

健康保險資訊

DCSS 0054 (Chinese [Traditional]) (04/27/05)

縣	電話：	LCSA 案件編號：
非監護家長：		
全名 (名字、中間名、姓氏、後綴)	我是 <input type="checkbox"/> 監護權方 <input type="checkbox"/> 非監護家長 <input type="checkbox"/> 雇主	
地址 (街道)	城市、州、郵遞區號	
電話	社會安全號碼	
雇主 (名稱、街道、城市、州、郵遞區號、電話)		

說明： 若非監護家長或其雇主提供或可獲得健康保險，請填寫第一節。第二節是關於另一方家長的保險。雇主僅需填寫第一節和第三節。請在填寫完成的表格上簽名並註明日期。

第一節：您的健康保險

健康保險：			
您目前是否有健康保險？		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
健康保險公司或工會 (請提供工會地方編號)		如果選擇「是」，請填寫以下內容。	
		提供者： <input type="checkbox"/> 監護權方 <input type="checkbox"/> 非監護家長 <input type="checkbox"/> 雇主 <input type="checkbox"/> 其他： 關係：	
保險公司地址：街道、公寓號或單元號 (郵寄索賠的地址)		電話號碼 (含區號)	
城市	州	郵遞區號	保單號碼
保費金額 \$	勾選一項： <input type="checkbox"/> 每週 <input type="checkbox"/> 每兩週 <input type="checkbox"/> 每半月		
您支付的金額 \$	勾選一項： <input type="checkbox"/> 每週 <input type="checkbox"/> 每兩週 <input type="checkbox"/> 每半月		
雇主支付的金額 \$	勾選一項： <input type="checkbox"/> 每週 <input type="checkbox"/> 每兩週 <input type="checkbox"/> 每半月		
員工部分健康保險的扣除金額 \$	受扶養人部分健康保險的扣除金額 \$		增加額外子女的費用 \$

目前健康保險承保的受扶養人

姓名 (名字、中間名、姓氏)	社會安全號碼	性別	出生日期	保單號碼	開始日期	結束日期
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

- ☐ 如果健康保險承保的其他受扶養人的姓名和保單號碼列在單獨的附頁上，請勾選此方框。請附上該附頁。
- ☐ 受扶養人不可用

保單承保範圍如下：(勾選所有適合的選項)

- ☐ 醫生就診 ☐ Medicare (聯邦醫療保險) 補充 ☐ 特定疾病 ☐ 處方藥
- ☐ 長期照護 ☐ 住院 ☐ 醫院門診 (即化驗、物理治療) ☐ 其他 (請註明) :

牙科保險：

您目前是否有牙科保險？ ☐ 是 ☐ 否 如果選擇「是」，請填寫以下內容。

牙科保險公司

牙科保險公司地址：街道、公寓號碼或單元號碼 (郵寄索賠的地址)

城市	州	郵遞區號	保單號碼
保費金額 \$	勾選一項： <input type="checkbox"/> 每週 <input type="checkbox"/> 每兩週 <input type="checkbox"/> 每半月		
您支付的金額 \$	勾選一項： <input type="checkbox"/> 每週 <input type="checkbox"/> 每兩週 <input type="checkbox"/> 每半月		
雇主支付的金額 \$	勾選一項： <input type="checkbox"/> 每週 <input type="checkbox"/> 每兩週 <input type="checkbox"/> 每半月		
員工部分健康保險的扣除金額 \$	受扶養人部分健康保險的扣除金額 \$	增加額外子女的費用 \$	

目前牙科保險承保的受扶養人

姓名 (名字、中間名、姓氏)	社會安全號碼	性別	出生日期	保單號碼	開始日期	結束日期
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

☐ 如果牙科保險承保的其他受扶養人的姓名和保單號碼列在單獨的附頁上，請勾選此方框。請附上該附頁。

☐ 受扶養人不可用

視力保險：

您目前是否有視力保險？ ☐ 是 ☐ 否 如果選擇「是」，請填寫以下部分。

視力保險公司

視力保險公司地址：街道、公寓號碼或單元號碼 (郵寄索賠的地址)

城市	州	郵遞區號	保單號碼
保費金額 \$	勾選一項： <input type="checkbox"/> 每週 <input type="checkbox"/> 每兩週 <input type="checkbox"/> 每半月		
您支付的金額 \$	勾選一項： <input type="checkbox"/> 每週 <input type="checkbox"/> 每兩週 <input type="checkbox"/> 每半月		
雇主支付的金額 \$	勾選一項： <input type="checkbox"/> 每週 <input type="checkbox"/> 每兩週 <input type="checkbox"/> 每半月		
員工部分健康保險的扣除金額 \$	受扶養人部分健康保險的扣除金額 \$	增加額外子女的費用 \$	

目前視力保險承保的受扶養人

姓名 (名字、中間名、姓氏)	社會安全號碼	性別	出生日期	保單號碼	開始日期	結束日期
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

☐ 如果視力保險承保的其他受扶養人的姓名和保單號碼列在單獨的附頁上，請勾選此方框。請附上該附頁。

☐ 受扶養人不可用

第二節：另一方家長的保險

健康保險：

另一方家長目前是否為孩子或您提供健康保險？ ☐ 是 ☐ 否
如果選擇「是」，請提供以下資訊：

健康保險公司

健康保險公司地址：街道、公寓號碼或單元號碼（郵寄索賠的地址）

城市 州 郵遞區號

牙科保險：

另一方家長目前是否為孩子或您提供牙科保險？ ☐ 是 ☐ 否
如果選擇「是」，請提供以下資訊：

牙科保險公司

牙科保險公司地址：街道、公寓號碼或單元號碼（郵寄索賠的地址）

城市 州 郵遞區號

視力保險：

另一位家長目前是否為孩子或您提供視力保險？ ☐ 是 ☐ 否
如果選擇「是」，請提供以下資訊：

視力保險公司

視力保險公司地址：街道、公寓號碼或單元號碼（郵寄索賠的地址）

城市 州 郵遞區號

第三節：（必須填寫）

☐ 我已附上子女的保險卡/保險承保資訊。

☐ 目前我沒有子女的保險卡/保險承保資訊。我從保險公司獲得資訊後將會發送給您。

☐ 目前沒有健康保險。我理解，如果獲得健康保險，我需要將子女加入該保險計劃，並通知當地兒童撫養機構關於該保險的資訊。沒有健康保險的原因如下：

☐ 不提供

☐ 季節性

☐ 兼職

☐ 拒絕參保

☐ 成本不合理

☐ 試用期/符合資格的日期

隱私權聲明

根據 1997 年《資訊處理法》（《民事法典》第 1798.17 條）以及 1974 年《聯邦隱私法案》（第 93-579 號公法），在收集個人資訊時須提供此通知。本表格要求的資訊，包括社會安全號碼，將由兒童扶養服務部 (DCSS) 用於識別並與您進行溝通。根據《社會安全法》第 466(a)(13) 條的要求，DCSS 必須收集任何涉及離婚判決、扶養令或親子判定或確認的個人的社會安全號碼。

社會安全號碼是強制性提供的信息，並將由當地兒童撫養機構存檔，用於定位和識別個人及資產，以確定、修改和執行子女撫養義務。將子女加入健康保險可能需要向另一方家長的雇主提供子女的社會安全號碼及郵寄地址，或向另一方家長提供子女的社會安全號碼。

您的案件中的資訊可能會根據法律要求，與州政府、有權合法接收此類資訊的其他機構、以及另一位家長或其律師進行討論或向其提供。

簽名

日期

工整填寫的姓名

電話號碼（含區號）

職稱：