Chương Trình Kế Hoạch Hóa Gia Đình Bang Louisiana

Chương Trình Kế Hoạch Hóa Gia Đình bang Louisiana dành cho phụ nữ tuổi 19-44.

KHÔNG trả lệ phí đăng ký,
KHÔNG trả tiền hàng tháng
KHÔNG trả tiền khấu trừ

Kế hoạch hóa gia đình là gì?

Kế hoạch hóa gia đình giúp phụ nữ tránh mang thai ngoài dự tính. Khoảng cách sinh con cách xa nhau làm tăng khả năng sống của trẻ em và cho phép người mẹ có kế hoặc tốt hơn cho những đứa con và bản thân. Kế hoạch hóa gia đình là một cách quan trọng để phụ nữ thực hiện những dự tính cho đời sống của họ.

Ai hội đủ điều kiện?

Phụ nữ tuổi 19-44 :

★ Không có trợ cấp y tế (Medicaid) hoặc không có bảo hiểm y tế cá nhân trả cho dịch vụ kế hoạch hóa gia đình
★ Không mang thai
★ Chưa bao giờ có kế hoạch hoá gia đình ví dụ như thủ thuật cắt bỏ tử cung

Nếu quí vị đang có trợ cấp y tế Medicaid, thẻ này cũng giúp trả kế hoạch hoá gia đình.

Chương trình này sẽ trả dịch vụ nào?

★ 4 lần khám tổng quát hàng năm và kết qủa thử nghiệm
★ Trao đổi ý kiến về sự ngừa thai
★ Sản phẩm ngừa thai phải có toa bác sĩ, ví dụ như thuốc ngừa thai, miếng cao dán, thuốc tiêm, và vòng tránh thai.
★ Tình nguyện muốn triệt sản nếu là bệnh nhân ngoại trú (Những thủ tục liên quan đến sự triệt sản của bệnh nhân nội trú có thể được trả nếu vì lý do sức khỏe. Cần phải xin giấy phép trước.)

Tôi có thể nhận phục vụ kế hoạch hóa gia đình ở đâu?

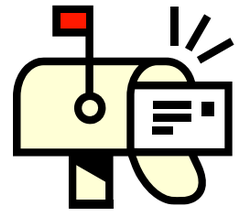
Phụ nữ có thể nhận phục vụ kế hoạch hóa gia đình từ bác sĩ và y tá đang hành nghề nếu họ nhận Medicaid. Gọi **1-877-455-9955** để được giúp đỡ kiếm người cung cấp phục vụ y tế.

Cách Điền Đơn

① Điền đơn đính kèm.
② Nộp đơn và những hồ sơ đang có cho chúng tôi ngay.
③ Gửi cho chúng tôi những hồ sơ còn lại càng sớm càng tốt.

Tôi gửi đơn này đến đâu?

Sau khi quí vị điền đơn này, gửi hoặc fax đơn đến:



TAKE CHARGE
P.O. Box 91278
Baton Rouge, LA
70821-9278

SỐ FAX MIỄM PHÍ#:
1-877-LA FAX US (523-2987)

Thu nhập có tính không?

Có. Quí vị có thể được hưởng chương trình này nếu tổng thu nhập hàng tháng của gia đình, sau khi được khấu trừ, ít hơn số tiền trong biểu đồ dưới. Chúng tôi **không tính** những thứ như trương mục ngân hàng, tiền, hoặc tài sản.

Số thành viên trong gia đình	Lợi tức cho phép đến 31 tháng 3 năm 2008	
	Lương tuần	Lương tháng
1	$393	$1,702
2	$527	$2,282
3	$660	$2,862
4	$794	$3,442
5	$928	$4,022
6	$1,062	$4,602
7	$1,196	$5,182
8	$1,330	$5,762
Nhiều hơn 8	Nếu nhiều hơn 8 người, cộng $580 cho mỗi người kế tiếp	

Chúng tôi khấu trừ một vài thu nhập và chi tiêu từ lương tháng truớc khi so sánh số tiền đó với số tiền trong biểu đồ:

✓ $90 cho mỗi người trưởng thành đi làm
✓ Tiền nhận để trả học phí (như tiền học sinh mượn hoặc học bổng)
✓ Một số tiền trợ cấp của con được trả bởi một người **không sống** chung gia cư
✓ Một số tiền trả cho nhà trẻ
✓ Cao nhất là $50 cho số tiền **nhận** cấp dưỡng cho con

← (HÃY XÉ PHẦN ĐƠN Ở ĐÂY TRƯỚC KHI GỞI CHO CHÚNG TÔI. GIỮ TRANG NÀY CHO QÚY VỊ.)

