

2024 個人及家庭計劃申請表

電話: 1-888-371-3060 | 傳真: 1-415-955-8819



如有需要，Balance by CCHP 可以提供免費翻譯及其它語言幫助填寫該申請表。這申請表連同保障說明書構成爲計劃合約，申請人在提交申請表前可索取保障說明書了解計劃詳情。

申請原因					
請選擇一個	<input type="checkbox"/> 首次申請（申請期爲 11 月 1 日 2023 年至 1 月 31 日 2024 年）				
	<input type="checkbox"/> 特別登記期（2 月 1 日 2024 年至 10 月 31 日 2024 年，請附上證明文件）				
	<input type="checkbox"/> 加配偶/同居伴侶	<input type="checkbox"/> 加子女	現有會員號碼:	現有計劃:	
生效日期: (月/日/年) / /					
保障計劃選擇					
醫療保健計劃:	<input type="checkbox"/> Jade ¹⁵ HMO Platinum	<input type="checkbox"/> Amber ⁵⁰ HMO Silver	<input type="checkbox"/> ActiveChoice PPO Silver	<input type="checkbox"/> Platinum ⁹⁰ HMO	<input type="checkbox"/> Gold ⁸⁰ HMO
自選附加保障:	<input type="checkbox"/> Silver ⁷⁰ HMO	<input type="checkbox"/> Bronze ⁶⁰ HMO	<input type="checkbox"/> Bronze ⁶⁰ HDHP HMO	<input type="checkbox"/> Minimum Coverage HMO	
One Medical:	<input type="checkbox"/> 成人眼科保障 (VSP) <input type="checkbox"/> 成人牙科保障 (Delta)				
	<input type="checkbox"/> 是的，我想加入 One Medical。				

A. 申請人資料					
姓:	名:	中間名:	社會安全號碼:		
出生日期 (月/日/年):	/	/	年齡:	性別: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	婚姻狀況: <input type="checkbox"/> 單身 <input type="checkbox"/> 已婚
電郵:	手提電話:		住宅電話:		
住宅地址 (不接受郵政信箱):	城市:		州:	郵區號碼:	
所有書信會寄至您的住址，如果您希望將保密或隱私的醫療資料寄往其它地址，請於下列填寫新地址。您亦可以要求用其他方式向您發送醫療信息。請致電 Balance。					
郵寄地址 (如跟住址不同):	城市:		州:	郵區號碼:	
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		
公司名稱:	公司電話:				
公司地址:	城市:		州:	郵區號碼:	
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"/> 西班牙裔或拉丁裔	<input type="checkbox"/> 其他，請註明: _____			
<input type="checkbox"/> 亞洲人	<input type="checkbox"/> 夏威夷原住民或其他太平洋島民	<input type="checkbox"/> 不詳			
<input type="checkbox"/> 黑人或非裔美國人	<input type="checkbox"/> 白人/高加索人	<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"/> 菲律賓人	<input type="checkbox"/> 俄羅斯人			
<input type="checkbox"/> 美國人	<input type="checkbox"/> 西班牙裔/拉丁裔	<input type="checkbox"/> 越南人			
<input type="checkbox"/> 阿拉伯人	<input type="checkbox"/> 伊朗人	<input type="checkbox"/> 其他，請註明: _____			
<input type="checkbox"/> 亞裔印度人	<input type="checkbox"/> 韓國人	<input type="checkbox"/> 不詳			
<input type="checkbox"/> 黑人	<input type="checkbox"/> 老撾人	<input type="checkbox"/> 拒絕回答			
<input type="checkbox"/> 中國人	<input type="checkbox"/> 拉美裔				
<input type="checkbox"/> 歐洲人	<input type="checkbox"/> 墨西哥人				

您用作醫療保健溝通的首選語言：

<p>文字 語言</p> <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	<p>文字 語言</p> <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	<p>文字 語言</p> <input type="checkbox"/> 他加祿語 / 菲律賓語 <input type="checkbox"/> 南語 <input type="checkbox"/> 其他，請註明： <hr/> <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： <hr/> <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： <hr/> <input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 拒絕回答
--	--

