



艾滋病药物援助计划 (ADAP) 及 暴露前预防援助计划 (PrEP-AP) 客户声明

说明

申请人通过ADAP电子注册系统(AES)提交ADAP/PrEP-AP申请时, 必须填写本表格。故意提供不实或虚假文件可能违反多项刑法条款及《加州虚假索赔法》。

认证 (必填)

通过在下方签字, 本人郑重声明在ADAP注册系统及本声明中所提供的信息真实、准确且完整。我理解如提交文件存在不一致或不准确之处, ADAP/PrEP-AP有权要求提供额外证明文件。我承诺及时向该计划报告收入、居住地或健康保险的任何变更。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。

选择所有适用项 (必填)

☐ 申请ADAP

☐ 申请PrEP-AP

☐ 申请MPPP

(医疗保险费支付计划) C/D部分

☐ 申请OA-HIPP

(艾滋病办公室健康保险费支付项目)

☐ 申请EB-HIPP

(雇主提供的健康保险费支付项目)

☐ 申请Medigap保费支付

如适用, 通过在上复选框中选择申请OA-HIPP或MPPP, 人通过下方签名授权CDPH代为支付首期保费以激活健康保险计划。首期保费是指为启动所选保单而需支付给保险公司的初始费用。我理解并确认CDPH对因逾期付款、滞纳金或错过首期保费支付期限导致的保单终止不承担任何责任。我知晓CDPH代付首期保费的前提是我必须具备有效的项目资格, 且不处于临时访问期。

申请人信息 (除非另有说明, 所有栏均为必填)

客户ID号 (可选): _____ 家庭规模*: _____ 日期: _____

(申请人姓名)

(申请人签名)

根据《健康与安全法典》第120960(e)(1)条, “家庭规模”的定义与1986年《国内税收法典》第36B(d)(1)条中的定义一致, 应包括同性或异性已婚夫妇、已登记的同居伴侣, 以及根据1986年《国内税收法典》第152条定义的任何一方的税务受抚养人。

ADAP认可的指定代理人信息 (如适用)

(指定代理人姓名)

(指定代理人签名)

(签署日期)