Tôi có thể gọi số nào nếu có câu hỏi hoặc cần giúp điền đơn?

Nếu quí vị cần giúp điền đơn hoặc cần giúp thu thập hồ sơ, gọi số miễn phí **1-888-342-6207**. Nếu quí vị có vấn đề về thính giác và có điện thoại nổi chữ (TTY text telephone), gọi **1-800-220-5404**.

Tôi có quyền lợi gì?

Nếu qúy vị nghĩ sự quyết định của chúng tôi không công bằng, sai hoặc trễ, qúy vị có thể yêu cầu sự giải thích công bằng:

- ✓ Gọi văn phòng của Chương Trình Kế Hoạch Hóa Gia Đình/**TAKE CHARGE** số 1-888-342-6207, và/hoặc
- ✓ Viết thư tới
  LA DHH Bureau of Appeals
  P.O. Box 4183
  Baton Rouge, LA 70821-4183

TAKE CHARGE là một Chương Trình Cơ Hội Công Bằng.

Chúng tôi không phân biệt chủng tộc, màu da, phái tính, tuổi, sự tàn tật, tôn giáo, quốc gia, hoặc quan niệm về chính trị. Nếu qúy vị nghĩ chúng tôi có sự phân biệt:

- ✓ Gọi văn phòng U.S. DHHS Regional Office for Civil Rights in Dallas, TX at 1-800-368-1019, và /hoặc
- ✓ Gọi văn phòng Kế Hoạch Hóa Gia Đình/Take Charge Program office at
- ✓ 1-888-342-6207, Nếu có vấn đề về thính giác gọi 1-800-220-5404, và/hoặc
- ✓ Viết thư tới
  LA Department of Health & Hospitals
  P.O. Box 4818
  Baton Rouge, LA 70821-4818

Si ud quiere un solicitud in espanol o quiere a hablar con alguien que habla espaniol, llama 1-877-252-2447.

Quí vị có thể gửi đơn đến địa chỉ này.

Strategic Enrollment Unit
P.O Box 91278
Baton Rouge, LA 70821

This public document was published at a cost of $3,500.00. Fifty thousand (50,000) copies of this public document were published in this first printing at a cost of $7,000.00. The total cost of all printings of this document, including reprints, is $7,000.00. This document was published by Office of State Printing, 950 Brickyard Lane, Baton Rouge, LA 70804 to advise applicants, recipients, and other individuals of family planning waiver services from the Take Charge Program through LA DHH under authority of 42 CFR 435.905. This material was printed in accordance with the standards for printing by state agencies established pursuant to R.S. 43:31. Printing of this material was purchased in accordance with provisions of Title 43 of the Louisiana Revised Statutes.

BHSF Form 1-FP Cover Vietnamese
Rev. 05/08 (English 07/07)
Prior Issue Obsolete

LOUISIANA
Department of HEALTH and HOSPITALS

TAKE CHARGE
Family Planning Waiver Services for Louisiana Women

Giúp phụ nữ tuổi 19-44 DỰ TÍNH cho Đời Sống của họ

1-888-342-6207

www.TAKECHARGE.DHH.Louisiana.gov

Louisiana
Department of Health & Hospitals

BHSF Form 1-FP Vietnamese
Rev. 05/08 (English 07/07)
Prior Issue Obsolete

ĐƠN XIN TRỢ GIÚP CHO TRƯƠNG TRÌNH KẾ HOẠCH HÓA GIA ĐÌNH

TAKE CHARGE
Family Planning Waiver Services for Louisiana Women

Phụ nữ tuổi từ **19-44: Dùng đơn này cho chương trình kế hoạch hóa gia đình (Take Charge)**

Cách thức điền đơn.

1. **Điền và ký tên vào đơn. Dùng bút mực đen**. Nếu cần thêm giấy viết câu trả lời, dùng tờ giấy khác.
2. **Thu thập hồ sơ chứng minh.** Xem hồ sơ liệt kê ở trang **3**.
3. Gửi đơn xin và hồ sơ chứng minh cho chúng tôi ngay. **Chúng tôi sẽ cho quí vị them thời gian để bổ túc hồ sơ.**

Gửi hồ sơ và đơn xin đến đâu.

