

**Coronavirus (COVID-19)検査費用の保険料申請**

特定のcoronavirus (COVID-19)検査、検査関連、および治療費用の支払い支援に受け取るために、0 本申請書を完成してください。

本申請書を利用して適格であることが判明した場合に得られる健康保険は、coronavirusの医療検査に対してのみ支払います。

Medi-CalまたはCovered Californiaを通じて他の医療給付やサービスを受ける資格があるかどうかを確認するには、[www.coveredca.com](http://www.coveredca.com)で完全な申請を完了する必要があります。

1. 名字	2. ミドルネーム	3. 苗字	4. サフィックス (該当する場合)
5. 性別: <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性			6. 生年月日 (MM/DD/YYYY):
7. Californiaに住んでいますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			8. 住んでいる郡は?
9. <input type="checkbox"/> ホームレスの場合は、このボックスをチェックして、以下の郵送先住所欄に連絡先を教えてください			
10. 自宅住所(番号と番地)			Apt #
市	州	郵便番号	
11. 郵送先住所(自宅住所と異なる場合)			Apt #
市	州	郵便番号	
12. 第一連絡先番号	13. その他の電話番号	14. メールアドレス	
15. あなたは何語で話すのが上手ですか?			16. あなたは何語が一番読めますか?
17. Social Security番号 (SSN): _____			
<p><b>Social Security</b> 番号 (SSN) をお持ちの場合は、ご自身に健康保険を申請するときに提供する必要があります。当社は<b>Social Security</b> 番号 (SSN) を利用してあなたの収入やその他の情報をチェックし、健康保険の支払いの支援を受ける資格があるかどうかを確認します。保険を申請していて、SSNをお持ちでなく、SSNを取得したい場合は、<a href="http://www.ssa.gov">www.ssa.gov</a>にアクセスしてください。SSNがない場合でも、一部の保険の対象となる場合があります。詳細については、<b>Medi-Cal</b> ヘルプライン(800)541-5555までお電話ください。</p>			
18. あなたは米国市民または国民ですか? はいの場合は19に進んでください。いいえの場合は20に進んでください <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
19. あなたは帰化したまたは派生した市民ですか? はいの場合は、aまたはbを完了して21に進んでください。いいえの場合は、21に進んでください。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			

a. Alien Number/USCIS Number:	b. 帰化/市民権番号:
20. 米国市民または国民ではない場合、適格な移民ステータスがありますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ はいの場合は、ドキュメントの種類と、以下の該当する情報を入力してください。	
a. 移民書類の種類:	b. 移民ステータス(任意):
c. 入国管理書類に記載されている氏名:	
d. Alien Number/USCIS Number:	e. I-94番号:
f. パスポート番号	g. 発行国:
h. SEVIS ID:	i. その他(カード番号またはビザ番号):
21. 現在Medicareをお持ちですか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	22. 現在、他の健康保険に加入していますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

## あなたの権利と責任

- 私は、連邦法の下で、DHCSが性別、人種、肌の色、宗教、祖先、国籍、民族グループの同定、年齢、精神障害、身体障害、病状、遺伝情報、婚姻状況、性別、性同一性、性的指向などの根拠、または連邦または州の公民権法によって保護されているその他の根拠に基づいて違法的に差別しないことを知っています
- クレームについては、Office of Civil Rights, Department of Health Care Services (916)440-7370に電話をかけるか、書面でP.O. Box 997413, MS 0009, Sacramento, CA 95899-7413宛てに送信するか、またはCivilRights@dhcs.ca.govまで電子メールを送信することができます。
- 私は、このフォームにある情報は、健康保険の適格性の判断、保険料の支払いの支援、および保険料の支払いに役立つプログラムの合法的な目的に使用されることを知っています。
- 本申請書の内のいずれの人物がMedi-Calの対象となる場合、私はCalifornia Department of Health Care Servicesに、他の健康保険、法的和解、または他の第三者から金銭を追求および取得する権利を与えます。
- あなたのCOVID-19検査、検査関連、および治療費用の保険の支払いを支援する資格を確認するために、当社は本申請書にある情報が必要です。私たちは当社の電子データベース及びSocial SecurityやDepartment of Homeland Securityのデータベースの情報を利用して、あなたの回答をチェックします。情報が一致しない場合は、更なる情報の送信を依頼する場合があります。
- 私は、自分の保護された健康情報がどのように利用および開示されるか、および私のプライバシー権利について知る権利を有します。プライバシー慣行通知(NPP)はこれに関する情報を提供し、<https://www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/laws/priv/Pages/NoticeofPrivacyPractices.aspx>から入手できます。

