



## 患者登記申請表

感謝您對藥物輔助計劃(MedAssist program)有興趣。請填寫隨附的申請表格，並將其與所需文件一起返還 MedAssist。

在收到您完整的申請表後，MedAssist 工作人員 會根據我們的計劃指南和可用經費來確定您是否有資格獲得補助金。請瞭解，所有申請批准均取決於是否有經費可供撥款，並且是以先申請先得到的方式進行。

**請將整份填寫完整的申請文件發送至:**

**傳真:** (408) 885-4093

**郵寄:**

Attn: MedAssist  
751 S Bascom Ave 3N330  
San Jose, CA 95128

**電郵:** [MedAssist@hhs.sccgov.org](mailto:MedAssist@hhs.sccgov.org)

**現場投放:** 任何由聖塔克拉拉縣所隸屬的門診藥房

**VALLEY HEALTH CENTER BASCOM**

750 S. Bascom Avenue  
San Jose, CA 95128  
(408) 885-2320

**VALLEY HEALTH CENTER GILROY**

7475 Camino Arroyo  
Gilroy, CA 95020  
(408) 852-2212

**VALLEY HEALTH CENTER  
MOORPARK**

2400 Moorpark Ave  
San Jose, CA 95128  
(408) 885-7675

**VALLEY HEALTH CENTER  
DOWNTOWN**

777 E. Santa Clara Street  
San Jose, CA 95112  
(408) 977-4500

**VALLEY HEALTH CENTER LENZEN**

976 Lenzen Ave,  
San Jose, CA 95126  
(408) 792-5170

**VALLEY HEALTH CENTER  
SUNNYVALE**

660 S. Fair Oaks Avenue  
Sunnyvale, CA 94086  
(408) 992-4830

**VALLEY HEALTH CENTER EAST  
VALLEY**

1993 McKee Road  
San Jose, CA 95116  
(408) 254-6340

**VALLEY HEALTH CENTER MILPITAS**

143 North Main Street  
Milpitas, CA 95035  
(408) 957-0919

**VALLEY HEALTH CENTER TULLY**

500 Tully Road  
San Jose, CA 95111  
(408) 817-1360

**VALLEY SPECIALTY CENTER**

751 S. Bascom Ave  
San Jose, CA 95128  
(408) 885-2310

**O'CONNOR OUTPATIENT  
PHARMACY**

2101 Forest Ave  
San Jose, CA 95128  
(408) 947-2988

如果您有任何問題或需要協助填寫申請表，請與我們聯繫。

**電話:** (408) 970-2001

**電郵:** [MedAssist@hhs.sccgov.org](mailto:MedAssist@hhs.sccgov.org)

**時間:** 週一至週五, 上午9AM – 下午5PM

**www.**[www.GetMedAssist.com](http://www.GetMedAssist.com)

## 開始

### 我需要準備什麼資料？

1. 患者人口統計調查和聯絡訊息
2. 處方訊息
  - a. 藥物名稱
  - b. 處方簽紙本或藥房訊息
3. 財務訊息
  - a. 家庭年總毛收入和家庭人口數
  - b. 上一年度糖尿病藥物、氣喘吸入器和/或腎上腺素自主注射器的自付處方費用

### 我需要準備什麼文件？

聖塔克拉拉縣 (Santa Clara County) 居住證明 – 請提供以下其中之一項:

- 目前租房合同/契約
- 目前每月房貸按揭帳單
- 目前公用事業帳單 (水·電·煤氣·垃圾)
- 無家可歸者 (需填寫完整的患者聲明書)
- 車牌登記證
- 效期內的駕照
- 與申請人同住者出具之支持信函 (Letter of support) 以及該同住者其居住證明

身份證明 (需附有照片的身份證件) – 提供以下其中之一項:

- 效期內的駕照
- 效期內的護照
- 效期內政府所核發的身份證件
- 效期內工作證或學校身份證件
- 出生證明及附照片的效期內身份證件

健康保險證明文件

- 健康保險卡

有效處方簽證明 - 為每個符合條件的處方藥提供以下其中之一項：

- 處方簽紙本
- 藥房聯絡訊息



Staff Use Only: Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_

第一部分: 患者訊息

姓:*		名:*		中間名:	
患者出生日期 DOB (月月/日日/年年年年):*			社會安全號碼 (SSN):		
口說語言偏好:*			書寫語言偏好:*		
地址:*					
城市:*		州: CALIFORNIA		郵編:*	
家庭電話:*			手機電話:		
電子郵件:					
性別認同:*					
<input type="checkbox"/> 男		<input type="checkbox"/> 跨性別女性		<input type="checkbox"/> 流性 - 非二元認同	
<input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 跨性別男性		<input type="checkbox"/> 其他	
民族文化:*			種族:*		
<input type="checkbox"/> 不是西班牙或拉丁		<input type="checkbox"/> 拉丁美洲		<input type="checkbox"/> 患者拒答/無法說明	
<input type="checkbox"/> 西班牙		<input type="checkbox"/> 波多黎各		<input type="checkbox"/> 白人, 北美	
<input type="checkbox"/> 墨西哥		<input type="checkbox"/> 古巴		<input type="checkbox"/> 亞洲, 菲律賓裔	
<input type="checkbox"/> 中美洲		<input type="checkbox"/> 多明尼加		<input type="checkbox"/> 亞洲, 越南裔	
<input type="checkbox"/> 南美洲		<input type="checkbox"/> 其他西班牙的或 拉丁美洲		<input type="checkbox"/> 白人, 阿拉伯裔	
		<input type="checkbox"/> 拒答/無法說明		<input type="checkbox"/> 黑人, 非洲美國	
				<input type="checkbox"/> 西班牙裔或拉丁裔	
				<input type="checkbox"/> 白人, 其他	
				<input type="checkbox"/> 亞洲, 華裔	
				<input type="checkbox"/> 美洲原住民	
				<input type="checkbox"/> 亞洲, 老撾	
				<input type="checkbox"/> 阿拉斯加原住民	
				<input type="checkbox"/> 亞洲, 韓裔	
				<input type="checkbox"/> 亞洲, 其他	
				<input type="checkbox"/> 亞洲, 柬埔寨	
				<input type="checkbox"/> 太平洋島民, 關島	
				<input type="checkbox"/> 亞洲, 日裔	
				<input type="checkbox"/> 太平洋島民, 薩摩亞	
				<input type="checkbox"/> 亞洲, 印度裔	
				<input type="checkbox"/> 太平洋島民, 夏威夷	
				<input type="checkbox"/> 亞洲, 巴基斯坦	
				<input type="checkbox"/> 黑人, 非裔	
				<input type="checkbox"/> 黑人, 其他	
您是如何知道藥物補貼 (MedAssist) 計劃的?*					
<input type="checkbox"/> 既有的申請人		<input type="checkbox"/> SCVMC官網		<input type="checkbox"/> 新聞報紙	
<input type="checkbox"/> 朋友或家人		<input type="checkbox"/> Instagram		<input type="checkbox"/> NextDoor	
<input type="checkbox"/> 財務援助顧問		<input type="checkbox"/> Facebook		<input type="checkbox"/> 其他 (請說明):	
<input type="checkbox"/> 醫生辦公室		<input type="checkbox"/> LinkedIn		_____	
<input type="checkbox"/> 藥房: _____				_____	

## 第二部分: 處方訊息

請從以下三(3)種藥物類別中,分別列出您目前的處方用藥:

- 糖尿病藥物
- 哮喘經口吸入用藥
- 腎上腺素自主注射筆針

<b>第一份處方:</b>		
藥物名稱:*		
藥物類別: [勾選一項]* <input type="radio"/> 糖尿病藥物 <input type="radio"/> 哮喘經口吸入用藥 <input type="radio"/> 腎上腺素自主注射筆針		
如果您無法在此申請表中附上處方簽紙本,那麼請填寫以下部分:		
<b>藥房訊息</b>		
藥房名稱:	藥房電話:	
藥房地址:		
城市:	州:	郵編:

<b>第二份處方:</b>		
藥物名稱:*		
藥物類別: [勾選一項]* <input type="radio"/> 糖尿病藥物 <input type="radio"/> 哮喘經口吸入用藥 <input type="radio"/> 腎上腺素自主注射筆針		
如果您無法在此申請表中附上處方簽紙本,那麼請填寫以下部分:		
<b>藥房訊息</b>		
藥房名稱:	藥房電話:	
藥房地址:		

