MISSOURI DEPARTMENT OF HEALTH & SENIOR SERVICES
BUREAU OF SPECIAL HEALTH CARE NEEDS
ENROLLMENT INFORMATION
SỞ Y TẾ VÀ DỊCH VỤ LÃO NIÊN TẠI MISSOURI
VĂN PHÒNG NHU CẦU CHĂM SÓC
SỨC KHỎE ĐẶC BIỆT
THÔNG TIN GHI DANH

READ INSTRUCTIONS ON REVERSE FIRST. PLEASE PRINT LEGIBLY IN BLACK INK.
HÃY ĐỌC TRƯỚC HƯỚNG DẪN Ở MẶT SAU. VIẾT RÕ CHỮ IN BẰNG MỰC ĐEN.

INITIAL CONTACT
☐ LIÊN LẠC BAN ĐẦU
REFERRAL DATE
☐ NGÀY GIỚI THIỆU _____
APPLICATION DATE
☐ NGÀY GHI DANH _____

DCN=(SỐ KHÁCH HÀNG CỦA SỞ)
DCN | | | | | | | | |

SECTION A - PARTICIPANT INFORMATION
ĐOẠN A - THÔNG TIN NGƯỜI GHI DANH

1. NAME (LAST, FIRST, MIDDLE) TÊN (HỌ, TÊN, TÊN LÓT)	2. DATE OF BIRTH NGÀY SANH	3. SOCIAL SECURITY NUMBER SỐ AN SINH XÃ HỘI
4. ADDRESS (STREET, CITY, STATE, ZIP) ĐỊA CHỈ (ĐƯỜNG, THÀNH PHỐ, TIỂU BANG, SỐ VÙNG)	5. COUNTY QUẬN	6. HOME TELEPHONE SỐ ĐIỆN THOẠI NHÀ
	7. SEX GIỚI TÍNH / 8. RACE CHỦNG TỘC	9. PARTICIPANT/FAMILY DAYTIME PHONE SỐ ĐIỆN THOẠI BAN NGÀY CỦA NGƯỜI GHI DANH/GIA ĐÌNH
10. LOCAL PHYSICIAN NAME AND ADDRESS TÊN VÀ ĐỊA CHỈ BÁC SỸ ĐỊA PHƯƠNG	11. SPECIALIST PHYSICIAN NAME AND ADDRESS TÊN VÀ ĐỊA CHỈ BÁC SĨ CHUYÊN NGÀNH	

12. SOURCE OF REFERRAL (CHECK ONE)
NGUỒN GIỚI THIỆU (ĐÁNH DẤU MỘT Ô)
PHYSICIAN ☐ BÁC SỸ — HOSPITAL ☐ BỆNH VIỆN — STATE AGENCIES ☐ CƠ QUAN TIỂU BANG — MEDICAID/EPSDT ☐ MEDICAID/EPSDT(THĂM DÒ THEO CHU KỲ VÀ THỬ NGHIỆM CHẨN BỆNH SỚM) — COMMUNITY ☐ CỘNG ĐỒNG — SELF/FAMILY/FRIEND ☐ BẢN THÂN/GIA ĐÌNH/BẠN HỮU — OUT OF STATE ☐ NGOÀI TIỂU BANG

SECTION B - FAMILY INFORMATION (LIST ALL PERSONS LIVING IN HOUSEHOLD AND DEPENDENT UPON INCOME)
ĐOẠN B - THÔNG TIN GIA ĐÌNH (LIỆT KÊ TẤT CẢ TRỪ NHỮNG NGƯỜI SỐNG TRONG GIA HỘ VÀ THUỘC QUYỀN CÓ LỢI TỨC)

NAME (LAST, FIRST, MIDDLE) 13. TÊN (HỌ, TÊN, TÊN LÓT)	SOCIAL SECURITY NUMBER 14. SỐ AN SINH XÃ HỘI	DATE OF BIRTH 15. NGÀY SANH	RELATIONSHIP 16. LIÊN HỆ	ON BSHCN 17. NẰM TRONG BSHCN

18. DOES THE PARTICIPANT HAVE A COURT APPOINTED GUARDIAN/CUSTODIAN?
NGƯỜI GHI DANH CÓ QUYỀN GIÁM HỘ/CHỦ QUYỀN TỪ TÒA KHÔNG?
YES ☐ CÓ — NO ☐ KHÔNG
IF YES, PLEASE GIVE COMPLETE NAME AND ADDRESS
NẾU CÓ, CHO BIẾT TOÀN BỘ ĐỊA CHỈ ▶
NAME AND ADDRESS
TÊN VÀ ĐỊA CHỈ

