

企業/團體申請表

Balance by CCHP 營業部電話: 1-888-371-3060 | 傳真: 1-415-955-8819



Balance by CCHP 可提供免費翻譯及以其它語言幫助您填寫此申請表。此申請表連同保障說明書之同意書構成本計劃之合約，申請人可在提交申請表前索取保障說明書之同意書以了解計劃詳情。

| 僱員必須填妥寫部份 | | | |
|--------------------------------|--|--|---|
| 公司(團體)名稱: | | 團體號碼: | |
| 保障生效日期: (月/日/年) / / | | 受僱日期 (月/日/年) : / / | 受僱情況: <input type="checkbox"/> 全職 <input type="checkbox"/> 兼職 |
| 申請原因: | <input type="checkbox"/> 新員工 | <input type="checkbox"/> 僱員狀況改變, 原因 _____ | |
| <input type="checkbox"/> 首次申請 | <input type="checkbox"/> 家屬 | <input type="checkbox"/> 其它申請, 原因 _____ | |
| <input type="checkbox"/> 年度登記期 | | | |
| 保障計劃選擇 | | | |
| 醫療保健計劃 | <input type="checkbox"/> Ruby ¹⁰ HMO Platinum | <input type="checkbox"/> Ruby ²⁰ HMO Platinum | <input type="checkbox"/> Ruby ⁴⁰ HMO Platinum |
| | <input type="checkbox"/> Opal ²⁵ HMO Gold | <input type="checkbox"/> Opal ⁵⁰ HMO Silver | |
| | <input type="checkbox"/> Platinum ⁹⁰ HMO | <input type="checkbox"/> Gold ⁸⁰ HMO | <input type="checkbox"/> Silver ⁷⁰ HMO |
| | <input type="checkbox"/> Bronze ⁶⁰ HMO | <input type="checkbox"/> Bronze ⁶⁰ HDHP HMO | |
| 自選附加保障 (可用於全部 Balance 申請人) | <input type="checkbox"/> Adult Vision (VSP) | <input type="checkbox"/> Adult Dental (Delta) | <input type="checkbox"/> 其他 _____ |
| Balance 使用: | | | |

| 1. 僱員資料 | | |
|---|---|---|
| 姓: | 名: | 中間名: |
| 婚姻狀況: <input type="checkbox"/> 單身 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 同居伴侶 | 出生日期 (月/日/年): / / | 社會安全號碼: |
| 電郵: | 手提電話: | 住宅電話: |
| 家居地址 (不接受郵政信箱): | | |
| 郵寄地址 (如跟住址不同): | | |
| 主診醫生 (PCP): | 醫療團體: (如不清楚可留空) | 目前是否此醫生的病人? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 您是屬於哪個種族? (選擇所有適合選項) | | |
| <input type="checkbox"/> 美洲印第安人或阿拉斯加原住民 | <input type="checkbox"/> 其他, 請註明: _____ | |
| <input type="checkbox"/> 亞洲人 | <input type="checkbox"/> 不詳 | |
| <input type="checkbox"/> 黑人或非裔美國人 | <input type="checkbox"/> 拒絕回答 | |
| <input type="checkbox"/> 西班牙裔或拉丁裔 | | |
| <input type="checkbox"/> 夏威夷原住民或其他太平洋島民 | | |
| <input type="checkbox"/> 白人/高加索人 | | |
| 您是屬於哪個族裔? (選擇所有適合選項) | | |
| <input type="checkbox"/> 非裔美國人 | <input type="checkbox"/> 俄羅斯人 | |
| <input type="checkbox"/> 美國人 | <input type="checkbox"/> 越南人 | |
| <input type="checkbox"/> 阿拉伯人 | <input type="checkbox"/> 其他, 請註明: _____ | |
| <input type="checkbox"/> 亞裔印度人 | <input type="checkbox"/> 不詳 | |
| <input type="checkbox"/> 黑人 | <input type="checkbox"/> 拒絕回答 | |
| <input type="checkbox"/> 中國人 | | |
| <input type="checkbox"/> 歐洲人 | | |
| <input type="checkbox"/> 菲律賓人 | | |
| <input type="checkbox"/> 西班牙裔/拉丁裔 | | |
| <input type="checkbox"/> 伊朗人 | | |
| <input type="checkbox"/> 韓國人 | | |
| <input type="checkbox"/> 老撾人 | | |
| <input type="checkbox"/> 拉美裔 | | |
| <input type="checkbox"/> 墨西哥人 | | |