Gửi đến: P.O. Box 91278, Baton Rouge, LA 70821-9278
Fax đến: 1-877-523-2987
Mang đến: Văn phòng Medicaid địa phương hoặc trung tâm nhận đơn. Để biết văn phòng gần nơi quí vị cư trú, gọi số 1-888-342-6207. Nếu quí vị có vấn đề về thính giác và có điện thoại nổi chữ, gọi số 1-800-220-5404.

Qúi vị nói thạo ngôn ngữ nào? ❑ *Anh* ❑ *Tây Ban Nha* ❑ *Việt Nam* ❑ *Ngôn Ngữ khác* _____
Qúi vị viết thạo ngôn ngữ nào? ❑ *Anh* ❑ *Tây Ban Nha* ❑ *Việt Nam* ❑ *Ngôn Ngữ khác* _____

1. Cho Chúng Tôi Biết Lý Lịch của Quí Vị - Phụ nữ muốn xin chương trình kế hoạch hóa gia đình.

Tên _____
Tên gọi *Tên đệm* *Họ(trước khi lập gia đình)* *Tên họ*

Địa chỉ nhà _____
Tên đường *Căn hộ/lô đất*

_____
Thành phố *Tiểu bang* *Zip Code*

Địa chỉ gửi thư (*nếu khác địa chỉ nhà*)_____
Hộp thư hoặc Tên Đường *Căn hộ/lô đất*

_____
Thành phố *Tiểu bang* *Zip Code*

Số An Ninh Xã Hội _____ - _____ - _____ Ngày Sinh _____
Tháng *Ngày* *Năm*

Quận _____ Địa chỉ E-mail _____

Điện thoại ban ngày _____Điện thoại di động _____Điện thoại để nhắn tin _____

Ngày giờ thuận tiện để liên lạc thứ Hai đến thứ Sáu từ 8 sáng đến 4:30 giờ chiều_____

Tình Trạng Hôn Nhân: ❑ Lập gia đình ❑ Độc thân ❑ Ly thân ❑ Ly dị ❑ Góa

Chủng tộc/Nguồn gốc (không buộc trả lời, đánh dấu một hoặc nhiều hơn): ❑ Trắng ❑ Đen ❑ Á Châu
❑ Da Đỏ hoặc người Alaska ❑ Người Hawai hoặc người Đảo Thái Bình Dương ❑ Người Mỹ La Tinh

2. Công Dân/Tình Trạng Di Trú

A. Quí vị có phải là công dân Hoa Kỳ? ❑ Có – Trả lời phần B ❑ Không – Trả lời những câu hỏi kế

Quí vị có phải là thường trú nhân không? ❑ Có ❑ Không Ngày đến Hoa Kỳ _____

Số Thẻ Thường Trú (thẻ xanh): **A**_____

B. Cho chúng tôi biết nơi sinh của quí vị .

Thành phố _____Tiểu bang _____Quốc gia_____

Tên của mẹ (Tên gọi, tên đệm, tên họ) _____

Tên họ của mẹ trước khi lập gia đình _____

3. Cho chúng biết về những người khác ở nhà chung với quí vị (trang kế tiếp) - Trước tiên liệt kê tên người chồng (nếu lập gia đình) và sau đó là con dưới 18 tuổi. Nếu không có ai ở chung, trả lời câu số 4.

Nếu nhiều hơn 4 người, dùng thêm tờ giấy khác. ***Phải*** *cung cấp số An Ninh Xã Hội của chồng, con, và của những người đang nhận trợ cấp Medicaid.*

Nếu quí vị có câu hỏi hoặc cần giúp điền đơn này, liên lạc văn phòng Medicaid số 1-888-342-6207. Nếu quí vị có vấn đề về thính giác và có điện thoại nổi chữ, gọi số 1-800-220-5404. NHỮNG SỐ ĐI ỆN THOẠI TRÊN MIỄN PHÍ.

