

ໃບຄໍາຮ້ອງຂໍສະໝັກ **Health Insurance Premium Payment**

(ໃຫ້ເບິ່ງຄໍາແນະນໍາສໍາລັບການປະກອບແບບຢ້ອນກັບ)

ຂັ້ນຕອນທີ 1: ບອກພວກເຮົາກ່ຽວກັບຜູ້ທີ່ກໍາລັງສະໝັກກັບ **Health Insurance Premium Payment (HIP) program**

1. ໃສ່ຊື່ຜູ້ສະໝັກ	2. ໃສ່ໝາຍເລກປະກັນສັງຄົມຂອງຜູ້ສະໝັກ	3. ໃສ່ເບີໂທລະສັບຂອງຜູ້ສະໝັກ
4. ທີ່ຢູ່ບ້ານຂອງຜູ້ສະໝັກ	ໃສ່ທີ່ຢູ່ເມືອງຂອງຜູ້ສະໝັກ	ໃສ່ທີ່ຢູ່ລັດຂອງຜູ້ສະໝັກ
		ໃສ່ທີ່ຢູ່ລະຫັດລະຫັດໄປສະຂອງຜູ້ສະໝັກ

ຂັ້ນຕອນທີ 2: ບອກພວກເຮົາກ່ຽວກັບສັນຍາປະກັນໄພສຸຂະພາບຂອງທ່ານ

5. ໃສ່ຊື່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການປະກັນໄພ	6. ໃສ່ວັນທີເລີ່ມຕົ້ນນະໂຍບາຍປະກັນໄພ
7. ໃສ່ທີ່ຢູ່ການຮຽກເກັບເງິນປະກັນໄພປະກັນໄພ, ບ່ອນທີ່ຄ່າປະກັນໄພຖືກສົ່ງມາທາງໄປສະນີ	ໃສ່ທີ່ຢູ່ເມືອງໃນໃບບິນຄ່າປະກັນໄພ
	ໃສ່ທີ່ຢູ່ລັດໃນໃບບິນຄ່າປະກັນໄພ
	ໃສ່ລະຫັດລະຫັດໄປສະຂອງທີ່ຢູ່ໃນໃບບິນເບ້ຍປະກັນຂອງປະກັນໄພ
8. ໃສ່ໝາຍເລກນະໂຍບາຍປະກັນໄພ	9. ໃສ່ຈໍານວນເງິນເບ້ຍປະກັນປະຈໍາເດືອນທັງໝົດ
	10. ໃສ່ຈໍານວນຄົນທັງໝົດທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຕາມນະໂຍບາຍ
11. ໃສ່ຊື່ຜູ້ຖືນະໂຍບາຍ	12. ໃສ່ໝາຍເລກປະກັນສັງຄົມຂອງຜູ້ຖືນະໂຍບາຍ

ຂັ້ນຕອນທີ 3: ຂໍກໍານົດດ້ານຄຸນສົມບັດຂອງ **HIP**

13. ຜູ້ສະໝັກໄດ້ລົງທະບຽນໃນ Medi-Cal ແລ້ວບໍ່? ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ ☐	14. ຜູ້ສະໝັກໄດ້ລົງທະບຽນໃນ Medi-Cal Managed Care Plan ແລ້ວບໍ່? ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ ☐ ບໍ່ຮູ້ຈັກ ☐
15. ສານຂອງເຈົ້າຂອງສັນຍາປະກັນໄພໄດ້ຮັບຄໍາສັ່ງໃຫ້ມີການເຮັດປະກັນສຸຂະພາບບໍ່? ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ ☐	16. ຜູ້ສະໝັກໄດ້ລົງທະບຽນໃນ Medicare ແລ້ວບໍ່? ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ ☐
17. ເຈົ້າຂອງສັນຍາປະກັນໄພໄດ້ຮັບເງິນຄົນເຕັມຈໍານວນສໍາລັບການຊໍາລະເບ້ຍປະກັນສຸຂະພາບບໍ່? ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ ☐	18. ຫາກຢູ່ໃນ Medi-Cal, ຜູ້ສະໝັກຍັງມີສັນຍາປະກັນເດີມ ຕັ້ງແຕ່ພວກເຂົາໄດ້ລົງທະບຽນທໍາອິດໃນ Medi-Cal ບໍ່? ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ ☐

ຫາກວ່າ ແມ່ນ ກັບຄໍາຖາມ 14, 15, 16, ຫຼື 17, ຜູ້ສະໝັກຈະບໍ່ມີຄຸນສົມບັດສໍາລັບ HIP program.

ຫາກວ່າ ບໍ່ແມ່ນ ກັບຄໍາຖາມ 13 ຫຼື 18, ຜູ້ສະໝັກຈະບໍ່ມີຄຸນສົມບັດສໍາລັບ HIP program.

ໃຫ້ຕິດຕໍ່ DHCS ໄດ້ທີ່ HIP@dhcs.ca.gov ຫຼື (916) 445-8322 ຫາກທ່ານກ່ຽວກັບຂໍ້ກໍານົດການມີສິດ.