| 您用作醫療保健溝通的首選語言： | | |
|--|--|---|
| 文字 語言 <input type="checkbox"/> 美式手語 (ASL) <input type="checkbox"/> 阿拉伯語 <input type="checkbox"/> 保加利亞語 <input type="checkbox"/> 中文 / 廣東話 <input type="checkbox"/> 中文 / 國語 <input type="checkbox"/> 英語 <input type="checkbox"/> 韓語 | 文字 語言 <input type="checkbox"/> 高棉語 <input type="checkbox"/> 老撾語 <input type="checkbox"/> 波斯語 <input type="checkbox"/> 波蘭語 <input type="checkbox"/> 旁遮普語 <input type="checkbox"/> 俄語 <input type="checkbox"/> 西班牙語 | 文字 語言 <input type="checkbox"/> 他加祿語 / 菲律賓語 <input type="checkbox"/> 南語 <input type="checkbox"/> 其他，請註明： _____ <input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 拒絕回答 |
| 您出生時的指定性別？ | | |
| <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 拒絕回答 | | |
| 您目前的性別？ | | |
| <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 跨性別男 / 女性轉男性 (FTM) <input type="checkbox"/> 跨性別女 / 男性轉女性 (MTF) <input type="checkbox"/> 別酷兒 (非二元性別) | <input type="checkbox"/> 其他性別或其他，請註明： _____ <input type="checkbox"/> 拒絕回答 | |
| 您的性取向？ | | |
| <input type="checkbox"/> 女同性戀 / 男同性戀 / 同性戀 <input type="checkbox"/> 異性戀 <input type="checkbox"/> 雙性戀 | <input type="checkbox"/> 其他，請描述： _____ <input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 拒絕回答 | |
| 2. 家屬資料 | | |
| <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 同居伴侶 | 姓: _____ | 名: _____ 中間名: _____ |
| 出生日期 (月/日/年) : / / | | 社會安全號碼: _____ |
| 主診醫生 (PCP) : _____ | 醫療團體: (如不清楚可留空) _____ | 目前是否此醫生的病人? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 您是屬於哪個種族？（選擇所有適合選項） | | |
| <input type="checkbox"/> 美洲印第安人或阿拉斯加原住民 <input type="checkbox"/> 亞洲人 <input type="checkbox"/> 黑人或非裔美國人 <input type="checkbox"/> 西班牙裔或拉丁裔 <input type="checkbox"/> 夏威夷原住民或其他太平洋島民 <input type="checkbox"/> 白人/ 高加索人 | <input type="checkbox"/> 其他，請註明： _____ <input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 拒絕回答 | |
| 您是屬於哪個族裔？（選擇所有適合選項） | | |
| <input type="checkbox"/> 非裔美國人 <input type="checkbox"/> 美國人 <input type="checkbox"/> 阿拉伯人 <input type="checkbox"/> 亞裔印度人 <input type="checkbox"/> 黑人 <input type="checkbox"/> 中國人 <input type="checkbox"/> 歐洲人 | <input type="checkbox"/> 菲律賓人 <input type="checkbox"/> 西班牙裔/拉丁裔 <input type="checkbox"/> 伊朗人 <input type="checkbox"/> 韓國人 <input type="checkbox"/> 老撾人 <input type="checkbox"/> 拉美裔 <input type="checkbox"/> 墨西哥人 | <input type="checkbox"/> 俄羅斯人 <input type="checkbox"/> 越南人 <input type="checkbox"/> 其他，請註明： _____ <input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 拒絕回答 |

