



7751 South Manthey Road, French Camp, CA 95231 – 9802

HEALTH PLAN OF SAN JOAQUIN 照顾者宣誓书

本宣誓书经《加州家庭法》第 11 部分第 1.5 节（从第 6550 条开始）授权使用。

填写此表格并签署本宣誓书将授权 Health Plan of San Joaquin 向您提供有关未成年人健康保险的信息。请清晰填写。

以下未成年人居住在我家，并且我已年满 18 岁。

1. 未成年人姓名： _____

2. 出生日期： ____/____/____
 年 月 日

3. 您的姓名（成人授权）： _____

4. 您的家庭住址： _____

街道或邮政信箱

城市 州 邮政编码

5. 我是未成年人的祖父母、姑母/姨母、叔伯/舅父或其他合格亲属（有关“合格亲属”的定义，请参阅本表格第 3 页）。

6. 勾选一项或两项（例如，已告知父母一方或获取其同意，但无法联系到另一方）：

我已向该未成年人父母或其他具有合法监护权的人士告知我希望公开该未成年人健康保险信息的意图，并且没有收到任何反对意见。

我目前无法联系到该未成年人的父母或其他拥有法定监护权的人士，无法通知其我的授权意向。

7. 出生日期： ____/____/____
 年 月 日

8. 我的加州驾驶执照或 ID 卡号： _____

警告：如果上述任何陈述不正确，请勿签署此表格，否则将构成犯罪，可处以罚款、监禁或两者并罚。



7751 South Manthey Road, French Camp, CA 95231 – 9802

本人声明上述内容真实正确，如有伪证，愿受加州法律处罚。

照顾者签名

日期

请注意：

- 本声明不影响未成年人的父母或法定监护人对未成年人的照顾、监护和控制权，也不意味着照顾者对未成年人具有合法监护权。
- **Health Plan of San Joaquin** 没有义务进行任何进一步的询问或调查。
- 本宣誓书仅自签署之日起一年内有效。



附加信息

致照顾者：

- 就第 5 项而言，“合格亲属”系指配偶、父母、继父母、兄弟、姐妹、继兄弟、继姐妹、同父异母兄弟、同父异母姐妹、叔伯/舅父、姑母/姨母、侄女/外甥女、侄子/外甥、堂兄弟姐妹/表兄弟姐妹、以“祖”或“曾”称呼开头的任何人，或本定义中所述任何人的配偶，即使婚姻因死亡或解除而终止。
- 根据法律要求，如果您不是未成年人的亲属或目前已获得许可证的寄养父母，可能需要获得寄养家庭许可证才能照顾未成年人。如果您有任何疑问，请联系当地的社会服务部门。
- 如果未成年人不再与您同住，您需要通知 Health Plan of San Joaquin。
- 如果您没有第 8 项中要求的信息（加州驾照或 ID 卡），请提供其他形式的身份证明，例如社会保险号或 Medi-Cal 号。
- 如果您对此表格有疑问，请致电 (209) 942-6320 联系 Health Plan of San Joaquin 会员服务部。

致 HEALTH PLAN OF SAN JOAQUIN：

- 如果已填写表格的适用部分，任何人在没有实际知悉与宣誓书上所述事实相反的情况下，善意地依赖照顾者的授权宣誓书来提供有关未成年人健康保险的信息，都不会因这种依赖而承担刑事责任或对任何人承担民事责任，也不会受到职业纪律处分。
- 本宣誓书并不意味着未成年人自动成为医疗保险的受抚养人。