健康訪問計畫
FAMILY PACT 計畫
客戶資格認證

Client HAP number

本客戶資格證明 (CEC) 表歸屬 California 州健康護理服務部計劃生育辦公室。
此表格不能修改、更改或者預先填寫。

步驟 1: 介紹您自己

名字	中間名	姓氏	尾碼 (Sr., Jr., III, IV etc.)

健康護理服務不會向提供的地址發送郵件

地址 ☐ 家庭 ☐ 郵寄			公寓號
城市	州	郵遞區號	居住縣
出生日期 (mm/dd/yyyy)	社會安全號碼 (SSN) 沒有 SSN 不影響您接受服務的資格。		Provider Use Only CODE

婚姻狀況 (可選)
☐ 單身 ☐ 未婚 ☐ 已婚 ☐ 離異
☐ 寡居 ☐ 註冊的國內伴侶 ☐ 我拒絕回答

種族/族裔 (可選; 勾選所有適用項)
☐ 白人 ☐ 亞裔印度人 ☐ 韓國人
☐ 黑人或者非裔美國人 ☐ 柬埔寨人 ☐ 老撾人
☐ 美洲印第安人或者阿拉斯加土著人 ☐ 中國人 ☐ 越南人
☐ 夏威夷土著人 ☐ 菲律賓人 ☐ 瓜曼尼亞人或者查莫羅人
☐ 其他 ☐ 苗族 ☐ 薩摩亞人
☐ 日本人
☐ 我拒絕回答

您是西班牙裔、拉丁裔還是西班牙血統? (可選)
☐ 是 ☐ 否
如果是、請檢查哪一項:
☐ 墨西哥人、墨西哥裔美國人或者奇卡諾人
☐ 薩爾瓦多人 ☐ 瓜地馬拉人
☐ 古巴人 ☐ 波多黎各人
☐ 其他血統

主要語言 (僅勾選一種)
☐ 英語 ☐ 亞美尼亞語 ☐ 粵語 ☐ 苗語 ☐ 高棉語/柬埔寨語 ☐ 西班牙語
☐ 韓國語 ☐ 塔加洛 ☐ 越南語 ☐ 旁遮普語 ☐ 印地語 ☐ 烏克蘭語
☐ 我拒絕回答 ☐ 其他

如果我們需要與您交談、最好的聯繫方式
☐ 電話 ☐ 文本 ☐ 電子郵件 ☐ 郵件 留言號碼/電子郵件

您的性別是什麼? (必需填寫)

☐ 女性 ☐ 變性人: 男性轉女性
☐ 男性 ☐ 變性人: 女性轉男性

性取向和性別認同

以下資訊是可選的和保密的。
該資訊不會用於確定資格。

您的性別是什麼?
(最能描述您當前性別身份的核取方塊)

☐ 女性
☐ 男性
☐ 變性人: 男性轉女性
☐ 變性人: 女性轉男性
☐ 非二元性別 (既不是男性也不是女性)
☐ 另一種性別身份
☐ 我拒絕回答

您認為自己屬於:

☐ 異性戀還是異性戀
☐ 男同性戀或者女同性戀
☐ 雙性戀
☐ 同性戀
☐ 另一種性取向
☐ 未知
☐ 我拒絕回答

您的原始出生證明上列了什麼性別?

☐ 女性 ☐ 男性 ☐ 我拒絕回答

步驟 2: 其他健康保險範圍

在加入 Family PACT 計畫之前的三個月內、我的計劃生育/生殖健康服務自掏腰包的費用由 Family PACT 計畫支付。	☐ 是 ☐ 否
我目前領取 Medi-Cal 福利。如果您知道您的 Medi-Cal 卡號碼、請在方框中填寫號碼和發行日期。如果您不知道、請在方框中填寫 “未知”。 Medi-Cal 卡號 _____ 發行日期 _____	☐ 是 ☐ 否
我有 Medi-Cal、沒有滿足分擔費用。	☐ 是 ☐ 否
我限制了不包括避孕方法的 Medi-Cal (如 “緊急 Medi-Cal”)。	☐ 是 ☐ 否
我還有其他涵蓋避孕方法的健康保險範圍。其他健康保險範圍可能包括 Medi-Cal 管理的護理計畫、商業健康計畫 (Kaiser, BlueCross, Health Net) 或者學生健康保險。	☐ 是 ☐ 否
我不知道我是否有其他健康保險範圍 (如果您不知道、請勾選此框)。	☐
我已經在服務之日通過 Medi-Cal 或者其他醫療保險獲得了健康保險範圍、但我無法使用我的保險、因為我擔心我的配偶、伴侶或者父母可能會被告知或者通知我的計劃生育就診情況 (這被稱為取用障礙)。	☐ 是 ☐ 否 Provider Use Only CODE _____