城市:	州:	郵編:
-----	----	-----

**第三份處方:**

藥物名稱:\*

藥物類別: [勾選一項]\*

糖尿病藥物

哮喘經口吸入用藥

腎上腺素自主注射筆針

如果您無法在此申請表中附上處方簽紙本，那麼請填寫以下部分:

**藥房訊息**

藥房名稱:	藥房電話:
-------	-------

藥房地址:

城市:	州:	郵編:
-----	----	-----

**第四份處方:**

藥物名稱:\*

藥物類別: [勾選一項]\*

糖尿病藥物

哮喘經口吸入用藥

腎上腺素自主注射筆針

如果您無法在此申請表中附上處方簽紙本，那麼請填寫以下部分:

**藥房訊息**

藥房名稱:	藥房電話:
-------	-------

藥房地址:

城市:	州:	郵編:
-----	----	-----

<b>第五份處方:</b>		
藥物名稱:*		
藥物類別: [勾選一項]*		
<input type="radio"/> 糖尿病藥物 <input type="radio"/> 哮喘經口吸入用藥 <input type="radio"/> 腎上腺素自主注射筆針		
如果您無法在此申請表中附上處方簽紙本，那麼請填寫以下部分:		
<b>藥房訊息</b>		
藥房名稱:	藥房電話:	
藥房地址:		
城市:	州:	郵編:

<b>第六份處方:</b>		
藥物名稱:*		
藥物類別: [勾選一項]*		
<input type="radio"/> 糖尿病藥物 <input type="radio"/> 哮喘經口吸入用藥 <input type="radio"/> 腎上腺素自主注射筆針		
如果您無法在此申請表中附上處方簽紙本，那麼請填寫以下部分:		
<b>藥房訊息</b>		
藥房名稱:	藥房電話:	
藥房地址:		
城市:	州:	郵編:

### 第三部分: 財務訊息

家庭人口規模	
家庭人口規模包括您自己、您的配偶或家庭伴侶以及二十一 (21) 歲以下的受撫養子女，無論其是否住在家裡。	
收入訊息	
去年家庭總年收入 – 從所有收入來源總計	
\$	
年度處方藥開支	
上一年的個人自付處方費 – 只能包括糖尿病藥物、哮喘吸入器和腎上腺素自主注射器的個人開支。請保留自付費 用之證明文件，以備稽核之用。	
糖尿病用藥: \$ _____	
哮喘經口吸入用藥: \$ _____	
腎上腺素自主注射筆針: \$ _____	

## 第四部分: 健康保險資料

### 醫療保險

您目前有下列哪一種醫療健康保險計劃?

- 我沒有醫療保險
- 政府贊助的醫療健康保險 (例如: 加州醫療保險白卡 Medi-Cal, 聯邦醫療保險紅藍卡 Medicare)
- 私人/商業醫療保險
  - Kaiser Permanente
  - Blue Cross Blue Shield
  - Santa Clara Family Health Plan
  - Valley Health Plan
  - 其他: \_\_\_\_\_

自 2025 年 1 月 1 日起，如果您已加入聯邦健康照護計劃或州健康照護計劃，則沒有資格加入 MedAssist 計劃<sup>1</sup>

這包括但不侷限於以下項目:

- Medi-Cal (白卡) 包括管理式保健 (Managed Care Medi-Cal), 例如 Santa Clara Family Health Plan 和 Blue Cross/Blue Shield, 以及 Medi-Cal Fee For Service
- Medicare (紅藍卡) · 包括聯邦醫療保險 D 部分和聯邦醫療保險優勢處方藥計劃
- TRICARE
- 退伍軍人健康管理 (VA Health Administration)
- 印第安人健康保險服務
- 兒童健康保險計劃 (CHIP)

