

Coronavirus (COVID-19) 檢測費用承保申請

請填寫本申請，以獲取幫助支付若干 coronavirus (COVID-19) 檢測費用、檢測相關費用及治療費用。

如果您合資格使用本申請，您將獲得的健康保險僅會支付 coronavirus 醫療檢測費用。

查看您是否合資格透過 Medi-Cal 或 Covered California 獲得其他健康護理福利及服務，請於 www.coveredca.com 填寫一份完整的申請。

1. 名字	2. 中間名	3. 姓氏	4. 後綴 (如適用)
5. 性別: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		6. 出生日期 (月/日/年):	
7. 是否居住在 California? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		8. 居住所在郡?	
9. <input type="checkbox"/> 如果無家可歸，請勾選方框並在下列郵寄地址欄告知我們您的聯絡方式			
10. 家庭地址 (門牌號及街道)			公寓號
市	州		郵編
11. 郵寄地址 (如不同於家庭地址)			公寓號
市	州		郵編
12. 最佳聯絡號碼	13. 其他電話號碼	14. 電郵地址	
15. 您最擅長說的語言是什麼?		16. 您最擅長讀的語言是什麼?	
17. Social Security Number 號碼 (SSN): _____			
<p>如果您有 Social Security 號碼 (SSN)，您在為自己申請健康保險時請務必提供。我們使用 Social Security 號碼 (SSNs) 查看您的收入及其他資料，以確認您是否合資格獲得幫助支付健康保險。如果您要申請保險而並無 SSN，而您希望協助獲得一個，請瀏覽 www.ssa.gov。即使您並無 SSN，您亦可能合資格參加某些保險。了解更多資訊，請致電 Medi-Cal 熱線電話，號碼為 (800) 541-5555。</p>			
18. 您是否為一名美國公民或國民? 如為是，請前往 19。如為否，請跳至 20。 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			

19. 您是否為入籍或派生公民? 如為是, 請完成 a 或 b 並跳至 21。如為否, 請跳至 21。 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
a. Alien Number/USCIS Number:	b. 入籍編號/公民身份號碼:
20. 如果您並非美國公民或國民, 您是否擁有合資格移民身份? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如為是, 請輸入證件類型及以下任何適用於您的資料。	
a. 移民證件類型:	b. 移民身份(可選):
c. 出現在移民證件上的名字:	
d. Alien Number/USCIS Number:	e. I-94 號碼:
f. 護照號碼:	g. 簽發國家:
h. SEVIS ID:	i. 其他(卡號或簽證號):
21. 您目前是否擁有 Medicare? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	22. 您目前是否有其他健康保險? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

您的權利與責任

- 本人知悉, 根據聯邦法, DHCS 不會基於性別、種族、膚色、宗教、血統、國籍、族裔認同、年齡、智力障礙、身體殘疾、醫療狀況、遺傳資訊、婚姻狀況、社會性別、性別認同、性取向或受聯邦或州民權法保護的任何其他方面進行非法歧視。
- 投訴可撥打 Office of Civil Rights, Department of Health Care Services 號碼 (916) 440-7370 或致函 P.O. Box 997413, MS 0009, Sacramento, CA 95899-7413, 或發送電子郵件至 CivilRights@dhcs.ca.gov。
- 本人知悉, 本表格中的資料將用於確定健康保險資格、協助支付保險以及用於協助支付保險之計劃的合法目的。
- 如果本申請中的任何人士合資格加入 Medi-Cal, 本人授權 California Department of Health Care Services 向其他健康保險、法律和解或其他第三方追索任何資金。
- 我們需要本申請中的資料, 以確認您獲取幫助支付 COVID-19 檢測費用、檢測相關費用及治療費用的資格。我們將使用我們電子資料庫、Social Security 及 Department of Homeland Security 資料庫中的資料確認您的答案。如果資料不匹配, 我們可能要求您向我們寄送更多資料。
- 本人有權獲知如何使用及披露本人受保護的健康資料以及本人的隱私權。《隱私權規則須知》(NPP) 提供該資訊, 並可於 <https://www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/laws/priv/Pages/NoticeofPrivacyPractices.aspx> 查看

隱私權聲明

- 本申請用於由 Department of Health Care Services (DHCS) 管理的 COVID-19 Uninsured Group 計劃。您於申請中提供的個人及醫療資料均獲保密。DHCS 需要有關資料識別您的身份及管理 COVID-19 Uninsured Group 計劃。
- 我們僅出於將您登記於一項計劃或項目或管理計劃以及《隱私權規則須知》中所述目的而與其他州、聯邦及當地代理商、承包商、健康計劃及項目共享您的資料。
- 請務必回答本申請中除標記「可選」以外的所有問題。如果您的申請遺漏任何我們規定的資料，我們會聯絡您進行提供。如果您不提供有關資料，我們將無法就您的申請做出決定。您可能需要提交新的申請，或您有關 COVID-19 Uninsured Group 福利的申請可能會被拒絕。
- 了解更多資訊或查看 Department of Health Care Services 記錄，請聯絡資料保護部門，地址為 P.O. Box 997413, MS 4721 Sacramento, CA 95899-7413，電話號碼為：1-866-866-0602 TTY: 1-877-735-2929。
- 該等州及聯邦法律賦予我們權利收集及保存申請中的資料：DHCS：《加州福利與機構法規》第 14011 節及第 9 部第 2 及第 3 部分第 5 及第 7 章第 3 條；加州全保 (Covered CA)：《美國法典》第 42 卷第 18031 節；《加州政府法》§§ 100502(k) 及 100503(a)。

如果我認為我的資格通知有誤，我該怎樣做？

- 如果我認為 Medi-Cal program 有誤，我可以對決定進行申訴。申訴表示要告知 Medi-Cal 計劃的某位人士，我認為該決定有誤，並要求對該行為進行公正的審查。
- 本人知悉，本人可了解如何提出申訴，包括加急申訴，透過致電 1-800-743-8525 (TTY: 1-800-952-8349) 聯絡 Medi-Cal 計劃。
- 本人知悉，本人須於收到決定通知之日起 90 內提出申訴。
- 本人知悉，本人可親自申訴或委派某人代表本人進行申訴，如一名授權代表、朋友、親屬或律師。
- 本人知悉，除非本人請求進行現場聽證，否則所有聽證均會透過電話或視訊會議進行。
- 本人知悉，如果本人需要協助，Medi-Cal 計劃可向本人說明本人的案例。
- 本人知悉，在等待申訴決定時，Medi-Cal 計劃的某位人士可說明本人的資格可能獲保留或恢復時的有關情況。

簽名：

簽署即表示，本人聲明以下所述均為真實、完整及正確。

- 本人已閱讀並了解本申請。
- 本人知悉，本申請僅用於獲取幫助支付若干 coronavirus (COVID-19) 檢測費用、檢測相關費用及治療費用。查看本人是否合資格透過 Medi-Cal 或 Covered California 獲得其他健康護理福利及服務，本人應於 www.coveredca.com 填寫一份完整的申請。

簽名	日期
----	----