

Aplikasyon para sa Health Insurance Premium Payment

(Tingnan ang mga tagubilin para sa pagkumpleto nang pabaliktad)

Hakbang 1: Sabihin sa amin kung sino ang nag-aapply para sa Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program

1. Ilagay ang Pangalan ng Aplikante	2. Ilagay ang Numero ng Social Security ng aplikante	3. Ilagay ang numero ng telepono ng aplikante
4. Ilagay ang Address ng Tahanan ng Aplikante	Ilagay ang Lungsod ng address ng aplikante	
Ilagay ang Estado ng address ng Aplikante	Ilagay ang Zip Code ng address ng aplikante	

Hakbang 2: Sabihin sa amin ang tungkol sa iyong patakaran sa Segurong Pangkalusugan

5. Ilagay ang Pangalan ng Tagapaghatid ng Seguro		6. Ilagay ang Petsa ng Pagsisimula ng patakaran sa Seguro
7. Ilagay ang Address ng Billing ng Premium ng Seguro, kung saan ang mga premium ay ipapadala sa koreo	Ilagay ang Lungsod ng Address ng Billing ng Premium ng Seguro	
Ilagay ang Estado ng Address ng Billing ng Premium ng Seguro	Ilagay ang ZIP Code ng Address ng Billing ng Premium ng Seguro	
8. Ilagay ang Numero ng patakaran ng Seguro	9. Ilagay ang Kabuuang Halaga ng Buwanang Premium	10. Ilagay ang Kabuuang bilang ng mga taong sakop sa ilalim ng patakaran _____
11. Ilagay ang Pangalan ng May-ari ng Patakaran	12. Ilagay ang numero ng Social Security ng May-ari ng Patakaran	

Hakbang 3: Mga Kinakailangan sa Pagiging Karapat-dapta sa HIPP

13. Nakatala ba ang aplikante sa Medi-Cal? Oo ☐ Hindi ☐	14. Ang aplikante ba ay nakatala sa Medi-Cal Managed Care Plan? Oo ☐ Hindi ☐ Hindi kilala ☐
15. Iniutos ba ng korte ng may-ari ng patakaran na ibigay ang segurong medikal? Oo ☐ Hindi ☐	16. Nakatala ba ang aplikante sa Medicare? Oo ☐ Hindi ☐
17. Ang may-ari ba ng patakaran ay ganap na na-reimbursed para sa pagbabayad ng mga premium sa pangangalagang pangkalusugan? Oo ☐ Hindi ☐	18. Kung nasa Medi-Cal, pinanatili ba ng aplikante ang parehong patakaran sa seguro mula noong una silang nakapagpatala sa Medi-Cal? Oo ☐ Hindi ☐

Kung oo sa mga katanungan 14, 15, 16, o 17, ang aplikante ay hindi karapat-dapat para sa HIPP program.

Kung hindi sa mga katanungan 13 o 18, ang aplikante ay hindi karapat-dapat para sa HIPP program.

Makipag-ugnayan sa DHCS sa HIPP@dhcs.ca.gov o (916) 445-8322 para sa mga katanungan tungkol sa mga kinakailangan sa pagiging karapat-dapat.

MAHALAGA: Bilang kondisyon ng pagiging karapat-dapat, lahat ng mga benepisyaryo ng Medi-Cal ay bibigyan ng nakatalagang mga karapatan sa segurong medikal, suporta, o iba pang mga third-party na pagbabayad sa Medi-Cal program at dapat makipagtulungan sa California Department of Health Care Services sa pagkuha ng medikal na suporta o mga pagbabayad. Ang pagtatalaga ng mga karapatan sa mga benepisyo ay epektibo lamang para sa mga serbisyong binayaran ng Medi-Cal program. Ang pagtatalaga ng mga karapatang medikal ay nagbibigay-daan sa California Department of Health Care Services na mabawi ang mga pondo mula sa mga kumpanya ng segurong pangkalusugan o mga pondo kapag ang Medi-Cal program ay nagbabayad para sa mga serbisyong medikal, na dapat na sinisingil sa iba pang saklaw ng segurong pangkalusugan. Mangyaring tandaan na para sumunod sa Federal Privacy Act (42 USC, Section 552a) ang iyong Numero ng Social Security at anumang impormasyong iyong ibinigay ay maaaring gamitin upang makipag-ugnayan sa mga kumpanya ng seguro, mga employer, mga provider ng mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan, at mga ahensya ng lalawigan upang matukoy ang lawak ng magagamit na segurong pangkalusugan. Sa ilalim ng Welfare and Institutions Code, Section 14100.2, ang anumang isinuiting impormasyon ay itinuturing na kumpidensyal at isinisiwalat lamang kung kinakailangan para sa mga layunin ng pangangasiwa ng Medi-Cal program.