Tên (tên gọi, chữ đầu của tên đệm, họ) _____
Ngày Sinh (tháng, ngày, năm) _____ Số An Ninh Xã Hội _____ - _____ - _____
Quan hệ với quí vị: ❑ Chồng ❑ Con ❑ Con Riêng ❑ Cháu ❑ Quan hệ khác _____

Tên (tên gọi, chữ đầu của tên đệm, họ) _____
Ngày Sinh (tháng, ngày, năm) _____ Số An Ninh Xã Hội _____ - _____ - _____
Quan hệ với quí vị: ❑ Chồng ❑ Con ❑ Con Riêng ❑ Cháu ❑ Quan hệ khác _____

Tên (tên gọi, chữ đầu của tên đệm, họ) _____
Ngày Sinh (tháng, ngày, năm) _____ Số An Ninh Xã Hội _____ - _____ - _____
Quan hệ với quí vị: ❑ Chồng ❑ Con ❑ Con Riêng ❑ Cháu ❑ Quan hệ khác _____

Tên (tên gọi, chữ đầu của tên đệm, họ) _____
Ngày Sinh (tháng, ngày, năm) _____ Số An Ninh Xã Hội _____ - _____ - _____
Quan hệ với quí vị: ❑ Chồng ❑ Con ❑ Con Riêng ❑ Cháu ❑ Quan hệ khác _____

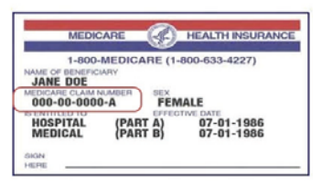
4. Thai nghén

A. Quí vị có mang thai không? ❑ Có ❑ Không
B. Quí đã có thai trong vòng 3 tháng trước không? ❑ Có ❑ Không

5. Bảo Hiểm

Quí vị có bảo hiểm y tế cá nhân không? ❑ Có – Điền phần dưới ❑ Không – Trả lời câu 6
Tên người đứng bảo hiểm _____Ngày bảo hiểm có hiệu lực_____
Tên hãng bảo hiểm và số điện thoại _____
Số hợp đồng bảo hiểm _____số nhóm _____
Bảo hiểm trả : ❑ Bệnh viện ❑ Bác sĩ ❑ Thuốc ❑ Nha sĩ ❑ Xe cấp cứu ❑ Thai nghén ❑ Kế hoạch hóa

6. Sự Tàn Tật và Medicare



A. Quí vị không có khả năng đi làm vì bị tàn tật? ❑ Có ❑ Không
B. Quí vị đã từng được nhận Medicare? ❑ Có ❑ Không
Thẻ Medicare nhìn giống thẻ này
C. Quí vị đã từng được lãnh tiền An Ninh Xã Hội hoặc SSI? ❑ Có ❑ Không

7. Tiền Cấp Dưỡng Cho Con và vợ đã ly dị và sống ở ngoài gia cư

Quí vị hoặc chồng của quí vị phải trả tiền cấp dưỡng cho con hoặc cho vợ đã ly dị và sống ở **ngoài gia cư** ?
❑ Có ❑ Không
Nếu có , trả cho ai? _____ Tiền trả hàng tháng $ _____

8. Thu nhập từ việc làm

Có ai đi làm (quí vị, chồng, hoặc trẻ em dưới 18 tuổi)? ❑ Có – Điền phần dưới ❑ Không – Trả lời câu 9

Cho chúng tôi biết về công việc toàn thời, bán thời, hoặc cơ sở riêng.

Tên của người đi làm?	Tên và số điện thoại của sở làm	Cơ sở làm riêng?	Lãnh lương bao nhiêu? (lương trước khi trừ thuế)	Bao lâu được lãnh?
		❑ Có ❑ Không		
		❑ Có ❑ Không		
		❑ Có ❑ Không		

9. Thu nhập khác

Cho chúng tôi biết lợi tức quí vị, chồng, và trẻ em dưới 18 tuổi lãnh, ví dụ như những loại liệt kê ở dưới.

Nguồn lợi tức		Cho chúng tôi biết tiền này từ đâu hoặc ai trả tiền này. (tên, địa chỉ, và điện thoại)	Ai nhận tiền này?	Bao nhiêu?	Bao lâu lãnh?
An Ninh Xã Hội	❑ Có ❑ Không			$	
An Ninh Xã Hội Phụ	❑ Có ❑ Không			$	
Tiền thất nghiệp	❑ Có ❑ Không			$	
Tiền bồi thường tai nạn lao động	❑ Có ❑ Không			$	
Cấp dưỡng cho con	❑ Có ❑ Không			$	
Cấp dưỡng cho vợ	❑ Có ❑ Không			$	
Tiền từ bạn bè/họ hàng	❑ Có ❑ Không			$	
Loại khác (cho chúng tôi biết)	❑ Có ❑ Không			$	

10. Chăm sóc trẻ em/chăm sóc người cao niên

Quí vị hoặc chồng có phải trả tiền cho việc giữ trẻ hoặc trả tiền để chăm sóc người cao niên **bị tàn tật** để quý vị đi làm hoặc đi huấn nghệ không?❑ Có ❑ Không Nếu có, hãy cho chúng tôi biết.