19. ALTERNATE CONTACT NAME
TÊN NGƯỜI LIÊN LẠC THỨ HAI

20. TELEPHONE NUMBER
SỐ ĐIỆN THOẠI

SECTION C - FINANCIAL RESOURCES
ĐOẠN C - NGUỒN TÀI CHÁNH

21. INCOME SOURCE (CHECK ALL THAT APPLY)
NGUỒN LỢI TỨC (ĐÁNH DẤU TẤT CẢ NHỮNG GÌ ÁP DỤNG)
SSI ☐ SSI/SSDI (LỢI TỨC AN SINH XÃ HỘI TÀN TẬT) — SSDI ☐ SSDI — GENERAL RELIEF ☐ CỨU TRỢ TỔNG QUÁT — EMPLOYER ☐ HÃNG SỞ — VETERAN'S ADMINISTRATION ☐ BAN ĐIỀU HÀNH CỰU QUÂN NHÂN — SELF EMPLOYED ☐ TỰ DOANH
OTHER ☐ NƠI KHÁC_____

22. Did you file Federal/State Income Tax Form? ☐ YES ☐ NO
If yes, List amount of adjusted gross income from 19_____Income Tax Form $_____
Attach a copy of the Income Tax Form. Do Not Send W-2. If no copy available, you should obtain duplicate by calling 800/829-1040 and send when received.
If No, Why did you not file? ☐ not required to file ☐ requested extension of filing date (attach copy) ☐ Other_____
23. Has family income changed since filing Income Tax? ☐ YES ☐ NO Date of change_____Estimate this year's current income_____
24. Did you receive or make child support payments? ☐ YES ☐ NO Total amount received yearly $_____ Total amount paid yearly $ _____
22. Quý vị có nộp mẫu khai thuế liên bang/tiểu bang không? ☐ CÓ ☐ KHÔNG
Nếu có, liệt kê lợi tức điều chỉnh trong mẫu khai thuế năm 19_____: $_____
Đính kèm bản sao mẫu khai thuế. Đừng gởi mẫu W-2. Nếu không có, quý vị nên lấy bản sao bằng cách gọi số 800/829-1040 và gởi đơn đi khi nhận được.
Nếu không, nguyên nhân không khai thuế? ☐ Không bắt buộc phải khai ☐ yêu cầu dời ngày khai (kèm bản sao) ☐ nguyên nhân khác_____
23. Lợi tức gia đình có thay đổi từ lúc khai thuế không? ☐ CÓ ☐ KHÔNG Ngày thay đổi _____
Ước lượng lợi tức năm nay: _____
24. Quý vị có tiếp nhận cấp dưỡng hay phải cấp dưỡng cho con không? ☐ CÓ ☐ KHÔNG Tổng số tiền nhận hàng năm: $ _____
Tổng số tiền trả hàng năm: $ _____

25. INSURANCE STATUS (CHECK ALL THAT APPLY)
TÌNH TRẠNG BẢO HIỂM (ĐÁNH DẤU TẤT CẢ NHỮNG GÌ ÁP DỤNG)
NONE ☐ KHÔNG CÓ — MEDICAID # ☐ SỐ MEDICAID_____ — MEDICARE # ☐ SỐ MEDICARE_____ — PRIVATE INSURANCE (NAME) ☐ BẢO HIỂM TƯ (TÊN)_____
VETERAN'S ADMINISTRATION ☐ BAN ĐIỀU HÀNH CỰU QUÂN NHÂN — OTHER (PLEASE SPECIFY) ☐ LOẠI KHÁC (CHO BIẾT CỤ THỂ)_____

