

THÔNG TIN BẢO HIỂM SỨC KHỎE

DCSS 0054 VIE (04/27/05)

Hạt:	Điện thoại :	Mã số Vụ việc LCSEA:
Cha mẹ không chăm sóc:		
Tên đầy đủ (Tên, Đệm, Họ, Chức danh)	Tôi là <input type="checkbox"/> Bên chăm sóc <input type="checkbox"/> Nhà tuyển dụng	<input type="checkbox"/> Cha hoặc mẹ không chăm sóc
Địa chỉ (Đường phố)	Thành phố, Tiểu bang, Mã Zip	
Điện thoại	Số bảo hiểm xã hội	
Nhà tuyển dụng (Tên, đường phố, thành phố, tiểu bang, mã zip, số điện thoại)		

HƯỚNG DẪN: Xin quý vị vui lòng hoàn thành **PHẦN I** nếu bảo hiểm y tế được cung cấp hoặc sẵn có bởi cha hoặc mẹ không chăm sóc hoặc nhà tuyển dụng. **PHẦN II** đề cập đến bảo hiểm của người cha mẹ kia. Nhà tuyển dụng chỉ điền thông tin vào Phần I và III. Xin quý vị vui lòng ký tên và ghi ngày cho đơn hoàn chỉnh.

PHẦN I: BẢO HIỂM Y TẾ CỦA QUÝ VỊ**BẢO HIỂM Y TẾ:**Hiện tại quý vị có Bảo hiểm Y tế không? Có Không Nếu Có, hãy điền tiếp sau đây.

Công ty hoặc Hiệp hội Bảo hiểm Sức khỏe (hãy cung cấp Mã số Địa phương của Hiệp hội)	Được cung cấp bởi: <input type="checkbox"/> Bên chăm sóc <input type="checkbox"/> Nhà tuyển dụng	<input type="checkbox"/> Cha mẹ không chăm sóc <input type="checkbox"/> Tổ chức khác: Mối quan hệ:
--	--	--

Địa chỉ Công ty Bảo hiểm: Đường phố, Số căn hộ hoặc Số đơn vị (Địa chỉ nhận thư yêu cầu đền bù)	Số điện thoại (cả Mã vùng)
--	-------------------------------

Thành phố	Tiểu bang	Mã Zip	Số hợp đồng bảo hiểm
-----------	-----------	--------	----------------------

Số tiền phí bảo hiểm \$	Hãy chọn một lựa chọn: <input type="checkbox"/> Hàng tuần <input type="checkbox"/> Hai tuần một lần <input type="checkbox"/> Nửa tháng một lần		
Số tiền quý vị thanh toán \$	Hãy chọn một lựa chọn: <input type="checkbox"/> Hàng tuần <input type="checkbox"/> Hai tuần một lần <input type="checkbox"/> Nửa tháng một lần		
Số tiền nhà tuyển dụng thanh toán \$	Hãy chọn một lựa chọn: <input type="checkbox"/> Hàng tuần <input type="checkbox"/> Hai tuần một lần <input type="checkbox"/> Nửa tháng một lần		
Số tiền khấu trừ áp dụng cho phần Bảo hiểm Sức khỏe của nhân viên \$	Số tiền khấu trừ áp dụng cho phần Bảo hiểm Sức khỏe của người phụ thuộc \$	Chi phí thêm vào mỗi đứa trẻ \$	

(Những) người phụ thuộc hiện đang nằm trong Phạm vi Bảo hiểm Sức khỏe

Tên (Tên, Đệm, Họ)	Số Bảo hiểm xã hội	Giới tính	Ngày sinh	Số hợp đồng bảo hiểm	Ngày bắt đầu	Ngày kết thúc
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

- Xin vui lòng đánh dấu ô này nếu tên và số hợp đồng bảo hiểm của những người phụ thuộc bổ sung nằm trong Phạm vi Bảo hiểm Sức khỏe của quý vị được liệt kê trên một trang riêng. Hãy đính kèm trang này.
 Không có đối với những người phụ thuộc

Hợp đồng bảo hiểm chi trả những khoản sau: (Đánh dấu tất cả những khoản được áp dụng)

- Khám bệnh Medicare bổ sung Các bệnh cụ thể Thuốc theo đơn
- Chăm sóc lâu dài Điều trị nội trú Điều trị ngoại trú
(vd: xét nghiệm, vật lý trị liệu) Điều trị khác
(Hãy chỉ ra):

BẢO HIỂM RĂNG:

Hiện tại quý vị có Bảo hiểm Răng không? Có Không Nếu Có, hãy điền tiếp sau đây.