Tên của trẻ em hoặc người cao niên đang được chăm sóc _____

Ai trả cho sự chăm sóc này? _____Trả bao nhiêu mỗi tháng? _____

Quí vị có được ai hoặc chương trình nào giúp trả số tiền trên? ❑ Có ❑ Không Bao nhiêu? _____

Tên của nơi giữ trẻ hoặc tên người giữ trẻ _____Số điện thoại (_____)_____

11. Quí vị lấy đơn xin chương trình kế hoạch hóa gia đình này ở đâu?

❑Văn phòng Medicaid ❑ Bệnh viện/sở y tế ❑ Tiệm thuốc ❑ Văn phòng bác sĩ ❑ Trường học
❑ Văn phòng Trợ Cấp Gia Đình ❑ Bạn/họ hàng ❑ Kinh doanh ❑ Nhà thờ ❑ Hội chợ ❑ Mạng
❑ Số điện thoại miễn phí ❑ Văn phòng An Ninh Xã Hội ❑ nơi khác_____

Đây là phần cuối đơn . Qúy vị phải ký tên ở trang kế tiếp.

Gửi cho chúng tôi những hồ sơ này
Bản sao thẻ bảo hiểm cá nhân (mặt trước và mặt sau)
Nếu quí vị không phải là công dân Hoa Kỳ, thì gửi bản sao thẻ Thường Trú (thẻ xanh) hoặc những đơn từ sở Di Trú.
Nếu quí vị **không sinh** ở Louisiana **VÀ** quí chưa bao giờ nhận trợ cấp An Ninh Xã Hội hoặc An Ninh Xã Hội phụ (SSI), hoặc Medicare, gửi chứng nhận công dân Hoa Kỳ như giấy khai sinh, giấy chứng nhận ngày sinh do bệnh viện cấp, hoặc hộ Chiếu Hoa Kỳ. Nếu quí vị không có những hồ sơ này, hỏi chúng tôi để biết quí vị có thể dùng hồ sơ nào thay thế.
Cuống lương của tháng trước có số tiền lương (trước khi trừ thuế) hoặc giấy chứng nhận của chủ sở làm. Nếu quí vị có cơ sở làm riêng, gửi bản sao của thuế liên bang và những đơn thuế liệt kê (schedule) – của quí vị, chồng và con.
Chứng nhận lợi tức (trước khi trừ thuế) từ lợi tức cựu quân nhân, tiền bồi thường lao động, tiền cấp dưỡng vợ/chồng, và những lợi tức khác không phải từ việc làm. Chứng nhận có thể là thư báo được nhận tiền và đơn 1099 của năm trước – của quí vị, chồng và con.
Chứng nhận từ bạn bè hoặc họ hàng, nếu người này cung cấp tiền cho quí vị, chồng, và con quí vị
Chứng nhận từ nhà trẻ nếu trả tiền gửi trẻ. Chứng nhận số tiền trả để chăm sóc người bị tàn tật.
Chứng nhận của toà án buộc và số tiền phải cấp dưỡng cho vợ/chồng hoặc con không ở chung một nhà. Nếu trả qua văn phòng Louisiana Support Enforcement Services (SES), Quí vị **không phải** gửi chứng minh – cho chúng tôi biết.

