

## Ngoại Lệ đối với Sự Xác Minh Việc Hội Đủ Điều Kiện trong Các Trường Hợp Đặc Biệt

Sử dụng mẫu đơn này chỉ sau khi quý vị đã nỗ lực và vẫn không thể chứng minh thu nhập của hộ gia đình quý vị. Trong mẫu đơn này, quý vị sẽ chứng thực thông tin về thu nhập hộ gia đình quý vị và giải thích lý do vì sao quý vị không có chứng từ để nộp cho chúng tôi.

Khi Washington Health Benefit Exchange nhận được mẫu đơn này, chúng tôi sẽ tái xét thông tin quý vị đã cung cấp. Chúng tôi cũng sẽ xem xét đơn xin *Washington Healthplanfinder* của quý vị và bất kỳ thông tin nào khác đã nhận được từ các nguồn dữ liệu điện tử hiện có cho chúng tôi (được chấp thuận bởi Bộ Y Tế và Nhân Sinh Hoa Kỳ). Sử dụng thông tin này, chúng tôi sẽ đưa ra một ngoại lệ đối với sự xác minh việc hội đủ điều kiện dựa trên cơ sở từng hồ sơ một.

**LƯU Ý: Mẫu đơn này không thể sử dụng đối với các mâu thuẫn có liên quan đến tình trạng nhập tịch hoặc di trú.**

**45 CFR 155.315(g).**

ID Đơn Xin	Số An Sinh Xã Hội	Ngày hôm nay (mm/dd/yyyy)
------------	-------------------	---------------------------

### Thông Tin Người Nộp Đơn

Tên	Tên lót	Họ	Ngày sinh (mm/dd/yyyy)
Địa chỉ đường			Căn hộ/Phòng #
Thành phố	Tiểu bang	Mã vùng	Hạt

### Hướng Dẫn

Hoàn tất thông tin dưới đây *chỉ* khi nào quý vị không còn cách nào khác để cung cấp bằng chứng về thu nhập của quý vị. Không hoàn tất mẫu đơn này có thể dẫn đến việc từ chối hoặc giảm bớt tín thuế để trả phí bảo hiểm y tế.

#### Mục A: Giải Thích

**QUAN TRỌNG:** Quý vị phải giải thích lý do vì sao quý vị không thể cung cấp bằng chứng về thu nhập của quý vị. Chúng tôi sẽ sử dụng việc giải thích này để xác định xem lý do này có giúp quý vị được quyền miễn trừ hay không. Xin nêu chi tiết.

Nếu việc giải thích của quý vị không giúp quý vị được quyền miễn trừ, quý vị sẽ được yêu cầu nộp giấy tờ bổ sung để chứng minh tổng thu nhập của hộ gia đình quý vị.

Nếu quý vị cần thêm khoảng trống để cung cấp việc giải thích của quý vị, quý vị có thể đính kèm nhiều trang hoặc thêm các chứng từ bổ sung cho mẫu đơn này.

Giải Thích

### Đọc và Ký Tên Dưới Đây

Tôi chứng thực rằng tôi không có cách nào khác để chứng minh bằng tài liệu về thu nhập của tôi và tất cả thông tin trên đây là đúng sự thật. Tôi hiểu rằng thông tin này sẽ được sử dụng để quyết định xem tôi có hội đủ điều kiện để hưởng Tín Thuế Để Trả Phí Bảo Hiểm Y Tế hay không. Tôi hiểu rằng nhân viên chương trình có thể xác minh thông tin trong mẫu đơn này. Tôi cũng hiểu rằng nếu tôi đưa thông tin thu nhập sai lệch có chủ tâm, tôi có thể phải chi trả lại các tín thuế mà tôi đã nhận và/hoặc có thể không nhận được các tín thuế sau này. Tôi cũng chứng thực rằng tôi đã được Washington Health Benefit Exchange yêu cầu về tất cả nguồn thu nhập mà hộ gia đình nhận được. Trước khi sử dụng mẫu đơn này, tôi đã cố gắng hết sức để chứng minh thu nhập của tôi bằng cách sử dụng các chứng từ khác.

Chữ Ký

**X**

Ngày ký (mm/dd/yyyy)

### Nộp mẫu đơn đến:

Tải mẫu đơn đã hoàn tất này lên tài khoản *Washington Healthplanfinder* của quý vị hoặc gửi thư đến:

Washington Healthplanfinder  
PO Box 946  
Olympia, WA 98507

## Discrimination is Against the Law

The Washington Health Benefit Exchange/Health Care Authority tuân thủ luật dân quyền hiện hành của Liên bang và không phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, độ tuổi, khuyết tật, hoặc giới tính. The Washington Health Benefit Exchange/Health Care Authority không loại trừ mọi người hoặc đối xử với họ khác biệt vì chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, độ tuổi, khuyết tật, hoặc giới tính.