SECTION D - SERVICES REQUESTED/NEEDED
ĐOẠN D - CÁC DỊCH VỤ YÊU CẦU/CẦN CÓ

_____
_____
_____
_____
_____

SECTION E - AUTHORIZATION TO RELEASE INFORMATION
ĐOẠN E - CHẤP THUẬN KHAI TRÌNH THÔNG TIN

Application is made for admission of the above named participant to the Bureau of Special Health Care Needs Section 201.040 & 191 RSMo. I authorize BSHCN to release or obtain information to or from any agencies which are participating in the treatment and care plan for the applicant. The information on this application form may be exchanged with agencies that administer relevant or applicable programs. I consent to the release of personal, financial, and medical information from this application form and supporting documents to the agencies that administer relevant or applicable programs for establishing and verifying eligibility and for performing evaluations. I understand that the agencies that administer such programs will maintain confidentiality of this information according to the applicable laws. I have been informed that BSHCN provides care on a nondiscriminatory basis as required by Title VI of the Civil Rights Act of 1964. I understand BSHCN eligibility will not be considered until all information has been received by the BSHCN area office. I understand that intentionally making a false or misleading statement or intentionally misrepresenting, concealing or withholding facts may result in repaying in cash the value of benefits received. I understand any medical insurance benefits I may receive for services authorized by BSHCN may be forwarded to the provider of service(s). I must cooperate with the providers of service and BSHCN in giving all information concerning trust funds, legal actions, settlements and third party payors i.e., medical insurance, Medicaid etc. I understand if I receive money from a third party or insurance related to the injury, disability or disease, Children with Special Health Care Needs shall be reimbursed for the amount expended. I have been advised and understand my rights and responsibilities under BSHCN. All the information I have provided is correct to the best of my knowledge.

Đơn ghi danh trên đây của người ghi danh là để xin văn phòng nhu cầu chăm sóc sức khỏe đặc biệt đoạn 201. 040 và 191 RSMo (Luật lệ/điều khoản của tiểu bang Missouri). Tôi chấp thuận cho BSHCN khai trình hay thâu thập thông tin đến hay từ các cơ quan có tham gia vào chương trình chữa trị và chăm sóc cho người ghi danh. Thông tin trong đơn này có thể được trao đổi giữa các cơ quan nào điều hành các chương trình có liên hệ hay áp dụng. Tôi thỏa thuận cho khai trình thông tin cá nhân, tài chánh và y tế từ đơn này và các tài liệu hỗ trợ đến các cơ quan điều hành các chương trình có liên hệ hay áp dụng để lập và xác minh tư cách hội điều kiện, đồng thời để đánh giá thành quả thực hiện. Tôi hiểu cơ quan điều hành các chương trình sẽ giữ kín đáo thông tin này theo các luật áp dụng. Tôi đã được cho biết rằng BSHCN chăm sóc theo căn bản không kỳ thị theo yêu cầu tựa đề IV của Luật Nhân Quyền năm 1964. Tôi hiểu rằng tư cách hội điều kiện BSHCN sẽ không được cứu xét cho đến khi mọi thông tin được thu thập bởi văn phòng khu vực của BSHCN. Tôi hiểu rằng cố ý cho thông tin thất thiệt hay lệch lạc, hay cố ý hướng dẫn sai lạc, che dấu hay giữ các thông tin có thể dẫn đến tình trạng phải trả lại tiền mặt cho các quyền lợi đã tiếp nhận. Tôi hiểu bất cứ quyền lợi bảo hiểm y tế nào tôi nhận được cho các dịch vụ mà BSHCN cho phép có thể được gởi đến nhóm nhóm cung cấp (các) dịch vụ. Tôi phải cộng tác với nhóm cung cấp dịch vụ và BSHCN bằng cách cho mọi thông tin liên hệ đến quỹ ủy thác, các hành động pháp lý, tiền dàn xếp và nhóm thứ ba trả vận vận như bảo hiểm y tế, Medicaid. Tôi hiểu nếu nhận tiền từ nhóm thứ ba hay bảo hiểm liên hệ đến thương tích, tàn tật hay bệnh, chương trình trẻ em với nhu cầu chăm sóc sức khỏe đặc biệt phải được hoàn trả cho số tiền đã chi. Tôi đã được cho biết, hiểu quyền hạn và trách nhiệm của mình trong chương trình BSHCN. Tất cả thông tin cho biết trên đây là đúng theo sự hiểu biết của tôi.

SIGNATURE OF PARENT/GUARDIAN 27. CHỮ KÝ CỦA PHỤ HUYNH/GIÁM HỘ	SIGNATURE OF PARTICIPANT 18 OR OLDER 28. CHỮ KÝ NGƯỜI GHI DANH 18 TUỔI TRỞ LÊN	DATE 29. NGÀY

MISSOURI DEPARTMENT OF HEALTH & SENIOR SERVICES
BUREAU OF SPECIAL HEALTH CARE NEEDS (BSHCN)
ENROLLMENT INFORMATION
SỞ Y TẾ VÀ DỊCH VỤ LÃO NIÊN TẠI MISSOURI
VĂN PHÒNG NHU CẦU CHĂM SÓC SỨC KHỎE ĐẶC BIỆT (BSHCN)
THÔNG TIN GHI DANH

