MNsure℠
Nơi quý vị chọn bảo hiểm sức khỏe cho mình

Small Business Health Options Program - SHOP (Chương Trình Lựa Chọn Sức Khỏe cho Doanh Nghiệp Nhỏ)

Đơn xin bảo hiểm sức khỏe cho nhân viên

Dùng đơn này để ghi danh vào bảo hiểm sức khỏe hãng làm của quý vị cung cấp theo Thị Trường Bảo Hiểm SHOP.

NHỮNG ĐIỀU CẦN BIẾT

Nộp đơn trực tuyến nhanh hơn

Viếng thăm **www.mnsure.org**. Quý vị sẽ thấy các thông tin về bảo hiểm SHOP trong Thị Trường Bảo Hiểm Sức Khỏe (Health Insurance Marketplace).

Yêu cầu giúp đỡ

Hỏi hãng làm nên gọi cho ai khi có thắc mắc.

- **Trực tuyến**: **www.mnsure.org**
- **Điện thoại**: Gọi cho Trung Tâm Liên Lạc (Contact Center) của chúng tôi theo số **1-855-366-7873**.
- **Gặp mặt trực tiếp**: Có thể có người hướng dẫn hay môi giới tại khu vực của quý vị để giúp.
- Nếu quý vị cần giúp đơn bằng ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh, xin cho chúng tôi biết ngôn ngữ quý vị cần. Chúng tôi sẽ giúp đỡ quý vị miễn phí.

Điều gì xảy ra kế tiếp?

Giữ các bản mẫu đã điền bao gồm đơn này để lưu trong hồ sơ Doanh Nghiệp của quý vị. Quý vị sẽ gởi trả đơn đã điền, ký tên cho hãng làm để họ chuyển cho MNsure. Chúng tôi sẽ liên lạc quý vị để cho biết cách mở trương mục SHOP, tìm hiểu về chi phí và bảo hiểm, và ghi danh vào chương trình.

Cách thay thế

Nếu chia sẻ chi phí bảo hiểm chỉ cho nhân viên hơn 9.5% lợi tức gia đình thì quý vị có thể yêu cầu giúp đỡ trang trải bảo hiểm thông quan Thị Trường Bảo Hiểm Sức Khỏe cá nhân. Viếng thăm **www.mnsure.org** để biết thêm thông tin.

Thông tin của quý vị là điều riêng tư.

- Chúng tôi sẽ giữ kín thông tin của quý vị theo yêu cầu của luật pháp. Đọc Tờ Đính Kèm A, Thông Báo về Các Phương Thức Bảo Vệ Sự Riêng Tư (Notice of Privacy Practices) để biết thêm thông tin.
- Để kiểm chứng tiêu chuẩn tham gia vào MNsure và mua chương trình sức khỏe phù hợp từ hãng làm, MNsure sẽ thâu thập dữ liệu riêng và kiểm chứng thông tin này với các nguồn của tiểu bang và liên bang. MNsure phải thâu thập thông tin này để xác định là doanh nghiệp của quý vị đặt tại Minnesota và quý vị có từ 50 nhân viên trở xuống, và không phải là chủ nhân duy nhất. Nếu không muốn trả lời câu hỏi thì quý vị không thể mua bảo hiểm được. Dữ liệu này sẽ được nhân viên MNsure có công việc đòi hỏi phải xem và chỉ được chia sẻ với những người được luật pháp tiểu bang hay liên bang cho phép.

ADA2 (12-12)

Có thông tin này dưới các dạng khác dễ sử dụng cho người khuyết tật. Vui lòng gọi số 1-855-366-7873 hoặc sử dụng dịch vụ chuyển tiếp mà quý vị muốn sử dụng. Để tìm hiểu thêm về các điều luật bảo vệ và quyền của người khuyết tật, vui lòng liên lạc với Điều Phối Viên ADA (Hiệp Hội Người Khuyết Tật Hoa Kỳ) của cơ quan.

Hãng của quý vị là gì?

TÊN VÀ ĐỊA CHỈ HÃNG

Không quan tâm đến bảo hiểm sức khỏe SHOP?

