Access for Infants and Mothers 申請

第 1 部分

孕婦資料：本部分給我們提供有關孕婦的基本資料。如果問題不適用，請寫『N/A』。遞交社會安全號碼是自願的。抽煙問題回答『是』並不會影響參保。

姓氏	名字，中間名	社會安全號碼	出生日期	
街道地址（不接受郵政信箱）			單位/公寓號碼	電話號碼 (　　)
城市	郡縣		州	郵遞區號
上次月經第一天 - **（必須填寫）**		您是否抽煙？　是/否	您的家中是否有人抽煙？ 是/否	
如果與上面地址不同，請將帳單郵寄地址和郵政地址用印刷體寫上：				
姓氏			名字	
街道地址或者郵政信箱				單位/公寓號碼
城市	郡縣		州	郵遞區號

人種：（可選項：請勾選最適合您的人種）

☐ 1 白種人	☐ 5b 阿拉斯加土著人	☐ J 日本人	☐ R 關島人
☐ 2 西班牙人	☐ 7 菲律賓人	☐ K 韓國人	☐ T 寮國人
☐ 3 黑人/美國非洲人	☐ A 美亞混血人	☐ M 薩摩亞人	☐ V 越南人
☐ 4 亞洲人	☐ C 中國人	☐ N 亞洲印第安人	☐ Z 其他
☐ 5a 美國印第安土著人	☐ H 柬埔寨人	☐ P 夏威夷人	

您哪種語言說得最好？ _____　　您哪種語言讀得最好？ _____

第 2 部分

健康計劃的第一選擇：（申請人必須填寫此部分）

說明：請翻到本申請資料的第22頁，確定您所在郡縣中有哪些AIM健康計劃。從第27頁開始，您將會找到每個健康計劃的說明供您復審。	
健康計劃的第一選擇：	
醫療團體/醫療服務提供者的選擇**（如果要求的話）：**	醫療服務提供者代碼**（如果要求的話）：**

健康計劃的第二選擇：（申請人必須填寫此部分）

健康計劃的第二選擇：（如果沒有第一選擇）	
醫療團體/醫療服務提供者的選擇（**如果要求的話）：**	醫療服務提供者代碼**（如果要求的話）：**

Access for Infants and Mothers 申請

第 3 部分

家庭大小、收入和保險資料：此部分將給我們提供有關孕婦家庭大小、收入以及孕婦或未出生嬰兒是否可以獲得保險方面的資料。

A 部分：孕婦資料	
姓名	目前您是否工作？ 是/否
雇主名稱（如果工作的話）	雇主的電話號碼 (　　)　　分機號碼
雇主的街道地址	城市　　州　　郵遞區號
申請時，您是否有健康保險？ 是/否	如果您對其中任何問題回答是，將要求您提供以下資料： 保單或者健康計劃的名稱： 地址： 保單號碼：
您的保險是否承保您的懷孕？ 是/否	
如果適用的話，您的產科服務扣除額或者共付額是多少？ $ _____	

B 部分：由丈夫或者未出生嬰兒的父親（如果他和孕婦住在一起並且至少和另外一個孩子住在一起）完成。遞交社會安全號碼是自願的。		
嬰兒父親的名字（如果與孕婦同住）	出生日期	社會安全號碼
是否已與孕婦結婚？　　是/否		
雇主名稱（如果工作的話）	雇主的電話號碼 (　　)　　分機號碼	
雇主的街道地址	州	郵遞號碼
申請時，您作為嬰兒的父親是否有健康保險？是/否	如果您對其中任何問題回答是，將要求您提供以下資料： 保單或者健康計劃的名稱： 地址： 保單號碼：	
您的保險是否承保懷孕？ 是/否		
如果適用的話，您的*產科服務扣除額*或者共付額是多少？ $ _____		