READ INSTRUCTION BEFORE COMPLETING FORM
HÃY ĐỌC HƯỚNG DẪN TRƯỚC KHI ĐIỀN ĐƠN

SECTION A - PARTICIPANT INFORMATION
ĐOẠN A - THÔNG TIN NGƯỜI GHI DANH

Enter participant's name (last, first, middle).
1. Cho vào tên người ghi danh (họ, tên, tên lót).
Enter participant's date of birth.
2. Cho vào ngày sanh người ghi danh
Enter participant's Social Security number.
3. Cho vào số an sinh xã hội người ghi danh.
Enter address (street, city, state, zip) where participant lives.
4. Cho vào địa chỉ (đường, thành phố, tiểu bang, số vùng) nơi người ghi danh cư ngụ.
Enter county where participant lives.
5. Cho vào quận người ghi danh sinh sống.
Enter telephone number where participant lives.
6. Cho vào số điện thoại nhà nơi người ghi danh cư ngụ.
Enter participant's sex.
7. Cho vào giới tính người ghi danh.
Enter participant's race (W - White, B - Black, A - Asian, NA - Native American, H - Hispanic, O - Other/Pacific Islander).
8. Cho vào chủng tộc người ghi danh (W - Trắng, B - Đen, A - Á đông, NA - Bản sứ Hoa Kỳ, H - Gốc Tây Ban Nha, O - Chủng tộc khác/Người bán đảo Thái Bình Dương).
Enter participant/family daytime/work telephone number.
9. Cho vào số điện thoại ban ngày/sở làm của người tham gia/gia đình.
Enter local physician name and address where participant receives his/her basic care (immunizations, etc.).
10. Cho vào tên và địa chỉ bác sĩ địa phương nơi người ghi danh được chăm sóc căn bản (chủng ngừa vân vân).
Enter physician name and address where participant receives his/her specialized care.
11. Cho vào tên và địa chỉ bác sĩ chuyên ngành nơi người ghi danh được chăm sóc chuyên ngành.
Source of referral - check the box which best describes the person, agency, etc., that suggested you contact BSHCN for assistance.
Physician, Hospital, Medicaid/EPSDT, State Agency (Department of Health, Department of Social Services, Department of Mental Health, etc.), Community (Private agency, school, local health department, etc.), self/family/friend, or out of state.
12. Nguồn giới thiệu - Đánh vào ô mô tả chính xác nhất người, cơ quan vân vận đề nghị quý vị liên lạc BSHCN để xin hỗ trợ. Bác sĩ, bệnh viện, Medicaid/EPSDT, cơ quan tiểu bang (Ban y tế, ban dịch vụ xã hội, ban sức khỏe tâm thần vân vân), cộng đồng (cơ quan tư, trường học, ban y tế địa phương vân vân), bản thân/gia đình/bạn hữu hay ngoài tiểu bang.

SECTION B - FAMILY INFORMATION - LIST ALL PERSONS LIVING IN HOUSEHOLD
ĐOẠN B - THÔNG TIN GIA ĐÌNH - LIỆT KÊ TẤT CẢ NHỮNG NGƯỜI SỐNG TRONG GIA HỘ

Enter name of other individuals living in same household as participant. Adult participants need not list parent(s) names.
13. Cho vào tên những người khác sống chung gia hộ với người ghi danh. Người ghi danh trưởng thành không cần liệt kê tên cha mẹ.
Enter Social Security number of other individuals living in the same household as participant.
14. Cho vào số an sinh xã hội của những người khác sống chung gia hộ với người ghi danh.
Enter Date of Birth of other individuals living in the same household as participant.
15. Cho vào ngày sanh của những người khác sống chung gia hộ với người ghi danh.
Enter Relationship of other individuals living in the same household with the participant.
16. Cho vào sự liên hệ của những người khác sống chung gia hộ với người ghi danh.
If this individual receives services from the Bureau of Special Health Care Needs (BSHCN) check the "BSHCN" column.
17. Nếu người này tiếp nhận dịch vụ từ văn phòng nhu cầu chăm sóc sức khỏe đặc biệt (BSHCN), đánh dấu vào cột "BSHCN".
If the participant has a court appointed guardian/custodian check "Yes" and enter their name, address, and telephone number.
18. Nếu người ghi danh có quyền giám hộ/chủ quyền từ tòa, đánh dấu vào "Có" và cho vào tên, địa chỉ và số điện thoại của họ.
Enter name of an alternate contact - someone not in this household who will know how to get in touch with you.
19. Cho vào tên người liên lạc thứ hai - một người khác không sống trong gia hộ biết cách liên lạc với quý vị.
Enter telephone number of alternate contact person.
20. Cho vào số điện thoại của người liên lạc thứ hai.