| | | |
|---|---|---|
| 您用作醫療保健溝通的首選語言： | | |
| 文字 語言 <input type="checkbox"/> 美式手語 (ASL) <input type="checkbox"/> 阿拉伯語 <input type="checkbox"/> 保加利亞語 <input type="checkbox"/> 中文 / 廣東話 <input type="checkbox"/> 中文 / 國語 <input type="checkbox"/> 英語 <input type="checkbox"/> 韓語 | 文字 語言 <input type="checkbox"/> 高棉語 <input type="checkbox"/> 老撾語 <input type="checkbox"/> 波斯語 <input type="checkbox"/> 波蘭語 <input type="checkbox"/> 旁遮普語 <input type="checkbox"/> 俄語 <input type="checkbox"/> 西班牙語 | 文字 語言 <input type="checkbox"/> 他加祿語 / 菲律賓語 <input type="checkbox"/> 南語 <input type="checkbox"/> 其他，請註明： _____ <input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 拒絕回答 |
| 您出生時的指定性別？ | | |
| <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 拒絕回答 | | |
| 您目前的性別？ | | |
| <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 跨性別男 / 女性轉男性 (FTM) <input type="checkbox"/> 跨性別女 / 男性轉女性 (MTF) <input type="checkbox"/> 別酷兒 (非二元性別) | <input type="checkbox"/> 其他性別或其他，請註明： _____ <input type="checkbox"/> 拒絕回答 | |
| 您的性取向？ | | |
| <input type="checkbox"/> 女同性戀 / 男同性戀 / 同性戀 <input type="checkbox"/> 異性戀 <input type="checkbox"/> 雙性戀 | <input type="checkbox"/> 其他，請描述： _____ <input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 拒絕回答 | |
| 家屬 # 1 | | |
| 姓: | 名: | 中間名: |
| 出生日期 (月/日/年) : / / | | 社會安全號碼: |
| 主診醫生 (PCP) : | | 醫療團體: (如不清楚可留空) 目前是否此醫生的病人? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 您是屬於哪個種族？ (選擇所有適合選項) | | |
| <input type="checkbox"/> 美洲印第安人或阿拉斯加原住民 <input type="checkbox"/> 亞洲人 <input type="checkbox"/> 黑人或非裔美國人 <input type="checkbox"/> 西班牙裔或拉丁裔 <input type="checkbox"/> 夏威夷原住民或其他太平洋島民 <input type="checkbox"/> 白人/ 高加索人 | <input type="checkbox"/> 其他，請註明： _____ <input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 拒絕回答 | |
| 您是屬於哪個族裔？ (選擇所有適合選項) | | |
| <input type="checkbox"/> 非裔美國人 <input type="checkbox"/> 美國人 <input type="checkbox"/> 阿拉伯人 <input type="checkbox"/> 亞裔印度人 <input type="checkbox"/> 黑人 <input type="checkbox"/> 中國人 <input type="checkbox"/> 歐洲人 | <input type="checkbox"/> 菲律賓人 <input type="checkbox"/> 西班牙裔/拉丁裔 <input type="checkbox"/> 伊朗人 <input type="checkbox"/> 韓國人 <input type="checkbox"/> 老撾人 <input type="checkbox"/> 拉美裔 <input type="checkbox"/> 墨西哥人 | <input type="checkbox"/> 俄羅斯人 <input type="checkbox"/> 越南人 <input type="checkbox"/> 其他，請註明： _____ <input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 拒絕回答 |
| 您用作醫療保健溝通的首選語言： | | |
| 文字 語言 <input type="checkbox"/> 美式手語 (ASL) <input type="checkbox"/> 阿拉伯語 <input type="checkbox"/> 保加利亞語 <input type="checkbox"/> 中文 / 廣東話 <input type="checkbox"/> 中文 / 國語 <input type="checkbox"/> 英語 <input type="checkbox"/> 韓語 | 文字 語言 <input type="checkbox"/> 高棉語 <input type="checkbox"/> 老撾語 <input type="checkbox"/> 波斯語 <input type="checkbox"/> 波蘭語 <input type="checkbox"/> 旁遮普語 <input type="checkbox"/> 俄語 <input type="checkbox"/> 西班牙語 | 文字 語言 <input type="checkbox"/> 他加祿語 / 菲律賓語 <input type="checkbox"/> 南語 <input type="checkbox"/> 其他，請註明： _____ <input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 拒絕回答 |

