AIDS Drug Assistance Program (ADAP) at Pre-Exposure Prophylaxis Assistance Program (PrEP-AP) PAGPAPATUNAY NG KLIYENTE

Mga Tagubilin

Ang form na ito ay dapat kumpletuhin ng aplikante kapag nagsusumite ng aplikasyon sa ADAP/PrEP-AP gamit ang electronikong ADAP Enrollment System (AES). Ang mga kliyente sa ADAP/PrEP-AP na sadyang magbibigay ng hindi tumpak o maling dokumentasyon ay maaaring lumabag sa iba't ibang batas sa Kodigo Penal at sa California False Claims Act.

Sertipikasyon (Kinakailangan)

Sa pamamagitan ng paglagda sa ibaba, pinatutunayan ko na ang impormasyong ibinigay sa ADAP Enrollment System at sa Pagpapatunay na ito ay totoo, tumpak, at kumpleto. Nauunawaan ko rin na pinahihintulutan ang ADAP/PrEP-AP na humiling ng karagdagang dokumentasyon sa pagberipika kung ang isinumiteng dokumentasyon ay tila hindi magkakatugma o hindi tama. Sumasang-ayon ako na agad ipaalam sa programa ang anumang mga pagbabago sa aking kita, tirahan, o pagsaklaw na pangkalusugan. 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.

Piliin ang Lahat ng Naaangkop (Kinakailangan)

☐ **Nag-aaplay para sa ADAP**

☐ **Nag-aaplay para sa PrEP-AP**

☐ **Nag-aaplay para sa MPPP**
(Medicare Premium Payment Program) Bahagi C/D

☐ **Nag-aaplay para sa OA-HIPP**
(Tanggapan ng programa sa Pagbabayad ng Health Insurance Premium sa AIDS (AIDS Health Insurance Premium Payment))

☐ **Nag-aaplay para sa EB-HIPP**
(Programa sa Pagbabayad ng Health Insurance Premium na Nakabatay sa Tagapag-empleyo)

☐ **Pag-aplay para sa mga pagbabayad ng Medigap premium**

Kung naaangkop, sa pamamagitan ng pagpili na mag-aplay para sa OA-HIPP o MPPP, gaya ng nakasaad sa checkbox sa itaas, pinahihintulutan ko rin, sa pamamagitan ng aking lagda sa ibaba, ang CDPH na magsagawa ng health insurance binder payment para sa akin upang maipatupad ang aking polisa sa planong pangkalusugan. Ang binder payment ay ang paunang health insurance premium na babayaran sa isang planong pangkalusugan para masimulan ang pagkakasaklaw sa ilalim ng napiling polisa. Nauunawaan at tinatanggap ko na ang CDPH ay walang responsibilidad o pananagutan sa mga atrasadong pagbabayad, mga multa sa atrasadong pagbabayad, at/o pagwawakas ng aking polisang pangkalusugan dahil sa nakaligtaang petsa ng binder payment. Naiintindihan ko na upang magsagawa ng binder payment para sa akin, dapat ay mayroon akong aktibong kwalipikasyon sa programa at hindi maaaring nasa Pansamantalang Panahon ng Pag-akses (Temporary Access Period).

Impormasyon ng Aplikante (Kailangan ang lahat ng field maliban kung iba ang nakasaad)

Numero ng ID ng Kliyente (opsyonal): _____ Laki ng Pamilya*: _____ Petsa: _____

_____ _____
(Naka-print na Pangalan ng Aplikante) (Lagda ng Aplikante)

* Ang Kodigo ng Kalusugan at Kaligtasan Seksyon 120960(e)(1) “Laki ng Pamilya” ay binigyang kahulugan sa Seksyon 36B(d)(1) ng Kodigo ng Rentas Internas ng 1986, at kinabibilangan ng mga mag-asawa na pareho o magkaiba ang kasarian, mga rehistradong kinakasama (domestic partner), at sinumang tax dependent, gaya ng nakasaad sa Seksyon 152 ng Kodigo ng Rentas Internas ng 1986, ng alinman sa mag-asawa o rehistradong kinakasama.

Impormasyon ng Itinalagang Ahente na Inaprubahan ng ADAP (kung naaangkop)

(Naka-print na Pangalan ng Itinalagang Ahente)

(Lagda ng Itinalagang Ahente)

(Petsa ng Paglagda)