Access for Infants and Mothers 申請

C 部分：有關收入扣除額和要求孕婦遞交的證明文件的詳細資料，請參閱第11頁。
請列出所有已婚或未婚人士（他們共同有一個孩子住在家中）的 — 或者住在學校中作為稅收撫養人的21歲以下未婚孩子/繼子女。請包括住在孕婦家中的傷殘撫養人、由孕婦或嬰兒父親（如果與孕婦同住）支付的每月兒童照顧費或者傷殘撫養人照顧費。如果沒有這些費用，請寫『N/A』或者『zero』。如果需要更多空間，請單獨寫在一張紙上並與申請材料一起郵寄。

兒童或者傷殘撫養人的名字	出生日期	與孕婦的關係	每月已支付的金額

孕婦是否支付法庭指令的兒童撫養或者配偶贍養費？ 是/否 如果是，兒童撫養費是多少？ $_____ 贍養費是多少？ $_____ **要求的證明文件**	嬰兒的父親，如B部分中所列，是否支付法庭指令的每月兒童撫養費或者配偶贍養費？ 是/否 如果是，兒童撫養費是多少？ $_____ 贍養費是多少？ $_____ **要求的證明文件**

有關收入扣除額和要求孕婦遞交的證明文件的詳細資料，請參閱第11頁。

您是從什麼地方第一次聽說AIM Program的？（請在其中一項上畫圈）

1. 醫生辦公室
2. 社區診所
3. 報紙
4. 互聯網
5. 醫院
6. 政府辦公室
7. 1-800-BABY-999
8. 雇主
9. 學校/教堂
10. 朋友/親戚
11. 電視/廣播
12. 健康大會/社區活動
13. 保險代理
14. 其他（請說明）_____

第4部分

孕婦聲明

請仔細閱讀以下聲明並**將您的名字首字母寫在**每份聲明上。任何不真實或者不准確的回答可能是退保或者其他處罰的原因。

例如，您的名字是Rosa Martin，請在以下空格中寫上RM。

孕婦的名字首字母

1._____我聲明我相信從申請日期開始到現在我懷孕沒有超過30週，並且我隨信附上一份我的懷孕證明文件。

2._____我聲明我是加州居民並且在簽署此參保申請資料日期之前已經在加州連續居住至少六個月。

3._____我聲明任何健康服務提供者或者政府實體現在不會並且將來也不會給我補償我的承保費用，California Indian Tribal Government除外，如果適用的話。

4._____我聲明我沒有健康保險承保我的懷孕，也沒有透過我的健康保單獲得專門用於產科服務的超過$500 的扣除額或者共付額。

5._____我聲明在申請時，我目前沒有參保無需付費的Medi-Cal計劃，也沒有Medicare計劃的A部分和B部分。

6._____我聲明我允許AIM Program 核准我的家庭收入、健康保險狀況、居住地點和申請表上的其他資料。

7._____我聲明遵守我參保的任何參與健康計劃的參保規則、使用復審程序和爭執解決程序。

8._____我聲明我已經復審了參與健康計劃提供的福利。

9._____我聲明我理解並遵守AIM Program 的規則和規定。

10._____我聲明我同意支付要求的承保人費用，即使我沒有完全使用AIM提供的承保福利或者服務，我認可AIM Program將採取行動征收全部的承保人費用。

11._____我聲明遞交的資料和證明文件據我所知真實正確。

Access for Infants and Mothers 申請

第5部分

參保授權和條件

根據1980年1月1日的醫療資料保密法案的第56節和加州民事法規續的要求，所有申請人必須年滿18歲：我授權任何保險公司、醫生、醫院、診所或者醫療服務提供者提供給 Access for Infants and Mothers 管理者任何和所有有關任何醫療史、提供給申請人的服務或者治療的紀錄，和本申請資料所列的申請人懷孕的嬰兒的紀錄，用於復審、調查或者評估。本授權立即生效，並且持續有效直到管理者要求為止。本授權書的影印件與原件同樣有效。

隱私通知

1977年的資料做法法案和聯邦隱私法案要求Program提供以下資料給Access for Infants and Mothers Program申請計劃要求提供資料的人士（保險法規第2節第6.3部分）：要求個人資料的主要目的是為識別承保人和Program管理。Program規定要求每個人給Access for Infants and Mothers Program提供合適的申請資料。不提供這些資料可能會導致無法參保。申請表中的以下資料是自願填寫的：社會安全號碼、人種和介紹人。