B. 如家屬一起投保，請填寫此部分

<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：

<p>文字 語言</p> <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	<p>文字 語言</p> <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	<p>文字 語言</p> <input type="checkbox"/> 他加祿語 / 菲律賓語 <input type="checkbox"/> 南語 <input type="checkbox"/> 其他，請註明： <hr/> <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	
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	

<input type="checkbox"/> 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：

<p>文字 語言</p> <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	<p>文字 語言</p> <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	<p>文字 語言</p> <input type="checkbox"/> 他加祿語 / 菲律賓語 <input type="checkbox"/> 南語 <input type="checkbox"/> 其他，請註明： <hr/> <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： <hr/> <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： <hr/> <input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 拒絕回答
--	--

C. 如果申請人委托經紀人，請填寫此部份

本人明白經紀人在協助我購買此醫療保險後，可能得到 **Balance** 的報酬。不論我是否使用經紀人，我的會費是不變。

申請人簽名: X	經紀人姓名:	日期 (月/日/年): / /
-------------	--------	--------------------

D. 保險代理/ 經紀人證書 (AB2569, Cal H&S § 1389.8)

此項是由經紀人填寫

通知代理人: 如果您協助申請人提交此申請，法律要求您證明此協助。如果在進行此證明時，您已知有任何虛假的重大事實，您將受到高達一萬 (\$ 10,000) 美元的民事處罰，這是根據加利福尼亞州健康和安全法規第 1389.8 節 (c) 的授權) 或保險法第 10119.3 節，以及現行法律規定的任何其它適用的處罰或補救措施。

我, _____, 協助申請人提交了這份申請。我有建議申請人完整，真實地回答所有問題，並且不要隱瞞要求的信息。我已解釋，隱瞞信息可能導致將來取消保險。

據我所知，此表格的信息是完整和準確的。我以易於理解的語言向申請人解釋了如果提供不準確信息的風險，並且申請人理解了我的解釋。

經紀人簽名：	經紀人姓名：	日期 (月/日/年): / /
電話號碼：	傳真號碼：	電子郵箱：
CA 執照號碼：	代理經紀公司名稱：	
代理經紀公司地址：		Balance 使用：

E. 申請規章 - 請詳細閱讀以下內容:

I. 申請條例

Balance 保留拒絕接受申請投保的權利。

- 本人明白在申請期間是不會有任何醫療保障。直至收到 **Balance** 的投保批准通知書。
- 如果申請被接受，這份申請表格將會成為申請人及 **Balance** 的投保合約的一部份。如有任何訴訟，本人及家人同意遵照和採納由仲裁人提出的方法解決，而並非由陪審團或法庭裁決。
- 本人明白，如在此申請表格內有意填報不實的資料。**Balance** 可以撤銷申請人的保障如果填報的資料是不實或遺漏是故意的。

II. 同意書

本人及所有申請人現申請投保 **Balance**，我們同意遵守及履行保健計劃契約上的守則及規定，本人經已閱讀並明白此申請表的內容，本人下列的簽署是表示我們願意接受上述的條件及規定，同時本人亦保證是次申請表上填寫的資料均為真實及正確。本人同意如果在生效日期前，本人或家屬的健康狀況有所改變，而與原來填報的資料不相符，本人必須即時通知 **Balance**。

本人明白在此申請表內填報的資料如有不正確，不實，或有漏報等情況，一經查實，**Balance** 有權取消本人的會員資格及所有保障福利，而且取消日期可以追溯到最初的生效日期。

III. 私隱及健康資料

Balance 了解將您和您的家屬的個人和健康信息保密的重要性。不論是以電子，書面和口頭形式 **Balance** 都會保護這些信息。除非法律允許，否則未經您的授權，**Balance** 不會披露此信息。

