

Заявление на Health Insurance Premium Payment

(См. инструкции по заполнению на обратной стороне)

Шаг 1: Расскажите нам, кто подает заявление на Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program

1. Введите имя заявителя	2. Введите номер социального страхования заявителя	3. Введите номер телефона заявителя
4. Введите домашний адрес заявителя	Введите город, в котором находится адрес заявителя	
Введите штат, в котором находится адрес заявителя	Введите почтовый индекс код адреса заявителя	

Шаг 2: Расскажите нам о Вашем полисе медицинского страхования

5. Введите название страховой компании		6. Введите дату начала действия страхового полиса
7. Введите адрес для выставления счетов за страховые взносы, куда отправляются страховые взносы по почте		Введите город для выставления счетов за страховые взносы
Введите штат для выставления счетов за страховые взносы		Введите почтовый индекс для выставления счетов за страховые взносы
8. Введите номер страхового полиса	9. Введите общую сумму ежемесячных страховых взносов	10. Введите общее количество людей, застрахованных по полису
11. Введите имя держателя страхового полиса	12. Введите номер социального страхования держателя страхового полиса	

Шаг 3: Соответствие требованиям HIPP

13. Зарегистрирован ли податель заявления в Medi-Cal? Да ☐ Нет ☐	14. Зарегистрирован ли податель заявления в Medi-Cal Managed Care Plan? Да ☐ Нет ☐ неизвестно ☐
15. Должен ли держатель полиса страхования обеспечивать медицинское страхование по решению суда? Да ☐ Нет ☐	16. Зарегистрирован ли податель заявления в Medicare? Да ☐ Нет ☐
17. Получает ли держатель полиса страхования полное возмещение платежей страховых взносов? Да ☐ Нет ☐	18. Если податель заявления в Medi-Cal, сохранил ли податель заявления один и тот же страховой полис с момента первоначальной регистрации в Medi-Cal? Да ☐ Нет ☐

Если да для ответов на вопросы 14, 15, 16 или 17, податель заявления не соответствует требованиям HIPPI program.

Если нет для ответов на вопросы 13 или 18, податель заявления не соответствует требованиям HIPPI program.

Свяжитесь с DHCS по адресу электронной почты HIPP@dhcs.ca.gov или по номеру (916) 445-8322 по вопросам, связанным с соответствием требованиям.

ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ: В качестве условия соответствия требованиям все получатели услуг Medi-Cal должны передать Medi-Cal program права на медицинское страхование, поддержку или другие платежи третьих лиц и должны сотрудничать с California Department of Health Care Services в получении медицинской поддержки или платежей. Уступка прав на льготы действует только в отношении услуг, оплачиваемых Medi-Cal program. Уступка прав на медицинское обслуживание позволяет California Department of Health Care Services взыскивать средства с компаний медицинского страхования или средства, когда Medi-Cal program оплачивает медицинские услуги, счета за которые должны были быть выставлены другим страховым компаниям. Пожалуйста, обратите внимание, что в целях соблюдения Federal Privacy Act (42 USC, Section 552a) Ваш номер социального обеспечения и любая предоставляемая Вами информация могут быть использованы для связи со страховыми компаниями, работодателями, поставщиками медицинских услуг и окружными агентствами для определения объема доступного медицинского страхования. В соответствии с Welfare and Institutions Code, Section 14100.2, любая предоставленная информация считается конфиденциальной и раскрывается только в случае необходимости для целей администрирования Medi-Cal program.

РАЗРЕШЕНИЕ: «Настоящим я разрешаю California Department of Health Care Services получать, при необходимости, любую информацию о моем частном медицинском страховании, включая платежи и/или льготы для получения медицинского обслуживания, выполненные от моего имени, которые могут быть использованы при определении того, будет ли California Department of Health Care Services платить страховые взносы за продолжение действия медицинского страхования».

19. Введите подпись заявителя или уполномоченного представителя

Введите дату подписи заявителя

ИНСТРУКЦИИ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ Health Insurance Premium Payment ПРИМЕНЕНИЕ

Следующие инструкции должны быть использованы при заполнении заявления на Health Insurance Premium Payment.

1. Введите полное имя заявителя.
2. Введите девятизначный номер социального обеспечения подателя заявления.
3. Введите полный дневной номер телефона подателя заявления, включая код района.
4. Введите полный адрес подателя заявления с указанием номера дома и улицы, город, штат и почтовый индекс.
5. Введите название текущей медицинской страховой компании подателя заявления.

6. Введите первоначальную дату начала действия полиса медицинского страхования, указанного в пунктах 5 и 8.
7. Введите полный почтовый адрес с указанием номера дома и улицы, город, штат и почтовый индекс, по которому податель заявления отправляет свои страховые взносы страховой компании.
8. Введите номер полиса медицинского страхования подателя заявления.
9. Введите общую сумму ежемесячных страховых взносов по медицинскому страхованию.
10. Введите общее количество лиц, покрываемых полисом медицинского страхования, указанным в пунктах 5 и 8.
11. Введите полное имя держателя полиса медицинского страхования, указанного в пунктах 5 и 8. Это имя лица, которому был выдан полис страхования.
12. Введите девятизначный номер социального обеспечения держателя полиса страхования.
13. Укажите, зарегистрирован ли податель заявления в настоящее время в Medi-Cal, отметив «да» или «нет» квадрат.
14. Укажите, зарегистрирован ли податель заявления в настоящее время в Medi-Cal Managed Care Plan, отметив поле «да», «нет» или «неизвестно».
15. Укажите, должен ли держатель полиса страхования обеспечивать страхование для подателя заявления по решению суда, отметив «да» или «нет» квадрат.
16. Укажите, зарегистрирован ли податель заявления в настоящее время в Medicare, отметив поле «да» или «нет».
17. Укажите, получает ли держатель полиса страхования полное возмещение платежей страховых взносов за медицинское страхование, отметив «да» или «нет» квадрат.
18. Укажите, есть ли у подателя заявления один и тот же полис медицинского страхования с момента первоначальной регистрации в Medi-Cal, отметив «да» или «нет» квадрат.
19. Подпишите и укажите дату, когда Вы заполнили эту форму.

Отправьте эту форму по почте по адресу: Department of Health Care Services, HIP Program, MS 4719, PO Box 997425, Sacramento, CA 95899-7422. Если у Вас есть какие-либо вопросы о заполнении этой формы, позвоните по номеру (916) 445-8322, 8:00 утра – 5:00 вечера с понедельника по пятницу.