Chinese

表格 RSFO 557 (02-11) **寄返至：**

紐約州

發育障礙人士辦公室 (OFFICE FOR PEOPLE WITH DEVELOPMENTAL DISABILITIES)

醫療保險問卷調查
適用於非居民計劃

致：

日期_____
姓名 _____
TABS 編號 _____
機構 _____

本函所要求之資訊用於確定償付個人服務費用的可能來源。

比較所有已勾選部份。答覆時，如空位不敷使用，可另紙作答。
您是否有醫療保險？ ☐ 是 ☐ 否

如回答是，請提供所選項目的完整資訊：

☐ 如已勾選，請提交保險合同副本或其他可說明承保範圍的資料副本。

☐ 被保險人（保單持有人）

姓名	地址

☐ 被保險人雇主

名稱	地址

被保險人 ☐ 男 ☐ 女 與被保險人關係 ☐ 本人 ☐ 配偶 ☐ 子女 ☐ 其他

	保險公司名稱與地址	**保單編號**	**企業編號**
☐ Blue Cross			
☐ Major Medical			
☐ Employee Plan			
☐ Union Plan			
☐ Individual			
☐ 其他			

	醫療保險受益人姓名	**醫療保險索償編號**	**醫療保險生效日期**
☐ 醫療保險 (MEDICARE)			

經核實上述資訊完全正確且真實。

電話： 住家 _____
工作 _____

日期：_____

簽名 _____
_____
父母需同時簽名
_____
您與當事人之關係

保密聲明：根據紐約州心理衛生法案第 33.13 與 33.16 條以及聯邦 HIPAA 隱私法則 (45 CFR 164) 規定，有關 OPWDD 客戶之臨床資訊與付款記錄爲保密內容，未經授權不得擅自使用或披露。