

THÔNG TIN BẢO HIỂM SỨC KHỎE

DCSS 0054 (Vietnamese) (04/27/05)

Quận hạt:

Điện thoại:

Số Hồ Sơ LCSA:

Phụ Huynh Không Có Quyền Nuôi Con:

Họ Và Tên Đầy Đủ (Tên, Tên Lót, Họ, Hậu Tố)	Tôi là ☐ Bên Có Quyền Nuôi Con ☐ Phụ Huynh Không Có Quyền Nuôi Con ☐ Nhà Tuyển Dụng
Địa chỉ (Đường)	Thành phố, Tiểu bang, Mã Bưu chính (ZIP)
Điện Thoại	Số An Sinh Xã Hội

Nhà Tuyển Dụng (Tên, đường, thành phố, tiểu bang, mã bưu chính, điện thoại)

HƯỚNG DẪN: Vui lòng hoàn thành MỤC I nếu bảo hiểm sức khỏe được cung cấp hoặc có sẵn bởi phụ huynh không có quyền nuôi con hoặc nhà tuyển dụng MỤC II nói về bảo hiểm của phụ huynh còn lại. Nhà tuyển dụng chỉ hoàn thành Mục I và Mục III. Vui lòng ký tên và ghi ngày vào mẫu đơn đã điền đầy đủ.

MỤC I: BẢO HIỂM SỨC KHỎE CỦA QUÝ VỊ

BẢO HIỂM SỨC KHỎE:
Hiện tại quý vị có Bảo Hiểm Sức Khỏe không? ☐ Có ☐ Không Nếu có, vui lòng hoàn thành các mục sau.

Công Ty Bảo Hiểm Sức Khỏe hoặc Liên Đoàn (cung cấp số Liên Đoàn Địa Phương)

Được cung cấp bởi:
☐ Bên Có Quyền Nuôi Con ☐ Phụ Huynh Không Có Quyền Nuôi Con
☐ Nhà Tuyển Dụng ☐ Khác: Mỗi quan hệ:

Địa Chỉ Công Ty Bảo Hiểm: Đường, Số Căn Hộ hoặc Số Đơn Vị (Địa chỉ gửi yêu cầu thanh toán)

Số Điện Thoại (bao gồm Mã Vùng)

Thành Phố	Tiểu Bang	Mã Bưu Chính (ZIP)	Số Hợp Đồng
Số Tiền Bảo Hiểm \$	Đánh dấu chọn một:	☐ Hàng tuần ☐ Hai tuần một lần ☐ Nửa tháng một lần	
Số Tiền Quý Vị Phải Trả \$	Đánh dấu chọn một:	☐ Hàng tuần ☐ Hai tuần một lần ☐ Nửa tháng một lần	
Số Tiền Nhà Tuyển Dụng Phải Trả \$	Đánh dấu chọn một:	☐ Hàng tuần ☐ Hai tuần một lần ☐ 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 phụ thuộc của Bảo Hiểm Sức Khỏe \$	Chi phí để thêm trẻ em \$	

(Những) Người Phụ Thuộc Hiện Đang Được Bảo Hiểm Sức Khỏe

Tên (tên, tên lót, họ)	Số An Sinh Xã Hội	Giới tính	Ngày Sinh	(Các) Số Hợp Đồng	Ngày Bắt Đầu	Ngày Kết Thúc
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

☐ Vui lòng đánh dấu vào ô này nếu tên và số hợp đồng của những người phụ thuộc khác được Bảo Hiểm Sức Khỏe của quý vị chỉ trả được liệt kê trên một tờ riêng. Vui lòng đính kèm tờ giấy này.

☐ Không dành cho người phụ thuộc

Hợp đồng này bao gồm những nội dung sau: (Chọn tất cả nếu phù hợp)

☐ Khám Bệnh	☐ Medicare Bổ Sung	☐ Bệnh Cụ Thể	☐ Thuốc Theo Toa
☐ Chăm Sóc Dài Hạn	☐ Lưu Trú Tại Bệnh Viện	☐ Bệnh Nhân Ngoại Trú (ví dụ xét nghiệm, vật lý trị liệu)	☐ Khác (Ghi rõ):

BẢO HIỂM NHA KHOA:
Hiện tại quý vị có Bảo hiểm Nha khoa không? ☐ Có ☐ Không Nếu có, vui lòng hoàn thành các mục sau.
Công Ty Bảo Hiểm Nha Khoa

