

ENROLLMENT FORM

It's easy to enroll...follow these steps...

1. Complete *all* sections of the enrollment form.
2. Only \$17 per month covers all eligible members of your family. You have the following two choices for payment:
 - \$54 (includes your first two-months plus a one-time \$20 processing fee). You will be billed \$17 a month, thereafter.
 - OR -
 - \$110 for your first six-months and save \$12 (includes a one-time \$20 processing fee).
3. Include a money order, cashier's check or personal check payable to CaliforniaKids.
4. Mail the completed application and your payment of \$54 or \$110 to:

CaliforniaKids
P.O. Box 680
North Hollywood, CA 91603

If you have questions or need help completing this enrollment form, please call: 818-755-9700

Primary Member Information

FIRST NAME:			LAST NAME:		
DATE OF BIRTH:	MONTH	DATE	YEAR	<input type="checkbox"/> MALE	<input type="checkbox"/> FEMALE
ADDRESS:					APT:
CITY:		STATE:	ZIP:	EMAIL:	
HOME PHONE: ()			WORK PHONE: ()		

Please list the names of other participating family members ages 19 to 49

FIRST NAME:			LAST NAME:			
DATE OF BIRTH:	MONTH	DATE	YEAR	<input type="checkbox"/> MALE	<input type="checkbox"/> FEMALE	RELATIONSHIP:
FIRST NAME:			LAST NAME:			
DATE OF BIRTH:	MONTH	DATE	YEAR	<input type="checkbox"/> MALE	<input type="checkbox"/> FEMALE	RELATIONSHIP:
FIRST NAME:			LAST NAME:			
DATE OF BIRTH:	MONTH	DATE	YEAR	<input type="checkbox"/> MALE	<input type="checkbox"/> FEMALE	RELATIONSHIP:

Disclosures & Acknowledgements

**Applicant
Initials**

I understand that the OptumHealth Allies health program is NOT insurance .	
I understand that OptumHealth Allies does not make payments to providers and that I am responsible for making all payments directly to the providers of medical services.	
I understand I can cancel anytime. If I cancel within the first 30 days I am entitled to a full refund, minus the \$20 processing fee. I understand that if I cancel anytime thereafter, I will receive a refund for any unused months.	

Release of Liability

The Member(s) hereby agree to hold harmless OptumHealth Allies and CaliforniaKids Healthcare Foundation, its officers, directors, employees, and sponsors from and against any and all claims, liabilities, losses, and expenses directly or indirectly arising from or in connection with the use of this program. I certify that all information provided on this application is truthful, complete and accurate. I understand that any false statements or any misrepresentation of facts is grounds for termination from this Program.

Primary Member Signature

Date

Disclosure: OptumHealth Allies is administered by HealthAllies®, Inc., a discount medical plan organization located at 505 N. Brand Blvd., Suite 850, Glendale, CA, 91203, 1-800-377-0263. **OptumHealth Allies is not insurance.**

SOLICITUD DE MATRICULACIÓN

Es fácil de completar.... siga estos pasos...

1. Complete *todas* las secciones de la solicitud de matriculación.
2. Sólo \$17 por mes cubre a todos los miembros elegibles de su familia. Usted tiene las siguientes opciones de pago:
 - \$54 (incluyen sus primeros dos meses más un solo cobro de \$20 para procesar su solicitud). Después usted recibirá una factura mensual de \$17.
 - 0 -
 - \$110 incluyen sus primeros seis meses y un ahorro de \$12 (incluye un solo cobro de \$20 para procesar su solicitud).
3. Incluya un giro postal, cheque de caja o cheque personal a orden de CaliforniaKids.
4. Envíe su solicitud y su pago de \$54 o \$110 a:

CaliforniaKids
P.O. Box 680
North Hollywood, CA 91603

Si usted tiene preguntas o necesita ayuda para completar esta solicitud, por favor llame: 818-755-9700

Información del Miembro Primario

PRIMER NOMBRE:			APELLIDO:		
FECHA DE NACIMIENTO:	MES	DÍA	AÑO	<input type="checkbox"/> MASCULINO	<input type="checkbox"/> FEMENINO
DIRECCIÓN:					# DE VIVIENDA:
CIUDAD:	ESTADO:		CÓDIGO POSTAL:	CORREO ELECTRÓNICO:	
NÚMERO DE TELÉFONO DE LA CASA: ()			NÚMERO DE TELÉFONO DEL TRABAJO: ()		

Por favor escriba los nombres de los participantes de su familia de 19 a 49 años

PRIMER NOMBRE:			APELLIDO:			
FECHA DE NACIMIENTO:	MES	DÍA	AÑO	<input type="checkbox"/> MASCULINO	<input type="checkbox"/> FEMENINO	RELACIÓN
PRIMER NOMBRE:			APELLIDO:			
FECHA DE NACIMIENTO:	MES	DÍA	AÑO	<input type="checkbox"/> MASCULINO	<input type="checkbox"/> FEMENINO	RELACIÓN
PRIMER NOMBRE:			APELLIDO:			
FECHA DE NACIMIENTO:	MES	DÍA	AÑO	<input type="checkbox"/> MASCULINO	<input type="checkbox"/> FEMENINO	RELACIÓN

Revelaciones y Reconocimientos

	Iniciales del solicitante
Yo entiendo que el programa de salud de OptumHealth Allies NO es un seguro médico.	
Yo entiendo que OptumHealth Allies no pagan a los proveedores y que yo soy responsable por hacer todos los pagos directamente a los proveedores de servicios médicos.	
Yo entiendo que yo puedo cancelar en cualquier momento. Si yo cancelo dentro de los primeros 30 días yo tengo derecho a un reembolso total, menos el costo de \$20 de matriculación. Yo entiendo que si yo cancelo después, yo recibiré un reembolso de los meses no utilizados.	

Liberación de Responsabilidad

El Miembro(s) por la presente está de acuerdo en sostener OptumHealth Allies y CaliforniaKids Healthcare Foundation exentos, sus funcionarios, directores, empleados, y patrocinadores de y contra cualquiera y todas las demandas, obligaciones, pérdidas, y gastos que se surjan directamente o indirectamente de o en relación con el uso de este programa. Yo certifico que toda la información que proporcionó en este formulario es verdadera, completa y exacta. Yo entiendo que cualquier estado falsificado o cualquier falsedad de hechos serán motivos para la terminación de este Programa.

Firma del Miembro Primario

Fecha

Revelación: OptumHealth Allies es administrado por HealthAllies®, Inc., una organización de plan médica de descuento localizada en 505 N. Brand Blvd., Suite 850, Glendale, CA, 91203, 1-800-377-0263. **OptumHealth Allies no es un seguro médico.**