AWTORISASYON: “Pinahihintulutan ko ang California Department of Health Care Services na kumuha, kung kinakailangan, ng anumang impormasyon tungkol sa aking pribadong saklaw ng segurong pangkalusugan, kabilang ang mga pagbabayad at/o mga benepisyo para sa pangangalagang medikal na ginawa para sa akin, na maaaring magamit sa pagtukoy kung magbabayad ang California Department of Health Care Services ng mga premium sa segurong pangkalusugan para sa patuloy na pagsaklaw.”

19. Ilagay ang Lagda ng Aplikante o awtorisadong kinatawan

Ilagay ang petsa ng paglagda ng aplikante

MGA TAGUBILIN PARA SA PAGKUMPLETO NG Health Insurance Premium Payment APLIKASYON

Ang mga sumusunod na tagubilin ay dapat gamitin sa pagkumpleto ng aplikasyon sa Health Insurance Premium Payment.

1. Ilagay ang buong pangalan ng aplikante.
2. Ilagay ang siyam na digit na numero ng Social Security ng aplikante.
3. Ilagay ang kumpletong numero ng pang-araw na telepono ng aplikante, kabilang ang area code.
4. Ilagay ang kumpletong address ng kalye, lungsod, estado, at zip code ng aplikante.
5. Ilagay ang pangalan ng kasalukuyang tagapag-hatid ng segurong pangkalusugan ng aplikante.

6. Ilagay ang paunang petsa ng pagsisimula ng patakaran sa segurong pangkalusugan na nakalista sa mga item 5 at 8.
7. Ilagay ang kumpletong address ng kalye, lungsod, estado, at zip code kung saan ipinapadala ng aplikante ang kanyang mga pagbabayad sa premium sa tagapag-hatid ng seguro.
8. Ilagay ang numero ng patakaran sa segurong pangkalusugan ng aplikante.
9. Ilagay ang halaga ng kabuuang buwanang premium para sa segurong pangkalusugan.
10. Ilagay ang kabuuang bilang ng mag taong saklaw ng patakaran sa segurong pangkalusugan na nakalista sa mga item 5 and 8.
11. Ilagay ang buong pangalan ng may-ari ng patakaran sa segurong pangkalusugan na nakalista sa mga item 5 at 8. Ito ang pangalan ng taong inisyuhan ng patakaran.
12. Ilagay ang siyam na digit na numero ng Social Security ng may-ari ng patakaran.
13. Ilagay kung ang aplikante ay kasalukuyang nakatala sa Medi-Cal sa pamamagitan ng pag-tsek sa kahon ng oo o hindi.
14. Ilagay kung ang aplikante ay kasalukuyang nakatala sa isang Medi-Cal Managed Care Plan sa pamamagitan ng pag-tsek sa kahon ng oo, hindi, o hindi alam.
15. Ilagay kung ang may-ari ng patakaran ay iniutos ng hukuman na magbigay ng seguro para sa aplikante sa pamamagitan ng pag-tsek sa kahon ng oo o hindi.
16. Ilagay kung ang aplikante ay kasalukuyang nakatala sa Medicare sa pamamagitan ng pag-tsek sa kahon ng oo o hindi.
17. Ilagay kung ang may-ari ng patakaran ay ganap na na-reimbursed para sa pagbabayad ng mga premium sa pangangalagang pangkalusugan sa pamamagitan ng pag-tsek sa kahon ng oo o hindi.
18. Ilagay kung ang aplikante ay may parehong patakaran sa segurong pangkalusugan mula noong una silang nakapagpatala sa Medi-Cal sa pamamagitan ng pag-tsek sa kahon ng oo o hindi.
19. Lagdaan at ilagay ang petsa kung kailan mo nakumpleto ang form na ito.

Ipadala ang form na ito sa: Department of Health Care Services, HIPP Program, MS 4719, PO Box 997425, Sacramento, CA 95899-7422. Kung mayroon kang anumang mga katanungan tungkol sa pagkumpleto ng form na ito, tumawag sa (916) 445-8322, 8:00 a.m. – 5:00 p.m., Lunes hanggang Biyernes.