QUYỀN LỢI VÀ TRÁCH NHIỆM CỦA QUÍ VỊ

NHỮNG ĐIỀU MEDICAID/CHƯƠNG TRÌNH KẾ HOẠCH HOÁ GIA ĐÌNH YÊU CẦU QUÍ VỊ

QUỐC TỊCH VÀ TÌNH TRẠNG DI TRÚ: Qúy vị khai rằng quí vị là công dân Hoa Kỳ hoặc thường trú hợp pháp.
KHAI SỰ THẬT: Những thông tin quí vị khai trong đơn phải đúng và chính xác. Quí vị hiểu rằng nếu những thông tin qúy vị khai không đúng HOẶC dấu không khai những gì mà quí vị phải khai để quí vị có thể nhận trợ cấp y tế, trong khi qúy vị không được hợp lệ. Nếu điều này xảy ra, quí vị sẽ bị phạt theo luật pháp. Hơn thế nữa, quí vị sẽ phải hoàn trả lại số tiền văn phòng Medicaid đã trả ra cho những giấy nợ y tế của quí vị vì khai gian.
SỰ XÁC MINH THÔNG TIN: Quí vị hiểu rằng những thông tin quí vị khai về quí vị và sẽ được kiểm tra. Quí vị đồng ý sẽ giúp và cho phép văn phòng Medicaid thu thập thông tin cần thiết từ những cơ quan chính phủ, cơ sở làm, nơi cung cấp dịch vụ y tế, và những cơ quan khác.
SỐ AN NINH XÃ HỘI: Quí vị hiểu rằng số An Ninh Xã Hội chỉ dùng để xác nhận thông tin từ những cơ quan chính phủ để có quyết định chính xác về đơn xin trợ cấp của quí vị và/hoặc người xin trợ cấp y tế.
CHI PHÍ VỀ Y TẾ TRẢ BỞI CƠ QUAN TRUNG GIAN: Quí vị hiểu rằng nếu quí vị nhận trợ cấp y tế, Bộ Y Tế có quyền thu hồi tiền đã trả ra cho những dịch vụ y tế của quí vị, nếu quí vị đã được hãng bảo hiểm khác trả, hoặc nếu quí vị thắng kiện và được bồi thường.
BÁO CÁO SỰ THAY ĐỔI: Quí vị đồng ý báo cho văn phòng Medicaid biết nếu có sự thay đổi trong vòng 10 ngày về : 1) nếu người đang được chương trình kế hoặc hoá gia đình dọn ra khỏi tiểu bang; 2) khi có người dọn vào hay dọn ra khỏi nhà; 3) nếu người đang được chương trình kế hoặc hoá gia đình có bảo hiểm y tế cá nhân hoặc Medicare 4) nếu người đang được chương trình kế hoặc hoá gia đình mang thai.
ĐIỀU LUẬT VỀ SỰ CẤP DƯỠNG CHO TRẺ : Quí vị hiểu rằng văn phòng Medicaid chỉ gửi hồ sơ đến cơ quan Child Support Enforcement để được giúp về vấn đề y tế nếu được quí vị yêu cầu. Chúng tôi sẽ phải giới thiệu quí vị đền văn phòng Child Support Enforcement nếu quí vị nhận trợ cấp y tế.

QUYỀN LỢI VÀ YÊU CẦU CỦA TÔI TỪ MEDICAID/CHƯƠNG TRÌNH KẾ HOẠC HOÁ GIA ĐÌNH

SỰ GIẢI TH ÍCH CÔNG BẰNG: Quí vị có thể yếu cầu một cuộc giải thích nếu quí vị cho rằng sự quyết định về đơn xin trợ cấp y tế của quí vị không công bằng, không chính xác, hoặc có quyết định quá trễ.
KHÔNG PHÂN BIỆT: Quí vị hiểu rằng văn phòng Medicaid không thể phân biệt chủng tộc, mầu da, giới tính, tật nguyễn, tôn giáo, quốc gia, chính trị. Nếu quí vị nghĩ đã bị đối sử như trên, quí vị có thể liên lạc U.S.DHHS Regional Office for Civil Rights in Dallas, TX at 1-800-368-1019 hoặc viết thư tới văn phòng Louisiana's Department of Health & Hospitals, Human Resources at P. O. Box 4818 Baton Rouge, LA 70821-4818.

QUÍ VỊ PHẢI KÝ TÊN Ở DƯỚI

Ký tên: _____ **Ngày** _____

Nếu nhân viên văn phòng Medicaid điền đơn này, họ sẽ ký tên ở dưới.

_____ **Ngày** _____

Làm ơn gửi đơn đến văn phòng của chương trình TAKE CHARGE ngay. Địa chỉ P.O. Box 91278, Baton Rouge, LA 70821-9278, và số fax là 1-877-523-2987. Chúng tôi sẽ cho quí vị thêm thời hạn để thu thập hồ sơ chứng minh nếu quí vị cần.