



Đơn Yêu Cầu Ghi Danh Chương Trình Hỗ Trợ Thuốc Điều Trị AIDS

Điện thoại: 1 (844) 421-7050 ADAP Fax: 1 (844) 421-8008

Các trường thông tin bắt buộc sẽ được đánh dấu bằng dấu hoa thị ()*

*Các trường thông tin bắt buộc, nếu có, sẽ được đánh dấu bằng hai dấu hoa thị (**)*

ID Khách Hàng _____

Loại đơn đăng ký*: Ban đầu Cập nhật Ghi danh lại Chứng nhận lại/ Xác minh thay đổi

Mục 1 Hồ sơ

Tên gọi* _____ Viết tắt tên đệm _____ Họ* _____

Ngày sinh* _____ Số An Sinh Xã Hội _____

Địa Chỉ Cư Trú _____ Số Căn Hộ _____

Thành Phố* _____ Tiểu Bang* _____ Mã Bưu Chính* _____ Quận _____

Vô gia cư

Chúng tôi có thể gửi thư đến địa chỉ nhà ở này không?*

Có

Không, sử dụng địa chỉ thư tín

Không, sử dụng địa điểm ghi danh

Địa chỉ thư tín* _____ Số Căn Hộ _____

Thành Phố* _____ Tiểu Bang* _____ Mã Bưu Chính* _____ Quận _____

Số Điện Thoại _____

Chúng tôi có thể liên hệ với quý vị theo số điện thoại này không?*

Có

Không

Không áp dụng

Địa chỉ email _____

Chúng tôi có thể liên hệ với quý vị theo địa chỉ email này không?*

Có

Không

Không áp dụng

Mục 2 Nhân Khẩu

Giới tính khi sinh của quý vị là gì?* Nam Nữ Không rõ

Quý vị có đang mang thai không?* Có Không

Giới tính của quý vị là gì?*

Nam Nữ Chuyển giới, Nam sang Nữ

Chuyển giới, Nữ sang Nam Chuyển giới, Không rõ Không rõ

Khuynh hướng tình dục của quý vị là gì?*

Thẳng giới hoặc dị tính đồng tính nữ, đồng tính nam hoặc đồng tính luyến ái Lưỡng tính

Khác, vui lòng nêu rõ _____

Không biết Chọn không tiết lộ

Dân tộc của quý vị là gì?* Gốc Tây Ban Nha (**xem E1**) Không phải gốc Tây Ban Nha

E1. Nếu là gốc Tây Ban Nha, quý vị xác định mình thuộc mục nào? (Chọn tất cả các mục phù hợp)

Người Mexico, Người Mỹ gốc Mexico, Người Chicano/Chicana Người Puerto Rico Người Cuba

Người Tây Ban Nha, Người Bồ Đào Nha, Người Cape Verde Người gốc Tây Ban Nha khác Không áp dụng

Chủng tộc của quý vị là gì? (Chọn tất cả những mục phù hợp)*

Người Da Trắng Người Da Đen hoặc Mỹ gốc Phi Người gốc Á (**Xem R1**)

Người Bản Địa Hawaii/Người Dân Đảo Thái Bình Dương (**Xem R2**) Người Mỹ Da Đỏ Từ chối cung cấp

R1. Nếu là người gốc Á, quý vị xác định mình thuộc mục nào (Chọn tất cả các mục phù hợp)**

Người Ấn Độ gốc Á Người Bangladesh Người Miến Điện Người Campuchia Người Trung Quốc

Người Philippines Người H'Mông Người Indonesia Người Nhật Bản Người Hàn Quốc

Người Malaysia Người Pakistan Người Singapore Người Sri Lanka Người Đài Loan

Người Việt Nam Người Lào Người Thái Người gốc Á khác

R2. Nếu là Người Bản Địa Hawaii/Người Dân Đảo Thái Bình Dương, quý vị xác định mình thuộc mục nào (Chọn tất cả các mục phù hợp)**

