

San Francisco Culinary, Bartenders & Service Employees Trust Funds

Trust Office: 1182 Market Street Suite 320 • San Francisco CA 94102-4919
 Administrative Office: 2323 Eastlake Ave E • Seattle WA 98102
 Phone: (844) 492-9157

請勾選所有適用項目 <input type="checkbox"/> 新聘任 更改： <input type="checkbox"/> 姓名 <input type="checkbox"/> 計劃 <input type="checkbox"/> 地址 <input type="checkbox"/> 婚姻狀況 <input type="checkbox"/> 加/減家屬	此部份由基金辦事處填寫 GROUP NO. _____ EFFECTIVE DATE OF COVERAGE: _____
--	---

第 I 部份 — 僱員資料							
姓氏	首名	中間名縮寫	社會安全證號碼				
郵寄地址 (街道門牌或郵箱)		公寓號碼		性別 (男/女)	出生日期 (月/日/年)		
城市	州	郵區號碼		電話號碼 ()			
婚姻狀況 <input type="checkbox"/> 單身 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 離婚			僱主		受僱日期 (月/日/年)		
族裔 _____				選用語言 _____			
在你做選擇之前，請查看你的合約確實你的醫療和牙科福利		醫療計劃選擇： <input type="checkbox"/> BLUE SHIELD OF CA <input type="checkbox"/> CCHP - Plan A <input type="checkbox"/> DIRECT PAY <input type="checkbox"/> KAISER – Group #14-0			牙科計劃選擇： <input type="checkbox"/> DELTA DENTAL <input type="checkbox"/> INTERDENT DENTAL (NAISMITH) <input type="checkbox"/> UNITED HEALTHCARE (PUD)		

第 II 部份 — 僱員和家屬個人資料							
關係*	姓名	首名	性別	出生日期	社會安全證號碼 #	取得聯邦醫療保險 A 或 B 部份	換腎或洗腎
自己						<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
<input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 家庭伴侶**						<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
家屬*						<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
家屬*						<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
家屬*						<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
家屬*						<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
家屬*						<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

* 附上家屬配偶之結婚證明書副本。附上年齡至 26 歲的子女家屬出生證明書副本。
 ** 家庭伴侶 – 必須向信託基金辦事處申請和符合家庭伴侶的資格。

有我的簽名，根據如有偽證可被處分的州和聯邦法，我謹此證明在此加入表格提供的資料屬實和正確。

會員簽名：_____ 日期：_____

你或你的家屬是否有其他保險？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如答是，請提供保險公司名稱，地址和保險單號碼#：_____	
如你或你的家屬有聯邦醫療保險，請填妥以下部份並附上聯邦醫療保險卡副本一份	
請列出取得聯邦醫療保險者 姓名：_____	取得 A 部份？ 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 如是，生效日期：____/____/____ 取得 B 部份？ 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 如是，生效日期：____/____/____
請列出取得聯邦醫療保險者 姓名：_____	取得 A 部份？ 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 如是，生效日期：____/____/____ 取得 B 部份？ 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 如是，生效日期：____/____/____
如你在換腎或洗腎部份答「是」，你必須填妥以下部份	
請列出換腎或洗腎者 姓名：_____	有換腎？ 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 如是，換腎日期 ____/____/____ 有做洗腎？ 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 如是，換腎日期 ____/____/____

Blue Shield HMO 服務者資料：Blue Shield of California 名錄網頁：		
會員姓名：_____ 主診醫生 (PCP) 姓名：_____		
服務者號碼：_____	IPA/醫療團體號碼：_____	現時病人？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
配偶/家庭伴侶姓名：_____ 主診醫生 (PCP) 姓名：_____		
服務者號碼：_____	IPA/醫療團體號碼：_____	現時病人？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
家屬姓名：_____ 主診醫生 (PCP) 姓名：_____		
服務者號碼：_____	IPA/醫療團體號碼：_____	現時病人？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
家屬姓名：_____ 主診醫生 (PCP) 姓名：_____		
服務者號碼：_____	IPA/醫療團體號碼：_____	現時病人？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
家屬姓名：_____ 主診醫生 (PCP) 姓名：_____		
服務者號碼：_____	IPA/醫療團體號碼：_____	現時病人？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
家屬姓名：_____ 主診醫生 (PCP) 姓名：_____		
服務者號碼：_____	IPA/醫療團體號碼：_____	現時病人？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
家屬姓名：_____ 主診醫生 (PCP) 姓名：_____		
服務者號碼：_____	IPA/醫療團體號碼：_____	現時病人？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
家屬姓名：_____ 主診醫生 (PCP) 姓名：_____		
服務者號碼：_____	IPA/醫療團體號碼：_____	現時病人？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

