

日期: _____
個案號碼: _____
個案名稱: _____

致申請人及參與人的 關於第三方醫療保險的通知 (Chinese)

作為一項資格條件，現金補助申請人及參與人均須申請和使用任何可供其投保的團體醫療保險。該保險可由申請人或參與人目前或以前的雇主或工會保險計劃提供，或透過負有法定責任的親屬的保險計劃或其他來源提供。

您必須提供有關您本人及其他負有法定責任並具備團體醫療保險資格的親屬的醫療保險資訊。請讓有關人士（目前/以前的雇主、工會代表或其他提供團體醫療保險的單位）填寫此表格的背面並交還給您。如果您被指示郵寄表格，請將表格寄往所提供的地址。如果您被安排參加面談，請帶上填寫好的表格及核發給您的任何醫療、牙科、驗光配鏡和/或處方藥身分識別卡。

如果您拒絕或未能對此資訊的證實給予合作，或者拒絕申請任何可供您投保的團體醫療保險，您的現金補助和Medicaid可能會根據NYCRR 351.1(b)(2)(iii) 被終止。

放入 "A" 資料/最近的資料

申請人/參與人姓名: _____ 個案號碼: _____

以下人士的醫療保險: _____

(目前/以前的雇員)

供職開始日期: _____ 供職結束日期: _____

供職期間的住所地址: _____

市鎮: _____ 州: _____ 郵遞區號: _____

收付薪酬的社會安全號碼: _____

該雇員是否有醫療保險? 是 否

透過雇主: _____ 透過工會: _____

承保單位: _____ 團體號碼: _____

保單或身分證號碼: _____ 保險日期: 自: _____
至: _____

各位受保人姓名: _____

該雇員支付金額: \$ _____ 支付週期 _____
(週/月)

保險類型	主要 醫療	住院	老年 護理	門診	藥房	居家 護理	牙科	療養院	驗光配鏡
請在適用的保險代碼下填 入 "x"。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

如果已不再供職, 是否仍然提供醫療保險? 是 否

保單是否能轉換為個人保單? 是 否

如果轉換保單, 雇員需支付: \$ _____ 支付週期 _____
(週/月)

雇主資訊

地址: _____

市鎮: _____ 州: _____ 郵遞區號: _____

雇主身分證號碼/Employer ID No: _____

您的姓名 (正楷大寫) /Please print your name: _____

簽名/Signature: _____

職務/Title: _____