

CITY OF SANTA ANA

PARAMEDIC SUBSCRIPTION PROGRAM

PROGRAMA DE SUSCRIPCIÓN PARAMÉDICA • CHƯƠNG TRÌNH GHI DANH DỊCH VỤ CẤP CỨU

ENROLLMENT FORM • FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN • MẪU ĐƠN GHI DANH

SERVICE ADDRESS • DIRECCIÓN DE SERVICIO • ĐỊA CHỈ NHẬN DỊCH VỤ

BILLING ADDRESS • DIRECCIÓN DE FACTURACIÓN • ĐỊA CHỈ LẬP HÓA ĐƠN

☐ Same as Service Address • La misma que la dirección de servicio • Giống địa chỉ nhận dịch vụ

SUBSCRIBER FULL NAME • NOMBRE COMPLETO DEL SUScriptor • HỌ TÊN NGƯỜI GHI DANH

PHONE NUMBER • NÚMERO DE TELÉFONO • SỐ ĐIỆN THOẠI

EMAIL • CORREO ELECTRÓNICO • E-MAIL

TERMS AND CONDITIONS • TÉRMINOS Y CONDICIONES • ĐIỀU KHOẢN VÀ ĐIỀU KIỆN

I, the subscriber, understand the subscription fee provides protection for me and enrolled permanent residents living at the service address from Santa Ana's paramedic and ambulance fees. I understand that I must be a resident of the City of Santa Ana to enroll in this program and that households located outside of the City's boundaries are ineligible. I understand that subscription fees are non-refundable and non-transferable. I also understand the City of Santa Ana reserves the right to bill any insurance that I or any household member may have if emergency medical service is rendered. I further authorize the release of emergency medical/insurance information for the purpose of emergency medical service billing only. I further understand any violations of the terms of this agreement and/or other abuses of the service may result in the cancellation of my subscription.

Yo, el suscriptor, entiendo que la tarifa de suscripción brinda protección para mí y los residentes permanentes inscritos que viven en la dirección de servicio respecto de las tarifas de paramédicos y ambulancias de Santa Ana. Entiendo que debo ser residente en la Ciudad de Santa Ana para inscribirme en este programa y que los hogares ubicados fuera de los límites de la ciudad no son elegibles. Entiendo que las tarifas de suscripción no son reembolsables ni transferibles. También entiendo que la Ciudad de Santa Ana se reserva el derecho a facturar a cualquier seguro que yo o cualquier miembro del hogar tengamos si se brinda el servicio de emergencia médica. Además autorizo la divulgación de información de emergencia médica/de seguro solo para los fines de facturación del servicio de emergencia médica. Además entiendo que las infracciones a los términos de este contrato y/u otros abusos del servicio pueden causar la cancelación de mi suscripción.

Tôi - người ghi danh hiểu rằng phí ghi danh đem lại cho tôi và các thành viên sinh sống tại địa chỉ cung cấp dịch vụ sự bảo vệ khỏi các khoản phí cấp cứu và xe cứu thương của Thành phố Santa Ana. Tôi hiểu rằng tôi phải là cư dân của Thành phố Santa Ana để tham gia chương trình này và các hộ gia đình nằm ngoài phạm vi thành phố sẽ không đủ điều kiện tham gia. Tôi cũng hiểu rằng phí ghi danh sẽ không được hoàn lại và không thể chuyển nhượng. Tôi hiểu rằng Thành phố Santa Ana có quyền yêu cầu bảo hiểm của tôi hoặc của bất kỳ thành viên nào trong hộ gia đình tôi nếu có dịch vụ y tế khẩn cấp. Tôi đồng ý cho phép tiết lộ thông tin y tế/bảo hiểm khẩn cấp chỉ với mục đích thanh toán dịch vụ y tế khẩn cấp. Tôi cũng hiểu rằng việc vi phạm các điều khoản của thỏa thuận này và/hoặc lạm dụng dịch vụ có thể dẫn đến việc hủy bỏ gói đăng ký của tôi.

SIGNATURE • FIRMA • CHỮ KÝ

DATE • FECHA • NGÀY

CITY OF SANTA ANA

PARAMEDIC SUBSCRIPTION PROGRAM

PROGRAMA DE SUSCRIPCIÓN PARAMÉDICA • CHƯƠNG TRÌNH GHI DANH DỊCH VỤ CẤP CỨU

ENROLLMENT FORM • FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN • MẪU ĐƠN GHI DANH

SERVICE ADDRESS • DIRECCIÓN DE SERVICIO • ĐỊA CHỈ NHẬN DỊCH VỤ

HOUSEHOLD MEMBERS • MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR • CÁC THÀNH VIÊN TRONG HỘ GIA ĐÌNH

List all additional Permanent Occupants living at the Service Address.

Indique todos los ocupantes permanentes que viven en la dirección de servicio.

Liệt kê tất cả các thành viên sống tại địa chỉ cung cấp dịch vụ.

MEMBER 1 • MIEMBRO 1 • THÀNH VIÊN 1

MEMBER 2 • MIEMBRO 2 • THÀNH VIÊN 2

MEMBER 3 • MIEMBRO 3 • THÀNH VIÊN 3

MEMBER 4 • MIEMBRO 4 • THÀNH VIÊN 4

MEMBER 5 • MIEMBRO 5 • THÀNH VIÊN 5

MEMBER 6 • MIEMBRO 6 • THÀNH VIÊN 6

PAYMENT • PAGO • THANH TOÁN

Please complete all the information requested and mail this form with your check or money order for \$70. Do not send cash. Make payment payable to: City of Santa Ana. Mail all items to:

City of Santa Ana, Paramedic Billing M-14, P.O. Box 1964, Santa Ana, CA 92702-1964

Please note: Autopay is not available for this program as participation is entirely voluntary. Enrolled participants must keep record when their subscription renewal is due.

Complete toda la información solicitada y envíe este formulario junto con su cheque o giro bancario por \$70. No envíe dinero en efectivo. Hágalo pagadero a: City of Santa Ana. Envíe todos los elementos requeridos a:

City of Santa Ana, Paramedic Billing M-14, P.O. Box 1964, Santa Ana, CA 92702-1964

Por favor recuerde: El autopago no está disponible para este programa ya que la participación es totalmente voluntaria. Los participantes inscritos deben llevar un registro de cuándo debe pagar la renovación de su suscripción.

Vui lòng điền đầy đủ thông tin yêu cầu và gửi biểu mẫu này cùng với chi phiếu hoặc lệnh chuyển tiền trị giá \$70. Vui lòng không nộp tiền mặt. Gửi khoản thanh toán tới: City of Santa Ana. Gửi tất cả các mục về địa chỉ:

City of Santa Ana, Paramedic Billing M-14, P.O. Box 1964, Santa Ana, CA 92702-1964

Lưu ý: Chương trình này không hỗ trợ thanh toán tự động vì việc tham gia hoàn toàn là tự nguyện. Người tham gia đã ghi danh phải tự theo dõi thời gian gia hạn ghi danh của mình.

MUNICIPAL UTILITY SERVICES

(714) 647-5454 • mus.info@santa-ana.org • 20 Civic Center Plaza, Santa Ana, CA 92701