# IMPORMASYON SA INSURANCE SA KALUSUGAN

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

County: Telepono: Numero ng Kaso ng LCSA:

Hindi Tagapangalaga na Magulang:

| | |
|---|---|
| Buong Pangalan (Una, Gitna, Apelyido, Suffix) | Ako ang<br>☐ Tagapangalaga na Partido ☐ Hindi Tagapangalagana Magulang<br>☐ Employer |
| Address (Kalye) | Lungsod, Estado, Zip Code |
| Telepono | Numero ng Sosyal Seguridad |
| Employer (Pangalan, kalye, lungsod, estado, zip code, telepono) | |

***MGA TAGUBILIN:*** ***Mangyaring kumpletuhin ang SEKSYON I kung ang Insurance sa kalusugan ay ibinibigay o makukuha ng Hindi Tagapangalaga na Magulang o employer. Ang SEKSYON II ay tungkol sa insurance ng ibang magulang. Kukumpletuhin lamangng mga employerang Seksyon I at III. Pakipirmahan at lagyan ng petsa ang nakumpletong form.***

## SEKSYON I: ANG IYONG INSURANCE SA KALUSUGAN

**INSURANCE SA KALUSUGAN:**

Kasalukuyan ka bang may sakop sa Insurance sa Kalusugan? ☐ Oo ☐ wala Kung Oo, mangyaring kumpletuhin ang sumusunod.

| | |
|---|---|
| Kompanya ng Insurance sa Kalusugan o Union (magbigay ng numero ng Lokal na Unyon) | Ibinigay ni:<br>☐ Tagapangalaga na Partido ☐ Hindi Tagapangalagana Magulang<br>☐ Employer ☐ Iba pa:<br>Relasyon: |
| Address ng Kompanya ng Insurance: Numero ng Kalye, Numero ng Apartment o Numero ng Yunit (*Address kung saan ipinapadala ang mga claim*) | Numero ng Telepono (isama ang Area Code) |
| Lungsod Estado Zip Code | Numero ng Patakaran |
| Premium na Halaga $ | Lagyan ng Tsek ang Isa: ☐ Linggu-linggo ☐ Kada Dalawang Linggo ☐ KalahatingBuwan |
| Halagang Binabayaran Mo $ | Lagyan ng Tsek ang Isa: ☐ Linggu-linggo ☐ Kada Dalawang Linggo ☐ KalahatingBuwan |
| Halaga ng Binabayaran ng Employer $ | Lagyan ng Tsek ang Isa: ☐ Linggu-linggo ☐ Kada Dalawang Linggo ☐ KalahatingBuwan |
| Halaga ng bawas na inilapat sa bahagi ng Insurance sa Kalusugan ng empleyado $ | Halaga ng bawas na inilapat sa bahagi ng dumedepende ng Insurance sa Kalusugan $ / Gastusin para magdagdag ng karagdagang bata $ |

**(Mga) Dumedepende na Kasalukuyang Saklaw ng Insurance sa Kalusugan**

| Pangalan (Una, Gitna, Huli) | Numero ng Sosyal Seguridad | Kasarian | Petsa ng Kapanganakan | (mga) Numero ng Patakaran | Petsa ng Pagsisimula | Petsa ng Pagtatapos |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. | | | | | | |
| 2. | | | | | | |
| 3. | | | | | | |
| 4. | | | | | | |
| 5. | | | | | | |
| 6. | | | | | | |

☐ Pakilagyan ng tsek ang kahong ito kung ang mga pangalan at numero ng patakaran ng mga karagdagang dumedepende na sakop ng iyong Insurance sa Kalusugan ay nakalista sa isang hiwalay na papel. Pakilakip ang papel.

☐ Hindi magagamit sa mga dumedepende

Sinasaklaw ng Patakaran ang sumusunod: (Lagyan ng tsek ang lahat ng naaangkop)

☐ Mga Pagbisita sa Doktor ☐ Karagdagang Medicare ☐ Partikular na Sakit ☐ Mga Inireresetang Gamot

☐ Pangmatagalang Pangangalaga ☐ Pananatili sa Ospital ☐ Outpatient ng Ospital *(ibig sabihin, lab work, physical therapy)* ☐ Iba pa (Tukuyin):

**DETALYE NG INSURANCE:**

Kasalukuyan ka bang may sakop sa Dental Insurance? ☐ Oo ☐ Wala Kung Oo, mangyaring kumpletuhin ang sumusunod.

