

ใบสมัคร Health Insurance Premium Payment

(ดูคำชี้แจงเพื่อกรอกข้อมูลที่หน้าหลัง)

ขั้นที่ 1: บอกเราว่าใครที่กำลังสมัคร Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program

1. กรอกชื่อผู้สมัคร	2. กรอกหมายเลขประกันสังคมของผู้สมัคร	3. กรอกหมายเลขโทรศัพท์ของผู้สมัคร
4. กรอกที่อยู่ของผู้สมัคร	กรอกเมืองที่อยู่ของผู้สมัคร	กรอกรัฐที่อยู่ของผู้สมัคร
		กรอกรหัสรัฐไปรษณีย์ของที่อยู่ผู้สมัคร

ขั้นที่ 2: บอกเราเกี่ยวกับกรรมธรรม์ประกันสุขภาพของคุณ

5. กรอกชื่อบริษัทประกัน	6. กรอกวันเริ่มกรรมธรรม์ประกัน
7. กรอกที่อยู่เพื่อวางบิลค่าเบี้ยประกันที่อยู่เพื่อเรียกเก็บค่าเบี้ยประกันทางจดหมาย	กรอกเมืองที่อยู่เพื่อวางบิลค่าเบี้ยประกัน
	กรอกรัฐที่อยู่เพื่อวางบิลค่าเบี้ยประกัน
	กรอกรหัสรัฐไปรษณีย์ของที่อยู่เพื่อวางบิลค่าเบี้ยประกัน
8. กรอหมายเลขกรรมธรรม์ประกัน	9. กรอกจำนวนเบี้ยประกันรวมรายเดือน
	10. กรอกจำนวนคนที่ได้รับการคุ้มครองในกรรมธรรม์ _____
11. กรอกชื่อเจ้าของกรรมธรรม์	12. กรอกหมายเลขประกันสังคมของเจ้าของกรรมธรรม์

ขั้นที่ 3: ข้อกำหนดเรื่องสิทธิ HIPP

13. ผู้สมัครลงทะเบียนใน Medi-Cal ใช่หรือไม่ ใช่ ☐ ไม่ ☐	14. ผู้สมัครลงทะเบียนใน Medi-Cal Managed Care Plan ใช่หรือไม่ ใช่ ☐ ไม่ ☐ ไม่ทราบ ☐
15. ผู้ถือกรรมธรรม์ได้รับคำสั่งจากศาลให้จัดหาประกันสุขภาพใช่หรือไม่ ใช่ ☐ ไม่ ☐	16. ผู้สมัครลงทะเบียนใน Medicare ใช่หรือไม่ ใช่ ☐ ไม่ ☐
17. ผู้ถือกรรมธรรม์ได้รับชำระค่าเบี้ยประกันสุขภาพครบถ้วนแล้วใช่หรือไม่ ใช่ ☐ ไม่ ☐	18. หากเป็นกรณีของ Medi-Cal ผู้สมัครได้รักษากรรมธรรม์ประกันเดิมตั้งแต่ลงทะเบียนครั้งแรกใน Medi-Cal ใช่หรือไม่ ใช่ ☐ ไม่ ☐

หากตอบว่าไม่ในข้อ 14, 15, 16, หรือ 17, ผู้สมัครจะไม่มีสิทธิเข้า HIPP program

หากตอบว่าไม่ในข้อ 13 หรือ 18 ผู้สมัครจะไม่มีสิทธิเข้า HIPP program

ติดต่อ DHCS ที่ HIPP@dhcs.ca.gov หรือ (916) 445-8322 หากมีคำถามเกี่ยวกับข้อกำหนดเรื่องสิทธิ

ข้อมูลสำคัญ: เนื่องด้วยเงื่อนไขเรื่องสิทธิ ผู้รับประโยชน์ทุกคนของ Medi-Cal จะต้องให้สิทธิแก่บริษัทประกันและการสนับสนุนทางการแพทย์ และบุคคลอื่น ๆ ที่จะชำระเงินให้ Medi-Cal program และจะร่วมมือกับ California Department of Health Care Services เพื่อให้ได้มาซึ่งการสนับสนุนหรือการชำระเงินทางการแพทย์ การให้สิทธิเพื่อรับผลประโยชน์นี้จะมีผลต่อบริการต่าง ๆ ที่ Medi-Cal program ชำระเงินไป การให้สิทธิทางการแพทย์นี้จะทำให้ California Department of Health Care Services ได้รับเงินคืนจากบริษัทและกองทุนประกันสุขภาพเมื่อ Medi-Cal program ได้ชำระค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ ซึ่งจะเรียกเก็บจากการคุ้มครองประกันสุขภาพอื่น ๆ โปรดทราบว่าเพื่อปฏิบัติตาม Federal Privacy Act (42 USC, Section 552a) หมายเลขประกันสังคมของคุณและข้อมูลใด ๆ ที่คุณได้ให้ไว้อาจใช้เพื่อติดต่อบริษัทประกัน นายจ้าง และผู้ให้บริการดูแลสุขภาพ รวมถึงสำนักงานประจำเขตเพื่อระบุขอบเขตของการประกันสุขภาพที่มีให้ ตาม Welfare and Institutions Code, Section 14100.2 ข้อมูลใด ๆ ที่ให้ไว้จะถือว่าเป็นข้อมูลลับ และจะเปิดเผยเท่าที่จำเป็นตามจุดประสงค์ด้านการบริหารของ Medi-Cal program เท่านั้น