## プライバシーに関する声明

- 本申請書は、Department of Health Care Services (DHCS) によって管理されるCOVID-19 Uninsured Groupプログラム用です。あなたが本申請書に提供する個人情報および医療情報は、非公開であり機密です。DHCSは、あなたを識別し、COVID-19 Uninsured Groupプログラムを管理するために必要です。

- あなたを計画またはプログラムに登録する場合、またはプログラムを管理する場合に限り、プライバシー慣行通知に記載されている通り、あなたの情報を他の州、連邦、地方の機関、請負業者、医療計画およびプログラムと共有します。
- 「任意」とマークされていない限り、本申請書にあるすべての質問に回答する必要があります。申請書に必要なものが不足している場合は、連絡を取って入手します。ご提供いただけない場合は、お申し込み内容を決定することができません。新しい申請書を提出しないと、COVID-19 Uninsuredグループ給付金の申請が拒否される場合があります。
- 詳細情報またはDepartment of Health Care Servicesの記録をご確認するには、P.O. Box 997413, MS 4721 Sacramento, CA 95899-7413の情報保護ユニットに連絡してください。電話: 1-866-866-0602 TTY: 1-877-735-2929。
- 次の州法および連邦法により、本申請書にある情報を収集および保持する権利が与えられます。DHCS: CA福祉および機関。ディビジョン9、パート2と3、第5章と第7章、第3条、コード§14011。対象CA: 42 U.S.C. §18031; CA政府コード§§100502(k)および100503(a)。

### **適格性通知が間違っていると思う場合はどうすればよいですか？**

- Medi-Cal programに間違いがあると思われる場合は、その決定に対して異議を申し立てることができます。異議を申し立てることは、Medi-Calプログラムの誰かに決定が間違っていると思い、行動の公正な見直しを求めることを伝えることを意味します。
- 私は、Medi-Calプログラムについて1-800-743-8525 (TTY: 1-800-952-8349)まで電話することにより、緊急の控訴を含む異議を申し立てる方法を見つけることができます。
- 私は、決定通知から90日以内に異議を申し立てる必要があることを知っています。
- 私は、自分自身を代理したり、認定代理人、友人、親戚、または弁護士など、他の誰かに代理人を務めてもらうことができます。
- 私は、対面審問を要求しない限り、すべての審問は電話またはビデオ会議で行われることを知っています。
- 私は、助けが必要な場合は、Medi-Calプログラムが私のケースを説明してくれることを知っています。
- 私は、Medi-Calプログラムの担当者が、異議申し立ての決定まで私の適格性が維持されるか、回復する可能性がある場合、状況を説明できることを知っています。

### **署名:**

署名することで、以下で私が言うことは真実で完全かつ正しいことを宣言します。

- 本申請書を読み、理解しました。
- 私は、本申請書が特定のcoronavirus (COVID-19)検査、検査関連、および治療費用の支払いの支援を受け取るためのものであることを理解しています。Medi-CalまたはCovered Californiaを通じて他の医療給付やサービスを受ける資格があるかどうかを確認するには、[www.coveredca.com](http://www.coveredca.com)で完全な申請を完了する必要があります。

署名	日付
----	----