Công ty Bảo hiểm Răng

Địa chỉ Công ty Bảo hiểm Răng: Đường phố, Số phòng hoặc Số Đơn vị (Địa chỉ nhận thư yêu cầu bảo hiểm)

Thành phố	Tiểu bang	Mã Zip	Số Hợp đồng bảo hiểm
Số tiền phí bảo hiểm \$	Hãy chọn một lựa chọn: <input type="checkbox"/> Hàng tuần <input type="checkbox"/> Hai tuần một lần <input type="checkbox"/> Nửa tháng một lần		
Số tiền quý vị thanh toán \$	Hãy chọn một lựa chọn: <input type="checkbox"/> Hàng tuần <input type="checkbox"/> Hai tuần một lần <input type="checkbox"/> Nửa tháng một lần		
Số tiền nhà tuyển dụng thanh toán \$	Hãy chọn một lựa chọn: <input type="checkbox"/> Hàng tuần <input type="checkbox"/> Hai tuần một lần <input type="checkbox"/> Nửa tháng một lần		
Số tiền khấu trừ áp dụng cho phần Bảo hiểm Sức khỏe của nhân viên \$	Số tiền khấu trừ áp dụng cho phần Bảo hiểm Sức khỏe của người phụ thuộc \$	Chi phí thêm vào mỗi đứa trẻ \$	

(Những) người phụ thuộc hiện đang nằm trong Phạm vi Bảo Răng

Tên (Tên, Đệm, Họ)	Số Bảo hiểm Xã hội	Giới tính	Ngày sinh	Số hợp đồng bảo hiểm	Ngày bắt đầu	Ngày kết thúc
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

- Xin vui lòng đánh dấu ô này nếu tên và số hợp đồng bảo hiểm của những người phụ thuộc bổ sung nằm trong phạm vi Bảo hiểm Răng của quý vị được liệt kê trên một trang riêng. Hãy đính kèm trang này.
- Không có đối với những người phụ thuộc

BẢO HIỂM MẮT:

Hiện tại quý vị có Bảo hiểm Mắt không? Có Không Nếu Có, hãy điền tiếp sau đây.

Công ty Bảo hiểm Mắt

Địa chỉ Công ty Bảo hiểm Mắt: Đường phố, Số phòng hoặc Số Đơn vị (Địa chỉ nhận thư yêu cầu bảo hiểm)

Thành phố	Tiểu bang	Mã Zip	Số Hợp đồng bảo hiểm
Số tiền phí bảo hiểm \$	Hãy chọn một lựa chọn: <input type="checkbox"/> Hàng tuần <input type="checkbox"/> Hai tuần một lần <input type="checkbox"/> Nửa tháng một lần		
Số tiền quý vị thanh toán \$	Hãy chọn một lựa chọn: <input type="checkbox"/> Hàng tuần <input type="checkbox"/> Hai tuần một lần <input type="checkbox"/> Nửa tháng một lần		
Số tiền nhà tuyển dụng thanh toán \$	Hãy chọn một lựa chọn: <input type="checkbox"/> Hàng tuần <input type="checkbox"/> Hai tuần một lần <input type="checkbox"/> Nửa tháng một lần		
Số tiền khấu trừ áp dụng cho phần Bảo hiểm Sức khỏe của nhân viên \$	Số tiền khấu trừ áp dụng cho phần Bảo hiểm Sức khỏe của người phụ thuộc \$	Chi phí thêm vào mỗi đứa trẻ \$	

(Những) người phụ thuộc nằm trong Phạm vi Bảo hiểm Mắt

Tên (Tên, Đệm, Họ)	Số Bảo hiểm Xã hội	Giới tính	Ngày sinh	Số hợp đồng bảo hiểm	Ngày bắt đầu	Ngày kết thúc
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

- Xin vui lòng đánh dấu ô này nếu tên và số hợp đồng bảo hiểm của những người phụ thuộc bổ sung nằm trong phạm vi của Bảo hiểm Mắt của quý vị được liệt kê trên một trang riêng. Hãy đính kèm bảng này.
- Không dành cho những người phụ thuộc

PHẦN II: BẢO HIỂM CỦA CHA MẸ KIA

BẢO HIỂM Y TẾ:

Người cha hoặc mẹ kia hiện tại có cung cấp Bảo hiểm Y tế cho (những) đứa trẻ hoặc cho quý vị không? Có Không
Nếu Có, xin quý vị vui lòng điền vào thông tin sau.

