MEDICAID WORKS

Hiệp định

Tôi, , muốn đăng ký tham gia chương trình khuyến khích làm việc dành cho người khuyết tật ***MEDICAID WORKS*** thông qua chương trình Medicaid của Virginia. Tôi hiểu rằng đây là một lựa chọn tự nguyện và tôi có thể rời khỏi chương trình bất cứ lúc nào và quay lại bảo hiểm Medicaid thông thường nếu tôi tiếp tục đáp ứng các yêu cầu về tính đủ điều kiện cho một nhóm được Medicaid khác bảo hiểm. Tôi cũng hiểu rằng khi đăng ký tham gia ***MEDICAID WORKS***, tôi sẽ có một chương trình phúc lợi y tế khác, bao gồm tất cả các phúc lợi Medicaid tiêu chuẩn cộng thêm các dịch vụ hỗ trợ cá nhân, thay vì chương trình phúc lợi Medicaid tiêu chuẩn thường được cung cấp cho những người đăng ký tham gia Medicaid mà không bao gồm các dịch vụ hỗ trợ cá nhân nếu không tiến hành sàng lọc y tế bổ sung. Tôi có thể chọn ngừng tham gia chương trình phúc lợi ***MEDICAID WORKS*** bất kỳ lúc nào và quay lại tham gia chương trình phúc lợi Medicaid tiêu chuẩn.

Tôi biết là phải có việc làm để được đăng ký tham gia ***MEDICAID WORKS***. Tôi hiểu là mình phải lập ít nhất một tài khoản Khuyến khích làm việc (WIN) (tài khoản thanh toán hoặc tiết kiệm thông thường) tại ngân hàng hoặc tổ chức tài chính khác để đủ điều kiện tham gia chương trình khuyến khích làm việc này. Tôi phải gửi tất cả thu nhập kiếm được của mình vào tài khoản WIN và tôi có thể sử dụng thu nhập này nếu cần. Nếu tiết kiệm một phần thu nhập của mình, tôi cũng phải giữ khoản tiết kiệm đó trong tài khoản WIN. Tôi có thể tích lũy tới 45.976 USD (có hiệu lực từ Ngày 1 tháng 1 năm 2024).

Tôi có thể kiếm được thu nhập hàng năm lên tới 75.000 USD nếu gửi thu nhập do lao động vào tài khoản WIN của mình. Nếu tôi nhận được khoản thanh toán Bảo hiểm khuyết tật an sinh xã hội (SSDI) hàng tháng và số tiền này tăng lên do công việc và/hoặc điều chỉnh chi phí sinh hoạt (COLA), tôi hiểu là tôi phải gửi số tiền **tăng thêm** này vào tài khoản WIN của mình nếu khoản thanh toán SSDI mới vượt quá giới hạn thu nhập ngoài lao động là 138% mức
nghèo liên bang.

Tôi đồng ý với các yêu cầu trên đối với ***MEDICAID WORKS*** và đồng ý sẽ thông báo cho nhân viên xác minh tình trạng đủ điều kiện của tôi về những thay đổi có thể ảnh hưởng đến quyền lợi bảo hiểm của tôi, bao gồm nhưng không giới hạn thay đổi địa chỉ, thay đổi thu nhập, thay đổi việc làm hoặc mất việc làm. Tôi cũng đồng ý cung cấp mọi tài liệu được yêu cầu liên quan đến người sử dụng lao động, tình trạng việc làm, thu nhập do lao động và (các) tài khoản WIN của tôi.

Nếu tôi chọn ngừng tham gia ***MEDICAID WORKS*** hoặc chương trình phúc lợi được cung cấp trong chương trình này, tôi sẽ thông báo cho nhân viên xác định tình trạng đủ điều kiện của mình.

In tên đầy đủ	Số an sinh xã hội
Chữ ký	Ngày

Tổ chức này không phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, giới tính, tuổi tác hoặc tình trạng khuyết tật trong các chương trình và dịch vụ của mình.

Medicaid Works là một chương trình của Khối Thịnh vượng Chung Virginia

Tờ rơi MedWorks 0124 VI

CardinalCare Virginia's Medicaid Program

VIRGINIA'S MEDICAID PROGRAM DMAS