AIDS Drug Assistance Program (ADAP)
Mga Programang Pantulong kaugnay ng Pagbabayad sa Health Insurance Premium
KASUNDUAN SA BAHAGYANG PAGBABAYAD

Kailangan ang sumusunod na impormasyon para sa mga aplikanteng may mga health insurance premium na lumampas sa mga limitasyon sa pagbabayad sa Programa.

I. Impormasyon ng Aplikante

Pangalan _____ Gitnang Inisyal _____ Apelyido _____

Petsa ng Kapanganakan _____ ID ng Kliyente _____

Address ng Tirahan (Numero, Kalye, Numero ng Apartment)

Lungsod _____ Estado_____ Zip Code _____ County _____

Address para sa Koreo (kung iba sa address ng tirahan) _____

Lungsod _____ Estado_____ Zip Code _____ County _____

Numero ng Telepono (Tirahan) _____ Numero ng Telepono (Alternatibo) _____

II. Impormasyon sa Kasalukuyang Plano ng Insurance

(dapat maglakip ng kopya ng iyong billing statement)

Pangalan ng Babayaran (Payee) _____ Pangalan ng Kontak ng Babayaran (Payee) _____

Address _____

Lungsod _____ Estado _____ Zip Code _____

Numero ng Telepono ng Babayaran (Payee) _____ Numero ng Federal Tax ID ng Babayaran (Payee) _____

ID ng Miyembro/Numero ng Polisa _____ Halaga ng Buwanang Premium _____

Petsa ng pagiging epektibo _____ Buwanang Limitasyon (Threshold) sa Programa **$2996.00** _____

Bahaging Bababayaran Kada Buwan ng Kliyente _____

III. Sertipikasyon

Tandaan na ang impormasyon sa form na ito ay kinokolekta upang matiyak ang pagiging kwalipikado para sa mga benepisyo sa ilalim ng Ryan White HIV/AIDS Treatment Extension Act of 2009 (Public Law 111-87) at iniaatas ng California Department of Public Health (CDPH), Office ng AIDS (OA). Maaaring gamitin ang impormasyon upang matiyak ang pagiging kwalipikado para sa tulong kaugnay ng insurance. Ang hindi pagbigay ng mandatoryong impormasyon ay maaaring magresulta sa hindi pagproseso ng aplikasyon. May karapatan kang suriin ang impormasyong pinananatili ng CDPH maliban kung ang pag-akses ay hindi nasasaklaw ng Batas. Para maakses ang impormasyon, makipag-ugnayan sa CDPH, OA-HIPP Program, MS 7704, P.O. Box 997426, Sacramento, CA 95899-7426, o sa pamamagitan ng telepono sa (844) 421-7050.

III. Sertipikasyon (nagpapatuloy)

Nauunawaan ko na isa akong aplikante na may buwanang health insurance premium na lampas sa limitasyon sa Programang Pantulong kaugnay ng Pagbabayad ng Health Insurance Premium at may pananagutang pinansiyal ako na bayaran ang natitira sa pagitan ng buwanang halaga ng premium at ng limitasyon sa programa.

Naiintindihan ko na bago magpadala ng bayad, kailangan kong magsumite ng kopya ng form na ito sa CDPH sa pamamagitan ng fax (844) 421-8008.

Nauunawaan ko na maaari akong magbayad gamit ang isa sa mga sumusunod na paraan:

- Ipadala sa koreo ang isang cashier's check, money order, o personal na tseke (sagot ng kliyente ang anumang mga bayarin na may kaugnayan sa kulang na pondo kapag nagpapadala ng personal na tseke), **na nakapangalan sa Pool Administrators, Inc./CDPH**, sa Pool Administrators, Inc. (PAI) sa sumusunod na address: **628 Hebron Avenue, Suite 502, Glastonbury, CT 06033.**

- Ipadala ang bayad sa elektronikong paraan gamit ang PayPal:
    1. Gumawa ng account sa **www.paypal.com.**
    2. Piliin ang **Pera**
    3. Piliin ang **Magpadala o humiling ng Pera**
    4. Piliin ang **Magbayad para sa Mga Produkto o Serbisyo**
    5. Ilagay ang **CDPH_CA_PAY@pooladmin.com** at Piliin ang **Susunod**
    6. Piliin ang iyong paraan ng pagbabayad at ilagay ang bahagyang babayarang halaga
    7. Beripikahin ang address na padadalhan: **628 Hebron Ave., Suite 502, Glastonbury, CT 06033**
    8. Piliin ang **Magpadala ng Bayad Ngayon**

    Makipag-ugnayan sa PAI sa (877) 495-0990 kung kailangan mo ng karagdagang tulong sa pagpapadala ng bayad sa elektronikong paraan gamit ang PayPal.

Naiintindihan ko na ang bahaging babayaran ko ay ang natitira sa pagitan ng buwanang halaga ng premium at limitasyon sa programa. **Magpapadala ako ng kasunod na mga bayad kada buwan at nauunawaan ko na dapat gawin ang mga pagbabayad sa unang araw ng bawat buwan.** Kung sakaling tumaas ang halaga ng premium, aabisuhan ko ang PAI at magsusumite ng bagong billing statement at form ng Kasunduan sa Bahagyang Pagbabayad na ipinakikita ang bagong halaga ng premium.

Naiintindihan ko na hindi magbabayad ng insurance premium ang PAI para sa akin hanggang sa matanggap ang bahaging babayaran ko sa premium.

Nauunawaan ko na tatanggalin ako mula sa Programang Pantulong Kaugnay ng Health Insurance Premium (Health Insurance Premium Payment Assistance Program) at hindi na kwalipikadong tumanggap pa ng tulong sa pagbabayad ng premium kung hindi ko mababayaran ang bahagi ng premium na pananagutan ko.

Sa pamamagitan ng paglagda sa form na ito, pinatutunayan ko na ang impormasyon sa itaas ay totoo, tumpak, at kumpleto. Sumasang-ayon akong ipaalam agad sa ADAP ang anumang pagbabago sa aking insurance premium. Nauunawaan ko na ang kabiguang magbigay ng tumpak na impormasyon o sadyang hindi pagbigay ng impormasyon ay maaaring magresulta sa pagsususpinde o pagwawakas ng mga serbisyo at maaari akong magkaroon ng pananagutang pinansiyal para sa anumang mga sakop na serbisyong nakuha.

Mga Tuntunin ng Kasunduan:

1. Ipadadala sa PAI ang bahaging babayaran ng Kliyente sa unang araw ng bawat buwan.
2. Ang mga pagbabayad ay ipapangalan sa PAI.
3. Aabisuhan ang PAI tungkol sa lahat ng pagsasaayos ng halaga ng premium.

Lagda ng Aplikante _____ Petsa _____