Nếu quý vị không muốn bảo hiểm sức khỏe SHOP từ hãng làm, sang Bước 4.

BƯỚC 1 Tôi quan tâm đến bảo hiểm SHOP từ hãng làm này.

Thông tin về quý vị, nhân viên

1. TÊN, TÊN LÓT, HỌ VÀ VẦN ĐUÔI			
2. SOCIAL SECURITY NUMBER (SỐ AN SINH XÃ HỘI)/MÃ SỐ THUẾ	3. NGÀY SINH (tháng/ngày/năm)		4. GIỚI TÍNH ◯ Đàn ông ◯ Phụ nữ
5. ĐỊA CHỈ NHÀ			6. SỐ CĂN HỘ HAY SỐ PHÒNG
7. THÀNH PHỐ	8. TIỂU BANG	9. BƯU CHÁNH	10. QUẬN
11. ĐỊA CHỈ GỞI THƯ (nếu khác với địa chỉ nhà)			12. SỐ CĂN HỘ HAY SỐ PHÒNG
13. THÀNH PHỐ	14. TIỂU BANG	15. BƯU CHÁNH	16. QUẬN
17. ĐỊA CHỈ ĐIỆN THƯ			
18. SỐ ĐIỆN THOẠI ◯ Di động ◯ Nhà ◯ Chỗ làm	19. SỐ ĐIỆN THOẠI KHÁC ◯ Di động ◯ Nhà ◯ Chỗ làm		

20. Chúng tôi sẽ gởi thông báo qua điện tử. Quý vị phải lên **www.mnsure.org** và lập trương mục trực tuyến để nhận thông báo điện tử.
☐ Đánh dấu vào đây nếu quý vị muốn nhận thông báo bằng giấy qua bưu điện.

21. TÌNH TRẠNG VIỆC LÀM
☐ Đang đi làm ☐ Không đi làm ☐ Trước đây ☐ Tàn tật ☐ Hồi hưu ☐ COBRA ☐ Nghiệp đoàn ☐ Khác

22a. NGÔN NGỮ NÓI THÔNG THẠO	22b. NGÔN NGỮ VIẾT THÔNG THẠO	23. NGÀY TUYỂN DỤNG	24. NGÀY NGHỈ LÀM (nếu có)

25. NẾU LÀ GỐC TÂY BAN NHA/LA TINH, DÂN TỘC (TÙY Ý—đánh dấu tất cả nếu áp dụng)
☐ Người Mễ ☐ Người Mỹ gốc Mễ ☐ Người gốc Mễ ☐ Người Puerto Rico ☐ Người Cuba ☐ Khác

26. CHÚNG TỘC (TÙY CHỌN—đánh dấu tất cả nếu thích hợp)
☐ Da trắng ☐ Da đen hay người Mỹ gốc Phi Châu ☐ Người Mỹ Đa Dỏ hay Người Alaska Bản Xứ
☐ Người Á Châu Da Đỏ ☐ Người Trung Quốc ☐ Người Phi Luật Tân ☐ Người Nhật Bản
☐ Người Đại Hàn ☐ Người Việt Nam ☐ Người Á Châu khác ☐ Người Hạ Uy Di Bản Xứ
☐ Người Guamanian hay Chamorro ☐ Người Samoa ☐ Người Quần Đảo Thái Bình Dương ☐ Khác

27. QUY ĐỊNH LÀM VIỆC ◯ Nhà ◯ Chỗ làm	28. SỐ GIỜ LÀM VIỆC TRUNG BÌNH MỖI TUẦN	29.TIỀN LƯƠNG HÀNG NĂM

30. Có phải quý vị là hội viên của Bộ Lạc Người Mỹ Da Đỏ/Người Alaska Bản Xứ được liên bang công nhận không? ◯ Có ◯ Không	NẾU CÓ, XIN CHO BIẾT TÊN VÀ SỐ CỦA BỘ LẠC.	31. Quý vị có sử dụng thuốc lá không? ◯ Có ◯ Không

QUÝ VỊ CÓ CẦN NGƯỜI GIÚP ĐỠ ĐIỀN ĐƠN XIN KHÔNG? Viếng thăm **www.mnsure.org** hoặc gọi cho chúng tôi theo số 1-855-366-7873. Nếu quý vị cần giúp đỡ bằng ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh, cho chúng tôi biết ngôn ngữ quý vị cần. Chúng tôi sẽ giúp đỡ quý vị miễn phí.

