

医疗保险信息表

DCSS 0054 CHI (04/27/05)

县:	电话:	LCSA 案件编号:
非监护父母:		
全名 (名、中间名、姓、后缀)	本人是 <input type="checkbox"/> 监护方 <input type="checkbox"/> 雇主	<input type="checkbox"/> 非监护父母
地址 (街道)	市, 州, 邮政编码	
电话	社会安全号码	
雇主 (名称、街道、市、州、邮政编码、电话)		

说明:如果医疗保险可以从非监护父母或?雇主那里获得或由其提供,则请填写第一部分。

第一部分：您的医疗保险

医疗保险: 您目前参加了医疗保险吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是, 请填写以下信息。		
医疗保险公司或工会(提供工会的当地号码)	提供者: <input type="checkbox"/> 监护方 <input type="checkbox"/> 雇主	<input type="checkbox"/> 非监护父母 其它: 关系:
保险公司地址:街道、房号或单元号 (理赔金邮寄地址)		电话号码 (包括区号)
市	州	邮政编码
		保单号码
保险费金额(美元)	选择一项: <input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每两周 <input type="checkbox"/> 每半月	
您支付的金额(美元)	选择一项: <input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每两周 <input type="checkbox"/> 每半月	
雇主支付的金额(美元)	选择一项: <input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每两周 <input type="checkbox"/> 每半月	
适用于雇员医疗保险部分的扣减金额(美元)	适用于受抚养人医疗保险部分的扣减金额(美元)	增加一名子女参加保险所需要的费用

已参加医疗保险的受抚养人

姓名 (名、中间名、姓)	社会安全号码	性别	出生日期	保单号码	起始日期	截止日期
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

若参加了您的医疗保险的其他受抚养人的姓名和保单号码列于另页,请勾选此框。请附上该另页。

不向受抚养人提供

保单覆盖项目(勾选所有适用的项目):

- 医生门诊 补充医疗保险 特种疾病 处方药
 长期护理 住院 医院门诊 其它 (请说明)
 (即: 试验室检查和物理疗法)

牙科保险:

您目前参加了牙科保险吗? 是 否 如果是, 请填写以下信息。

牙科保险公司名称

牙科保险公司地址:街道、房号或单元号(理赔金邮寄地址)

市	州	邮政编码	保单号码
保险金额(美元)	选择一项: <input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每两周 <input type="checkbox"/> 每半月		
您支付的金额(美元)	选择一项: <input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每两周 <input type="checkbox"/> 每半月		
雇主支付的金额(美元)	选择一项: <input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每两周 <input type="checkbox"/> 每半月		
适用于雇员医疗保险部分的扣减金额(美元)	适用于受抚养人医疗保险部分的扣减金额(美元)	增加一名子女参加保险所需要的费用(美元)	

参加了牙科保险的受抚养人

姓名 (名、中间名、姓)	社会安全号码	性别	出生日期	保单号码	起始日期	截止日期
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

若参加了您的牙科保险的其他受抚养人的姓名和保单号码列于另页,请勾选此框。请附上该另页。

不向受抚养人提供

视力保险:

您目前参加了视力保险吗? 是 否 如果是, 请填写以下信息。

视力保险公司名称

视力保险公司地址:街道、房号或单元号(理赔金邮寄地址)

市	州	邮政编码	保单号码
保险金额(美元)	选择一项: <input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每两周 <input type="checkbox"/> 每半月		
您支付的金额(美元)	选择一项: <input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每两周 <input type="checkbox"/> 每半月		
雇主支付的金额(美元)	选择一项: <input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每两周 <input type="checkbox"/> 每半月		
适用于雇员医疗保险部分的扣减金额(美元)	适用于受抚养人医疗保险部分的扣减金额(美元)	增加一名子女参加保险所需要的费用(美元)	

参加了视力保险的受抚养人

姓名 (名、中间名、姓)	社会安全号码	性别	出生日期	保单号码	起始日期	截止日期
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

若参加了您的视力保险的其他受抚养人的姓名和保单号码列于另页,请勾选此框。请附上该另页。

不向受抚养人提供

第二部分：父母另一方的保险

医疗保险：

父母另一方目前为孩子或您提供牙科保险吗？

是 否

如果是，请填写以下信息。

医疗保险公司名称

医疗保险公司地址：街道、房号或单元号(理赔金邮寄地址)

市

州

邮政编码

牙科保险：

父母另一方目前为孩子或您提供牙科保险吗？

是 否

如果是，请填写以下信息。

牙科保险公司名称

牙科保险公司地址：街道、房号或单元号(理赔金邮寄地址)

市

州

邮政编码

视力保险：

父母另一方目前为孩子或您提供视力保险吗？

是 否

如果是，请填写以下信息。

视力保险公司名称

视力保险公司地址：街道、房号或单元号(理赔金邮寄地址)

市

州

邮政编码

第三部分：(必须填写)

我已附上了孩子的保险卡/保险资料。

目前我没有孩子的保险卡/保险资料。我从保险公司获得了这些资料后将寄给你们。

目前，尚无可以参加的医疗保险。我知道，当可以参加保险时，我将让孩子参保。不能参保的原因是：

没有提供

季节性

零时工

被拒绝参加

保费不合理

符合试用期/试用日条件

隐私权声明

根据1997年《个人信息保护条例》(《民法典》第 1798.17条)和1974年《联邦隐私权法》(第 93-579号公法)，向个人收集个人信息时，必须提供此声明。本表格所要求的信息，包括社会安全号码，供加州儿童福利局(DCSS)使用，用于识别您的身份和与您通信联络。根据《社会保障法》第466(a)(13)条，对必须执行离婚判决书、抚养费命令、父权确认或声明的任何个人，加州儿童福利局必须收集其社会安全号码。

提供社会安全号码是强制性的，该号码将在地方儿童福利局备案，用于寻找和识别当事人及其资产，以确定、变更和执行其子女抚养义务。为孩子办理医疗保险时，可能要求向父母另一方的雇主透露孩子的社会安全号码和邮寄地址，或将孩子的社会安全号码透露给父母另一方。

您的案件信息可能会提供给州和能合法获得这类信息的其它机构或供他们讨论，也可能在法律允许的范围内提供给父母另一方或其律师。

签名

日期

姓名(印刷体)

电话号码(包括区号)

称谓