



## 艾滋病药物援助计划注册申请

电话: 1 (844) 421-7050 ADAP 传真: 1 (844) 421-8008

带星号(\*)的字段为必填项。

带双星号(\*\*)的字段为适用时必填项。

客户ID \_\_\_\_\_

申请类型\*:    初始申请    更新    重新注册    重新认证/含变更的自我验证表格(SVF)

### 第1部分    个人资料

名\* \_\_\_\_\_ 中间名首 \_\_\_\_\_ 字母姓\* \_\_\_\_\_

出生日期\* \_\_\_\_\_ 社会安全号码 \_\_\_\_\_

居住地 \_\_\_\_\_ 址公寓号 \_\_\_\_\_

城市\* \_\_\_\_\_ 州\* \_\_\_\_\_ 邮编\* \_\_\_\_\_ 县 \_\_\_\_\_

无家可归

我们可以向此居住地址发送邮件吗? \*

是

否, 使用邮寄地址

否, 使用注册地点

邮寄地址\* \_\_\_\_\_ 公寓号 \_\_\_\_\_

城市\* \_\_\_\_\_ 州\* \_\_\_\_\_ 邮编\* \_\_\_\_\_ 县 \_\_\_\_\_

电话号码 \_\_\_\_\_

我们可以通过此电话号码联系您吗? \*

是

否

不适用

电子邮件地址 \_\_\_\_\_

我们可以通过此电子邮件地址联系您吗? \*

是

否

不适用

## 第2部分人口统计信息

您的出生性别是?*	男	女	未知	
您是否怀孕?*	是	否		
您的性别是?*	男	女	跨性别(男变女)	
	跨性别(女变男)	跨性别(未知)	未知	
您的性取向是?*	异性恋	女同性恋、男同性恋或同性恋	双性恋	
	其他, 请说明_____			
	不知道	选择不透露		
您的种族裔是?*	西班牙裔/拉丁裔(参见E1)	非西班牙裔/拉丁裔		
E1.如果是西班牙裔/拉丁裔, 您将自己视为哪一族裔/种族?*(可多选)				
墨西哥裔、墨西哥裔美国人、奇卡诺/奇卡娜	波多黎各裔	古巴裔		
西班牙裔、葡萄牙裔、佛得角裔	其他西班牙裔	不适用		
您的种族是?(可多选)*	白人	黑人或非裔美国人	亚裔(参见R1)	
	夏威夷原住民/太平洋岛民(参见R2)	美洲印第安人	拒绝提供	
R1.如果是亚裔, 您将自己视为哪一族裔/种族(可多选)**				
印度裔	孟加拉国裔	缅甸裔	柬埔寨裔	中国裔
菲律宾裔	苗族	印度尼西亚裔	日本裔	韩国裔
马来西亚裔	巴基斯坦裔	新加坡裔	斯里兰卡裔	台湾裔
越南裔	老挝裔	泰国裔	其他亚裔	
R2.如果是夏威夷原住民/太平洋岛民, 您将自己视为哪一族裔/种族?(可多选)				
斐济人	关岛人或查莫罗人	夏威夷原住民		
萨摩亚人	汤加人	其他太平洋岛民		