BƯỚC 2 Người thuộc quyền nộp đơn xin bảo hiểm

☐ **Tôi không có người thuộc quyền nộp đơn xin bảo hiểm.**

***Lưu ý:** Chọn loại Mối Quan Hệ từ lựa chọn sau đây: Người hôn phối, người thuộc quyền, hay bạn nội gia

Tên, tên lót, họ và vần đuôi	Ngày sinh (tháng/ngày/năm)	Số an sinh	Mối quan hệ*	Giới tính	Sử dụng thuốc lá	Có phải quý vị là Người Mỹ Da Đỏ hau Người Alaska Bản Xứ không? Nhập tiểu bang và tên bộ lạc

Đính kèm thêm các tờ khác nếu cần thiết

QUÝ VỊ CÓ CẦN NGƯỜI GIÚP ĐỠ ĐIỀN ĐƠN XIN KHÔNG? Viếng thăm **www.mnsure.org** hoặc gọi cho chúng tôi theo số 1-855-366-7873. Nếu quý vị cần giúp đỡ bằng ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh, cho chúng tôi biết ngôn ngữ quý vị cần. Chúng tôi sẽ giúp đỡ quý vị miễn phí.

BƯỚC 3 Đọc và ký tên vào đơn này

- Tôi ký tên vào đơn này theo hình phạt về bội thệ, có nghĩa là tôi đã trả lời đúng cho tất cả câu hỏi theo hiểu biết tốt nhất của mình. Tôi biết rằng mình có thể bị phạt theo luật liên bang nếu tôi cố tình cung cấp thông tin sai hay không thật.
- Tôi hiểu rằng thông tin của tôi trên mẫu này chỉ có thể được sử dụng để xét tiêu chuẩn được bảo hiểm sức khỏe và sẽ được giữ kín và bảo vệ theo đòi hỏi của luật pháp. Nếu tôi đủ tiêu chuẩn, điều này sẽ được dùng để giúp tôi trong việc ghi danh.
- Tôi biết rằng tôi phải báo cho SHOP biết nếu có thay đổi (và khác với) những gì tôi viết trên đơn này. Tôi có thể gọi cho đại diện hay môi giới của hãng làm, viếng thăm **www.mnsure.org**, hay gọi số **1-855-366-7873** để báo cáo thay đổi.
- Tôi hiểu rằng theo luật liên bang, thì không được phép kỳ thị trên căn bản chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, giới tính, tuổi, khuynh hướng tình dục, nhận diện giới tính, hay tàn tật. Tôi có thể nộp đơn than phiền về kỳ thị bằng cách viếng thăm www.hhs.gov/ocr/office/file.

CHỮ KÝ	NGÀY (tháng/ngày/năm)

BƯỚC 4 Nếu quý vị không muốn bảo hiểm SHOP từ hãng làm này

☐ **Tôi không muốn bảo hiểm sức khỏe từ hãng làm này.**
Nếu hãng làm này cung cấp bảo hiểm sức khỏe cho người thuộc quyền của tôi thì tôi cũng từ chối bảo hiểm này.

Trả lời những câu hỏi này:

Quý vị có nguồn bảo hiểm sức khỏe khác không? ◯ Có ◯ Không

Nếu **có**, loại nào?

☐ Bảo hiểm sức khỏe tư cho cá nhân
☐ Medicare
☐ TRICARE
☐ Bảo hiểm từ việc làm khác
☐ Medicaid
☐ Chương trình chăm sóc sức khỏe cựu chiến binh (Veteran's Administration, hay VA)
☐ Bảo hiểm từ việc làm của người khác
☐ Dịch Vụ Sức Khỏe Da Đỏ (Indian Health Service)

☐ **Nếu hãng làm này cung cấp bảo hiểm nha khoa thì tôi không muốn bảo hiểm đó.**
Nếu hãng làm này cung cấp bảo hiểm nha khoa cho cho người thuộc quyền của tôi thì tôi cũng từ chối bảo hiểm này.

