



## 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)

- |   |                                    |  |
|---|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 申请ADAP                         | <input type="checkbox"/> 申请PrEP-AP | <input type="checkbox"/> 申请MPPP<br>(医疗保险费支付计划) C/D部分   |
| <input type="checkbox"/> 申请OA-HIPP<br>(艾滋病办公室健康保险费支付项目) |                                    | <input type="checkbox"/> 申请EB-HIPP<br>(雇主提供的健康保险费支付项目) |
| <input type="checkbox"/> 申请Medigap保费支付                  |                                    |  |

如适用，通过上方复选框中选择申请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。我知道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) \_\_\_\_\_