Washington Health Benefit Exchange/Health Care Authority cũng tuân thủ theo luật pháp hiện hành của tiểu bang và không phân biệt đối xử vì lý do tín ngưỡng, giới tính, thể hiện hoặc định dạng giới tính, định hướng giới tính, tình trạng hôn nhân, tôn giáo, tình trạng xuất ngũ danh dự của cựu chiến binh hoặc quân đội, hay sử dụng động vật trong dịch vụ hoặc hướng dẫn chó đã huấn luyện bởi một người khuyết tật.

The Washington Health Benefit Exchange/Health Care Authority:

- Cung cấp dịch vụ hỗ trợ miễn phí cho những người khuyết tật để giao tiếp với chúng tôi có hiệu quả, như:
  - Thông dịch viên ngôn ngữ ký hiệu đủ năng lực
  - Thông tin bằng văn bản ở các định dạng khác (chữ in lớn, âm thanh, định dạng điện tử có thể tiếp cận, các định dạng khác)
- Cung cấp miễn phí các dịch vụ ngôn ngữ cho những người có ngôn ngữ chính không phải là tiếng Anh, như:
  - Thông dịch viên đủ năng lực
  - Thông tin được trình bày bằng ngôn ngữ khác

Nếu bạn cần những dịch vụ này, hãy liên hệ 1-855-923-4633

Nếu quý vị cho rằng Washington Health Benefit Exchange/Health Care Authority đã không cung cấp các dịch vụ này hoặc phân biệt đối xử theo một cách khác, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại với:

Washington Health Benefit Exchange Legal Department ATTN: Legal Division Equal Access/Equal Opportunity Coordinator PO Box 1757 Olympia, WA 98507-1757 1-855-859-2512 Fax: 360-841-7653 <a href="mailto:appeals@wahbexchange.org">appeals@wahbexchange.org</a>	Health Care Authority Division of Legal Services ATTN: Compliance Officer PO Box 42700 Olympia, WA 98504-2700 1-855-682-0787 Fax: 360-586-9551 <a href="mailto:compliance@hca.wa.gov">compliance@hca.wa.gov</a>
--	---

Bạn có thể trực tiếp nộp đơn khiếu nại hoặc gửi qua đường bưu điện, chuyển fax, hoặc email. Nếu bạn cần trợ giúp nộp đơn khiếu nại, Washington Health Benefit Exchange Legal Department/ Health Care Authority Division of Legal Services sẵn sàng giúp bạn.

Bạn cũng có thể nộp đơn khiếu nại về dân quyền lên U.S. Department of Health and Human Services (Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ), Office for Civil Rights (Văn Phòng Dân Quyền) bằng hình thức điện tử qua Office for Civil Rights Complaint Portal, có trên trang <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, hoặc qua đường bưu điện hoặc bằng điện thoại tại:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Các mẫu khiếu nại có trên trang <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

ATTENTION: If you speak [insert language], language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

Spanish - ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

Chinese - 注意: 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604)。

Vietnamese - CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

Korean - 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604)번으로 전화해 주십시오.

Russian - ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-923-4633 (телетайп: ТТТ: 1-855-627-9604).

Tagalog - PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

Ukrainian - УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером 1-855-923-4633 (телетайп: ТТТ: 1-855-627-9604).

Cambodian (Khmer) - ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរសំរាប់ជំនួយផ្នែកភាសាដោយមិនគិតល្អល, គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604)។

Japanese - 注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604) まで、お電話にてご連絡ください。

Amharic - ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶቻችን በነጻ ሊያገለግሉት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 1-855-923-4633 (መስማት ለተሳናቸው: TTY: 1-855-627-9604)።

Oromo - XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

Somali - MUHIIM AH: Haddii aad ku hadashid Af-soomaali, adeegaha caawimaada luuqada, ee lacag la'aanta ah, ayaad heli kartaa. Wac 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

Arabic - ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-855-923-4633 (رقم هاتف الصم والبكم: TTY: 1-855-627-9604).

Punjabi - ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

German - ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

Lao - ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອອໍດີ ການພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ, ຈຶ່ງມີຮັບໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

French - ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-855-923-4633 (TTY : 1-855-627-9604).

Hindi - ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604) पर कॉल करें।

Farsi (Persian) - توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-855-923-4633 تماس بگیرید.

Romanian - ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă stau la dispoziție servicii de asistență lingvistică, gratuit. Sunați la 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).