Kompanya ng Dental Insurance

Address ng Kompanya ng Dental Insurance: Kalye, Numero ng Apartmento Numero ng Yunit (a*ddress kung saan ipinapadala ang mga claim*)

| Lungsod | Estado | Zip Code | Numero ng Patakaran |
|---|---|---|---|

| | | |
|---|---|---|
| Premium na Halaga $ | Lagyan ng Tsek ang Isa: ☐ Linggu-linggo ☐ KalahatingBuwan | ☐ Kada Dalawang Linggo |
| Halagang Binabayaran Mo $ | Lagyan ng Tsek ang Isa: ☐ Linggu-linggo ☐ KalahatingBuwan | ☐ Kada Dalawang Linggo |
| Halaga ng Binabayaran ng Employer $ | Lagyan ng Tsek ang Isa: ☐ Linggu-linggo ☐ KalahatingBuwan | ☐ Kada Dalawang Linggo |
| Halaga ng bawas na inilapat sa bahagi ng Insurance sa Kalusugan ng empleyado $ | Halaga ng bawas na inilapat sa bahagi ng insurance sa kalusugan ng umaasa $ | Gastusin para magdagdag ng karagdagang bata $ |

**(Mga) Dumedepende na Saklaw ng Dental Insurance**

| Pangalan (Una, Gitna, Huli) | Numero ng Sosyal Seguridad | Kasarian | Petsa ng Kapanganakan | (mga) Numero ng Patakaran | Petsa ng Pagsisimula | Petsa ng Pagtatapos |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. | | | | | | |
| 2. | | | | | | |
| 3. | | | | | | |
| 4. | | | | | | |
| 5. | | | | | | |
| 6. | | | | | | |

☐ Pakilagyan ng tsek ang kahong ito kung ang mga pangalan at numero ng patakaran ng mga karagdagang dumedepende na sakop ng iyong Dental Insurance ay nakalista sa isang hiwalay na papel. Pakilakip ang papel.

☐ Hindi magagamit sa mga dumedepende

**INSURANCE SA PANINGIN:**

Kasalukuyan ka bang may sakop sa Insurance sa Paningin? ☐ Oo ☐ Wala Kung Oo, mangyaring kumpletuhin ang sumusunod.

Kompanya ng Insurance sa Paningin

Address ng Kompany ng Insurance sa Paningin: Kalye, Numero ng Apartment o Numero ng Yunit (*Address kung saan ipinapadala ang mga claim*)

| Lungsod | Estado | Zip Code | Numero ng Patakaran |
|---|---|---|---|

| | | |
|---|---|---|
| Premium na Halaga $ | Lagyan ng Tsek ang Isa: ☐ Linggu-linggo ☐ KalahatingBuwan | ☐ Kada Dalawang Linggo |
| Halagang Binabayaran Mo $ | Lagyan ng Tsek ang Isa: ☐ Linggu-linggo ☐ KalahatingBuwan | ☐ Kada Dalawang Linggo |
| Halaga ng Binabayaran ng Employer $ | Lagyan ng Tsek ang Isa: ☐ Linggu-linggo ☐ KalahatingBuwan | ☐ Kada Dalawang Linggo |
| Halaga ng bawas na inilapat sa bahagi ng Insurance sa Kalusugan ng empleyado $ | Halaga ng bawas na inilapat sa bahagi ng insurance sa kalusugan ng umaasa $ | Gastusin para magdagdag ng karagdagang bata $ |

**(Mga) Dumedepende na Saklaw ng Insurance sa Paningin**

| Pangalan (Una, Gitna, Huli) | Numero ng Sosyal Seguridad | Kasarian | Petsa ng Kapanganakan | (mga) Numero ng Patakaran | Petsa ng Pagsisimula | Petsa ng Pagtatapos |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. | | | | | | |
| 2. | | | | | | |
| 3. | | | | | | |
| 4. | | | | | | |
| 5. | | | | | | |
| 6. | | | | | | |

☐ Pakilagyan ng tsek ang kahong ito kung ang mga pangalan at numero ng patakaran ng mga karagdagang dumedepende na sakop ng iyong Insurance sa Vision ay nakalista sa isang hiwalay na papel. Pakilakip ang papel.

☐ Hindi magagamit sa mga dumedepende

## SEKSYON II: INSURANCE NG IBANG MAGULANG

**INSURANCE SA KALUSUGAN:**
Kasalukuyan bangnagbibigay ang ibang magulang ng saklaw ng Insurance sa Kalusugan para sa (mga) bata o sa iyo? ☐ Oo ☐ Hindi
Kung Oo, mangyaring kumpletuhin ang sumusunod na impormasyon.