為了管理您的 **Balance** 保險範圍，州和聯邦法律允許 **Balance** 從醫療保健提供者，保險公司，保險支持組織，健康計劃或您的保險代理人處獲取您和您家屬的健康信息。此外，根據州和聯邦法律，**Balance** 被允許向醫療保健提供者，保險公司，保險支持組織，健康計劃或您的保險代理人披露您和您的家屬的健康信息。

有關保護您的個人和健康信息機密性的 **Balance** 政策和程序（“保密和隱私慣例通知”）的完整說明，可致電客戶服務部或瀏覽 **Balance** 網站。

IV. 仲裁協議

本人已瞭解（除小額理賠情況外）任何所有由本人和投保家屬與 **Balance** 及其所屬機構引起的協議爭議，包括醫療過失理賠（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。簽署本合約的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，請查保障說明書。

申請人簽名: X	請用正楷填寫姓名:	日期 (月/日/年): / /
配偶 / 同居伴侶簽名: X	請用正楷填寫姓名:	日期 (月/日/年): / /
子女 #1 簽名: X	請用正楷填寫姓名:	日期 (月/日/年): / /
子女 #2 簽名: X	請用正楷填寫姓名:	日期 (月/日/年): / /
子女 #3 簽名: X	請用正楷填寫姓名:	日期 (月/日/年): / /
子女 #4 簽名: X	請用正楷填寫姓名:	日期 (月/日/年): / /

營銷來源:

電視 電台 星島日報 世界日報 其他報紙 介紹 街會/活動 其他 _____

Balance by CCHP 使用:

營業代表 _____ 營業經理 _____ 付款: 信用卡 / 賬單 / 支票號碼# _____ 金額 _____ 日期 _____
接收表格日期 _____ 文件寄出日期 _____

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。

特別登記期間申請證明

您只能在 11 月 1 日至 1 月 30 日的公開註冊期間申請個人健康計劃。

有些例外情況可能允許您在此期間之外申請。請仔細閱讀以下聲明，請選最適合您的原因證明您有資格可以在特別登記期間申請。如果以後我們確定此信息不正確，您的申請可能會被取消。

申請人姓名:

要求生效日期 (月/日/年): / /

填寫此表格並不保證接受豁免申請，請提供所需文件

我證明我有資格獲得特殊申請（選最適用的原因）：

- 結婚或成為同居伴侶關係
- 離婚，合法分居，解除同居伴侶關係或死亡
- 孩子出生，領養或接受寄養
- 子女年滿 26 歲
- 獲得公民身份
- 失去 Medi-Cal 白卡的資格
- 失去雇主保險（例如員工死亡，終止僱傭，減少工時）
- 失去公司 CORBA
- 失去學生健康保險
- 不符合投保加州稅收抵免或減少費用分攤的資格
- 離開華人保健的服務地區
- 您的註冊過程中發生了不當行為或錯誤信息
- 監獄釋放
- 從現役兵返回
- 獲得 Health & Human Services 的艱苦豁免證明
- 法院下令提供健康保險
- 聯邦政府認可的美洲印第安人阿拉斯加原住民
- 其它（請提供解釋）：_____

特別登記期所需的文件 (申請人如果是用特別登記期投保必需在事發 60 天內申請及提供以下文件)

原因	支持文件
婚姻	結婚證書
離婚	離婚法令文件
出生/收養/兒童的合法監護權	出生證明或出院文件
子女年滿 26 歲	以前的健康保險證明
投保人死亡	死亡證明
合法移民或美國公民身份	有效的美國護照、綠卡或法律支持文件
失去雇主醫療保險	以前的雇主健康保險證明
失去配偶雇主的保險	以前的雇主健康保險證明
失去 COBRA	失去 COBRA 的證明信
失去 Medi-Cal 白卡	失去 Medi-Cal 證明文件
失去投保加州成本分攤減少的資格	投保加州信件
搬出/搬入 Balance 的服務地區	新舊地址的證明，如水電費賬單，信用卡賬單，保險單，銀行對賬單，駕駛執照或教育機構文件。兩份文件都必須證明在搬遷後 60 天內申請。

申請人簽名：

X

日期 (月/日/年)：

/ /