

看护人授权宣誓书

本宣誓书根据《加州家庭法》第 11 编第 1.5 部分 (从第 6550 节起) 授权使用。

在您填写完本表格并签署本宣誓书后，将授权 Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan (简称为“Health Plan”) 向您发布有关未成年人健康保险承保的信息。请以正楷字体清晰填写。

以下未成年人住在我家，且本人年满 18 岁。

1. 未成年人姓名:		2. 未成年人出生日期 (月/日/年):	
3. 您的姓名：(提供授权的成年人)：			
4. 我的家庭住址:			
街道名称或邮政信箱:	城市:	州:	邮政编码:
5. 是未成年人的祖父母、叔伯舅姨姑或其他有资格的亲属 (有关“有资格的亲属”的定义，请参见本表格的第 3 页)。			
6. 请勾选一项或两项 (例如已告知父母中的一方或获得其许可，但找不到另一方)： 我已告知未成年人的父母或有法定监护权的其他人，我想接收有关未成年人健康保险承保的信息，并且没有收到异议。我目前尚未联系到未成年人的父母或有法定监护权的其他人，因此无法将我的授权计划通知他们。			
7. 我的出生日期 (月/日/年):		8. 我的加州驾照号或身份证号：:	

警告：如果上述任何陈述不正确，请不要签署本表格，否则您将构成犯罪，可处以罚款、监禁或两者并罚。

本人声明上述内容真实无误，如有伪证，愿受加州法律处罚。

看护人签名

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进行照护、监护和管控的权利，也不意味着看护人对未成年人有法定监护权。
- Health Plan 没有义务进行任何进一步的询问或调查。
- 本宣誓书的有效期限仅为执行之日后的一年。

其他信息

看护人：

- 第 5 项中的“有资格的亲属”指的是配偶、父母、继父母、兄弟姐妹、继兄弟姐妹、同父异母或同母异父的兄弟姐妹、叔伯舅姨姑、侄子侄女外甥外甥女、堂表兄弟姐妹，或以“祖”或“曾”为前缀的任何人，或本定义中规定的任何人的配偶，即使其因死亡或解除婚姻而导致婚姻终止亦涵盖在内。
- 如果您不是亲属或目前不是获得许可的寄养父母，法律可能会要求您获得寄养家庭许可证，才能照护未成年人。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住在一起，您需要通知 Health Plan.
- 如果您没有第 8 项中要求的信息（加州驾照或身份证），请提供其他形式的身份证明，例如您的社会安全号码或 Medi-Cal 号码。
- 如果您对本表格有任何疑问，请致电 1-209-942-6320 联系 Health Plan 会员服务部。

Health Plan:

- 任何人依照看护人授权宣誓书诚信善意地提供有关未成年人健康保险承保范围的信息，但其实际上并不了解与本宣誓书所述内容相反的事实，如果填写了表格的适用部分，均不会因此类信赖而承担刑事责任或民事责任，也不会受到专业纪律处分。
- 本宣誓书并不意味着未成年人自动成为健康护理保险承保的受抚养人。