Chương Trình Hỗ Trợ Thuốc Điều Trị AIDS (ADAP)
Các Chương Trình Hỗ Trợ Thanh Toán Phí Bảo Hiểm Sức Khỏe
THỎA THUẬN THANH TOÁN MỘT PHẦN

Những thông tin sau đây là bắt buộc đối với những đương đơn có phí bảo hiểm sức khỏe vượt quá giới hạn thanh toán của Chương Trình.

I. Thông Tin Về Đương Đơn

Tên gọi _____ Viết tắt tên đệm _____ Họ _____

Ngày sinh _____ ID Khách Hàng _____

Địa chỉ cư trú (Số nhà, Đường, Số căn hộ) _____

Thành Phố _____ Tiểu Bang_____ Mã Bưu Chính _____ Quận _____

Địa chỉ thư tín (nếu khác với địa chỉ cư trú) _____

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

Số điện thoại (Nơi cư trú) _____ Số điện thoại (Thay thế) _____

II. Thông Tin Về Chương Trình Bảo Hiểm Hiện Tại

(phải đính kèm một bản sao sao kê hóa đơn của quý vị)

Tên Người Nhận Thanh Toán _____

Tên Người Liên Hệ Của Người Nhận Thanh Toán _____

Địa chỉ _____

Thành Phố _____ Tiểu Bang _____ Mã Bưu Chính _____

Số Điện Thoại của Người Nhận Thanh Toán _____

Mã Số Thuế Liên Bang của Người Nhận Thanh Toán _____

Số ID Thành Viên/Số Hợp Đồng Bảo Hiểm _____

Số Tiền Phí Bảo Hiểm Hàng Tháng _____

Ngày có hiệu lực _____ Mức Giới Hạn Chương Trình Hàng Tháng **$2996.00** _____

Phần Phải Trả Hàng Tháng Của Khách Hàng _____

III. Xác Nhận

Xin lưu ý rằng thông tin trong mẫu đơn này được thu thập để xác định tính đủ điều kiện nhận quyền lợi theo Đạo Luật Mở Rộng Điều Trị HIV/AIDS Ryan White năm 2009 (Luật Công 111-87) và theo yêu cầu của Sở Y Tế Công Cộng California (CDPH), Văn Phòng AIDS (OA). Thông tin này có thể được sử dụng để xác định tính đủ điều kiện nhận hỗ trợ bảo hiểm. Việc không cung cấp thông tin bắt buộc có thể dẫn đến khả năng đơn đăng ký không được xử lý. Quý vị có quyền xem lại thông tin đang được CDPH lưu giữ của chính mình, trừ khi việc này

bị pháp luật ngăn cấm. Để tiếp cận thông tin, hãy liên hệ với CDPH, Chương Trình OA-HIPP, MS 7704, P.O. Box 997426, Sacramento, CA 95899-7426 hoặc qua điện thoại theo số (844) 421-7050.

III. Xác Nhận (tiếp theo)

Tôi hiểu rằng tôi là một đương đơn có mức phí bảo hiểm sức khỏe hàng tháng vượt quá giới hạn của Chương Trình Hỗ Trợ Thanh Toán Phí Bảo Hiểm Sức Khỏe và tôi có trách nhiệm tài chính trong việc thanh toán phần chênh lệch giữa số tiền phí bảo hiểm hàng tháng và mức giới hạn của chương trình.

Tôi hiểu rằng trước khi thực hiện thanh toán, tôi phải nộp một bản sao của mẫu đơn này cho CDPH qua fax theo số (844) 421-8008.

Tôi hiểu rằng tôi có thể thực hiện thanh toán bằng một trong các phương thức sau:

- Gửi ngân phiếu ngân hàng, lệnh chuyển tiền hoặc chi phiếu cá nhân (khách hàng sẽ chịu trách nhiệm nộp bất kỳ khoản phí nào liên quan đến việc không đủ tiền khi gửi ngân phiếu cá nhân), **ghi thanh toán cho Pool Administrators, Inc./CDPH**, cho Pool Administrators, Inc. (PAI) tại địa chỉ sau: **628 Hebron Avenue, Suite 502, Glastonbury, CT 06033.**

- Nộp thanh toán điện tử bằng PayPal:
    1. Tạo tài khoản tại **www.paypal.com.**
    2. Chọn **Money** (Tiền)
    3. Chọn **Send or request Money (Gửi hoặc yêu cầu Tiền)**
    4. Chọn **Pay for Goods or Services (Thanh toán cho Hàng Hóa hoặc Dịch Vụ)**
    5. Nhập **CDPH_CA_PAY@pooladmin.com** và Chọn **Next (Tiếp theo)**
    6. Chọn phương thức thanh toán của quý vị và nhập số tiền thanh toán một phần
    7. Xác minh địa chỉ giao hàng: **628 Hebron Ave., Suite 502, Glastonbury, CT 06033 8.**
    8. Chọn **Send Payment Now (Gửi Thanh Toán Ngay)**

    Vui lòng liên hệ với PAI theo số (877) 495-0990 nếu quý vị cần thêm trợ giúp khi gửi thanh toán điện tử bằng PayPal.

Tôi hiểu rằng phần thanh toán của tôi là sự chênh lệch giữa số tiền phí bảo hiểm hàng tháng và mức giới hạn của chương trình. **Tôi sẽ nộp các khoản thanh toán tiếp theo hàng tháng và hiểu rằng các khoản thanh toán phải được nộp trước ngày mùng 1 của mỗi tháng.** Trong trường hợp số tiền phí bảo hiểm tăng lên, tôi sẽ thông báo cho PAI và nộp một bản sao kê hóa đơn mới cùng với mẫu đơn Thỏa Thuận Thanh Toán Một Phần phản ánh số tiền phí bảo hiểm mới.

Tôi hiểu rằng PAI sẽ không thanh toán phí bảo hiểm thay cho tôi khi chưa nhận được phần thanh toán phí bảo hiểm của tôi.

Tôi hiểu rằng tôi sẽ bị loại khỏi Chương Trình Hỗ Trợ Thanh Toán Phí Bảo Hiểm Sức Khỏe và sẽ không còn đủ điều kiện nhận hỗ trợ thanh toán phí bảo hiểm nếu tôi không thanh toán phần phí bảo hiểm mà tôi chịu trách nhiệm.

Bằng việc ký tên vào mẫu đơn, tôi xin xác nhận rằng các thông tin đã cung cấp ở trên là đúng sự thật, chính xác và đầy đủ. Tôi đồng ý thông báo ngay cho ADAP về bất kỳ thay đổi nào về phí bảo hiểm 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.

Điều Khoản Thỏa Thuận:

1. Phần thanh toán của khách hàng sẽ được gửi cho PAI vào ngày mùng 1 hàng tháng.
2. Khoản thanh toán sẽ được ghi là thanh toán cho PAI.
3. PAI sẽ được thông báo về mọi điều chỉnh về số tiền phí bảo hiểm.

Chữ ký của Đương Đơn _____ Ngày _____