

BẢN CAM ĐOAN ỦY QUYỀN CỦA NGƯỜI CHĂM SÓC



Việc sử dụng bản cam đoan này được cho phép theo Phần 1.5 (bắt đầu từ Mục 6550) của Chương 11 thuộc Bộ Luật Gia Đình California.

Việc hoàn thành và ký tên vào bản cam đoan này sẽ cho phép Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan (“Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe”) cung cấp cho quý vị thông tin về bảo hiểm y tế của trẻ vị thành niên. Vui lòng viết tên bằng chữ in hoa rõ ràng.

Trẻ vị thành niên có tên dưới đây đang sống cùng nhà với tôi và tôi đã đủ 18 tuổi.

1. Tên của Trẻ Vị Thành Niên:		2. Ngày Sinh của Trẻ Vị Thành Niên (ngày/tháng/năm):	
3. Tên của Quý Vị: (Người Trưởng Thành Cấp Ủy Quyền):			
4. Địa Chỉ Nhà của Tôi:			
Tên Đường hoặc Hộp Thư:		Thành Phố:	Tiểu Bang: Mã Zip:
5. Tôi là ông/bà, cô, chú hoặc người thân đủ tiêu chuẩn khác của trẻ vị thành niên (xem trang 2 của biểu mẫu này để biết định nghĩa về “người thân đủ tiêu chuẩn”).			
6. Chọn một hoặc cả hai (ví dụ, nếu cha hoặc mẹ đã được thông báo hoặc đã cho phép và không thể xác định địa chỉ của người còn lại): Tôi đã thông báo cho cha/mẹ hoặc (những) người có quyền giám hộ hợp pháp khác về ý định cung cấp thông tin về bảo hiểm y tế của trẻ vị thành niên và không nhận được bất kỳ ý kiến phản đối nào. Hiện tại tôi không thể liên lạc với cha/mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp khác của trẻ vị thành niên để thông báo về việc tôi có ý định ủy quyền.			
7. Ngày Sinh của Tôi (ngày/tháng/năm):		8. Số Giấy Phép Lái Xe hoặc Thẻ Căn Cước của Tôi ở California:	

Cảnh báo: Không ký tên vào biểu mẫu này nếu bất kỳ thông tin nào ở trên là sai, hành vi đó là vi phạm pháp luật và quý vị sẽ bị phạt tiền, phạt tù hoặc cả hai.

Tôi tuyên bố và xin chịu hình phạt cho tội khai man theo luật của Tiểu Bang California rằng những điều nêu trên là đúng sự thật và chính xác.

Chữ Ký của Người Chăm Sóc

Ngày

BẢN CAM ĐOAN ỦY QUYỀN CỦA NGƯỜI CHĂM SÓC

XIN LƯU Ý:

- Tuyên bố này không ảnh hưởng đến quyền của cha mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp của trẻ vị thành niên đối với việc chăm sóc, giám hộ và kiểm soát trẻ vị thành niên, và không có nghĩa là người chăm sóc có quyền giám hộ hợp pháp đối với trẻ.
- Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe không có nghĩa vụ tiến hành bất kỳ cuộc điều tra hoặc xác minh thêm nào nữa.
- Bản cam đoan này chỉ có hiệu lực trong vòng một năm kể từ ngày ký.

THÔNG TIN BỔ SUNG

DÀNH CHO NGƯỜI CHĂM SÓC:

- “Người thân đủ tiêu chuẩn”, theo mục 5, là vợ/chồng, cha/mẹ ruột, cha/mẹ kế, anh/em trai, chị/em gái, anh/em trai kế, chị/em gái kế, anh/em trai cùng cha/mẹ khác mẹ/cha, chị/em gái cùng cha/mẹ khác mẹ/cha, chú, cô, cháu gái, cháu trai, anh/chị/em họ, bất kỳ người nào được gọi bằng “ông/bà” hoặc “ông/bà cố” hoặc vợ/chồng của bất kỳ người nào được nêu trong định nghĩa này, ngay cả sau khi cuộc hôn nhân đó đã chấm dứt do có người qua đời hoặc ly hôn.
- Luật pháp có thể yêu cầu quý vị, nếu quý vị không phải là người thân hoặc cha/mẹ nuôi hợp pháp ở hiện tại, phải xin giấy phép nuôi dưỡng trẻ em để có thể chăm sóc trẻ vị thành niên. Nếu có thắc mắc, quý vị vui lòng liên hệ với sở dịch vụ xã hội tại địa phương.
- Nếu trẻ vị thành niên không còn sống cùng quý vị nữa, quý vị phải thông báo cho Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe.
- Nếu quý vị không có thông tin được yêu cầu trong mục 8 (giấy phép lái xe hoặc thẻ căn cước ở California), vui lòng cung cấp một hình thức nhận dạng khác như sổ an sinh xã hội hoặc sổ Medi-Cal của quý vị.
- Nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào về biểu mẫu này, vui lòng liên hệ với phòng Dịch Vụ Hội Viên của Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe theo số 1-209-942-6320.

DÀNH CHO CHƯƠNG TRÌNH BẢO HIỂM SỨC KHỎE:

- Bất kỳ cá nhân nào có thiện chí cung cấp thông tin về bảo hiểm y tế cho trẻ vị thành niên dựa trên bản cam đoan ủy quyền của người chăm sóc mà không biết những thông tin thực tế trái ngược với những thông tin đã nêu trong bản cam đoan thì không phải chịu trách nhiệm hình sự hoặc dân sự với bất kỳ cá nhân nào, cũng không phải chịu xử lý kỷ luật chuyên môn nếu các phần áp dụng của biểu mẫu đã được điền đầy đủ.
- Bản cam đoan này không có nghĩa là trẻ vị thành niên tự động trở thành người phụ thuộc cho mục đích xác định bảo hiểm chăm sóc sức khỏe.