<sup>1</sup> 「聯邦健康照護計劃」是指任何提供健康福利的計劃或方案，無論是直接提供、透過保險提供或以其他方式提供，其資金全部或部分由美國政府提供（聯邦員工健康福利計劃除外）。「州健康照護計劃」是：(1) 根據該法第十九章 (Medicaid) 核准的州計劃；(2) 根據該法第五章 (Maternal and Child Health Services Block Grant program) 接受經費或根據該章 (Maternal and Child Health Services Block Grant program) 獲得州立撥款的任何計劃；(3) 根據該法第二十章 A 分章 (Block Grants to States for Social Services) 接受經費或根據該分章 (Block Grants to States for Social Services) 獲得州立撥款的任何計劃；或 (4) 根據第二十一章 (Children's Health Insurance Program) 所核准的州兒童健康計劃。





COUNTY OF SANTA CLARA  
**Health System**

**使用或披露被保護的健康信息授權書**

**1**

患者姓名: \_\_\_\_\_  
 出生日期: \_\_\_\_\_  
 病歷 ID 號 # \_\_\_\_\_  
 地址: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Tel: \_\_\_\_\_

**2**

**授權:** 本人同意給予 \_\_\_\_\_ 來使用並披露給

接收方名字: \_\_\_\_\_

地址: \_\_\_\_\_

電話: \_\_\_\_\_ 傳真: \_\_\_\_\_

**3**

**目的:** 被披露的健康信息只能為如下目的 (等) 使用: \_\_\_\_\_

**4**

**將被披露的訊息**

- A.  **醫療記錄**
  - 所有的健康訊息 (例如診斷, 檢測結果, 治療); 或者
  - 成像和/或片子       報告       帳單       牙科
- B.  **HIV/AIDS 檢測結果** (每一項披露均需單獨分開授權) 縮簽姓名首字母: \_\_\_\_\_
- C.  **藥物濫用和酒精治療** (例如診斷, 測試結果, 治療, 帳單, 出席記錄) 縮簽姓名首字母: \_\_\_\_\_
- D.  **精神行為健康** (例如診斷, 測試結果, 治療, 帳單) 縮簽姓名首字母: \_\_\_\_\_
- E.  **其他** \_\_\_\_\_ 縮簽姓名首字母: \_\_\_\_\_

**5**

**交付方式偏好:**

郵寄    親自領取    其他 \_\_\_\_\_

**6 交付格式:**

CD光碟    片子    紙張    其他 \_\_\_\_\_

**7**

**期限:** 本授權經簽署後立即生效, 並將持續有效至 \_\_\_\_\_ (日期)。  
 如果本人未寫下日期, 則本授權將從簽署之日開始, 並於十二個月後失效。

**8**

**取消:** 本人瞭解, 本人有權利在任何時候取消本授權。取消授權方法(1) 必須以書面形式作成;(2) 郵寄或送件至健康訊息管理部門 (Health Information Management Department), 751 S. Bascom Ave., San Jose, CA 95128; 並且 3) 以該部門收件到達之日為開始生效日。取消將不會適用於過去已授權給 CSCHS 所採取的行動, 或者如果要求授權是用以獲得健康保險給付, 保險公司有正當法律權力來索取給付。另外依 WIC 第 5328 條規定, 對於精神行為健康患者的病歷, 口頭取消是被接受的。請致電: 408-885-5770。

**9**

**條件:** 本人瞭解, 對於治療, 付費, 註冊登記, 或獲取福利資格, 將不會因本人允許或拒絕給予本授權而有所改變, 除非與本人治療有關的研究, 或者如果向本人所提供醫療保健服務只是為創建受保護的健康訊息以發佈給第三方為目的。本人也瞭解, 本人可以拒絕簽署本授權書。本授權書效力與原件無異。本人有權獲得乙份本授權書。

**10**

**再次披露:** 根據本授權披露的訊息可由接收方再次披露。在某些情況下, 加州法律並不禁止此類再次披露, 並且可能不再受聯邦保密法 (HIPAA), 的保護, 儘管訊息仍受 42 CFR 第 2 節條文的繼續保護。此外, 加州法律禁止接收方進一步披露本人的健康訊息除非獲得本人的另一項披露授權, 或者除非該披露受到法律允許或特別要求。

