보건복지부 캘리포니아 공중 보건국

에이즈 약물 지원 프로그램(AIDS Drug Assistance Program; ADAP)
건강보험료 지불 지원 프로그램
부분 지불 계약

건강 보험료가 프로그램 지급 한도를 초과하는 신청자의 경우 다음 정보가 필요합니다.

I. 신청 정보

이름 _____ 중간 이니셜 _____ 성 _____

생년월일 _____ 피보호자 ID _____

주거 주소 (번호, 거리, 아파트 번호) _____

시 _____ 주_____ 우편번호 _____ 카운티 _____

우편 주소(주거지 주소와 다른 경우) _____

시 _____ 주 _____ 우편번호 _____ 카운티 _____

전화번호(주거지) _____ 전화번호 (대체) _____

II. 현재 보험 플랜 정보

(청구서 사본을 첨부해야 합니다)

수취인 이름 _____ 수취인 연락처 이름 _____

주소 _____

시 _____ 주 _____ 우편번호 _____

수취인 전화번호 _____ 수취인 연방세금 ID 번호 _____

회원 ID/보험 번호 _____ 월 보험료 _____

유효 날짜 _____ 월간 프로그램 한계 **$2996.00** _____

피보호자 월별 납부금 _____

III. 증명

이 양식에 기재된 정보는 2009 년 Ryan White HIV/AIDS 치료 연장법(공법 111-87)에 따른 혜택 자격을 판단하기 위해 수집되었으며, 캘리포니아 공중보건국(CDPH) AIDS 사무국(OA)에서 요구하는 사항입니다. 이 정보는 보험 지원 자격을 결정하는 데 사용될 수 있습니다. 필수 정보를 제공하지 못할 경우 신청서가 처리되지 않을 수 있습니다. 법률에서 접근을 면제하지 않는 한, 귀하는 CDPH 가 보관하는 귀하의 개인 정보를 검토할 권리가 있습니다. 정보에 접근하려면 CDPH, OA-HIPP 프로그램, MS 7704, P.O. Box 997426, Sacramento, CA 95899-7426 에 연락하거나 전화(844) 421-7050 으로 연락하십시오.

III. 증명 계속

저는 월 건강 보험료가 건강 보험료 지불 지원 프로그램 한도를 초과하는 신청자이며, 월 보험료 금액과 프로그램 한도 간의 차액을 지불할 재정적 책임이 있음을 이해합니다.

지불을 하기 전에 이 양식 사본을 팩스(844) 421-8008 로 CDPH 에 제출해야 함을 이해합니다.

다음 방법 중 하나를 사용하여 결제할 수 있음을 이해합니다.

- **Pool Administrators, Inc./CDPH 를 수령인**으로 하는 수표, 전신환 또는 개인 수표를 우편으로 발송(피보호자는 개인 수표 제출 시 자금이 부족하여 발생하는 모든 수수료를 책임져야 합니다). 보낼 주소 **Pool Administrators, Inc.(PAI): 628 Hebron Avenue, Suite 502, Glastonbury, CT 06033.**
- PayPal 을 사용하는 전자적 지불:
    1. **www.paypal.com** 에서 계정 생성**.**
    2. **돈** 선택
    3. **돈 보내기 또는 돈 요청** 선택
    4. **상품 또는 서비스에 대한 지불** 선택
    5. **CDPH_CA_PAY@pooladmin.com** 을 입력하고 **다음**을 선택
    6. 결제방법을 선택하고 부분 결제금액 입력
    7. 송금 주소 확인**:628 Hebron Ave., Suite 502, Glastonbury, CT 06033**
    8. **지금 결제 보내기** 선택

    PayPal 을 사용하여 전자 결제에 추가 지원이 필요한 경우 (877) 495-0990 으로 PAI 에 문의하세요.

제가 받는 몫은 월 보험료와 프로그램 한도액의 차이임을 인지합니다. **저는 매달 후속 지불을 할 것이며, 지불은 매월 1 일까지 완료되어야 함을 알고 있습니다.** 보험료가 인상되는 경우, PAI 에 통지하고 새로운 보험료 금액을 반영한 새로운 청구서와 부분 지불 계약서를 제출하겠습니다.

저는 PAI 가 제가 지불한 보험료를 받기 전까지는 저를 대신하여 보험료를 지불하지 않는다는 것을 이해합니다.

제가 책임져야 할 보험료를 납부하지 못할 경우 건강보험료 납부 지원 프로그램에서 해지되고 더 이상 보험료 납부 지원을 받을 수 없게 된다는 사실을 이해합니다.

아래에 서명함으로써, 저는 위의 정보가 사실이며, 정확하고 완전함을 증명합니다. 보험료의 변경 사항이 있을 경우 즉시 ADAP에 통보하는 데 동의합니다. 정확한 정보를 제공하지 못하거나 고의로 정보를 생략할 경우 서비스가 중단되거나 종료될 수 있으며, 제공된 모든 서비스에 대해 재정적으로 책임을 져야 할 수 있음을 이해합니다.

계약 조건:

1. 피보호자 몫은 매월 1 일까지 PAI 에 제출됩니다.
2. 결제는 PAI 를 수령인으로 진행됩니다.
3. 모든 보험료 금액 조정 사항은 PAI 에 통보됩니다.

신청자 서명 _____ 날짜 _____