| | | | |
|---|---|---|--|
| 您出生時的指定性別？ | | | |
| <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 拒絕回答 | | | |
| 您目前的性別？ | | | |
| <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 跨性別男 / 女性轉男性 (FTM) <input type="checkbox"/> 跨性別女 / 男性轉女性 (MTF) <input type="checkbox"/> 別酷兒 (非二元性別) | | <input type="checkbox"/> 其他性別或其他，請註明： <input type="checkbox"/> 拒絕回答 | |
| 您的性取向？ | | | |
| <input type="checkbox"/> 女同性戀 / 男同性戀 / 同性戀 <input type="checkbox"/> 異性戀 <input type="checkbox"/> 雙性戀 | | <input type="checkbox"/> 其他，請描述： <input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 拒絕回答 | |
| 家屬 # 2 | | | |
| 姓: | | 名: | 中間名: |
| 出生日期 (月/日/年): / / | | 社會安全號碼: | |
| 主診醫生 (PCP): | | 醫療團體: (如不清楚可留空) | 目前是否此醫生的病人? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 您是屬於哪個種族？ (選擇所有適合選項) | | | |
| <input type="checkbox"/> 美洲印第安人或阿拉斯加原住民 <input type="checkbox"/> 亞洲人 <input type="checkbox"/> 黑人或非裔美國人 <input type="checkbox"/> 西班牙裔或拉丁裔 <input type="checkbox"/> 夏威夷原住民或其他太平洋島民 <input type="checkbox"/> 白人/ 高加索人 | | <input type="checkbox"/> 其他，請註明： <input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 拒絕回答 | |
| 您是屬於哪個族裔？ (選擇所有適合選項) | | | |
| <input type="checkbox"/> 非裔美國人 <input type="checkbox"/> 美國人 <input type="checkbox"/> 阿拉伯人 <input type="checkbox"/> 亞裔印度人 <input type="checkbox"/> 黑人 <input type="checkbox"/> 中國人 <input type="checkbox"/> 歐洲人 | <input type="checkbox"/> 菲律賓人 <input type="checkbox"/> 西班牙裔/拉丁裔 <input type="checkbox"/> 伊朗人 <input type="checkbox"/> 韓國人 <input type="checkbox"/> 老撾人 <input type="checkbox"/> 拉美裔 <input type="checkbox"/> 墨西哥人 | <input type="checkbox"/> 俄羅斯人 <input type="checkbox"/> 越南人 <input type="checkbox"/> 其他，請註明： <input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 拒絕回答 | |
| 您用作醫療保健溝通的首選語言： | | | |
| 文字 語言 <input type="checkbox"/> 美式手語 (ASL) <input type="checkbox"/> 阿拉伯語 <input type="checkbox"/> 保加利亞語 <input type="checkbox"/> 中文 / 廣東話 <input type="checkbox"/> 中文 / 國語 <input type="checkbox"/> 英語 <input type="checkbox"/> 韓語 | 文字 語言 <input type="checkbox"/> 高棉語 <input type="checkbox"/> 老撾語 <input type="checkbox"/> 波斯語 <input type="checkbox"/> 波蘭語 <input type="checkbox"/> 旁遮普語 <input type="checkbox"/> 俄語 <input type="checkbox"/> 西班牙語 | 文字 語言 <input type="checkbox"/> 他加祿語 / 菲律賓語 <input type="checkbox"/> 南語 <input type="checkbox"/> 其他，請註明： <input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 拒絕回答 | |
| 您出生時的指定性別？ | | | |
| <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 拒絕回答 | | | |
| 您目前的性別？ | | | |
| <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 跨性別男 / 女性轉男性 (FTM) <input type="checkbox"/> 跨性別女 / 男性轉女性 (MTF) <input type="checkbox"/> 別酷兒 (非二元性別) | | <input type="checkbox"/> 其他性別或其他，請註明： <input type="checkbox"/> 拒絕回答 | |
| 您的性取向？ | | | |
| <input type="checkbox"/> 女同性戀 / 男同性戀 / 同性戀 <input type="checkbox"/> 異性戀 <input type="checkbox"/> 雙性戀 | | <input type="checkbox"/> 其他，請描述： <input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 拒絕回答 | |