**11**

患者 / 患者代表姓名 \_\_\_\_\_

患者 / 患者代表簽名 \_\_\_\_\_

關係 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_



隱私慣例通知  
回執收達確認

一旦簽署本表，即表示您已確認收到乙份隱私慣例通知 (**Notice of Privacy Practices**) 紙本。我們的隱私慣例通知目的是向您提供我們如何使用和批露您醫療或受保護的個人健康資料(PHI)。請仔細閱讀。

我們的隱私慣例通知可能會隨時變更。如果我們有變更該通知，我們會在各機構設施內張貼修訂版。當您來到我們任何機構設施接受服務或治療時，您可以從我們的掛號/註冊(Registration)或入院登記 (Admitting)處的人員那裡取得最新版的隱私慣例通知紙本。

本人在此確認收到聖塔克拉拉縣衛生系統(CSCHS)的隱私慣例通知。

日期: \_\_\_\_\_

簽名: \_\_\_\_\_

(患者/父母/監管人/法定代理人)

名字: \_\_\_\_\_

(請書寫正楷)

=====

**INABILITY TO OBTAIN ACKNOWLEDGEMENT**

*This portion must be completed only if no signature can be obtained. If it is not possible to obtain the individual's acknowledgement, describe good faith efforts made to obtain the acknowledgement, and the reasons why the acknowledgement could not be obtained.*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_

(Representative of CSCHS)

Title: \_\_\_\_\_

### 計劃參與之條款與條件限制

1. 患者申請或患者的法定代表人（例如父母或法定監護人）代表患者申請參加 MedAssist 計劃。如果患者於申請表中所提供的內容符合資格標準，並且有補助經費可供撥款，則患者或患者的法定代表人將獲得補助金發放，以協助支付醫療自付費用，例如：掛號費、共同保險費、保險免付額和/或月保費。
2. MedAssist 補助金的收達，取決於患者是否有就符合資格的藥品，依處方簽規定補充續藥並使用。
3. 患者或其法定代表人瞭解，MedAssist 申請表中所填寫的任何虛假訊息都可能導致撥款隨時被撤銷，此外還可能構成欺詐，患者或其法定代表人也可能對此承擔法律責任。
4. 如果 MedAssist 發現如有任何與患者相關申請內容不確實或欺詐等的活動，且申請有獲得批准，則參與該計劃會被終止，MedAssist 可以向患者或其法定代表人收回所提供的財務補助金額。
5. 患者或其法定代表人授權 County of Santa Clara 索取信用報告和/或在必要時驗證申請表中填寫的任何訊息。
6. MedAssist 有權在任何時候修改或終止 MedAssist 計劃和/或補助的全部或任何部分，而無需通知患者或其法定代表人。
7. 患者或其法定代表人並沒有得到擔保或承諾一定可以獲得財務援助，MedAssist 提供的任何補助僅限於 MedAssist 所制定的條款與條件限制。
8. 如有任何無法遵守該計劃參與之條款與條件限制，或有任何無法遵守以下變動的情況，患者或其法定代表人同意在 14 天內以電子郵件 (medassist@hhs.sccgov.org) 或郵寄至 (751 S Bascom Ave 3N330 San Jose, CA 95128) 以書面形式通知 MedAssist:
  - a. 個人資料: 家庭地址、電話號碼、電子郵件、聯繫方式
  - b. 家庭資料: 另一個孩子出生或收養一個孩子、家庭成員去逝、結婚、離婚、合法分居、有登記的同居伴侶
  - c. 工作狀態: 失業、工資變動、有額外工作、配偶就業或配偶工資變動
  - d. 收入: 收入改變
  - e. 保險: 醫療保險改變
  - f. 年度處方藥費用: 合格處方藥支付金額的變更
9. 如果您為自己或代表他人申請，您和您申請的個人必須居住在聖塔克拉拉縣 (Santa Clara County) 境內。您必須在 14 個日曆日內以電子郵件 (medassist@hhs.sccgov.org) 或郵寄 (751 S Bascom Ave 3N330 San Jose, CA 95128) 以書面形式通知 MedAssist。
10. 病人或其法定代理人同意保留其處方費用文件至少一年，以備 MedAssist 計劃審核。

本人已閱讀並同意完全遵守計劃參與之條款與條件限制。本人瞭解，如果不遵守可能會導致終止參與 MedAssist 計劃。

本人透過以下簽名在此聲明，根據本人所知所信，本人按照本協定的要求所提供的資料內容是真實和完整的，否則願負偽證罪責。

患者全名

患者之法定代表人全名

(如果代表患者簽名)