การมอบอำนาจ: “ข้าพเจ้ามอบอำนาจให้ California Department of Health Care Services ในการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการคุ้มครองประกันสุขภาพของข้าพเจ้าในกรณีที่จำเป็น ซึ่งรวมถึงการชำระเงิน และ/หรือประโยชน์ต่าง ๆ ในการดูแลสุขภาพแทนข้าพเจ้า ซึ่งอาจใช้เพื่อพิจารณาว่า California Department of Health Care Services จะชำระเบี้ยประกันสุขภาพเพื่อให้มีการคุ้มครองต่อไปหรือไม่”

19. กรอกลายเซ็นของผู้สมัครหรือตัวแทนที่ได้รับมอบอำนาจ	กรอกวันที่ลงนามของผู้สมัคร
---	----------------------------

คำชี้แจงเพื่อกรอกใบสมัคร Health Insurance Premium Payment

คำชี้แจงต่อไปนี้มีเพื่อใช้กรอกใบสมัคร Health Insurance Premium Payment

1. ใส่ชื่อเต็มของผู้สมัคร
2. กรอกหมายเลขประกันสังคมเก่าหลักของผู้สมัคร
3. กรอกหมายเลขโทรศัพท์ที่ใช้ติดต่อเวลากลางวันของผู้สมัคร รวมทั้งรหัสพื้นที่
4. กรอกที่อยู่ของผู้สมัคร เมือง รัฐ และรหัสไปรษณีย์
5. กรอกชื่อผู้ให้บริการประกันสุขภาพปัจจุบันของผู้สมัคร
6. กรอกวันเริ่มต้นกรรมสิทธิ์ของกรรมสิทธิ์ประกันสุขภาพที่แสดงรายการไว้ในข้อ 5 และ 8
7. กรอกที่อยู่ เมือง รัฐ และรหัสไปรษณีย์ที่ผู้สมัครส่งการชำระเบี้ยประกันภัยของเขา/เธอไปให้บริษัทประกันภัย
8. กรอกหมายเลขกรรมสิทธิ์ประกันสุขภาพของผู้สมัคร
9. กรอกยอดรวมเบี้ยประกันสุขภาพรายเดือนทั้งหมด
10. กรอกจำนวนผู้ได้รับความคุ้มครองตามกรรมสิทธิ์ตามข้อ 5 และ 8
11. กรอกชื่อเต็มของผู้ถือกรรมสิทธิ์ประกันสุขภาพที่แสดงรายการไว้ในข้อ 5 และ 8 ชื่อนี้จะ เป็นชื่อของบุคคลที่ได้รับกรรมสิทธิ์
12. กรอกหมายเลขประกันสังคมเก่าหลักของผู้ถือกรรมสิทธิ์

13. ระบุว่าปัจจุบันผู้สมัครลงทะเบียนใน Medi-Cal แล้วใช่หรือไม่โดยทำเครื่องหมายที่ช่องใช่หรือไม่ใช่
14. ระบุว่าผู้สมัครลงทะเบียนใน Medi-Cal Managed Care Plan แล้วใช่หรือไม่ โดยทำเครื่องหมายที่ช่องใช่ ไม่ใช่ หรือไม่ทราบ
15. ระบุว่าผู้ถือกรรมธรรม์ได้รับคำสั่งจากศาลให้จัดหาประกันให้ผู้สมัครโดยทำเครื่องหมายที่ช่องใช่หรือไม่ใช่
16. ระบุว่าในปัจจุบันผู้สมัครลงทะเบียนใน Medicare หรือไม่โดยทำเครื่องหมายที่ช่องใช่หรือไม่ใช่
17. ระบุว่าผู้ถือกรรมธรรม์ได้รับเงินชดเชยคืนเต็มจำนวนสำหรับการชำระเบี้ยประกันสุขภาพโดยทำเครื่องหมายที่ช่องใช่หรือไม่ใช่
18. ระบุว่าผู้สมัครมีกรรมธรรม์ประกันสุขภาพประเภทเดียวกันหรือไม่ เนื่องจากพวกเขาลงทะเบียนใน Medi-Cal มาก่อนโดยทำเครื่องหมายที่ช่องใช่หรือไม่ใช่
19. ลงชื่อและกรอกวันที่ที่คุณกรอกแบบฟอร์มนี้เสร็จ

ส่งแบบฟอร์มนี้ทางจดหมายไปที่ Department of Health Care Services, HIPPP Program, MS 4719, PO Box 997425, Sacramento, CA 95899-7422 หากคุณมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการกรอกแบบฟอร์มนี้ โทรไปที่ (916) 445-8322 เวลา 8:00 น. – 5:00 น. ตั้งแต่วันจันทร์ถึงวันศุกร์