| | | | |
|---|----|---|--|
| <input type="checkbox"/> 家屬 # 3 | 姓: | 名: | 中間名: |
| 出生日期 (月/日/年): / / | | 社會安全號碼: | |
| 主診醫生 (PCP): | | 醫療團體: (如不清楚可留空) | 目前是否此醫生的病人? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 您是屬於哪個種族? (選擇所有適合選項) | | | |
| <input type="checkbox"/> 美洲印第安人或阿拉斯加原住民 <input type="checkbox"/> 亞洲人 <input type="checkbox"/> 黑人或非裔美國人 <input type="checkbox"/> 西班牙裔或拉丁裔 <input type="checkbox"/> 夏威夷原住民或其他太平洋島民 <input type="checkbox"/> 白人/ 高加索人 | | <input type="checkbox"/> 其他, 請註明: _____ <input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 拒絕回答 | |
| 您是屬於哪個族裔? (選擇所有適合選項) | | | |
| <input type="checkbox"/> 非裔美國人 <input type="checkbox"/> 美國人 <input type="checkbox"/> 阿拉伯人 <input type="checkbox"/> 亞裔印度人 <input type="checkbox"/> 黑人 <input type="checkbox"/> 中國人 <input type="checkbox"/> 歐洲人 | | <input type="checkbox"/> 菲律賓人 <input type="checkbox"/> 西班牙裔/拉丁裔 <input type="checkbox"/> 伊朗人 <input type="checkbox"/> 韓國人 <input type="checkbox"/> 老撾人 <input type="checkbox"/> 拉美裔 <input type="checkbox"/> 墨西哥人 | |
| | | <input type="checkbox"/> 俄羅斯人 <input type="checkbox"/> 越南人 <input type="checkbox"/> 其他, 請註明: _____ <input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 拒絕回答 | |
| 您用作醫療保健溝通的首選語言: | | | |
| 文字 語言 <input type="checkbox"/> 美式手語 (ASL) <input type="checkbox"/> 阿拉伯語 <input type="checkbox"/> 保加利亞語 <input type="checkbox"/> 中文 / 廣東話 <input type="checkbox"/> 中文 / 國語 <input type="checkbox"/> 英語 <input type="checkbox"/> 韓語 | | 文字 語言 <input type="checkbox"/> 高棉語 <input type="checkbox"/> 老撾語 <input type="checkbox"/> 波斯語 <input type="checkbox"/> 波蘭語 <input type="checkbox"/> 旁遮普語 <input type="checkbox"/> 俄語 <input type="checkbox"/> 西班牙語 | |
| | | 文字 語言 <input type="checkbox"/> 他加祿語 / 菲律賓語 <input type="checkbox"/> 南語 <input type="checkbox"/> 其他, 請註明: _____ <input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 拒絕回答 | |
| 您出生時的指定性別? | | | |
| <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 拒絕回答 | | | |
| 您目前的性別? | | | |
| <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 跨性別男 / 女性轉男性 (FTM) <input type="checkbox"/> 跨性別女 / 男性轉女性 (MTF) <input type="checkbox"/> 別酷兒 (非二元性別) | | <input type="checkbox"/> 其他性別或其他, 請註明: _____ <input type="checkbox"/> 拒絕回答 | |
| 您的性取向? | | | |
| <input type="checkbox"/> 女同性戀 / 男同性戀 / 同性戀 <input type="checkbox"/> 異性戀 <input type="checkbox"/> 雙性戀 | | <input type="checkbox"/> 其他, 請描述: _____ <input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 拒絕回答 | |
| <input type="checkbox"/> 家屬 # 4 | 姓: | 名: | 中間名: |
| 出生日期 (月/日/年): / / | | 社會安全號碼: | |
| 主診醫生 (PCP): | | 醫療團體: (如不清楚可留空) | 目前是否此醫生的病人? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |

您是屬於哪個種族？（選擇所有適合選項）

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 美洲印第安人或阿拉斯加原住民 <input type="checkbox"/> 亞洲人 <input type="checkbox"/> 黑人或非裔美國人 <input type="checkbox"/> 西班牙裔或拉丁裔 <input type="checkbox"/> 夏威夷原住民或其他太平洋島民 <input type="checkbox"/> 白人/高加索人 | <input type="checkbox"/> 其他，請註明： _____ <input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 拒絕回答 |
|--|---|

您是屬於哪個族裔？（選擇所有適合選項）

| | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> 非裔美國人 <input type="checkbox"/> 美國人 <input type="checkbox"/> 阿拉伯人 <input type="checkbox"/> 亞裔印度人 <input type="checkbox"/> 黑人 <input type="checkbox"/> 中國人 <input type="checkbox"/> 歐洲人 | <input type="checkbox"/> 菲律賓人 <input type="checkbox"/> 西班牙裔/拉丁裔 <input type="checkbox"/> 伊朗人 <input type="checkbox"/> 韓國人 <input type="checkbox"/> 老撾人 <input type="checkbox"/> 拉美裔 <input type="checkbox"/> 墨西哥人 | <input type="checkbox"/> 俄羅斯人 <input type="checkbox"/> 越南人 <input type="checkbox"/> 其他，請註明：_____ <input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 拒絕回答 |
|--|---|--|