Địa Chỉ Công Ty Bảo Hiểm Nha Khoa: Đường, Số Căn Hộ hoặc Số Đơn Vị (Địa chỉ gửi yêu cầu thanh toán)

Thành Phố	Tiểu Bang	Mã Bưu Chính (ZIP)	Số Hợp Đồng
Số Tiền Bảo Hiểm \$	Đánh dấu chọn một: ☐ Hàng tuần ☐ Hai tuần một lần ☐ Nửa tháng một lần		
Số Tiền Quý Vị Phải Trả \$	Đánh dấu chọn một: ☐ Hàng tuần ☐ Hai tuần một lần ☐ Nửa tháng một lần		
Số Tiền Nhà Tuyển Dụng Phải Trả \$	Đánh dấu chọn một: ☐ Hàng tuần ☐ Hai tuần một lần ☐ 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 phụ thuộc của Bảo Hiểm Sức Khỏe \$	Chi phí để thêm trẻ em \$	

(Những) Người Phụ Thuộc Nhận Được Bảo Hiểm Nha Khoa

Tên (tên, tên lót, họ)	Số An Sinh Xã Hội	Giới tính	Ngày Sinh	(Các) Số Hợp Đồng	Ngày Bắt Đầu	Ngày Kết Thúc
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

☐ Vui lòng đánh dấu vào ô này nếu tên và số hợp đồng của những người phụ thuộc khác được Bảo Hiểm Nha Khoa của quý vị chi trả được liệt kê trên một tờ giấy riêng. Vui lòng đính kèm tờ giấy này.
☐ Không dành cho người phụ thuộc

BẢO HIỂM THỊ LỰC:
Hiện tại quý vị có Bảo Hiểm Thị Lực không? ☐ Có ☐ Không Nếu có, vui lòng hoàn thành các mục sau.
Công Ty Bảo Hiểm Thị Lực

Địa Chỉ Công Ty Bảo Hiểm Thị Lực: Đường, Số Căn Hộ hoặc Số Đơn Vị (Địa chỉ gửi yêu cầu thanh toán)

Thành Phố	Tiểu Bang	Mã Bưu Chính (ZIP)	Số Hợp Đồng
Số Tiền Bảo Hiểm \$	Đánh dấu chọn một: ☐ Hàng tuần ☐ Hai tuần một lần ☐ Nửa tháng một lần		
Số Tiền Quý Vị Phải Trả \$	Đánh dấu chọn một: ☐ Hàng tuần ☐ Hai tuần một lần ☐ Nửa tháng một lần		
Số Tiền Nhà Tuyển Dụng Phải Trả \$	Đánh dấu chọn một: ☐ Hàng tuần ☐ Hai tuần một lần ☐ 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 phụ thuộc của Bảo Hiểm Sức Khỏe \$	Chi phí để thêm trẻ em \$	

(Những) Người Phụ Thuộc Nhận Được Bảo Hiểm Thị Lực

Tên (tên, tên lót, họ)	Số An Sinh Xã Hội	Giới tính	Ngày Sinh	(Các) Số Hợp Đồng	Ngày Bắt Đầu	Ngày Kết Thúc
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

☐ Vui lòng đánh dấu vào ô này nếu tên và số hợp đồng của những người phụ thuộc khác được Bảo Hiểm Thị Lực của quý vị chi trả được liệt kê trên một tờ giấy riêng. Vui lòng đính kèm tờ giấy này.
☐ Không dành cho người phụ thuộc

MỤC II: BẢO HIỂM CỦA PHỤ HUYNH CÒN LẠI

BẢO HIỂM SỨC KHỎE:

Hiện tại, phụ huynh kia có cung cấp bảo hiểm sức khỏe cho con cái hoặc quý vị không? ☐ Có ☐ Không
Nếu Có, vui lòng điền đầy đủ thông tin sau.

Công Ty Bảo Hiểm Sức Khỏe

Địa Chỉ Công Ty Bảo Hiểm Sức Khỏe: Đường, Số Căn Hộ hoặc Số Đơn Vị (Địa chỉ gửi yêu cầu thanh toán)

Thành Phố

Tiểu Bang

Mã Bưu Chính (ZIP)

BẢO HIỂM NHA KHOA:

Hiện tại, phụ huynh kia có cung cấp Bảo Hiểm Nha Khoa cho con cái hoặc quý vị không? ☐ Có ☐ Không
Nếu Có, vui lòng điền đầy đủ thông tin sau.

