卫生与公众服务局

加州公共卫生部

艾滋病药物援助计划（ADAP）
健康保险费支付援助计划
部分付款协议

对于健康保险费超过计划支付限额的申请人，需要提供以下信息。

I. 申请人信息

名字_____中间名首字母_____姓氏_____

出生日期_____客户ID_____

住宅地址（号码、街道、公寓号）_____

城市_____州_____邮政编码_____县_____

邮寄地址（如果与住宅地址不同）_____

城市_____州_____邮政编码_____县_____

电话号码（住宅）_____电话号码（备用）

II. 当前保险计划信息

（必须附上账单副本）

收款人姓名_____收款人联系人姓名_____

地址_____

城市_____州_____邮政编码_____

收款人电话号码_____收款人联邦税号_____

会员ID/保单号码_____月保费金额_____

生效日期_____月度计划限额 $2996.00

客户每月应付部分_____

III. 认证

请注意，本表格所收集的信息将用于审核您是否符合2009年《Ryan White艾滋病毒/艾滋病治疗延期法案》（公法111-87）规定的福利资格，这是加州公共卫生部(CDPH)艾滋病办公室(OA)的法定要求。这些信息也将用于评估您的保险援助资格。如未能提供必要信息，可能导致您的申请无法受理。根据法律规定，您有权查阅CDPH保存的个人信息（法律特别豁免的情况除外）。要访问信息，请联系CDPH，OA-HIPP计划，MS 7704, P.O. Box 997426, Sacramento, CA 95899-7426，或致电(844) 421-7050。

III. 认证（续）

我理解我是月度健康保险费超过健康保险费支付援助计划限额的申请人，我有财务责任支付月度保费金额与计划限额之间的差额。

我理解在发送付款之前，我必须通过传真(844) 421-8008将本表格副本提交给CDPH。

我理解我可以使用以下方法之一付款：

- 邮寄银行本票、汇票或个人支票（请注意：如因资金不足产生费用，将由客户自行承担）**支付给Pool Administrators, Inc./CDPH**，邮寄至Pool Administrators, Inc. (PAI)的以下地址：**628 Hebron Avenue, Suite 502, Glastonbury, CT 06033。**
- 使用PayPal以电子方式提交付款：
    1. 在www.paypal.com创建一个帐户。
    2. 选择**汇款**
    3. **或**请求付款 **（根据实际情况选择）**
    4. **选择**支付商品或服务
    5. 输入CDPH_CA_PAY@pooladmin.com并选择**下一步**
    6. 选择您的付款方式并输入部分付款金额
    7. 验证收货地址：628 Hebron Ave., Suite 502, Glastonbury, CT 06033
    8. 选择**立即发送付款**

    如果您在使用PayPal提交电子付款时需要其他帮助，请致电(877) 495-0990与PAI联系。

本人理解并同意支付每月保费金额与计划限额之间的差额部分。**我承诺每月按时缴纳后续款项，并知晓付款应在每月1日前完成。**如果保费金额增加，我将及时通知PAI，并提交更新后的账单及部分付款协议表。

我理解PAI将在收到我应付的保费部分后，才会代为支付保险费。

我知晓如未能按时支付应付保费部分，将被终止健康保险费支付援助计划资格，且不再享受保费支付援助。

通过签署本文件，本人郑重声明以上所提供信息真实、准确、完整。我承诺如保险费发生任何变更，将立即通知ADAP。我理解，未能提供准确的信息或故意遗漏信息可能导致服务的暂停或终止，我可能会对获得的任何覆盖服务承担经济责任。

协议条款：

1. 客户应付款项须于每月1日前提交至PAI
2. 付款均支付给PAI
3. PAI将获知所有保费金额调整信息

申请人签名_____日期_____