

您的信息

*名字	中间名	*姓氏	后缀 (例如, 小(S)、老(S)、一世(I)、二世(II)、三世(III))
*电子邮件	*手机号码	*出生日期 (月/日/年)	* (SSN) (ITIN) <input type="checkbox"/> 我没有
*邮寄地址			
*市	*州	*邮编	
住址 (如与以上邮寄地址不同)			
市	州	邮编	
*首选语言 <input type="checkbox"/> 英语 <input type="checkbox"/> 西班牙语 <input type="checkbox"/> 阿拉伯语 <input type="checkbox"/> 简体中文 <input type="checkbox"/> 繁体中文 <input type="checkbox"/> 其他 _____		*您是哪种类型的托儿所? <input type="checkbox"/> 持执照号: 执照号码 _____ <input type="checkbox"/> 家庭、朋友和邻里/不需要执照 <input type="checkbox"/> 不确定	
商业名称		性别 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 不愿指明	
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"/> 西班牙裔或拉丁裔 <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"/> 不愿指明			
您是否为儿童保育机构联合会 (CCPU) 的会员? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不确定		您与多少名为接受补贴的儿童提供保育工作? <input type="checkbox"/> 1-3 <input type="checkbox"/> 3-5 <input type="checkbox"/> 5+	
*首选沟通方式 (请选择一种) <input type="checkbox"/> 邮寄 <input type="checkbox"/> 电子邮件			

您的健康计划

* (请选择一项) 请选择您当前的健康保险。请注意: 如果您选择“雇主计划”, 您则需要确定您是雇员还是受抚养人。

承保加利福尼亚人 (Covered California) - 计划名称: _____

雇主计划
如果选择: 雇主计划 (作为雇员) 雇主计划 (作为受抚养人) 退伍军人/Tricare 计划

<input type="checkbox"/> Medi-Cal	<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> Medicare Advantage	<input type="checkbox"/> 既有 Medi-Cal, 也有 Medicare (Medi-Medi 计划)
-----------------------------------	-----------------------------------	---	--

我没有合格的健康计划, 需要参保方面的协助
我没有合格的健康计划, 需要参保方面的协助 _____ 家庭收入 _____

签名和确认书

本人 (以下签署人) 理解并同意:

- CCPU 健康保健基金并非健康保险。
- 我必须选择并继续投保理事会所批准的合格医疗保险计划, 才能享受 CCPU 健康保健基金的任何福利。
- 我的配偶、同居伴侣和受抚养人没有资格享受任何 CCPU 健康保健基金福利。
- 我必须自行支付合格健康计划保险承保的保费。
- 我必须及时回应 CCPU 健康保健基金及其附属机构的所有通知和信息请求, 否则可能会延迟或中断我通过此计划接收的福利。
- 我们将通过您选择的首选通信方式 (电子邮件或邮寄) 向您提供有关您提交申请的信息。请注意, 这不适用于有关报销申请的通信—此类通信必须以电子方式发送。

我保证此申请中的信息真实准确。我明白, 如果我提供不完整、虚假或误导性信息, 我的申请可能会被拒、我参与 CCPU 健康保健基金的资格可能会被终止、我的理赔可能会被拒。如果本申请表中的信息有任何变更, 我将在变更后 30 天内通知 CCPU 健康保健基金。我也明白, 提交此申请并不保证我能获得福利, 也不为我投保加入健康福利计划或加入 Covered California 或任何其他保险公司提供的健康保险承保。我同意赔偿并免除 CCPU 健康保健基金和董事会因基于不准确或虚假信息, 发放福利而产生的任何责任, 并偿还我错误获得的任何福利。

*签名 *日期 (月/日/年)

请将填写完整的申请表连同承保证明 (见背面) 通过电子邮件、传真或邮寄提交至:

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

提交您的承保证明

我们需要您提供您当前医疗健康保险计划的承保证明，以完成您的 CCPU 健康保健基金申请。该补充证明文件应提供详细信息，以核实您作为保单持有人的姓名、您的医疗保健计划名称以及保险期限。

一些合格的健康计划名称示例包括：

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

根据您当前的健康保险计划，我们提供了一份我们予以接受作为承保证明的文件清单。

如果您在第 1 页选择了 Covered California，请提交以下文件之一（附有生效日期和保费金额）：

- 带有生效日期和保费（如适用）的保费账单，以及适用的预付保费税收抵免
- 承保证明，附有生效日期和保费（如适用）
- 福利说明书

如果您在第 1 页选择了 Medi-Cal，请提交以下文件选项之一（附有生效日期和保费金额）：

- 医疗保健身份卡副本和您的 1095 福利副本
- 重新裁定函
- 福利核实（您当地县政府办公室出具）

如果您在第 1 页选择了 Medicare，请提交以下文件之一（附有生效日期和保费金额）：

- 保费账单（A 部分和 B 部分和/或 D 部分）和 Medicare 卡
- 承保证明
- Medicare 资格函

如果您在第 1 页选择了 Medicare Advantage，请提交以下文件之一（附有生效日期和保费金额）：

- 保费账单（C 部分和/或 D 部分）和 Medicare 卡
- 承保证明

如果您在第 1 页选择了 Medi-Cal 和 Medicare (Medi-Medi)，以下每个部分请各提交一份文件（附有生效日期和保费金额）：
针对 Medicare：

- 保费账单（A&B 部分和/或 D 部分）和 Medicare 卡
- 承保证明
- Medicare 资格函

针对 Medi-Cal：

- Medi-Cal 身份卡副本和您最近的 1095-A 副本
- 福利核实（您当地县政府办公室出具）
- 福利重新裁定函

如果您在第 1 页选择了 退伍军人/Tricare，请提交以下其中之一：

- 提供以下信息的保费账单：生效日期和保费金额。
- 退伍军人/Tricare 资格函，附有福利生效日期和保费金额（如适用）

如果您在第 1 页选择了 雇主计划（作为雇员），请提交以下文件之一（附有生效日期和保费金额）：

- 清晰显示医疗扣除金额和支付周期（每两周、每月）的工资单/工资单存根
- 承保证明，附有生效日期和保费（如适用）

如果您在第 1 页选择了 雇主计划（作为受抚养人），请提交以下文件之一（附有生效日期和保费金额）：

- 承保证明，附有生效日期和保费（如适用）
- 《开放参保表》，附有生效日期和保费（如适用）
- 福利摘要，附有生效日期和保费（如适用）

如果您在第 1 页选择了 托儿所（无 SSN/TIN），请提交以下文件之一（附有生效日期和保费金额）：

- 提供以下信息的保费账单：生效日期和保费金额，以及预付保费税收抵免（如适用）
- 承保证明，附有每月保费和生效日期



在线申请
如需快速处理，请访问
WWW.CCPUHEALTH.ORG