Công Ty bảo hiểm Sức khỏe

Địa chỉ Công ty Bảo hiểm: Đường phố, Số phòng hoặc Số Đơn vị (Địa chỉ nhận thư yêu cầu bảo hiểm)

Thành phố Tiểu bang Mã Zip

BẢO HIỂM RĂNG:

Cha mẹ kia hiện tại có cung cấp Bảo hiểm Răng cho (những) đứa trẻ hoặc cho quý vị không? Có Không
Nếu Có, hãy điền vào các thông tin sau.

Công ty Bảo hiểm Răng

Địa chỉ Công ty Bảo hiểm Răng: Đường phố, Số phòng hoặc Số Đơn vị (Địa chỉ nhận thư yêu cầu bảo hiểm)

Thành phố Tiểu bang Mã Zip

BẢO HIỂM MẮT:

Cha mẹ kia hiện tại có cung cấp Bảo hiểm Mắt cho (những) đứa trẻ hoặc cho quý vị không? Có Không
Nếu Có, hãy điền vào các thông tin sau

Công ty Bảo hiểm Mắt

Địa chỉ Công ty Bảo hiểm Mắt: Đường phố, Số phòng hoặc Số Đơn vị (Địa chỉ nhận thư yêu cầu bảo hiểm)

Thành phố Tiểu bang Mã Zip

PHẦN III: (BẮT BUỘC PHẢI ĐIỂN THÔNG TIN)

- Tôi gửi kèm theo (các) thẻ bảo hiểm/thông tin về phí bảo hiểm cho (những) đứa trẻ.
- Vào lúc này tôi không có thẻ bảo hiểm/thông tin về phạm vi bảo hiểm cho (những) đứa trẻ. Tôi sẽ gửi thông tin tới quý vị khi tôi nhận được thông tin từ công ty bảo hiểm.
- Vào lúc này tôi không có hợp đồng bảo hiểm sức khỏe nào. Tôi hiểu rằng nếu tôi có bảo hiểm sức khỏe, tôi sẽ phải đưa (những) đứa trẻ của tôi vào hợp đồng bảo hiểm và sau đó thông báo cho cơ quan hỗ trợ trẻ em tại địa phương về hợp đồng này. Tôi không có bảo hiểm vì:
- Không được cấp Theo thời vụ Bán thời gian Đăng ký bảo hiểm bị từ chối Chi phí không hợp lý Đang trong giai đoạn/ngày thử việc

TUYÊN BỐ QUYỀN RIÊNG TƯ

Đạo luật về Hoạt động Thông tin năm 1997 (Bộ luật Dân sự Mục 1798.17) và Đạo luật về Quyền riêng tư của Liên bang năm 1974 (Luật công 93-597) yêu cầu phải đưa ra thông báo này khi thu thập thông tin cá nhân từ các cá nhân. Thông tin đưc yêu cầu trên mẫu đơn này, bao gồm Số Bảo hiểm Xã hội, được sử dụng bởi Bộ Dịch vụ Hỗ trợ Trẻ em (DCSS) vì nhằm xác định danh tính và liên lạc với quý vị. Theo Mục 466(a)(13) của Đạo luật Bảo hiểm Xã hội, DCSS phải thu thập Số Bảo hiểm Xã hội của bất kỳ cá nhân nào liên quan đến quyết định ly dị, lệnh hỗ trợ, hoặc xác định hay thừa nhận tư cách làm cha.

Thông tin Số Bảo hiểm Xã hội là bắt buộc và sẽ được lưu giữ hồ sơ tại cơ quan hỗ trợ trẻ em tại địa phương để xác định vị trí và danh tính của các cá nhân và các tài sản với mục đích thiết lập, sửa đổi, và thi hành các bổn phận hỗ trợ trẻ em. Đăng ký một đứa trẻ trong một hợp đồng bảo hiểm sức khỏe có thể yêu cầu việc công bố Số Bảo hiểm Xã hội của đứa trẻ và địa chỉ thư cho nhà tuyển dụng của người cha hoặc mẹ bên kia hoặc công bố Số Bảo hiểm Xã hội cho người cha hoặc mẹ bên kia.

Thông tin trong vụ việc của quý vị có thể được thảo luận cùng với hoặc cung cấp cho Tiểu bang, các cơ quan khác có thể nhận thông tin đó một cách hợp pháp, và cho người cha hoặc mẹ bên kia hoặc luật sư của anh ấy/cô ấy ở mức độ theo yêu cầu của luật pháp.

CHỮ KÝ

NGÀY

TÊN VIẾT HOA

SỐ ĐIỆN THOẠI (có Mã vùng)

CHỨC DANH