TÊN NHÂN VIÊN	
CHỮ KÝ	NGÀY (tháng/ngày/năm)

BƯỚC 5 Nộp đơn đã điền, ký tên cho hãng làm

Hãng làm sẽ gởi đơn xin của quý vị cho chúng tôi, và quý vị sẽ nhận được trả lời của chúng tôi với các thông tin về cách mở trương mục SHOP, tìm hiểu về chi phí và bảo hiểm, và ghi danh vào chương trình.

Nếu muốn ghi danh bỏ phiếu tại Minnesota thì quý vị có thể điền vào mẫu ghi danh cử tri tại sos.state.mn.us

Cần giúp đỡ?

Nếu quý vị có thắc mắc về đơn này hay cần được giúp để điền đơn, xin liên lạc hãng làm, đại diện hay môi giới của hãng, viếng thăm HealthCare.gov, **www.mnsure.org** hay gọi cho chúng tôi theo số 1-855-366-7873.

Tờ Đính Kèm A

Thông Báo về Các Phương Thức Bảo Vệ Sự Riêng Tư

Ngày Có Hiệu Lực: Ngày 1 Tháng Mười, 2013

Thông báo này cho biết cách sử dụng và tiết lộ thông tin riêng tư về quý vị, và cách quý vị có thể lấy thông tin này. Nên xem qua cẩn thận.

Tại sao chúng tôi hỏi thông tin này?

- Để cho biết quý vị khác với những người có cùng tên hay tên tương tự.
- Để quyết định xem quý vị đủ tiêu chuẩn được những gì.
- Để báo cáo, nghiên cứu, kiểm toán, và đánh giá chương trình của chúng tôi.
- Điều tra các báo cáo về trình bày sai hay giả mạo.

Tại sao chúng tôi hỏi số Social Security (An Sinh Xã Hội) của quý vị?

Chúng tôi cần số Social Security (SSN) của quý vị để kiểm chứng danh tánh và phòng ngừa sao chép. Quý vị không cần cung cấp cho chúng tôi SSN của người không nộp đơn xin bảo hiểm hoặc nếu quý vị không có SSN.

Thông tin nhập cư

Thông tin nhập cư quý vị cung cấp cho chúng tôi là điều riêng tư. Chúng tôi sẽ sử dụng để xem quý vị có thể được bảo hiểm hay không. Chúng tôi chỉ chia sẻ khi luật pháp cho phép hay đòi hỏi, như để kiểm chứng danh tánh. Quý vị không cần phải cung cấp thông tin nhập cư nếu không nộp đơn xin cho bản thân.

Có thể san sẻ thông tin với nơi nào?

Chúng tôi chỉ san sẻ thông tin về quý vị khi cần thiết, và khi luật pháp đòi hỏi hay cho phép. Chúng tôi có thể san sẻ thông tin về quý vị với các cơ quan hoặc những người sau đây, nếu họ cần thông tin để thực hiện công việc của họ, như:

- Nhân viên hay người tự nguyện của các cơ quan tiểu bang, quận, địa phương, liên bang, hợp tác, phi lợi nhuận hay tư nào thực hiện các sinh hoạt của MNsure.
- Người nghiên cứu, kiểm toán, điều tra, và những người khác đủ điều kiện duyệt xét chăm sóc và nghiên cứu hay truy tố đầu tiên, điều tra lừa gạt, hay kiện tụng liên quan đến quản lý chương trình MNsure.
- Các hãng bảo hiểm chăm sóc sức khỏe, cơ quan chăm sóc sức khỏe, tổ chức quản lý chăm sóc và những người trả tiền chăm sóc cho quý vị
- Người giám hộ, trông coi hay người có giấy ủy quyền.
- Cố vấn về đơn xin có chứng nhận, người giúp đỡ trực tiếp, người hướng dẫn và môi giới, khi thích hợp, và bất cứ người nào khác luật pháp yêu cầu chúng tôi phải hay có thể cung cấp thông tin.

