

有 (\*) 標示的欄位為必填。請以英文回答。

**您的資訊**

*名字	中間名	*姓氏	稱謂 (例如: Jr、Sr、I、II、III)
*電郵	*手機號碼	*出生日期 (mm/dd/yyyy)	*社會保障碼 / ITIN _____
*郵寄地址 _____			
*城市	*州	*郵遞區號	
居住地址 (若與上述郵寄地址相異, 方需填寫)			
城市	州	郵遞區號	
*書寫文字偏好 <input type="checkbox"/> 英文 <input type="checkbox"/> 西班牙文 <input type="checkbox"/> 阿拉伯文 <input type="checkbox"/> 中文 (簡體) <input type="checkbox"/> 中文 (繁體) <input type="checkbox"/> 其他 _____		*您是哪種類型的提供者? <input type="checkbox"/> 執照: 執照編號 _____ <input type="checkbox"/> 家人、朋友和鄰居/免執照 <input type="checkbox"/> 不確定	
營業名稱		性別 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 不願提供	
族裔 <input type="checkbox"/> 美洲原住民或阿拉斯加原住民 <input type="checkbox"/> 亞裔 <input type="checkbox"/> 黑人或非裔美國人 <input type="checkbox"/> 西語族裔或拉丁裔 <input type="checkbox"/> 夏威夷原住民或其他太平洋群島島民 <input type="checkbox"/> 白人 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 不願提供			
您是托兒服務提供者聯合會的成員嗎? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不是 <input type="checkbox"/> 不確定		您協助的受補助兒童數量為何? <input type="checkbox"/> 1-3 <input type="checkbox"/> 3-5 <input type="checkbox"/> 5+	

**您的健保計劃**

\* (請勾選一項) 請選取您目前的健康保險。注意: 若您選取雇主計劃, 則需要表明自己是員工還是受撫養人。

加州全保 (Covered California) - 計劃名稱: \_\_\_\_\_

雇主計劃 (Employer Plan)  
 若選取:  雇主計劃 (員工身份)  雇主計劃 (受撫養人身份)

<input type="checkbox"/> 加州醫療補助 (Medi-Cal)	<input type="checkbox"/> 聯邦醫療保險 (Medicare)	<input type="checkbox"/> 聯邦醫療保險優勢計劃 (Medicare Advantage)	<input type="checkbox"/> 加州醫療補助及聯邦醫療保險皆有 (Medi-Medi Plan)
--	--	--	---

我沒有任何符合資格的健康計劃, 且需要協助參保  
 若選取: 家庭大小 \_\_\_\_\_ 家庭收入 \_\_\_\_\_

**簽名確認**

本人於下方簽名、瞭解且同意:

- CCPU 醫護基金並非健康保險。
- 我必須選取受託人委員會 (Board of Trustees) 核准的合格健康保險計劃, 並維持受保狀態, 才能獲得 CCPU 醫護基金的福利。
- 我的配偶、同居人及受撫養人都不符合獲得 CCPU 醫護基金福利的資格。
- 我需要為自己支付合格健康計劃保險的保費。
- 我必須及時回覆所有來自 CCPU 醫護基金及其附屬機構的通知和資訊要求, 若無法做到, 則可能導致我的計劃內福利延遲或中斷。

我在此證明此申請內容的資訊真實且準確。我瞭解, 若我提供不完整、錯誤或誤導的資訊, 我的申請或將遭到拒絕, 我也將終止參與 CCPU 醫護基金, 且我的索賠也可能被拒絕。若此申請內容的資訊有任何變更, 我會在變更後的 30 天內告知 CCPU 醫護基金。我也瞭解, 提交此申請不保證我能透過加州全保或其他任何保險業者獲得福利, 亦不保證能參保健康福利計劃或受保健康保險。若是 CCPU 醫護基金和受託人委員會依照不準確或虛構的資訊, 支付費用和提供我不應取得的福利, 我同意償還、賠償並確保其權益不受損害。

*簽名	*日期 (mm/dd/yyyy)
-----	------------------

如欲提交, 請將此填寫完畢的申請表及承保證明 (請見背面) 傳送電郵、傳真或郵寄至:

 apply@ccpuhealth.org | 傳真: (949) 809-8920 | Child Care Providers United - California Workers Health Care Fund, P.O. Box 57027, Irvine, CA 92619  
 其他協助: (833) 714-6028 | support@ccpuhealth.org

### 提交承保證明

若要完成您的 CCPU 醫護基金申請，我們需要您目前醫療健保計劃的承保證明。此補充文件應提供要保人姓名的驗證細節、健保計劃名稱以及受保期間。

合格健康計劃名稱的部分範例包括：

- Anthem Silver 70 HMO
- CCHP Silver 70 HMO
- Kaiser Permanente Silver 70 HMO
- Western Health Advantage Silver 70 HMO

我們提供的文件清單，有包含依照您目前的健保計劃，我們可接受的承保證明文件。

若您選取了第 1 頁的加州全保，請提交這些文件中的一種。

- 保費帳單
- 承保證書
- 福利說明

若您選取了第 1 頁的加州醫療補助，請提交這些文件中的一種。

- 健保 ID 卡影本
- 福利說明

若您選取了第 1 頁的聯邦醫療保險，請提交這些文件中的一種。

- 保費帳單
- 承保證書

若您選取了第 1 頁的聯邦醫療保險優勢計劃，請提交這些文件中的一種。

- 保費帳單
- 承保證書

若您選取了第 1 頁的加州醫療補助及聯邦醫療保險皆有 (Medi-Medi Plan)，請提交這些文件中的一種。

- 健保 ID 卡影本
- 保費帳單
- 承保證書
- 福利說明

若您選取了第 1 頁的雇主計劃（員工身份），請提交這些文件中的一種。

- 薪資支票/薪資存根
- 承保證書

若您選取了第 1 頁的雇主計劃（受撫養人身份），請提交這些文件中的一種。

- 承保證書
- 医疗保险登记表
- 福利摘要



如欲線上申請以加快處理  
速度，請前往  
[WWW.CCPUHEALTH.ORG](http://WWW.CCPUHEALTH.ORG)