

健康保险信息

DCSS 0054 (Chinese [Simplified]) (04/27/05)

县:

电话:

LCSA 案件编号:

非监护家长:

全名 (名字、中间名、姓氏、后缀)	我是: <input type="checkbox"/> 监护方 <input type="checkbox"/> 雇主	<input type="checkbox"/> 非监护家长
地址 (街道)	城市、州、邮政编码	
电话	社会安全号	
雇主 (名称、街道、城市、州、邮政编码、电话)		

说明: 如果非监护家长或其雇主提供或可获得健康保险, 请填写第一节。第二节分是关于另一方家长的保险。雇主仅需填写第一部分和第三节。请在填写完成的表格上签名并注明日期。

第一节：您的健康保险**健康保险:**

您目前是否有健康保险?

 是 否

如果选择“是”, 请填写以下内容。

健康保险公司或工会 (请提供工会地方编号)	提供者: <input type="checkbox"/> 监护方 <input type="checkbox"/> 雇主	<input type="checkbox"/> 非监护家长 <input type="checkbox"/> 其他: 关系:
保险公司地址: 街道、公寓号或单元号 (邮寄索赔的地址)	电话号码 (包括区号)	

城市	州	邮政编码	保单号
保费金额 \$	勾选一项: <input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每两周 <input type="checkbox"/> 每半月		
您支付的金额 \$	勾选一项: <input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每两周 <input type="checkbox"/> 每半月		
雇主支付的金额 \$	勾选一项: <input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每两周 <input type="checkbox"/> 每半月		
员工部分健康保险的扣除金额 \$	受抚养人部分健康保险的扣除金额 \$		增加额外子女的费用 \$

目前健康保险承保的受抚养人

姓名 (名字、中间名、姓氏)	社会安全号	性别	出生日期	保单号	开始日期	结束日期
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

 如果健康保险承保的其他受抚养人的姓名和保单号列在单独的附页上, 请勾选此框。请附上这附页。 受抚养人不可用

保单承保范围如下：(勾选所有适合的选项)						
<input type="checkbox"/> 医生就诊	<input type="checkbox"/> Medicare (联邦医疗保险)	<input type="checkbox"/> 特定疾病	<input type="checkbox"/> 处方药			
补充						
<input type="checkbox"/> 长期护理	<input type="checkbox"/> 住院	<input type="checkbox"/> 医院门诊	<input type="checkbox"/> 其他 (请说明) :			
			(即化验、物理治疗)			

牙科保险:

您目前是否有牙科保险? 是 否 如果选择“是”，请填写以下内容。

牙科保险公司

牙科保险公司地址: 街道、公寓号或单元号 (邮寄索赔的地址)

城市	州	邮政编码	保单号
保费金额 \$	勾选一项: <input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每两周 <input type="checkbox"/> 每半月		
您支付的金额 \$	勾选一项: <input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每两周 <input type="checkbox"/> 每半月		
雇主支付的金额 \$	勾选一项: <input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每两周 <input type="checkbox"/> 每半月		
员工部分健康保险的扣除金额 \$	受抚养人部分健康保险的扣除金额 \$	增加额外子女的费用 \$	

牙科保险承保的受抚养人

姓名 (名字、中间名、姓氏)	社会安全号	性别	出生日期	保单号	开始日期	结束日期
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

如果牙科保险承保的其他受抚养人的姓名和保单号列在单独的附页上，请勾选此框。请附上这附页。

受抚养人不可用

视力保险:

您目前是否有视力保险? 是 否 如果选择“是”，请填写以下部分。

视力保险公司

视力保险公司地址: 街道、公寓号或单元号 (邮寄索赔的地址)

城市	州	邮政编码	保单号
保费金额 \$	勾选一项: <input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每两周 <input type="checkbox"/> 每半月		
您支付的金额 \$	勾选一项: <input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每两周 <input type="checkbox"/> 每半月		
雇主支付的金额 \$	勾选一项: <input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每两周 <input type="checkbox"/> 每半月		
员工部分健康保险的扣除金额 \$	受抚养人部分健康保险的扣除金额 \$	增加额外子女的费用 \$	

视力保险承保的受抚养人

姓名 (名字、中间名、姓氏)	社会安全号	性别	出生日期	保单号	开始日期	结束日期
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

如果视力保险承保的其他受抚养人的姓名和保单号列在单独的附页上，请选中此框。请附上这附页。

受抚养人不可用

第二节：另一方家长的保险

健康保险：

另一方家长目前是否为孩子或您提供健康保险？ 是 否
如果选择“是”，请提供以下信息：

健康保险公司

健康保险公司地址：街道、公寓号或单元号（邮寄索赔的地址）

城市

州

邮政编码

牙科保险：

另一方家长目前是否为孩子或您提供牙科保险？ 是 否
如果选择“是”，请提供以下信息：

牙科保险公司

牙科保险公司地址：街道、公寓号或单元号（邮寄索赔的地址）

城市

州

邮政编码

视力保险：

另一方家长目前是否为孩子或您提供视力保险？ 是 否
如果选择“是”，请提供以下信息：

视力保险公司

视力保险公司地址：街道、公寓号或单元号（邮寄索赔的地址）

城市

州

邮政编码

第三节：（必须填写）

- 我已附上子女的保险卡/保险承保信息。
 目前我没有子女的保险卡/保险承保信息。我从保险公司获得信息后将会发送给您。
 目前没有健康保险。我理解，如果获得健康保险，我需要将子女加入该保险计划，并通知当地儿童抚养机构关于该保险的信息。没有健康保险的原因如下：
 不提供 季节性 兼职 拒绝参保 成本不合理 试用期/符合资格的日期

私稳声明

根据 1997 年《信息处理法》（《民事法典》第 1798.17 条）以及 1974 年《联邦隐私法案》（第 93-579 号公法），在收集个人信息时须提供此通知。本表格要求的信息，包括社会安全号码，将由儿童抚养服务部（DCSS）用于识别并与您进行沟通。根据《社会安全法》第 466(a)(13) 条的要求，DCSS 必须收集任何涉及离婚判决、抚养令或亲子鉴定或确认的个人的社会安全号码。

社会安全号码是强制性提供的信息，并将由当地儿童抚养机构存档，用于定位和识别个人及资产，以确定、修改和执行子女抚养义务。将子女加入健康保险可能需要向另一方家长的雇主提供子女的社会安全号码及邮寄地址，或者向另一方家长提供子女的社会安全号码。

您的案件中的信息可能会根据法律要求，与州政府、有权合法接收此类信息的其他机构、以及另一方家长或其律师进行讨论或向其提供。

签名

日期

印刷体书写的姓名

电话号码（包括区号）

职称