Kompanya ng Insurance sa Kalusugan

Address ng Kumpanya ng Insurance sa Kalusugan: Kalye, Numero ng Apartment o Numero ng Yunit
(*Address kung saan ipinapadala ang mga claim*)

Lungsod Estado Zip Code

**DETALYE NG INSURANCE:**
Kasalukuyan bangnagbibigay ang ibang magulang ng sakop ng Dental Insurance para sa (mga) bata o sa iyo? ☐ Oo ☐ Hindi
Kung Oo, mangyaring kumpletuhin ang sumusunod na impormasyon.

Kompanya ng Dental Insurance

Address ng Kompanya ng Dental Insurance: Kalye, Numero ng Apartment o Numero ng Yunit
(*Address kung saan ipinapadala ang mga claim*)

Lungsod Estado Zip Code

**INSURANCE SA PANINGIN:**
Kasalukuya bang nagbibigay ang ibang magulang ng sakop ng Insurance sa Paningin sa (mga) bata o sa iyo? ☐ Oo ☐ Hindi
Kung Oo, mangyaring kumpletuhin ang sumusunod na impormasyon.

Kompanya ng Insurance sa Paningin

Address ng Kompany ng Insurance sa Paningin: Kalye, Numero ng Apartment o Numero ng Yunit
(*Address kung saan ipinapadala ang mga claim*)

Lungsod Estado Zip Code

## SEKSYON III: (DAPAT MAKUMPLETO)

☐ Isinama ko ang (mga) insurance kard/impormasyon tungkol sa sakop para sa (mga) bata.

☐ Sa panahong ito wala akong mga insurance kard/impormasyon tungkol sa sakop para sa (mga) bata. Ipapadala ko ang impormasyon sa iyo kapag nakuha ko ito mula sa kompanya ng seguro.

☐ Sa panahong ito ay walang magagamit na saklaw ng insurance sa kalusugan. Naiintindihan ko na kung mayroon na, kailangan kong idagdag ang aking (mga) anak sa plano at pagkatapos ay ipaalam sa lokal na ahensya ng suporta sa bata ang saklaw. Hindi magagamit ang sakopdahil:

☐ Hindi inaalok ☐ Pana-panahon ☐ Pansamantala ☐ Tinanggihan ang pagpapatala ☐ Hindi makatwiran ang halaga
☐ Panahon/petsa ng pagsubok na karapat-dapat

**PAHAYAG NG PRIBASIYA**

Ang Information Practices Act of 1997 (Civil Code Section 1798.17) at ang Federal Privacy Act of 1974 (Public Law 93-579) ay nangangailangan ng abiso na ito na ibigay kapag nangongolekta ng personal na impormasyon mula sa mga indibidwal. Ang impormasyong hiniling sa form na ito, kasama ang Social Security Number, ay ginagamit ng Department of Child Support Services (DCSS) para sa layunin ng pagkakakilanlan at pakikipag-ugnayan sa iyo. Kinakailangan ang DCSS, sa ilalim ng Seksyon 466 (a)(13) ng Social Security Act, upang kolektahin ang Social Security Number ng sinumang indibidwal na napapailalim sa isang divorce decree, kautusan sa suporta order, odeterminasyon sa pagiging ama o pagtanggap.

Ang impormasyon ng Social Security Number ay sapilitan at pananatilihin sa file sa lokal na ahensya ng suporta sa bata upang mahanap at tukuyin ang mga indibidwal at asset para sa layunin ng pagtatatag, pagbabago, at pagpapatupad ng mga obligasyon sa suporta sa bata. Ang pagpapatala sa isang bata sa insurance sa kalusugan ay maaaring mangangailangan ng pagpapalabas ng Social Security Number ng bata at address sa koreo sa employer ng ibang magulang o ang pagpapalabas ng Social Security Number ng bata sa isa pa magulang.

Ang impormasyon sa iyong kaso ay maaaring talakayin o ibigay sa Estado, sa ibang mga ahensya na maaaring legal na makatanggap ng naturang impormasyon, at sa ibang magulang o sa kanyang abogado sa lawak na kinakailangan ng batas.

LAGDA

PETSA

NAKALIMBAG NA PANGALAN

TELEPONO (isama ang Area Code)

TITULO