患者或其法定代表人簽名

法定代表人與患者的關係

日期



## 通信同意書

我們想確認您和藥費補貼 MedAssist 專案團隊溝通時所偏好使用的通信方式。目前，我們有以下三種方式可供選擇：

我， \_\_\_\_\_， 同意與 MedAssist 的團隊用以下的方式通信。

- 非安全性電子郵件通信 (選擇此項即表示您同意接收來自 MedAssist 專案計畫的未加密電子郵件，您知悉且瞭解在傳輸未加密電子郵件期間，第三方意外獲取您受保護的健康個資的風險。)
- 安全電子郵件通信 (本選項會要求您登入一個安全的網站來閱讀和回覆我們的電子郵件信息)
- 您不希望使用電子郵件作為與 MedAssist 團隊的通信方式。本選項要求所有通信都以郵差投遞信件進行。

\_\_\_\_\_  
患者姓名

\_\_\_\_\_  
患者法定代理人姓名 (如有適用)

\_\_\_\_\_  
患者法定代理人與患者關係 (如有適用)

\_\_\_\_\_  
患者或患者法定代理人簽名

\_\_\_\_\_  
日期



日期:

收件者:

參考號 #:

發文者: MedAssist 計劃

主旨: 季度 MedAssist 證實書

請完整填寫本證實書及問卷調查以便獲得您下一筆補助款。您的問卷答覆將會分享給藥劑師。您的補助款會在收到本證實書及問卷後處理。

藉由以下的簽名，本人知悉:

1. 本人過去已獲准領得MedAssist 計劃補助款。本人瞭解，如果本人有定期按時補充符合本計劃資格條件的處方**並且**有按處方指示使用藥品，並遵守所有計劃要求，本人就可以每月獲取補助款。
2. 在過去 90 天內，本人已定期按時補充符合本計劃資格條件的處方**並且**已按處方指示使用藥品。
3. 本人證實，對該些符合資格條件的處方將會繼續定期和按時補充**並且**本人會在接下來的 90 天內繼續按處方指示使用藥品。
4. 本人會在14 天內通知 MedAssist 任何未遵守計劃規定的情況，以及任何可能影響本人參加 MedAssist 資格的異動，例如家庭人口、醫療保險、處方費用和/或收入。
5. 本人目前沒有任何聯邦醫療保險計劃（紅藍卡）或加州醫療保險計劃（白卡）所提供的處方藥保險或其他醫療費用贊助，如果情況有變，本人會在 14 天內通知 MedAssist。
6. 如果本人在不再符合計劃資格要求後收到付款，本人同意償還 MedAssist 的補助款。
7. 本人瞭解本人加入 MedAssist 可能會影響本人享有其他公共福利的資格，我應諮詢稅務專業人士以瞭解本人的補助金可能涉及的稅務問題。

依加州法律規定，本人聲明上述內容真實無誤，如有不實，願負偽證罪責。

患者全名

患者代表全名 (如果代表病人簽署)

患者或患者代表簽名

與患者關係

日期



## 臨床問卷

### 首次申請者:

您在過去三(3)個月內是否有因未使用藥物而跑過急診室(ER)?	<input type="radio"/> 是	<input type="radio"/> 否	
您在過去三(3)個月內是否有跳過 / 忘記使用過任何藥物?	<input type="radio"/> 是	<input type="radio"/> 否	<input type="radio"/> 不適用
如果您患有哮喘，您覺得您的哮喘在過去三(3)個月內是否有被良好的控制住?	<input type="radio"/> 是	<input type="radio"/> 否	<input type="radio"/> 不適用
如果您患有糖尿病，您覺得您的糖尿病在過去三(3)個月內是否有被良好的控制住?	<input type="radio"/> 是	<input type="radio"/> 否	<input type="radio"/> 不適用
如果您有嚴重的過敏，您在必要時是否有信心能夠自主使用腎上腺素注射筆針 (EpiPen)?	<input type="radio"/> 是	<input type="radio"/> 否	<input type="radio"/> 不適用