Người Fiji Người Guam hoặc Chamorro Người Bản Địa Hawaii

Người Samoa Người Tonga Người Dân Đảo Thái Bình Dương khác

Mục 3 Tình Trạng Lâm Sàng

Tình trạng HIV của quý vị là thế nào?* Dương tính với HIV, chưa phải AIDS Được CDC xác định là AIDS

Tải Lượng Virus _____ Ngày Đo Tải Lượng Virus _____

Số Lượng CD4 _____ Ngày Đo Số Lượng CD4 _____

Mục 4 Hộ Gia Đình

Tình trạng hiện tại của quý vị là gì?* Độc thân Đã kết hôn Đã ly thân hợp pháp

Ly hôn Bạn đời

Quy mô hộ gia đình (Số người bao gồm cả quý vị)* _____

Thu Nhập Hộ Gia Đình Hàng Năm* _____

Năm Có Thu Nhập Hộ Gia Đình (Năm hiện tại hay năm trước)* _____

Mục 5 Bảo Hiểm Sức Khỏe

Bảo hiểm Medi-Cal

Quý vị có ghi danh Medi-Cal không?*

Có, tôi có ghi danh

Tôi đã nộp đơn, nhưng bị từ chối

Không, tôi đã bị hủy ghi danh

Tôi vẫn đang chờ quyết định về tư cách đủ điều kiện tham gia Medi-Cal của mình

Không, tôi chưa bao giờ nộp đơn

Tôi không biết

Nếu chọn "Có, tôi có ghi danh", vui lòng trả lời các câu hỏi sau.**

Quý vị đang ghi danh loại Medi-Cal nào?**

Medi-Cal Mở rộng

Medi-Cal Tiêu chuẩn

Tôi không biết

Nếu chọn "Medi-Cal Mở rộng", vui lòng trả lời các câu hỏi sau.**

Ngày bắt đầu có hiệu lực _____ Ngày hết hiệu lực _____

Số Thẻ Nhận Dạng Quyền Lợi Medi-Cal (BIC) _____

Nếu chọn "Medi-Cal Tiêu chuẩn", vui lòng trả lời các câu hỏi sau**

Ngày bắt đầu có hiệu lực _____ Ngày hết hiệu lực _____

Số Thẻ Nhận Dạng Quyền Lợi Medi-Cal (BIC) _____

Quý vị có Phần Chia Sẻ Chi Phí (SOC) theo Medi-Cal không?

Có

Không

Tôi không biết

Nếu chọn “Không, tôi đã bị hủy ghi danh”, vui lòng trả lời các câu hỏi sau.**

Quý vị đã bị hủy ghi danh loại Medi-Cal nào?**

Medi-Cal Mở rộng

Medi-Cal Tiêu chuẩn

Nếu chọn “Medi-Cal Mở rộng”, vui lòng trả lời các câu hỏi sau.**

Ngày bắt đầu có hiệu lực _____ Ngày hết hiệu lực _____

Quý vị đã nhận được loại hủy ghi danh nào?**

Tôi có thu nhập ở mức hoặc trên 138% Mức Nghèo Liên Bang.

Tôi đủ điều kiện tham gia Medicare.

Tôi có tài sản vượt quá mức.

Tôi đang có việc làm hoặc có khả năng làm việc.

Tôi đang nhận Bảo Hiểm Thất Nghiệp (UI).

Tôi đã bị từ chối trong vòng 12 tháng qua đối với Medi-Cal, Thu Nhập An Sinh Bổ Sung.

(SSI) hoặc Bảo Hiểm Khuyết Tật An Sinh Xã Hội (SSDI).

Khác

Nếu chọn "Tôi vẫn đang chờ quyết định về tư cách đủ điều kiện tham gia Medi-Cal của mình", vui lòng trả lời các câu hỏi sau**

Ngày quý vị nộp đơn tham gia Medi-Cal _____

Bảo Hiểm Medicare

Quý vị có đủ điều kiện tham gia Medicare không?*

Có

Không

Nếu chọn "Có", vui lòng trả lời các câu hỏi sau.**

Quý vị có ghi danh Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe Medicare Phần D không?