每個人有權查看醫療保險風險管理董事會保存的個人資料的紀錄。負責保存這些資料的官員是：Deputy Director, Eligibility, Enrollment and Marketing Division, Managed Risk Medical Insurance Board, P.O. Box 2769, Sacramento, CA 95812-2769. 董事會可以收取一小筆費用以支付複印這些資料的成本。

我明白這是州政府Program，我的權力和義務根據加州保險法規第2節第6.3部分和加州規定法規第10章第5.6部分來決定。

如果您參保某些計劃，您同意由中立約束仲裁決定的某些費用申請（可能包括醫療誤診費用申請）。會員們放棄使用陪審團或者法庭審判的權力。第27頁上有關於每個計劃和仲裁要求的資料。您可以致電您選擇需要了解更多資料的計劃。

作為申請人，我已經閱讀了前面的宣誓書並且證明據我所知是真實正確的。作為申請人，我同意支付要求的承保人費用並且明白州政府將採取適當行動征收本合約所列的全部承保人費用。

X _____ _____

申請人簽字 日期

自願 – 將AIM申請資料轉給Medi-Cal的授權

如果我的申請資料對於AIM不合格，我請求將此申請資料遞交給郡縣政府，並且將它作為Medi-Cal計劃申請。在偽證懲罰的前提下，我聲明據我知道的一切，此表中的訊息真實正確。

X _____ _____

申請人必須簽字 日期

您已經完成以下事情之後：

- ☑ 填寫好申請表
- ☑ 在申請表上簽字
- ☑ 收集了所有必要的收入和懷孕證明文件
  - 懷孕證明
  - 收入證明文件
  - 收入扣除額證明
  - $50銀行本票或者匯票（簽過字的）
- ☑ 將您的$50銀行本票或者匯票（不是個人支票或者現金）支付給：**Access for Infants and Mothers Program**
- ☑ 影印將要遞交的所有文件作為您的紀錄 — 如果您選擇這樣做的話

將您的申請表和其他資料郵寄到：

郵寄地址：	**隔夜郵遞地址：**
Access for Infants and Mothers Program **P.O. Box 15559** **Sacramento, CA 95852-0559** ***請不要傳真申請資料***	**Access for Infants and Mothers Program** **3700 Seaport Blvd** **West Sacramento, CA 95691**

***注：** AIM Program必須在您懷孕第30週之前收到您的申請，您才會被AIM Program考慮。如果您懷孕接近第30週，您可以透過Fed-Ex、US Postal Service等隔夜郵遞您的申請資料。

Access for Infants and Mothers 申請

申請人需要填寫的懷孕證明：

孕婦的姓氏	孕婦的名字		中間名
孕婦的地址		單位/公寓號碼	
城市	州	郵遞區號	

AIM懷孕證明表格

在美國開具的懷孕證明必須與您的申請資料一起郵寄。以下表格可以用來證明懷孕。您也許可以使用不同表格，只要其中資料與此表格相同並且由以下所列其中一人簽字即可。

要有資格參保AIM，孕婦懷孕時間自Program收到申請資料後不得超過30週。懷孕證明必須由執照醫療服務專科醫生或者經核准的醫療服務專科醫生簽字。可以為AIM Program證明您懷孕的人士包括但不限於以下：

醫生（醫藥博士、產科博士）
執照職業護士
計劃的親子關係組織授權的人士
註冊護士
醫生助理
經核准的護士助產士
醫療助理

醫療辦公室人員不能證明懷孕，除非此人有醫療執照或者證書。

由證明懷孕的人士填寫：

我證明上面所列人士已經懷孕。

機構名稱		日期	
機構地址		房間號碼	
城市		州	郵遞區號
城市區號和電話號碼 (　　)	傳真號碼 (　　)	估計到達日期	
用印刷體書寫醫療服務專科醫生的姓氏**（必須填寫）**	用印刷體書寫醫療服務專科醫生的名字**（必須填寫）**		中間名
醫療服務專科醫生的簽字 **（必須填寫）**	醫療頭銜 **（必須填寫）**	醫療執照號碼	