Công Ty Bảo Hiểm Nha Khoa

Địa Chỉ Công Ty Bảo Hiểm Nha Khoa: Đường, Số Căn Hộ hoặc Số Đơn Vị (Địa chỉ gửi yêu cầu thanh toán)

Thành Phố

Tiểu Bang

Mã Bưu Chính (ZIP)

BẢO HIỂM THỊ LỰC:

Hiện tại, phụ huynh kia có cung cấp Bảo Hiểm Thị Lực cho con cái hoặc quý vị không? ☐ Có ☐ Không
Nếu Có, vui lòng điền đầy đủ thông tin sau.

Công Ty Bảo Hiểm Thị Lực

Địa Chỉ Công Ty Bảo Hiểm Thị Lực: Đường, Số Căn Hộ hoặc Số Đơn Vị (Địa chỉ gửi yêu cầu thanh toán)

Thành Phố

Tiểu Bang

Mã Bưu Chính (ZIP)

MỤC III: (PHẢI ĐƯỢC HOÀN THÀNH)

- ☐ Tôi đã đính kèm thẻ bảo hiểm/thông tin về phạm vi bảo hiểm cho trẻ em.
- ☐ Hiện tại tôi không có thẻ bảo hiểm/thông tin về phạm vi bảo hiểm cho trẻ em. Tôi sẽ gửi thông tin cho quý vị khi nhận được thông tin từ công ty bảo hiểm.
- ☐ Hiện tại không có bảo hiểm sức khỏe nào được cung cấp. Tôi hiểu rằng nếu có thẻ, tôi sẽ phải thêm con tôi vào chương trình và sau đó thông báo cho cơ quan hỗ trợ nuôi con tại địa phương về phạm vi bảo hiểm. Không có phạm vi bảo hiểm vì:
- ☐ Không được cung cấp ☐ Theo mùa ☐ Bán thời gian ☐ Từ chối ghi danh ☐ Chi phí không hợp lý
- ☐ Thời gian/ngày thử việc đủ điều kiện

TUYÊN BỐ BẢO MẬT

Đạo Luật Thực Hành Thông Tin năm 1997 (Bộ Luật Dân Sự Mục 1798.17) và Đạo Luật Quyền Riêng Tư Liên Bang năm 1974 (Luật Công Số 93-579) yêu cầu phải cung cấp thông báo này khi thu thập thông tin cá nhân từ cá nhân. Thông tin được yêu cầu trên mẫu đơn này, bao gồm Số An sinh Xã hội, được Sở Dịch vụ Hỗ trợ Trẻ em (Department of Child Support Services, hoặc DCSS) sử dụng cho mục đích nhận dạng và liên lạc với quý vị. Theo Mục 466 (a)(13) của Đạo Luật An Sinh Xã Hội, DCSS phải thu thập Số An sinh Xã hội của bất kỳ cá nhân nào phải tuân theo phán quyết ly hôn, lệnh hỗ trợ hoặc xác định hoặc xác nhận quyền làm cha.

Thông tin về Số An sinh Xã hội là bắt buộc và sẽ được lưu trong hồ sơ tại cơ quan hỗ trợ nuôi con địa phương để xác định vị trí và nhận dạng cá nhân và tài sản nhằm mục đích thiết lập, sửa đổi và thực thi nghĩa vụ hỗ trợ nuôi con. Việc ghi danh bảo hiểm sức khỏe cho trẻ em có thể yêu cầu phải cung cấp Số An sinh Xã hội và địa chỉ gửi thư của trẻ cho người sử dụng lao động của phụ huynh kia hoặc cung cấp Số An sinh Xã hội của trẻ cho phụ huynh còn lại.

Thông tin trong trường hợp của quý vị có thể được thảo luận hoặc cung cấp cho Tiểu Bang, các cơ quan khác có thể hợp pháp nhận được thông tin đó và cho phụ huynh còn lại hoặc luật sư của phụ huynh đó trong phạm vi pháp luật yêu cầu.

CHỮ KÝ

NGÀY

TÊN VIẾT IN HOA

SỐ ĐIỆN THOẠI (bao gồm Mã Vùng)

CHỨC DANH