SECTION C - FINANCIAL RESOURCES
ĐOẠN C - NGUỒN TÀI CHÁNH

Income Source - Check the box(es) which describe your source of income.
21. Nguồn lợi tức - Đánh dấu vào (các) ô mô tả các nguồn lợi tức của quý vị.
Check "Yes" if you filed a Federal/State Income Tax Form and list adjusted gross income. Attach a copy of the Federal/State Income Tax Form. **DO NOT SEND A W-2 FORM.** If you do not have a copy of the Income Tax Form call (800) 829-1040 to obtain an IRS 1722 Letter. Mail IRS 1722 Letter to the area office when it is received.
Check "No" if you did not file a Federal/State Income Tax Form and indicate the reason you did not file. (Attach copy of extension).
22. Đánh dấu "Có" nếu quý vị có nộp mẫu khai thuế liên bang/tiểu bang và liệt kê lợi tức điều chỉnh. Đính kèm bản sao mẫu khai thuế liên bang/tiểu bang. **ĐỪNG GỞI MẪU W-2**. Nếu không có mẫu khai thuế, gọi số (800) 829-1040 để lấy thư IRS 1722. Gởi thư IRS 1722 đến văn phòng khu vực, khi nhận được.
Đánh dấu "Không" nếu quý vị không khai thuế liên bang/tiểu bang và cho biết nguyên nhân. (Đính kèm bản sao xin dời ngày khai)
Check "Yes" if the family income has changed since filing Income Tax. If income has changed, give date of change and enter this year's estimated income.
23. Đánh dấu "Có" nếu lợi tức gia đình có thay đổi từ lúc khai thuế. Nếu lợi tức có thay đổi, cho vào ngày thay đổi và ước lượng lợi tức năm nay.
Check "Yes" if you received or made child support payments. Indicate the amount received or paid this year.
Check "Yes" if participant is on Medicaid. Indicate participant's Medicaid Number.
Check "Yes" if participant is on Medicare. Indicate participant's Medicare Number.
Check "Yes" if participant is on SSI.
Check "Yes" if participant is covered by Medical Insurance. If yes, list name of medical insurance company.
24. Đánh dấu "Có" nếu quý vị có tiếp nhận cấp dưỡng hay phải cấp dưỡng cho con. Cho biết số tiền nhận hay trả năm nay.
Đánh dấu "Có" nếu người ghi danh nằm trong chương trình Medicaid. Cho biết số Medicaid.
Đánh dấu "Có" nếu người ghi danh nằm trong chương trình Medicare. Cho biết số Medicare.
Đánh dấu "Có" nếu người ghi danh nằm trong chương trình SSI.
Đánh dấu "Có" nếu người ghi danh được bảo hiểm y tế. Nếu có, liệt kê tên công ty bảo hiểm y tế.
Insurance Status - Check the box(es) which describe your insurance status.
25. Tình trạng bảo hiểm - Đánh dấu (các) ô mô tả tình.

SECTION D - SERVICES REQUESTED/NEEDED
ĐOẠN D - CÁC DỊCH VỤ YÊU CẦU/CẦN CÓ

Enter services desired.
26. Cho vào các dịch vụ mong muốn.

SECTION E - AUTHORIZATION TO RELEASE INFORMATION AND APPLICANT SIGNATURE - MUST SIGN AND DATE HERE BEFORE THE APPLICATION WILL BE PROCESSED.
ĐOẠN E - CHẤP THUẬN KHAI TRÌNH THÔNG TIN VÀ NGƯỜI GHI DANH KÝ TÊN - PHẢI KÝ TÊN VÀ ĐỀ NGÀY TẠI ĐÂY TRƯỚC KHI ĐƠN ĐƯỢC TIẾN HÀNH.

Signature of Parent/Guardian.
27. Chữ ký của phụ huynh/giám hộ.
Participant eighteen (18) or older must sign the application. Parent/Guardian must sign along with participant eighteen (18) years or older when participant is listed on parent's Federal/State Tax form as a dependent.
28. Người ghi danh mười tám (18) tuổi trở lên phải ký tên đệ đơn. Phụ huynh/giám hộ phải ký tên cùng với người ghi danh mười tám (18) tuổi trở lên nếu người này được liệt kê là người thuộc quyền trong mẫu khai thuế liên bang/tiểu bang của cha mẹ.
Enter date of participant/guardian Signature.
29. Cho vào ngày phụ huynh/giám hộ ký tên.