Có, tôi có ghi danh

Không, tôi đã bị hủy ghi danh

Không, tôi chưa bao giờ nộp đơn

Nếu chọn "Có, tôi có ghi danh" hoặc "Không, tôi đã bị hủy ghi danh", vui lòng trả lời các câu hỏi sau.**

Ngày Bắt Đầu Ghi Danh Chương Trình Medicare Phần D _____

Ngày Kết Thúc Ghi Danh Chương Trình Medicare Phần D _____

Bảo Hiểm Tư Nhân

Quý vị có ghi danh bảo hiểm tư nhân không?*

Có, tôi có ghi danh

Không, tôi không ghi danh

Không, chương trình bảo hiểm của tôi đã bị chấm dứt

Nếu chọn "Có, tôi có ghi danh" hoặc "Không, tôi không ghi danh", vui lòng trả lời các câu hỏi sau.**

Quý vị đã ghi danh loại bảo hiểm sức khỏe nào? Nếu chương trình bảo hiểm của quý vị đã bị chấm dứt, quý vị đã ghi danh loại bảo hiểm sức khỏe nào?

Chương trình bảo hiểm sức khỏe được tham gia thông qua Covered CA

Chương trình bảo hiểm tư nhân được tham gia thông qua nhà cung cấp hoặc công ty môi giới bảo hiểm sức khỏe

Chương trình bảo hiểm sức khỏe thông qua chủ lao động

Bảo hiểm tư nhân thông qua Vợ/chồng hoặc Người khác

Bảo hiểm tư nhân thông qua Chương Trình Chăm Sóc Sức Khỏe Hành Chính Cho Cựu Chiến Binh (ví dụ: Tricare)

COBRA hoặc Cal-COBRA

Khác, vui lòng chỉ rõ loại chương trình bảo hiểm sức khỏe _____

Tên Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe _____ ID Thành Viên _____

Ngày Bắt Đầu Chương Trình _____ Ngày Kết Thúc Chương Trình _____

Mục 6 Bảo Hiểm

Quý vị có muốn được hỗ trợ về phí bảo hiểm không?*

Có, tôi muốn được hỗ trợ về phí bảo hiểm sức khỏe của mình.

Có, tôi muốn được hỗ trợ về phí bảo hiểm Medicare Phần D của mình. Nếu được chọn, tư cách điều kiện đủ để thanh toán phí bảo hiểm Medicare Mục D và ngày bắt đầu thanh toán sẽ được xác định bằng cách sử dụng thông tin ghi danh Medicare từ Mục 5.

Không, tôi không muốn được hỗ trợ.

Lưu ý

- Phải tham gia chương trình HIPD về hỗ trợ thanh toán phí bảo hiểm sức khỏe thì mới được hỗ trợ về phí bảo hiểm nha khoa và nhãn khoa.
- Chương trình HIPD không hỗ trợ các chương trình bảo hiểm nhãn khoa độc lập. Phí bảo hiểm nhãn khoa phải được bao gồm trong phí bảo hiểm sức khỏe hoặc nha khoa.
- Những cá nhân nhận được 100% Trợ Giúp Bổ Sung/Trợ Cấp Thu Nhập Thấp (LIS) đầy đủ sẽ không đủ điều kiện tham gia Chương Trình Thanh Toán Phí Bảo Hiểm Medicare Phần D.

Nếu chọn “Có, tôi muốn được hỗ trợ về phí bảo hiểm sức khỏe”, vui lòng trả lời các câu hỏi sau**

Y tế

Tên của Bên Được Nhận Thanh Toán Bảo Hiểm Sức Khỏe?**

Anthem Blue Cross

Blue Shield of California

Blue Shield of California Small Group

Conexis

Health Net

Kaiser

La Care and Local Initiative

Molina Health Care of California

Delta Dental of California

Premier Access

Khác, vui lòng nêu rõ tên của bên được nhận thanh toán bảo hiểm sức khỏe khác _____

Loại Hợp Đồng Bảo Hiểm**:

Cá nhân

Gia đình

Số tiền phí bảo hiểm ròng của quý vị là bao nhiêu? _____

ID Thành Viên/Số ID Người Đăng Ký _____

Số Tài Khoản (nếu có) _____

Số Hiệu Hợp Đồng Bảo Hiểm/Số Hiệu Nhóm (nếu có) _____

Phí bảo hiểm của quý vị phải đóng bao lâu một lần?