ສິ່ງທີ່ສໍາຄັນ: ຕາມເງື່ອນໄຂການມີສິດ, ຜູ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດຂອງ Medi-Cal ທັງໝົດຄວນຈະມອບສິດໃຫ້ກັບປະກັນດ້ານການແພດ, ການສະໜັບສະໜູນ, ຫຼື ການຊໍາລະເງິນຂອງບຸກຄົນທີ່ສາມອັນໆໃຫ້ກັບ Medi-Cal program ແລະ ຄວນຈະຮ່ວມມືກັບ California Department of Health Care Services ໃນການຂໍຮັບການສະໜັບສະໜູນທາງການແພດ ຫຼື ການຊໍາລະເງິນ. ມອບໝາຍສິດໃຫ້ກັບຜົນປະໂຫຍດມີຜົນສະເພາະກັບການບໍລິການທີ່ໄດ້ຈ່າຍໂດຍ Medi-Cal program. ການມອບໝາຍສິດດ້ານການແພດຊ່ວຍໃຫ້ California Department of Health Care Services ເພື່ອຄົ້ນຫາຈາກບໍລິສັດປະກັນສຸຂະພາບ ຫຼື ກອງທຶນ ເມື່ອ Medi-Cal program ຈ່າຍສໍາລັບການບໍລິການດ້ານການແພດ, ຊຶ່ງຄວນຈະໄດ້ຮັບການຮຽກເກັບເງິນໄປໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງປະກັນສຸຂະພາບອື່ນໆ. ກະລຸນາຮັບຊາບວ່າ ເພື່ອໃຫ້ປະຕິບັດຕາມ Federal Privacy Act (42 USC, Section 552a) ໝາຍເລກປະກັນສັງຄົມຂອງທ່ານ ແລະ ຂໍ້ມູນໃດໆທີ່ທ່ານໄດ້ສະໜອງໃຫ້ອາດຖືກໃຊ້ເພື່ອຕິດຕໍ່ບໍລິສັດປະກັນໄພ, ຜູ້ຈ້າງງານ, ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງບໍລິການດູແລສຸຂະພາບ ແລະ ໜ່ວຍງານຂອງລັດເພື່ອກຳນົດຂອບເຂດຂອງການປະກັນສະຂະພາບທີ່ມີຢູ່. ພາຍໃຕ້ Welfare and Institutions Code, Section 14100.2, ຂໍ້ມູນທີ່ສົ່ງມາໃດໆຈະໄດ້ຮັບການພິຈາລະນາວ່າເປັນຂໍ້ມູນລັບ ແລະ ໄດ້ຮັບການເປີດເຜີຍສະເພາະຈໍາເປັນສໍາລັບຈຸດປະສົງທາງດ້ານການບໍລິຫານຂອງ Medi-Cal program ເທົ່ານັ້ນ.

ການອະນຸຍາດ: “ຂ້ອຍຂໍອະນຸຍາດໃຫ້ California Department of Health Care Services, ຫາກຈໍາເປັນ, ໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນໃດໆກ່ຽວກັບການຄຸ້ມຄອງປະກັນສຸຂະພາບສ່ວນຕົວຂອງຂ້ອຍ, ລວມທັງການຊໍາລະເງິນ ແລະ/ຫຼື ຜົນປະໂຫຍດສໍາລັບການດູແລທາງດ້ານການແພດທີ່ໄດ້ຈ່າຍຕາງໜ້າຂ້ອຍ, ຊຶ່ງອາດຖືກນໍາໃຊ້ໃນການກຳນົດວ່າ California Department of Health Care Services ຈະຈ່າຍຄ່າເບີປະກັນສຸຂະພາບສໍາລັບການຄຸ້ມຄອງຕໍ່ເນື່ອງ.”

19. ໃສ່ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ສະໝັກ ຫຼື ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸມັດ	ໃສ່ວັນທີລາຍເຊັນຂອງຜູ້ສະໝັກ
---	----------------------------

ຄໍາແນະນໍາສໍາລັບການປະກອບ ຄໍາຮ້ອງສະໝັກຂອງ Health Insurance Premium Payment

ຄໍາແນະນໍາຕໍ່ໄປນີ້ຈະໃຊ້ໃນການປະກອບໃບສະໝັກ Health Insurance Premium Payment.

