

Khả Năng Tiếp Cận Chương Trình Bảo Hiểm Y Tế của Người Dân (PATH)

Thăm Dò về Bảo Hiểm Y Tế (Vietnamese)

*Xin điền vào mẫu này để giúp chúng tôi giúp cho quý vị.
Thông tin này được giữ kín đáo. Thông tin chỉ được dùng cho PATH.*

Tên: _____			
Địa chỉ: _____			
Địa chỉ đường phố	Thành phố	Tiểu Bang	Số Zip Code
Số điện thoại: (nhà) _____ (di động, sở làm, hoặc nơi khác) _____			

**Khả năng hội đủ điều kiện cho các chương trình bảo hiểm được dựa trên số nhân khẩu và thu nhập của gia đình.
Thông tin sau đây sẽ giúp chúng tôi xác định được quý vị hội đủ điều kiện hay không.**

1. Quý vị hay bất cứ người nào khác trong gia đình có bảo hiểm sức khỏe không? **Có Không**
 2. Nếu một thành viên trong gia đình có bảo hiểm sức khỏe, quý vị có được bảo hiểm sức khỏe này dài thọ hay không? **Có Không**
 3. Nếu có, loại nào?

 4. Nếu không, quý vị đã không có bảo hiểm sức khỏe bao lâu rồi?

 5. Những ai sống cùng nhà với quý vị? (mối quan hệ với chủ hộ và tuổi)
- | | Quan hệ | Tuổi | Mang Thai? |
|------------------|---------|------|------------|
| Người lớn | | | |
| | | | |
| | | | |
| Trẻ em | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
6. Thu nhập gia đình là bao nhiêu? (khoanh tròn vào một khoản và ghi số tiền)
Hàng tuần _____
Hai tuần một lần _____
Hàng tháng _____
Hàng năm _____
 7. Ai trong gia đình quý vị có đi làm?
Họ làm ở đâu? _____
 8. Quý vị có sống chung với người nào khác trợ cấp cho quý vị hay không? **Có Không**
 9. Quý vị có nhận tiền trợ cấp thất nghiệp, SSI, hoặc SSD không? **Có Không**
 10. Quý vị có bất cứ nguồn thu nhập nào khác không? **Có Không**
 11. Quý vị hay bất cứ ai trong gia đình có bị bệnh mãn tính hay không? **Có Không**
 12. Quý vị hay bất cứ ai trong nhà có bị bệnh cần được điều trị ngay hay không? **Có Không**