Người tham gia vào chương trình kín đáo về Safe at Home (An Toàn Tại Gia) không tiết lộ địa chỉ nhà, chỗ làm, hay địa chỉ khác có thể cho biết địa điểm của mình. Nên dùng địa chỉ P.O. Box an toàn.

Có bị bắt buộc phải trả lời những câu hỏi chúng tôi nêu ra không?

Quý vị không bị bắt buộc phải cho biết thông tin cá nhân. Nếu không có thông tin thì chúng tôi không thể trợ giúp quý vị. Nếu quý vị cố ý cho biết thông tin sai trái thì sẽ bị điều tra và kết tội gian dối.

Chúng tôi có những trách nhiệm nào?

Theo các điều khoản của thông báo này, chúng tôi phải bảo vệ tánh chất riêng tư của thông tin y tế và thông tin cá nhân khác về quý vị.

Chúng tôi không được sử dụng thông tin về quý vị với lý do khác với những gì liệt kê trong biểu mẫu này, và cũng không được san sẻ thông tin về quý vị với các cá nhân và cơ quan không phải là những nơi đã liệt kê trong biểu mẫu này, trừ khi quý vị nói rõ bằng văn bản là chúng tôi có thể thực hiện điều đó.

Chúng tôi sẽ không bán bất cứ dữ liệu nào đã thâu thập, tạo lập, hay duy trì như một phần của đơn xin này.

Chúng tôi phải tuân theo các điều khoản của thông báo này, nhưng chúng tôi vẫn có thể thay đổi chánh sách giữ kín thông tin, bởi vì luật lệ về riêng tư cá nhân cũng thay đổi. Chúng tôi sẽ nêu những thay đổi về quy tắc giữ kín thông tin tại Mạng Lưới của chúng tôi: www.mnsure.org

Quý vị có những quyền hạn nào đối với thông tin chúng tôi đang có về quý vị?

Quý vị và người quý vị cho phép có thể xem và sao chép thông tin y tế hay riêng tư khác mà chúng tôi có về quý vị. Quý vị có thể phải trả tiền sao chép.

Quý vị có thể hỏi xem thông tin chúng tôi có về quý vị có đúng không. Gởi lo lắng của quý vị bằng văn bản. Cho chúng tôi biết tại sao thông tin đó sai hay không đầy đủ. Gởi giải thích riêng về thông tin mà quý vị không đồng ý.

Chúng tôi sẽ đính kèm giải thích của quý vị về bất cứ thông tin nào được chia sẻ với cơ quan khác.

Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi bằng văn bản chia sẻ thông tin sức khỏe với quý vị theo cách khác hay ở nơi khác. Thí dụ, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi gởi thông tin sức khỏe đến địa chỉ làm việc của quý vị thay vì đến địa chỉ nhà. Nếu thấy yêu cầu của quý vị hợp lý thì chúng tôi sẽ làm theo.

Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi hạn chế hay giới hạn cách chúng tôi sử dụng hay tiết lộ thông tin của quý vị, nhưng chúng tôi không buộc phải đồng ý với yêu cầu này.

Quý vị có quyền lấy hồ sơ của một số người hay tổ chức chúng tôi đã chia sẻ thông tin của quý vị cho họ.

Quý vị phải xin Viên Chức Riêng Tư bằng văn bản một bản của hồ sơ này.

Nếu quý vị không hiểu thông tin, yêu cầu MNsure hay cộng sự trợ giúp khách hàng giải thích cho quý vị. Quý vị có thể xin MNsure một bản khác của thông báo này hay tìm Chánh Sách Riêng Tư của MNsure tại www.mnsure.org.

Nếu nghĩ là quyền riêng tư cá nhân của mình bị xâm phạm thì sao?