Hàng tháng

Hai tháng một lần

Hàng quý

Hàng năm

Ngày Bắt Đầu Chương Trình _____ Ngày Kết Thúc Chương Trình _____

Loại bảo hiểm:

Covered CA

Tự nhân

COBRA

Cal-COBRA

Khác

Nếu chọn “Covered CA”, vui lòng trả lời các câu hỏi sau**

Tổng số tiền phí bảo hiểm hàng tháng của quý vị là bao nhiêu? _____

Mức Tín Thuế Phí Bảo Hiểm Trả Trước tối đa là bao nhiêu? _____

Số tiền Tín Thuế Phí Bảo Hiểm Trả Trước tối đa mà quý vị đang nhận là bao nhiêu?

Quý vị đã chọn gói kim loại nào của Covered CA? Đồng Bạc Vàng Bạch kim

Nha Khoa

Có, tôi muốn nhận hỗ trợ về nha khoa. Nếu được chọn, vui lòng trả lời các câu hỏi sau đây. **

Tên của Bên Được Nhận Thanh Toán Bảo Hiểm Nha Khoa?

Anthem Blue Cross

Blue Shield of California

Blue Shield of California Small Group

Conexis

Health Net

Kaiser

La Care and Local Initiative

Molina Health Care of California

Delta Dental of California

Premier Access

Khác, vui lòng nêu rõ tên của bên được nhận thanh toán bảo hiểm sức khỏe khác _____

Loại Hợp Đồng Bảo Hiểm: Cá nhân Gia đình

Số tiền phí bảo hiểm ròng của quý vị là bao nhiêu? _____

ID Thành Viên/Số ID Người Đăng Ký _____

Số Tài Khoản (nếu có) _____

Số Hiệu Hợp Đồng Bảo Hiểm/Số Hiệu Nhóm (nếu có) _____

Phí bảo hiểm của quý vị phải đóng bao lâu một lần?

Hàng tháng

Hai tháng một lần

Hàng quý

Hàng năm

Ngày Bắt Đầu Chương Trình _____ Ngày Kết Thúc Chương Trình _____

Nhãn khoa

Có, tôi muốn nhận hỗ trợ về nhãn khoa. Nếu được chọn, vui lòng trả lời các câu hỏi sau đây.**

Lưu ý: Các chương trình bảo hiểm nhãn khoa độc lập không được bảo hiểm. Bảo hiểm nhãn khoa phải được kết hợp với Bảo Hiểm Y Tế hoặc Bảo Hiểm Nha Khoa thì mới được bảo hiểm.

Tên của Bên Được Nhận Thanh Toán Bảo Hiểm Nhãn Khoa?

Anthem Blue Cross

Blue Shield of California

Blue Shield of California Small Group

Conexis

Health Net

Kaiser

La Care and Local Initiative

Molina Health Care of California

Delta Dental of California

Premier Access

Khác, vui lòng nêu rõ tên của bên được nhận thanh toán bảo hiểm sức khỏe khác _____

Loại Hợp Đồng Bảo Hiểm:

Cá nhân

Gia đình

Phí bảo hiểm của quý vị phải đóng bao lâu một lần?

Hàng tháng

Hai tháng một lần

Hàng quý

Hàng năm

Ngày Bắt Đầu Chương Trình _____ Ngày Kết Thúc Chương Trình _____

Mục 7 Đọc Và Ký Vào Đơn Đây

Đơn Yêu Cầu Thời Gian Tiếp Cận Tạm Thời (TAP)

Để yêu cầu thời gian tiếp cận tạm thời, đương đơn/khách hàng không cung cấp tài liệu chứng minh tư cách đủ điều kiện phải hoàn tất phần điền thông tin bên dưới.

Vui lòng điền thông tin vào các mục của đơn bên dưới:

Giấy Tờ Chứng Minh Danh Tính

Tôi sẽ cung cấp giấy tờ chứng minh danh tính cho nhân viên Ghi Danh ADAP của mình.