應納稅所得額

列出您自己和與您一起生活的家庭成員 (配偶和子女)、以及每個人的應納稅收入來源。

如果有人向您徵稅、請在那人納稅表上列出被徵稅的所有人。收入來源包括就業、自營職業、社會保障 (即使不納稅)、小費、收到的配偶贍養費、失業救濟金等。根據需要申請其他頁面。

如果您 17 歲或者更小、則不包括您父母的收入。提供者可以與您進行更多交談、幫助您瞭解家庭規模。

名稱	和您的關係	年齡	收入來源	應納稅月收入
	(自己)			

家庭規模:

應納稅家庭總收入:

步驟 3: 請閱讀並簽署申請表

California 健康保險資格

我收到了關於如何申請和註冊保險可負擔性計畫的資訊。 ☐ 是 ☐ 否
請瀏覽 www.CoveredCA.com 或者致電 1-800-300-1506 尋求幫助、以便完成這些程式的申請。

本人聲明、根據 California 州法律規定的偽證處罰、本表格中的上述資訊真實無誤。我明白提供虛假資訊可能導致我沒有資格參加該計畫。

申請人簽名 (或者標記)	簽署的日期

隱私權聲明 (民法典第 1798 條等.)

該資訊將被用於查看您是否參加了任何州健康計畫。資訊還將用於監測健康結果和專案評估的目的。您的姓名不會分享。每個人都有權審查提供者保存的個人資訊、除非根據資訊實踐法第 8 條獲得豁免。

公平聽證權

Family PACT 計畫下服務的任何申請人或者接收者應有權就服務的資格或者接受情況進行聽證。申請人或者接受者無權對 Family PACT 計畫的資格標準或者福利進行質疑。

一級審查: 如果您希望對您被的拒絕資格或者接受服務提出上訴、請將您的姓名、電話號碼、地址和請求一級審查的原因發送至以下地址。一級審查請求必須在資格或者服務被拒絕後 20 個工作日內加蓋郵戳。在作出決定之前、計劃生育辦公室可通過電話或者書面形式要求提供人或者申請人提供更多資訊。

正式聽證會: 您可以在收到通知後的 90 天內申請正式聽證會、通知您不符合資格、或者您想要的服務無法提供或者已停止。如果您有充分的理由解釋您為何無法在 90 天內提交聽證、您仍然可以申請聽證。如果您提供了充分的理由、您的請求可能仍會被安排。請提供所有要求的資訊、如您的全名、電話號碼、地址和正式聽證會的原因、並將其郵寄至以下正式聽證會的地址。如果您願意、您也可以附上一封信、解釋您認為所採取的行動不正確的原因。您也可以撥打下麵的公眾查詢和回復電話。如果您在理解英語方面存在困難、請務必說明您的語言、以便在聽證會上安排語言協助。如果您選擇了授權代表、請務必說明其姓名、電話號碼和地址。保留一份聽證會申請的副本以備記錄。您可以通過以下兩種方式之一提交正式的聽證請求

一級審查
Department of Health
Care Services
Office of Family Planning
P.O. Box 997413,
Mail Station 8400
Sacramento, CA 95899-7413

正式聽證會
California Department of
Social Services
State Hearings Division
P.O. Box 944243,
Mail Station 9-17-37
Sacramento, CA 94244-2430

或者撥打免費電話
Department of Social Services
State Hearings Division
Public Inquiry and Response
1-800-952-5253 or
1-800-743-8525
TDD 1-800-952-8349
Fax: (916) 651-5210

不歧視政策

患者保護與平價醫療法案 (ACA) 第 1557 節禁止在某些健康計畫或者活動中歧視種族、膚色、國籍、性別、年齡或者殘疾。自該法案 2010 年生效、第 1557 節建立在長存的聯邦民權法上: 1964 年民權法 VI; 1972 年教育修正案IV、1973 年康復法案第 504 節和 1975 年年齡歧視法案。

2016 年 7 月 18 日生效、衛生和公眾服務 (HHS) 民權辦公室發佈了其最終規則、以執行《聯邦法規》(CFR) 第 92 部分第 45 篇第 1557 節。該法規適用任何衛生計畫或者活動、任何部分接受聯邦財政、根據 ACA 第 I 篇成立的管理衛生計畫或者行動的實體和 HHS 的援助。除其他要求外、第 45 CFR 章第 92.201 部分要求如下:

- **語言援助服務的要求:** 第 92.201 部分 (a) 段要求的語言援助服務必須準確、及時且免費提供、並保護英語水準有限的個人的隱私和獨立性。
- **口譯員和翻譯服務的具體要求:** 符合第 92.201 部分 (a) 段的規定。
  - 當口語翻譯成了為英語水準有限的個人提供有意義訪問的合理步驟時、被保險的企業應向個人提供合格的口譯員。
  - 被保險的企業在翻譯紙質或者電子形式的書面內容時、應使用合格的翻譯人員。

有關最終規則實施第 1557 節的申請和要求的更多資訊、供應商應聯繫其代表性的專業組織。他們還可以訪問 HHS 網站的患者保護與平價醫療法案頁面的第 1557 節、查找樣本材料和其他資源。

Language Services Notice

شعار: إذا كنت تتحدث العربية، يمكنك الحصول على خدمات المساعدة اللغوية مجانًا. يرجي الاتصال بالرقم
.[Arabic] 1-800-541-5555 TTY: 711

注意: 如果您會說中文、您可以免費獲得語言協助服務。致電

1-800-541-5555 TTY:711 [Chinese]

सूचना: अगर आप हिंदी बोलते हैं, तो आप निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएँ प्राप्त कर सकते हैं। कृपया 1-800-541-5555 TTY: 711 पर कॉल करें [Hindi]

CEEB TOOM: Yog tias koj hais Lus Hmoob, koj tuaj yeem tau txais cov kev pab cuam txhais lus pub dawb xwb. Hu rau 1-800-541-5555 TTY: 711 [Hmong]

注意: 日本語を話せる方には、無料言語支援サービスがございます。電話
1-800-541-5555 TTY: 711 [Japanese]

참고 사항: 한국어를 하는 있는 경우 무료로 언어 지원 서비스를 받을 수 있습니다.
1-800-541-5555 TTY: 711 로 문의하십시오. [Korean]

សម្គាល់៖ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ អ្នកអាចទទួលបានសេវាជំនួយផ្នែកភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ។ សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-541-5555 TTY: 711 [Cambodian]

ਨੋਟਿਸ: ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਮੁਫਤ ਵਿੱਚ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਹਾਸਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-541-5555 TTY: 711 [Punjabi]

УВЕДОМЛЕНИЕ: Если Вы говорите по-русски, Вы можете получить услуги языковой помощи бесплатно. Звоните по номеру 1-800-541-5555 TTY: 711 [Russian]

PAUNAWA: Kung Tagalog ang gamit ninyo, maaari kang makatanggap ng mga tulong sa wikang mga serbisyo nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-541-5555 TTY: 711 [Tagalog]

โปรดทราบ: ถ้าคุณพูดภาษาไทย คุณสามารถรับบริการความช่วยเหลือด้านภาษาโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายได้ โทรไปที่

1-800-541-555 TTY: 711 [Thai]

THÔNG BÁO: Nếu bạn nói tiếng Việt, bạn có thể tiếp nhận các dịch vụ trợ giúp ngôn ngữ miễn phí. Hãy gọi đến số 1-800-541-5555 TTY: 711 [Vietnamese]

Step 4:	PROVIDER USE ONLY

Provider Certification:

☐ Eligible for Family PACT Program

☐ Ineligible for Family PACT Program (Give Fair Hearing Rights)

Why client is ineligible: _____

Medi-Cal client eligible for Family PACT verified:

☐ Limited scope ☐ Unmet share-of cost ☐ Barrier to Access

Modality used to determine program enrollment or re-certification:

☐ Phone ☐ Audio Visual ☐ In-Person

DECLARATION

My signature attests that based upon the information provided by the applicant and according to state and federal requirements, I certify that the applicant identified on this form is eligible to receive family planning services under the Family PACT Program. If ineligible, the client has received a copy of the CEC form which includes the Fair Hearing Rights. I also certify that the client was 1) informed of California health insurance eligibility programs through Covered California, 2) offered and received (or declined) a copy of the Notice of Privacy Practices, Nondiscrimination Policy and 3) if applicable, provided a Retroactive Eligibility Certification Form (DHCS 4001).

Print name	Signature	Date
Deactivation: If client is deactivated (no longer eligible)	Deactivation Date	Reason code Provider Use Only CODE