

报名表

新会员

雇主集团 _____

更新至现有会员

受雇日期 _____

请打印所有信息

有效期 _____

雇员资料

_____-_____-_____- (_____) _____ (_____) _____
社会保险号码 住宅电话 办公电话

_____-_____-_____- _____ _____ 男 女
姓氏 名字 中间名首字母 出生日期 (yyyy/mm/dd) 年龄 性别

详细地址 (包括门牌号)

城市, 邮政编码

亲属信息 (登记配偶或注册同居伴侣, 以及按年龄由大到小排列的子女。)

姓氏	名字	中间名首字母	出生日期 (yyyy / mm / dd)	年龄	性别
			____ / ____ / _____		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
			____ / ____ / _____		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
			____ / ____ / _____		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
			____ / ____ / _____		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
			____ / ____ / _____		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
			____ / ____ / _____		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女

报名条款和条件将在 Landmark Healthplan of California, Inc. (简称“计划”) 的承保说明书与披露表组合文档中以及您的雇主集团与“计划”达成的集团协议中详细描述。

如果接受本投保申请书, 我将授权任何经法律许可的健康护理执业医师向“计划”提供有关上述姓名参加者的健康状况或治疗信息, “计划”需要利用这些信息为执业医师提供的承保服务进行授权或支付费用。

我进一步授权我和/或我的亲属进行投保的“计划”及任何其他健康护理计划向其他人公布相关信息, 这些必要信息将用于协调各个计划之间的保险给付。

对于上述授权, 我同意本表格的复印件与原件一样有效。

我同意并了解在我本人和参加本计划的亲属与 LANDMARK HEALTHPLAN OF CALIFORNIA, INC. 或其母公司、子公司或附属机构之间出现的所有纠纷, 包括与根据计划提供服务有关的索赔和对医疗渎职的索赔 (这种医疗渎职是指根据健康计划提供的任何医疗服务是否必要或是否经过授权, 以及是否恰当、谨慎、尽力地提供这些服务), 不包括属 ERISA 范围的索赔, 均应提请约束性仲裁来确定处理结果。任何此类纠纷均不应通过诉讼或诉诸法庭程序予以解决, 除非联邦仲裁法要求对仲裁程序进行司法审查。此协议的所有相关方都将放弃在裁定前将此类纠纷诉诸法庭程序来解决的宪法权利, 而应接受采用约束性仲裁的办法来寻求解决。

签名 _____

当前日期 _____

Landmark Healthplan of California, Inc. 可以免费为您提供语言协助，帮助您享受脊柱按摩疗法或针刺疗法福利。您可以在预约时告诉脊柱按摩治疗师或针灸医生您需要此项协助，或者在周一至周五的 5:30 AM 至 5 PM 致电 Landmark，电话：1-800-298-4875。

我们希望为您提供卓越的服务，因此需要您的帮助。您对下列问题的回答，将有助于我们了解您希望我们用什么样的语言口头或书面介绍脊柱按摩疗法或针刺疗法福利。加州的一项新法律要求我们问您这些问题。请您尽可能全部回答。如果需要，您可以多用一页纸。

1) 您和您的家人是拉美或西班牙裔人吗？请列出每位家庭成员的姓名并标明“否”或“是”。
 拒绝说明。

家庭成员的全名	否	是（请说明来自哪里。）
您的姓名:		

2) 您和您的家人属于什么人种？如果您或您的家庭成员属于混血人种，您可以多选。

您自己：
 美国印地安人/阿拉斯加原住民 非裔美国人 白种人
 夏威夷原住民/太平洋岛民 亚洲人 其他 拒绝回答

其他家庭成员的姓名：

_____	<input type="checkbox"/> 美国印地安人/阿拉斯加原住民	<input type="checkbox"/> 非裔美国人	<input type="checkbox"/> 白种人	
	<input type="checkbox"/> 夏威夷原住民/太平洋岛民	<input type="checkbox"/> 亚洲人	<input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 拒绝回答
_____	<input type="checkbox"/> 美国印地安人/阿拉斯加原住民	<input type="checkbox"/> 非裔美国人	<input type="checkbox"/> 白种人	
	<input type="checkbox"/> 夏威夷原住民/太平洋岛民	<input type="checkbox"/> 亚洲人	<input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 拒绝回答
_____	<input type="checkbox"/> 美国印地安人/阿拉斯加原住民	<input type="checkbox"/> 非裔美国人	<input type="checkbox"/> 白种人	
	<input type="checkbox"/> 夏威夷原住民/太平洋岛民	<input type="checkbox"/> 亚洲人	<input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 拒绝回答
_____	<input type="checkbox"/> 美国印地安人/阿拉斯加原住民	<input type="checkbox"/> 非裔美国人	<input type="checkbox"/> 白种人	
	<input type="checkbox"/> 夏威夷原住民/太平洋岛民	<input type="checkbox"/> 亚洲人	<input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 拒绝回答

3) 您希望我们用哪种语言与您和您的家庭成员交流？请列出每位家庭成员的姓名，并标明语言偏好。

家庭成员的全名	口语	书面语言
您的姓名:		