您用作醫療保健溝通的首選語言：

| | | |
|---|---|--|
| 文字 語言 <input type="checkbox"/> 美式手語 (ASL) <input type="checkbox"/> 阿拉伯語 <input type="checkbox"/> 保加利亞語 <input type="checkbox"/> 中文 / 廣東話 <input type="checkbox"/> 中文 / 國語 <input type="checkbox"/> 英語 <input type="checkbox"/> 韓語 | 文字 語言 <input type="checkbox"/> 高棉語 <input type="checkbox"/> 老撾語 <input type="checkbox"/> 波斯語 <input type="checkbox"/> 波蘭語 <input type="checkbox"/> 旁遮普語 <input type="checkbox"/> 俄語 <input type="checkbox"/> 西班牙語 | 文字 語言 <input type="checkbox"/> 他加祿語 / 菲律賓語 <input type="checkbox"/> 南語 <input type="checkbox"/> 其他，請註明：_____ <input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 拒絕回答 |
|---|---|--|

您出生時的指定性別？

女性 男性 不詳 拒絕回答

您目前的性別？

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 跨性別男 / 女性轉男性 (FTM) <input type="checkbox"/> 跨性別女 / 男性轉女性 (MTF) <input type="checkbox"/> 別酷兒（非二元性別） | <input type="checkbox"/> 其他性別或其他，請註明： _____ <input type="checkbox"/> 拒絕回答 |
|---|---|

您的性取向？

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 女同性戀 / 男同性戀 / 同性戀 <input type="checkbox"/> 異性戀 <input type="checkbox"/> 雙性戀 | <input type="checkbox"/> 其他，請描述：_____ <input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 拒絕回答 |
|--|---|

3. 聯邦保健資料 (Medicare)

以上申請人目前是否擁有聯邦保健？
 否 是，請附上聯邦保健卡的副本，及填寫姓名：_____

4. 披露個人及健康病歷資料

Balance 明白保護您及您家屬的個人及健康病歷資料的重要性。不論是電子、書寫、及口述形式，Balance 均會保護您的資料。除非受法律批准，否則 Balance 不會在沒有您授權的情況下披露您的資料。以提供給您醫療保障，依據州及聯邦法例，Balance 獲准從醫療提供者、保險公司、保險支助機構、醫療保健公司或您的保險經紀人獲取您及您家屬的個人及健康病歷資料。Balance 獲准披露您及您家屬的個人及健康病歷資料給予醫療提供者、保險公司、保險支助機構、醫療保健公司或您的保險經紀人。有關您個人及健康病歷資料保密的完整說明，請查閱 Balance 的條款及程序(「資料保密規定通知」)。您可致電會員部索取，或到 Balance 的網頁下載。

5. 仲裁協議

本人已了解(除小額理賠情況外)任何由本人和投保家屬與華人保健計劃及其所屬機構引起的協議爭議，包括醫療過失索償(即不論本保健計劃提供的任何醫療服務是非必要或未經批准的，或為不適當、疏忽、或判斷失當)，均應依加州法規提交仲裁解決，而不提出訴訟或訴諸法庭程序，除非法律有仲裁程序司法審查的規定。簽署本合約之各方放棄其交由陪審團法庭解決爭議的憲法權利，並接受採用提交具有約束力的仲裁。關於具有約束力的仲裁詳情，請查詢保障說明書。

| | | |
|------------|------------------------|-------------------|
| 僱員簽名: | 僱員姓名(請用正楷填寫): | 日期(月/日/年): / / |
| 僱主或受權代表簽名: | 僱主或受權代表姓名及職位 (請用正楷填寫): | 日期(月/日/年): / / |

數據私隱保護：

CCHP 及 Balance by CCHP 需遵守各個州及聯邦法律，令您的敏感及個人資料可受保護、保障、保留及保密。這些法律包括**但不限於** 1996 年健康保險便利及責任法案 (HIPAA) 及經濟及臨床病歷資訊科技法案 (HITECH)、聯邦保健及醫療補助中心 (CMS)，及加州消費者隱私保護法 (CCPA) 規管。CCHP 已制定政策及程序確保存取或使用您個人資料的安全性。

Balance 已制定政策及程序如何規管存取及使用，從現有或將來的健康計劃會員收集得來的種族、民族、首選語言、性別認同及性取向的資料。Balance 在合規隱私頁面 balancebycchp.com/confidentiality-and-compliance-notice/ 披露如何規管每次有限地存取及使用種族、民族、首選語言、性別認同及性別的資料。有關這些政策的疑問，請致電 Balance 合規熱線 415-955-8810 或發送電郵至 CCHPComplianceDept@cchphealthplan.com。