1. ໃສ່ຊື່ເຕັມຂອງຜູ້ສະໝັກ.
2. ປ້ອນໝາຍເລກປະກັນສັງຄົມເກົ່າຕົວເລກຂອງຜູ້ສະໝັກ.
3. ປ້ອນໝາຍເລກໂທລະສັບທີ່ໃຊ້ໃນຕອນກາງເວັນທີສົມບູນຂອງຜູ້ສະໝັກ, ລວມທັງລະຫັດພື້ນທີ່.
4. ປ້ອນທີ່ຢູ່ຖະໜົນ, ເມືອງ, ລັດ ແລະ ລະຫັດໄປສະນີ ໃຫ້ສົມບູນ.
5. ປ້ອນຊື່ຂອງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການປະກັນສຸຂະພາບປັດຈຸບັນຂອງຜູ້ສະໝັກ.
6. ປ້ອນວັນທີເລີ່ມຕົ້ນສັນຍາປະກັນເບື້ອງຕົ້ນຂອງສັນຍາປະກັນສຸຂະພາບທີ່ໄດ້ລະບຸໄວ້ໃນລາຍການ 5 ແລະ 8.
7. ປ້ອນທີ່ຢູ່ຖະໜົນ, ເມືອງ, ລັດ ແລະ ລະຫັດໄປສະນີ ໃຫ້ສົມບູນ
ໃນບ່ອນທີ່ຜູ້ໝັກສົ່ງການຊໍາລະເງິນຄ່າເບີປະກັນຂອງລາວ/ນາງໄປໃຫ້ກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການປະກັນໄພ.
8. ປ້ອນໝາຍເລກສັນຍາປະກັນສຸຂະພາບຂອງຜູ້ສະໝັກ.
9. ປ້ອນຈຳນວນເງິນຄ່າເບີປະກັນປະຈໍາເດືອນທັງໝົດສໍາລັບການປະກັນສຸຂະພາບ.
10. ປ້ອນຈຳນວນຄົນທັງໝົດທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງໂດຍສັນຍາປະກັນສຸຂະພາບທີ່ໄດ້ລະບຸໄວ້ໃນລາຍການ 5 ແລະ 8.
11. ປ້ອນຊື່ເຕັມຂອງເຈົ້າຂອງສັນຍາປະກັນຂອງສັນຍາປະກັນສຸຂະພາບທີ່ໄດ້ລະບຸໄວ້ໃນລາຍການ 5 ແລະ 8. ນີ້ແມ່ນຊື່ຂອງບຸກຄົນທີ່ສັນຍາປະກັນອອກໃຫ້.
12. ປ້ອນໝາຍເລກປະກັນສັງຄົມເກົ່າຕົວເລກຂອງເຈົ້າຂອງສັນຍາປະກັນ.
13. ລະບຸວ່າປັດຈຸບັນນີ້ຜູ້ສະໝັກໄດ້ລົງທະບຽນໃນ Medi-Cal ຫຼືບໍ່ ໂດຍການໃສ່ເຄື່ອງໝາຍໃນຊ່ອງ ແມ່ນ ຫຼື ບໍ່ແມ່ນ.
14. ລະບຸວ່າປັດຈຸບັນນີ້ຜູ້ສະໝັກໄດ້ລົງທະບຽນໃນ Medi-Cal Managed Care Plan ຫຼືບໍ່ ໂດຍການໃສ່ເຄື່ອງໝາຍໃນຊ່ອງ ແມ່ນ, ບໍ່ແມ່ນ ຫຼື ບໍ່ຮູ້.

15. ລະບຸວ່າສານມີຄຳສັ່ງໃຫ້ເຈົ້າຂອງສັນຍາປະກັນເຮັດປະກັນໃຫ້ຜູ້ສະໝັກໂດຍການໃສ່ເຄື່ອງໝາຍໃນຊ່ອງ ແມ່ນ ຫຼື ບໍ່ແມ່ນ.
16. ລະບຸວ່າປັດຈຸບັນນີ້ຜູ້ສະໝັກໄດ້ລົງທະບຽນໃນ Medicare ຫຼືບໍ່ ໂດຍການໃສ່ເຄື່ອງໝາຍໃນຊ່ອງ ແມ່ນ ຫຼື ບໍ່ແມ່ນ.
17. ລະບຸວ່າເຈົ້າຂອງສັນຍາປະກັນໄດ້ຮັບການຈ່າຍຄືນທັງໝົດຂອງການຊຳລະຄ່າເບ້ຍປະກັນການດູແລສຸຂະພາບແລ້ວບໍ່ ໂດຍການໃສ່ເຄື່ອງໝາຍໃນຊ່ອງ ແມ່ນ ຫຼື ບໍ່ແມ່ນ.
18. ລະບຸວ່າຜູ້ສະໝັກມີສັນຍາປະກັນສຸຂະພາບເດີມຕັ້ງແຕ່ພວກເຂົາໄດ້ລົງທະບຽນທຳອິດໃນ Medi-Cal ຫຼືບໍ່ ໂດຍການໃສ່ເຄື່ອງໝາຍໃນຊ່ອງ ແມ່ນ ຫຼື ບໍ່ແມ່ນ.
19. ລົງລາຍເຊັນ ແລະ ໃສ່ວັນທີ່ເມື່ອທ່ານປະກອບແບບຟອມນີ້ສຳເລັດແລ້ວ.

ສິ່ງແບບຟອມນີ້ທາງໄປສະນີໄປທີ່: Department of Health Care Services, HIPP Program, MS 4719, PO Box 997425, Sacramento, CA 95899-7422. ຫາກທ່ານມີຄຳຖາມກ່ຽວກັບການປະກອບແບບຟອມນີ້, ໃຫ້ໂທຫາ ເບີ (916) 445-8322, 8:00 ໂມງເຊົ້າ – 5:00 ໂມງແລງ, ວັນຈັນ ຫາ ວັນສຸກ.