



**Chương Trình Hỗ Trợ Thuốc Điều Trị AIDS (ADAP) và
Chương Trình Hỗ Trợ Dự Phòng Trước Phơi Nhiễm (PrEP-AP)
CHỨNG THỰC CỦA KHÁCH HÀNG**

Hướng Dẫn

Mẫu đơn này phải do đương đơn điền thông tin khi nộp đơn đăng ký tham gia ADAP/PrEP-AP thông qua Hệ Thống Ghi Danh của ADAP (AES) theo phương thức điện tử. Nếu cố tình cung cấp tài liệu không chính xác hoặc sai sự thật, khách hàng của ADAP/PrEP-AP có thể vi phạm các điều luật trong Bộ Luật Hình Sự và Đạo Luật Khiếu Nại Sai Sự Thật California.

Xác Nhận (Bắt buộc)

Bằng việc ký tên dưới đây, tôi xác nhận rằng thông tin được cung cấp trong Hệ Thống Ghi Danh của ADAP và trong bản Chứng Thực này là đúng sự thật, chính xác và đầy đủ. Tôi cũng hiểu rằng ADAP/PrEP-AP có quyền yêu cầu tài liệu xác minh bổ sung nếu tài liệu đã nộp có biểu hiện không thống nhất hoặc không chính xác. Tôi đồng ý thông báo kịp thời cho chương trình về bất kỳ thay đổi nào liên quan đến thu nhập, tình trạng cư trú, hoặc bảo hiểm sức khỏe 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.

Chọn Tất Cả Các Mục Phù Hợp (Bắt buộc)

- ☐ Đơn Đăng Ký Tham Gia ADAP ☐ Đơn Đăng Ký Tham Gia PrEP-AP
☐ Đơn Đăng Ký Tham Gia MPPP
 (Chương trình Thanh Toán Phí Bảo Hiểm Medicare) Phần C/D
☐ Đơn Đăng Ký Tham Gia OA-HIPP
 (Chương trình Thanh Toán Phí Bảo Hiểm Sức Khỏe của Văn Phòng AIDS)
☐ Đơn Đăng Ký Tham Gia EB-HIPP
 (Chương trình Thanh Toán Phí Bảo Hiểm Sức Khỏe Theo Chủ Lao Động)
☐ Đơn thanh toán phí bảo hiểm Medigap

Nếu áp dụng, bằng việc chọn đăng ký tham gia OA-HIPP hoặc MPPP, như đã nêu trong ô đánh dấu ở trên, thông qua chữ ký của mình bên dưới, tôi cũng ủy quyền cho CDPH thực hiện thanh toán khoản phí bảo hiểm sức khỏe kỳ đầu thay mặt tôi để kích hoạt hợp đồng bảo hiểm sức khỏe của tôi. Khoản thanh toán kỳ đầu này là phí bảo hiểm sức khỏe ban đầu phải nộp để bắt đầu tham gia bảo hiểm theo hợp đồng đã chọn. Tôi hiểu và theo đây thừa nhận rằng CDPH không chịu trách nhiệm hoặc nghĩa vụ đối với các khoản thanh toán trễ, phí nộp chậm và/hoặc việc chấm dứt hợp đồng bảo hiểm sức khỏe của tôi do không thực hiện thanh toán kỳ đầu đúng hạn. Tôi hiểu rằng để được thanh toán khoản phí bảo hiểm này thay mặt tôi, tôi phải đủ điều kiện tham gia chương trình hiện hành và không được nằm trong Thời Gian Tiếp Cận Tạm Thời.

Thông Tin Về Đương Đơn (Tất cả các trường thông tin đều là bắt buộc, trừ khi có ghi chú khác)

Số ID Khách Hàng (không bắt buộc): _____ Quy Mô Gia Đình*: _____ Ngày: _____

(Tên In Hoa của Đương Đơn)

(Chữ ký của Đương Đơn)

* Theo Bộ Luật Y Tế Và An Toàn, Mục 120960(e)(1): "Quy mô gia đình" được định nghĩa theo Mục 36B(d)(1) của Bộ Luật Thuế Thu Nhập năm 1986 và bao gồm các cặp đôi kết hôn đồng giới hoặc khác giới, các cặp bạn đời đã đăng ký, và bất kỳ người phụ thuộc nào về thuế, theo định nghĩa của Mục 152 của Bộ Luật Thuế Thu Nhập năm 1986, của vợ/chồng hoặc bạn đời đã đăng ký.

Đại Diện Được Chỉ Định Và Phê Duyệt Bởi ADAP (nếu có)

(Tên In Hoa của Đại Diện Được Chỉ Định)

(Chữ ký của Đại Diện Được Chỉ Định)

(Ngày ký)