

## Mẫu Đơn Xác Minh Việc Làm

Cá nhân dưới đây đã xin hưởng bảo hiểm y tế miễn phí hoặc chi phí thấp thông qua *Washington Healthplanfinder*. Chúng tôi cần sự trợ giúp của quý vị để xác minh việc làm và thu nhập của cá nhân. Thông tin quý vị cung cấp sẽ được bảo mật và chỉ được sử dụng để xác định việc hội đủ điều kiện để hưởng bảo hiểm y tế.

### Thông Tin Nhân Viên

Tên	Tên lót	Họ	Số An Sinh Xã Hội (Không Bắt Buộc)
-----	---------	----	------------------------------------

### Chữ Ký Nhân Viên

Chữ ký của tôi dưới đây ủy quyền tiết lộ và/hoặc xác minh thông tin việc làm của tôi.

Chữ ký nhân viên <b>X</b>	Ngày ký (mm/dd/yyyy)
------------------------------	----------------------

### Mục Sở Làm

Xin hoàn tất chỉ mục 1, 2, hoặc 3 tùy thuộc vào tình huống.

#### Mục 1: Cá nhân trên đây hiện được tuyển dụng

Ngày tuyển dụng (mm/dd/yyyy)	Chức vụ	Bình quân số giờ mỗi tuần
Lương tuần/mức lương hiện tại \$	Tần suất lương <input type="checkbox"/> Hàng ngày <input type="checkbox"/> Hàng tuần <input type="checkbox"/> Hàng tháng <input type="checkbox"/> Mỗi 2 tuần <input type="checkbox"/> Hai lần/tháng <input type="checkbox"/> Khác:	
Tổng thu nhập thực mỗi tháng và tổng thu nhập dự kiến cho hai tháng tới, bao gồm tiền quà, tiền hoa hồng, tiền thưởng, và tiền ngoài giờ.		
Tháng Hiện Tại: \$	Tháng 2: \$	Tháng 3: \$
Liệt kê bất kỳ thay đổi nào đã mong đợi về mức lương của nhân viên trong vòng 12 tháng tới		Ngày Hiệu Lực (mm/dd/yyyy)
Nếu việc làm của nhân viên là thời vụ hoặc không thường xuyên, xin cho biết (các) thời gian nghỉ việc		
Nhân viên này đã có được cung cấp bảo hiểm y tế đáp ứng các tiêu chuẩn bảo hiểm thiết yếu tối thiểu không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nếu có, khoản đóng góp phí bảo hiểm hàng tháng đã mong đợi của nhân viên là gì? \$ Nhân viên đã có khước từ bảo hiểm được sở làm tài trợ không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		

#### Mục 2: Cá nhân trên đây không còn được tuyển dụng

Ngày làm việc sau cùng (mm/dd/yyyy)	Vì sao việc làm này đã kết thúc? <input type="checkbox"/> Bị đuổi việc <input type="checkbox"/> Nghỉ việc <input type="checkbox"/> Việc làm tạm thời/thời vụ
Cá nhân này đã có mất bảo hiểm y tế vì mất việc không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu có, khi nào? (mm/dd/yyyy)

#### Mục 3: Cá nhân trên đây đang nghỉ phép, chẳng hạn như phép nghỉ hoặc phép nghỉ hộ sản

Ngày mong đợi trở lại (mm/dd/yyyy)	Nhân viên có được trả lương trong khi nghỉ phép không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu có, bao nhiêu? \$
Cá nhân này có bảo hiểm y tế trong khi nghỉ phép không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		

### Chữ Ký Chủ Nhân

Tên chủ nhân	Tên công ty				Số điện thoại chủ nhân
Địa chỉ đường công ty	Căn hộ/Phòng #	Thành phố	Tiểu bang	Mã vùng	Hạt
Tôi hiểu rằng bằng cách ký tên vào mẫu đơn này, tôi chứng nhận rằng tất cả lời khai là đúng sự thật. Tôi hiểu rằng thông tin này sẽ được lưu giữ một cách bảo mật nghiêm ngặt.					
Chữ Ký Chủ Nhân <b>X</b>				Ngày Ký (mm/dd/yyyy)	

### Nộp đơn 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 ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያገዝዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 1-855-923-4633 (መስማት ለተሳናቸው: TTY: 1-855-627-9604)።

Oromo - XIYYEEFFANNA: 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, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອ ອັດຕະໂນພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ, ຈະມີ ພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. 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).