Giấy Tờ Chứng Minh Tình Trạng Cư Trú Tại California

Tôi sẽ cung cấp giấy tờ chứng minh tình trạng cư trú tại California cho nhân viên Ghi Danh ADAP của mình.

Mẫu Đơn Chẩn Đoán

Tình trạng dương tính với HIV CỦA TÔI khiến tôi đủ điều kiện tham gia chương trình ADAP. Tôi sẽ cung cấp cho nhân viên ghi danh ADAP của mình Mẫu Đơn Chẩn Đoán đã điền đầy đủ, thư của bác sĩ hoặc các giá trị xét nghiệm bao gồm Tải Lượng Virus và Số Lượng CD4 gần đây, nếu có.

Thu nhập

Tôi sẽ cung cấp giấy tờ chứng minh thu nhập hộ gia đình cho nhân viên Ghi Danh ADAP của mình.

Giấy Tờ Chứng Minh Quyết Định Medi-Cal

Tôi sẽ nộp đơn và cung cấp giấy tờ chứng minh quyết định đủ điều kiện ghi danh Medi-Cal cho nhân viên ghi danh ADAP của mình.

Bằng việc ký tên dưới đây, tôi theo đây xác nhận rằng các thông tin đã cung cấp ở trên là đúng sự thật, chính xác và đầy đủ. Tôi hiểu rằng tôi có thời gian tiếp cận tạm thời để cung cấp các tài liệu cần thiết chứng minh thông tin về tư cách đủ điều kiện ADAP của tôi như đã nêu trên, và việc không tuân thủ trong thời gian tiếp cận tạm thời được cho phép này sẽ dẫn đến việc tôi không đủ điều kiện cho đến khi cung cấp được bằng chứng cần thiết. Tôi cũng hiểu rằng ADAP có quyền yêu cầu tài liệu xác minh bổ sung nếu tài liệu đã nộp có biểu hiện không thống nhất hoặc không chính xác. Tôi đồng ý thông báo kịp thời cho chương trình về bất kỳ thay đổi nào liên quan đến thu nhập, tình trạng cư trú hoặc bảo hiểm sức khỏe của tôi. Tôi hiểu rằng việc không cung cấp thông tin chính xác hoặc cố tình bỏ sót thông tin có thể dẫn đến việc đình chỉ hoặc chấm dứt dịch vụ, đồng thời tôi có thể phải chịu trách nhiệm tài chính đối với bất kỳ dịch vụ nằm trong diện cung cấp nào mà tôi đã nhận được.

Chữ ký của đương đơn hoặc đại diện theo chỉ định được ADAP chấp thuận

Ngày

Mục 7 Đọc Và Ký Vào Đơn Này (Tiếp theo)

Bộ Luật Hình Sự và Đạo Luật Khiếu Nại Sai Sự Thật California

Nếu cố tình cung cấp tài liệu không chính xác hoặc sai sự thật, khách hàng của ADAP có thể vi phạm các điều luật trong Bộ Luật Hình Sự và Đạo Luật Khiếu Nại Sai Sự Thật California.

Bằng việc ký tên dưới đây, tôi đồng ý rằng, theo hiểu biết tốt nhất của mình, tôi đã cung cấp thông tin chính xác và đúng sự thật khi nộp đơn hoặc gửi thông tin chứng minh tư cách đủ điều kiện hoặc yêu cầu bồi thường cho ADAP.

Lưu ý: Khách hàng cũng cần nộp Mẫu Đơn Chứng Thực Của Khách Hàng, Mẫu Đơn Đồng Thuận và tất cả tài liệu chứng minh kèm theo.

Chữ ký của đương đơn hoặc đại diện theo chỉ định được ADAP chấp thuận

Ngày

Mục 8 Thông Tin Về Nhân Viên Ghi Danh ADAP

Tên Của Nhân Viên Ghi Danh* _____

Số điện thoại* _____ Địa chỉ email* _____

Tên Địa Điểm Ghi Danh* _____

Số Địa Điểm Ghi Danh* _____ Quận* _____