重要通知：我為上述人士申請健保，並同意我們將遵守保健組織 (HMO) 服務協議或自選服務者計劃 (以適用者為準) 規定所訂之條款。我明白服務協議訂明所有要求包括我或和我有關係者認為從我與 HMO, HMO 醫院或其他 HMO 醫療團體之行為或以會員或病人身份之關係而引起之一些造成任何損害之醫療不當索賠，必須交與具約束力之仲裁而非由法庭審訊解決。

Blue Shield of California 授權：以下授權部份，由申請 Blue Shield of California 或 Blue Shield of California Life & Health Insurance Company ("Blue Shield Life") 承保之所有僱員簽署。**此加入申請如無你簽名授權，將不予處理。**

我同意：此表格提供的所有資料，據我所知和相信，是正確和真實的。我明白那是計劃發出承保之根據，我明白如我在此申請有欺騙或有意誤導，Blue Shield of California/Blue Shield Life 可在承保的頭二十四個月內尋求以下一種補救：取消我的承保，或在發出三十天通知後撤銷承保。我明白直至 Blue Shield of California/Blue Shield Life 已批准此申請和我僱主的申請之前，承保並未生效。

會員簽名：_____ 日期：_____/_____/_____

Kaiser Permanente Health Plan 仲裁協議：

我明白 (除小額索賠法庭、受聯邦醫療保險上訴程序限制的索賠外，以及你的團體必須遵守 ERISA 某些與福利有關爭議規定外)，任何我自己、我的繼承人或其他有關方於一方，而 Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (KFHP)、任何合約健康護理者，或其他有關方在另一方，就指稱違反任何 KFHP 會員引起或有關之義務，包括任何加州醫療保險或醫院玩忽職守 (指醫療服務不必要或未經批准或不適當、疏忽或不幹練地提供)、場所責任保險，或與承保、提供服務或項目有關，不論法律理論是什麼之索賠，必須交由具約束力之仲裁，根據加州法律解決，而非用訴訟或訴諸法庭的程序解決，另有適用之法律訂明司法評審仲裁程序除外。我同意放棄我用陪審團審訊之權利，和接受使用具約束力之仲裁。我明白仲裁條款載於承保說明 (Evidence of Coverage) 內。

_____ 會員簽名

_____ 日期

Chinese Community Health Plan 華人保健計劃取得和透露醫療資料授權：授權 Chinese Community Health Plan 華人保健計劃根據 1980 年一月一日生效之加州民事法醫療資料保密法第 56.10 款和以後各款，取得和透露醫療資料。我謹此授權我的醫生、健康護理服務者、醫院、診所或其他和醫療有關之設施，向華人保健計劃之代理、指定人或代表，提供與醫療歷史、提供給任何此處或以後加入者之服務或治療、調查、或申請評估或索賠之紀錄。我同時授權華人保健計劃及其附屬機構，或其代理、指定人或代表，向醫院、健康護理服務者、政府部門或健康護理服務計劃、自我承保者，或保險公司取得之任何此類醫療資料，如此透露是對處理任何索賠所必需者。此授權書之副本，與正本同樣有效。

Chinese Community Health Plan 華人保健計劃仲裁協議：我明白（除小額索賠案件外），任何和所有的爭議，包括醫療玩忽職守（即根據健保計劃任何提供之醫療服務是否不必要的，或未經授權的、或不適當地、疏忽地或不勝任地提供者），可能根據我和 CCHP 和任何附屬機構所訂之協議而引起的爭議，應交根據加州法律具約束力之仲裁決定。任何此類爭議將不會由訴訟或訴諸法庭程序解決，另有適用之法律訂明司法評審仲裁程序除外。此合約之所有方，從訂定合約，均放棄他們在法庭由陪審團決定任何此類爭議之權利，而是接受使用具有約束力之仲裁。有關具約束力仲裁詳情，請參看你的承保說明（Evidence of Coverage）。

會員姓名： _____			主診醫生(PCP)姓名： _____		
服務者號碼	醫療團體號碼：	現時病人？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
配偶／家庭伴侶姓名： _____			主診醫生(PCP)姓名： _____		
服務者號碼	醫療團體號碼：	現時病人？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
家屬姓名： _____			主診醫生(PCP)姓名： _____		
服務者號碼	醫療團體號碼：	現時病人？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
家屬姓名： _____			主診醫生(PCP)姓名： _____		
服務者號碼	醫療團體號碼：	現時病人？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
家屬姓名： _____			主診醫生(PCP)姓名： _____		
服務者號碼	醫療團體號碼：	現時病人？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
家屬姓名： _____			主診醫生(PCP)姓名： _____		
服務者號碼	醫療團體號碼：	現時病人？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
家屬姓名： _____			主診醫生(PCP)姓名： _____		
服務者號碼	醫療團體號碼：	現時病人？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
家屬姓名： _____			主診醫生(PCP)姓名： _____		
服務者號碼	醫療團體號碼：	現時病人？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			

會員簽名：_____ 日期：_____ / _____ / _____