Quý vị có thể than phiền khiếu nại nếu nghĩ rằng quyền riêng tư cá nhân của mình bị xâm phạm. Không người nào được phép từ chối dịch vụ hay đối xử tồi tệ vì quý vị đã đệ đơn than phiền. Nếu quý vị tin là bác sĩ hay bệnh xá, hãng bảo hiểm sức khỏe, chương trình sức khỏe, hoặc nhà thuốc tây đã xâm phạm quyền riêng tư y tế của mình, thì có thể gởi than phiền khiếu nại bằng văn bản đến cơ quan quận, tổ chức hoặc văn phòng dân quyền liên bang tại:

(Bộ Dịch Vụ Sức Khỏe và Nhân Sự Hoa Kỳ)
(Văn Phòng Dân Quyền, Vùng V)
U.S. Department of Health and Human Services
Office for Civil Rights, Region V
233 North Michigan Avenue, Suite 240
Chicago, IL 60601
312-886-2359 (Âm thoại)
1-800-368-1019 (Số miễn phí)
1-800-537-7697 (Điện văn)
312-886-1807 (Điện sao)

Nếu thấy MNsure vi phạm quyền riêng tư của quý vị, thì quý vị có thể gởi than phiền bằng văn bản cho Bộ Dịch Vụ Sức Khỏe và Nhân Sự Hoa Kỳ theo địa chỉ trên đây hoặc gởi cho:

(Quản Lý Riêng Tư và An Toàn MNsure)
MNsure Privacy and Security Manager
81 7th Street East, Suite 300
St. Paul, MN 55101-2211

Quyền Hạn và Trách Nhiệm

Quý Vị Có Quyền Yêu Cầu Một Cuộc Điều Trần

Nếu cảm thấy quyền lợi mình được là sai hoặc đơn xin của quý vị không được tiến hành đúng cách, quý vị có thể yêu cầu một cuộc điều trần khiếu nại. Khi yêu cầu buổi điều trần khiếu nại là quý vị yêu cầu buổi duyệt xét công bằng để được quyết định về quyền lợi của quý vị. Quý vị có thể tìm hướng dẫn khiếu nại đặc biệt trên tất cả những thông báo đã nhận. Quý vị có thể tìm hiểu thêm bằng cách vào mạng lưới khiếu nại MNsure. Quý vị có thể yêu cầu buổi điều trần bằng cách báo cho người trợ giúp khách hàng biết hay đăng nhập vào trương mục MNsure của quý vị.

Kỳ thị là phạm luật

Văn Phòng Dân Quyền của Bộ Dịch Vụ Sức Khỏe và Nhân Sự Hoa Kỳ (U.S. Department of Health and Human Services' Office for Civil Rights) cấm kỳ thị trong các chương trình của mình về chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tuổi, tàn tật, và giới tính, bao gồm kỳ thị bao quát giới tính và nhận diện giới tính. Nếu thấy mình bị kỳ thị thì quý vị có quyền nộp đơn than phiền cho Văn Phòng Dân Quyền liên bang.

(Bộ Dịch Vụ Sức Khỏe và Nhân Sự Hoa Kỳ)
(Văn Phòng Dân Quyền, Vùng V)
U.S. Department of Health and Human Services
Office for Civil Rights, Region V
233 North Michigan Avenue, Suite 240
Chicago, IL 60601
312-886-2359 (Âm thoại)
1-800-368-1019 (Số miễn phí)
1-800-537-7697 (Điện văn)

Tại Minnesota, nếu thấy mình bị kỳ thị do chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tôn giáo, tín ngưỡng, phái tính, khuynh hướng tình dục, tình trạng trợc cấp công chúng, tuổi tác hoặc tàn tật thì quý vị có quyền nộp đơn than phiền cho:

(Cơ Hội Tiếp Cận và Bình Đẳng MNsure)
MNsure Accessibility and Equal Opportunity
81 7th Street East, Suite 300
St. Paul, MN 55101-2211

(Sở Nhân Quyền Minnesota)
Minnesota Department of Human Rights
Freeman Building
625 Robert Street North
St. Paul, MN 55155
651-539-1100 (Âm thoại)
1-800-657-3704 (Số miễn phí)
651-296-1283 (Điện văn)
651-296-9042 (Điện sao)