### 第3部分:临床信息

您的HIV感染状况如何?\*

HIV阳性,但未患艾滋病

CDC定义的艾滋病

病毒载量\_\_\_\_\_量病毒载量检测日期\_\_\_\_\_

CD4计数\_\_\_\_\_CD4计数检测日期\_\_\_\_\_

### 第4部分:家庭情况

您目前的婚姻状况是?\*

单身

已婚

分居

离婚

同居伴侣关系

家庭人数(包括您自己)\* \_\_\_\_\_

家庭年收入\* \_\_\_\_\_

家庭收入年份(当年或上一年)\* \_\_\_\_\_

### 第5部分:医疗保险

#### Medi-Cal保险

您是否已加入Medi-Cal?\*

是,我已加入

我已申请,但被拒绝

否,我已退出Medi-Cal

我仍在等待Medi-Cal资格审核结果

否,我从未申请过

我不知道

如果您选择“是,我已加入”,请回答以下问题.\*\*

您加入的是哪种类型的Medi-Cal?\*\*

Medi-Cal扩展计划

标准Medi-Cal

我不知道

如果您选择“Medi-Cal扩展计划”,请回答以下问题.\*\*

生效开始日\_\_\_\_\_期生效结束日期\_\_\_\_\_

Medi-Cal福利身份卡(BIC)号码\_\_\_\_\_

如果您选择“标准Medi-Cal”,请回答以下问题\*\*

生效开始\_\_\_\_\_日期生效结束日期\_\_\_\_\_

Medi-Cal福利身份卡(BIC)号码\_\_\_\_\_

您是否有Medi-Cal费用分担(SOC)?

是

否

我不知道

如果您选择“否,我已退出Medi-Cal”,请回答以下问题.\*\*

您退出的是哪种类型的Medi-Cal?\*\*

Medi-Cal扩展计划

标准Medi-Cal

如果您选择“Medi-Cal扩展计划”,请回答以下问题.\*\*

生效开\_\_\_\_\_始日期生效结束日期\_\_\_\_\_

您收到的退保类型是什么?\*\*

我的收入达到或超过联邦贫困线的138%。

我符合Medicare资格。

我的资产超过规定标准。

我就业或有工作能力。

我正在领取失业保险金(UI)。

我在过去12个月内被Medi-Cal、补充保障收入  
(SSI)或社会安全残疾保险(SSDI)拒绝。

其他

如果您选择“我仍在等待Medi-Cal资格审核结果”,请回答以下问题\*\*

Medi-Cal申请日期\_\_\_\_\_

## Medicare保险

您是否具有Medicare资格?\*                      是                      否

如果您选择“是”,请回答以下问题.\*\*

您是否已加入Medicare D部分健康计划?

是,我已加入

否,我已退出

否,我从未申请过

如果您选择“是,我已加入”或“否,我已退出”,请回答以下问题.\*\*

Medicare D部分计划加入开始日期\_\_\_\_\_

Medicare D部分计划加入结束日期\_\_\_\_\_

## 私人保险

您是否已加入私人保险?\*

是,我已加入

否,我未加入

否,我的保险计划已终止

如果您选择“是,我已加入”或“否,我未加入”,请回答以下问题。\*\*

您加入的是哪种类型的健康保险计划?如果您的计划已终止,您之前参加的是哪种健康保险?

通过Covered CA获得的健康保险计划

通过健康保险公司或经纪人获得的私人保险计划

通过雇主获得的健康保险计划

通过配偶或其他人获得的私人保险

通过退伍军人管理医疗保健(VA)获得的私人保险(例如Tricare)

COBRA或Cal-COBRA

其他,请具体说明健康保险计划类型\_\_\_\_\_

健康保险计划名称\_\_\_\_\_会员ID\_\_\_\_\_

计划开始\_\_\_\_\_日期计划结束日期\_\_\_\_\_

## 第6条 保险

您是否需要保费援助?\*

是的,我需要健康保险保费援助。

是的,我需要Medicare D部分保费援助。如果选择此项,将根据第5节中的Medicare注册信息确定Medicare D部分保费支付资格和付款开始日期。

不,我不需要援助。

备注

- HIPPI计划必须先提供医疗保费援助,才能提供牙科和视力保费援助。
- HIPPI计划不提供单独的视力计划援助。视力保费必须包含在医疗或牙科健康保险账单中。
- 已享受100%额外补助/全额低收入补贴(LIS)的个人不符合Medicare D部分保费支付计划资格

如果您选择“是,我需要健康保险保费援助”,请回答以下问题\*\*

## 医疗

健康保险收款人名称?\*\*

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

其他,请说明其他健康保险收款人名称\_\_\_\_\_

保单类型\*\*:                      个人                      家庭

您的净保费金额是多少?\_\_\_\_\_

会员ID/参保人ID\_\_\_\_\_

账号(如适用)\_\_\_\_\_

保单号/团体号(如适用)\_\_\_\_\_

您的保费支付周期是?

