

个人信息

*名字	中间名	*姓氏	后缀 (即 I、Sr、I、II、III)
*电子邮件	*手机号码	*出生日期 (月月/日日/年年年年)	*社会保障号/个人纳税人识别号 ITIN <input type="checkbox"/> 没有
*邮寄地址			
*市	*州	*邮政编码	
住址 (如与以上邮寄地址不同)			
市	州	邮政编码	
*首选语言 <input type="checkbox"/> 英文 <input type="checkbox"/> 西班牙语 <input type="checkbox"/> 阿拉伯文 <input type="checkbox"/> 中文 (简体) <input type="checkbox"/> 文 中文 (繁体) <input type="checkbox"/> 其他 _____		*提供者类别? <input type="checkbox"/> 持照: 执照编号 _____ <input type="checkbox"/> 家人、朋友和邻居/执照豁免 <input type="checkbox"/> 不确	
公司名称		性别 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 不想说明	
族裔 <input type="checkbox"/> 美洲印第安人或阿拉斯加原住民 <input type="checkbox"/> 亚裔 <input type="checkbox"/> 黑人或非裔美国人 <input type="checkbox"/> 西裔或拉丁裔 <input type="checkbox"/> 夏威夷原住民或其他太平洋岛民 <input type="checkbox"/> 白人 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 不想说明			
加州托儿服务提供者工会 (CCPU) 会员? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不确定	看护几个领取补贴的幼儿? <input type="checkbox"/> 1-3 <input type="checkbox"/> 3-5 <input type="checkbox"/> 5+	*首选沟通方式 (选择一项) <input type="checkbox"/> 邮寄 <input type="checkbox"/> 电子邮件	

健保计划

*勾选一项) 请选择现有医疗保险。注: 如果选择用人单位计划, 则需确定是员工还是受抚养人。

加州全保 (Covered California) - 计划名称: _____

用人单位计划
如果选择: 员工用人单位计划 受抚养人用人单位计划

<input type="checkbox"/> 加州医疗补助 Medi-Cal	<input type="checkbox"/> 联邦医疗保险 Medicare	<input type="checkbox"/> Medicare Advantage	<input type="checkbox"/> Medi-Cal 和 Medicare (Medi-Medi-计划)
--	--	---	---

本人没有合格的健保计划, 需要协助参保
如果选择: 家庭人口 _____ 家庭收入 _____

签名并确认

本人是署名人, 特此表示理解并同意:

- 加州托儿服务提供者工会 (CCPU) 医护基金不是医疗保险。
- 欲得任何加州托儿服务提供者工会 (CCPU) 医护基金福利, 本人必须选择并保有一项符合条件的健保计划保险, 且需有理事会批准。
- 本人的配偶、同居伴侣和家属没有资格享用任何加州托儿服务提供者工会 (CCPU) 医护基金福利。
- 本人必须为符合条件的健保计划保险自付保费。
- 本人必须及时回应加州托儿服务提供者工会 (CCPU) 医护基金及其附属机构寄来的所有通知和信息请求, 否则可能会拖延或中断计划福利。
- 本人会通过首选通信方式 (电子邮件或邮寄) 及时获知申请状态。请注意, 这不适用于报销相关通信, 此类通信必须以电子方式发送。

本人特此证明, 申请表所含信息真实准确。本人确知, 如果提供不完整、虚假或误导信息, 本人的申请可能驳回, 本人的加州托儿服务提供者工会 (CCPU) 医护基金参与可能终止, 且本人的索偿也可能驳回。申请表信息如有任何变化, 本人会在变化发生后 30 天内通知加州托儿服务提供者工会 (CCPU) 医护基金。本人也确知, 递交申请表并不保证本人能得到福利, 或让本人通过加州全保 (Covered California) 或任何其他保险公司参保一项健保福利计划或得到健康保险。本人特此同意, 如有任何不准确或虚假信息, 加州托儿服务提供者工会 (CCPU) 医护基金和理事会无需承担任何责任, 并需偿还本人误收的任何福利。

*签名	*日期 (月月/日日/年年年年)
-----	------------------

递交时附上保险证明 (见背面), 将填妥的申请表电邮、传真或邮寄至:

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

递交保险证明

申请加州托儿服务提供者工会 (CCPU) 医护基金要求提供现有健保计划的保险证明。这份补充文件应提供详细信息，用于核实保单持有人姓名、健保计划名称和保险期限。

一些合格健保计划名称示例包括

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

附上一份可接受保险证明文件清单，但具体取决于现有健保计划。

如在第 1 页选择了加州全保 (Covered California)，请递交下列文件之一：

- 保费账单
- 保险证书
- 福利说明

如在第 1 页选择了加州医疗补助 (Medi-Cal)，请递交下列文件之一：

- 会员身份卡复印件
- 福利说明

如在第 1 页选择了联邦医疗保险 (Medicare)，请递交下列文件之一：

- 保费账单
- 保险证书

如在第 1 页选择了联邦医疗保险优势 (Medicare Advantage)，请递交下列文件之一：

- 保费账单
- 保险证书

如在第 1 页选择了联邦医疗保险加州医疗补助 (Medi-Medi 计划)，请递交下列文件之一：

- 会员身份卡复印件
- 保费账单
- 保险证书
- 福利说明

如在第 1 页选择了员工用人单位计划，请递交下列文件之一：

- 薪资/工资存根
- 保险证书

如在第 1 页选择了受抚养人用人单位计划，请递交下列文件之一：

- 保险证书
- 公开参保表
- 福利摘要



在线申请
欲加快处理，
请访问

WWW.CCPUHEALTH.ORG