc th/ng/nnnn	TÊN Những người cần miễn giảm
Vô gia cư		/ /	/ /	
Trục xuất hoặc tịch thu nhà		/ /	/ /	
Thông báo từ công ty tiện ích		/ /	/ /	
Bạo lực gia đình		/ /	/ /	
Tang gia		/ /	/ /	
Thảm họa		/ /	/ /	
Phá sản		/ /	/ /	
Chi phí y tế		/ /	/ /	
Chi phí tăng để chăm sóc cho thành viên gia đình		/ /	/ /	
Lệnh tòa chu cấp để chăm sóc y tế cho con cái		/ /	/ /	
Quyết định khiếu nại		/ /	/ /	
Lỗi/Trình bày sai/Vi phạm nội quy		/ /	/ /	
Thai kỳ		/ /	/ /	

### Bước 3: 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 4: 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.

### Email Address

[info@dchealthlink.com](mailto: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. Thowfth 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 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](https://www.DCHealthLink.com) hoặc gọi chúng tôi tại 1-855-532-5465. Para obtener una copia de este formulario en Espanol, 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.