每月

双月

每季度

每年

计划开始日期\_\_\_\_\_计划结束日期\_\_\_\_\_

保险类型:

Covered CA

私人保险

COBRA

Cal-COBRA

其他

如果您选择“Covered CA”,请回答以下问题\*\*

您的每月保费总额是多少?\_\_\_\_\_

最高预付保费税收抵免额是多少?\_\_\_\_\_

您使用的最高预付保费税收抵免额是多少?\_\_\_\_\_

您选择了哪个Covered CA保障等级?                      铜级                      银级                      金级                      白金级

## 牙科

是的,我希望获得牙科援助。如果勾选,请回答以下问题。\*\*

牙科保险收款人名称?

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

其他,请说明其他健康保险收款人名称\_\_\_\_\_

保单类型:            个人            家庭

您的净保费金额是多少?\_\_\_\_\_

会员ID/参保人ID\_\_\_\_\_

账号(如适用)\_\_\_\_\_

保单号/团体号(如适用)\_\_\_\_\_

您的保费支付周期是?

每月

双月

每季度

每年

计划开始日期\_\_\_\_\_ 计划结束日期\_\_\_\_\_

## 视力

是的,我希望获得视力援助。如果勾选,请回答以下问题。\*\*

注意:不承保单独的视力计划。视力保险必须与医疗或牙科保险捆绑才能获得承保。

视力保险收款人名称?

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

其他,请说明其他健康保险收款人名称\_\_\_\_\_

保单类型:            个人                      家庭

您的保费支付周期是?

每月

双月

每季度

每年

计划开始日期\_\_\_\_\_计划结束日期\_\_\_\_\_



## 第7部分阅读并签署本申请

### 临时访问期(TAP)申请

若要申请临时访问期, 未能提供支持性资格证明文件的申请人/客户必须填写以下信息。

请填写以下申请部分:

#### 身份证明

本人承诺向ADAP注册工作人员提供有效身份证明文件。

#### 加州居住证明

本人承诺向ADAP注册工作人员提供有效的加州居住证明文件。

#### 诊断表

本人因HIV阳性状态符合ADAP计划的申请资格。本人承诺向ADAP注册工作人员提供完整的诊断表格、医生证明或相关实验室检查报告(如适用, 需包含最新的病毒载量和CD4检测结果)。

#### 收入

本人承诺向ADAP注册工作人员提供家庭收入证明文件。

#### Medi-Cal资格证明

本人将申请Medi-Cal并向ADAP注册工作人员提供Medi-Cal资格证明文件。

本人签署以下内容, 特此证明以上信息真实、准确且完整。本人知悉将获得临时访问期, 在此期间需提交必要文件以确认ADAP资格。若未能在规定期限内提供所需文件, 将失去资格, 直至补交完整证明为止。本人理解如提交文件存在不一致或不准确之处, ADAP有权要求补充其他验证材料。本人承诺及时向项目方报告收入、住址及医疗保险状况的任何变更。本人知悉, 提供不实信息或故意隐瞒信息可能导致服务中断或终止, 并可能需要为已获得的承保服务承担相应费用。

---

申请人或ADAP认可的指定代理人签名

---

日期

## 第7部分阅读并签署申请(续)

### 《刑法》和《加州虚假索赔法》

故意提供不准确或虚假文件的ADAP客户可能违反多项《刑法》条款和《加州虚假索赔法》。

我在下方签字, 确认就我所知, 我在申请ADAP或提交资格或索赔信息时, 提供的信息均真实准确。

请注意: 客户还需要提交客户声明表、同意书和所有支持文件。

---

申请人或ADAP认可的指定代理人签名

---

日期

## 第8部分ADAP登记工作人员信息

登记工作人员姓名\* \_\_\_\_\_

电话号码\* \_\_\_\_\_ 电子邮件地址\* \_\_\_\_\_

登记站点名称\* \_\_\_\_\_

登记站点编号\* \_\_\_\_\_ 县\* \_\_\_\_\_