



# APPLICATION FOR MEMBERSHIP

# \$65

## Your #1 Lifesaving Team

FireMed is the Lifesaving Emergency Ambulance Membership Program of the Dinuba, Kingsburg and Selma Fire Departments.

420 E. Tulare St.  
Dinuba, CA 93618  
559-591-5931

**PLEASE PRINT (Fill out completely)**

Date \_\_\_\_\_

LAST NAME \_\_\_\_\_ Telephone \_\_\_\_\_

Street Address \_\_\_\_\_ Apt. # \_\_\_\_\_

City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

Mailing Address (if different than above) \_\_\_\_\_

City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

Membership (check one): New  Renewal

### Household Members

Last Name (if different from Head of Household)	First Name	Middle Initial	Male/ Female	Relationship to Head of Household	Date of Birth		
					Mo.	Day	Yr.
Head of Household _____							
Spouse or Dependent _____							
Dependent _____							
Dependent _____							
Dependent _____							
Dependent _____							

Please answer the following insurance questions. CHECK APPROPRIATE BOXES:

Does anyone on your FireMed membership have Medicare?	YES <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Does anyone on your FireMed membership have private medical insurance?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Does anyone on your FireMed membership have Medi-Cal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**As discussed in the terms of agreement, FireMed will bill your insurance and accept whatever it pays as payment-in-full. You will owe nothing.**

### FIREMED AGREEMENT

*(Please read information carefully before signing below.)*

I hereby apply for membership in FireMed for myself and eligible\* family members who live at my address. I understand the enclosed fee provides emergency ambulance care and transportation when **needed in the Tri-County FireMed service area**. Non-emergency ambulance service to hospitals and 24 hour emergency medical receiving facilities are covered **only when medically necessary and with prior written authorization by a physician**. If an *additional* transport (after the initial emergency) is required between health facilities, another ambulance company may be involved and this *additional* transport **may not** be covered by FireMed. Coverage begins upon acceptance of the application and continues until the following October 31<sup>st</sup>. I understand that FireMed is **not** insurance, but will provide emergency ambulance service when needed in the Tri-County FireMed service area, and will bill whatever insurance or medical benefits I may have and is entitled to **primary** and **secondary** insurance payment. FireMed is in addition of any insurance or medical benefits which I may have. **I further authorize the release of medical information for the purpose of ambulance insurance billing only.** Should I or a family member receive payment from insurance or other medical benefits provider for ambulance service rendered by the Tri-County FireMed, **I will immediately forward such payment to the appropriate transporting agency.** FireMed membership may be considered for welfare recipients for services that may **not** be covered under their plan. I understand that violations of the terms of this agreement may result in immediate cancellation. **This membership is non-refundable and non-transferable.**

#### \*DEFINITION OF FAMILY

FireMed membership covers immediate family members living in the same household. The member, spouse, unmarried children under age 25 and other persons **listed as legal dependents for income tax purposes** are covered. Others **not** included in this definition are required to obtain their own **separate** membership.

**This form must be signed by all persons in the household covered by this membership 18 years of age and older.**

Head of Household \_\_\_\_\_ (Signature)      Spouse \_\_\_\_\_ (Signature)  
 Dependent \_\_\_\_\_ (Signature)      Dependent \_\_\_\_\_ (Signature)

**A check, money order or cash must accompany this application. Please make check payable to FireMed.**

I have enclosed payment by:      ( ) Money Order      ( ) Cash      ( ) Check



# APLICACION PARA MEMBRECIA

# \$65

## Su Equipo Salvavidas #1

Tres Condados FireMed es el programa de miembrecia de emergencia proporcionado por el Departamento de Bomberos de Dinuba, Kingsburg y Selma

**PORFAVOR USE LETRA DE MOLDE (Complete totalmente)**

Fecha \_\_\_\_\_

Apeido \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ # de Apto \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zóna Postal \_\_\_\_\_

Domicilio de Correspondencia (si es diferente al de arriba) \_\_\_\_\_ # de Apto \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zóna Postal \_\_\_\_\_

La asociación (verifica uno): Nueva  la Renovación

Miembros de la Familia	Primer Nombre	Inicial	Masculino/ Femenino	Relacion al Cabeza de Familia	Fecha de Nacimiento		
Apeido (si difiere de el de el cabeza de familia)					mes	dia	año
Cabeza de familia _____							
Esposa _____							
Dependientes _____							
Dependientes _____							
Dependientes _____							
Dependientes _____							

Aliste cualquier aseguranza que pagué benficios medicos. MARQUE LAS CAJAS APROPIADAS:

¿Tiene alguno de los miembros de FireMed Medicare?	YES	NO
¿Tiene alguno de los miembros de FireMed aseguranza medica aparte o en lugar de Medicare?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cualquiera en su asociación de FireMed tiene Medi-Cal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Como discutido en los terminos de acuerdo, FireMed cobrara a su aseguranza y aceptara cualquier pago como pago de lleno. Usted debera nada.**

### ACUERDO FIREMED

(Porfavor lea este documento con cuidado antes de firmar abajo.)

Por el presente aplico para miembrecia a FireMed para mi y miembros de mi familia que sean elegibles\*, y que viven en mi domicilio. Yo entiendo que la cuota adjunta provee cuidado de emergencia de ambulancia y transportacion cuando sea necesario en **dentro del area de servicio de ambulancia del sistema Tres Condados FireMed, junto con servicio de ambulancia** de no-emergencia como se nota abajo. Si un transporte *adicional* (despues de la emergencia inicial) se requiere entre las instalaciones de la salud, otra compañía de la ambulancia puede estar implicada y este transporte *adicional* no se puede cubrir por Tres Condados FireMed. La covertura empieza cuando usted acepta la aplicacion y continua hasta el proximo 31 de Octubre. Servicio de ambulancia de no-emergencia a los hospitales, centros medicos abiertos las 24 horas, es cubierto solamente cuando sea medicamente necesario por su aseguranza, y tenga pre-autorizacion escrito de medico. Yo entiendo que FireMed no es una aseguranza pero proporcionará un servicio de ambulancias para emergencias cuando sea necesario en el area de servicio de los tres condados FireMed. Se y tiene derecho a pago de aseguranza tanto primaria como secundaria. FireMed esta en exceso de cualquier aseguranza o beneficio medico que yo pueda tener. Yo autorizo que se revele informacion medica para proposito de cobrar a la compañía de aseguranza por el servicio de ambulancia solamente. Si yo o algun miembro de mi familia recibe pago departe de alguna aseguranza o de otro proveedor de beneficios medicos por el servicio de ambulancia rendido por Tres Condados FireMed, yo enviare inmediatamente tal pago a la agencia de transporte adecuada. La miembrecia Tres Condados FireMed puede ser considerado para los recipientes de Welfare por servicios que no esten cubridos bajo su plan. Yo entiendo que violaciones de los terminos de este acuerdo pueden resultar en cancelacion inmediata. **Esta miembrecia no es transferible.**

### \*DEFINICION DE FAMILIA

La miembrecia FireMed cubre miembros inmediatos de la familia que viven en el mismo hogar. El miembro su esposa (o), hijos no casados, menores de 25 años de edad, y otras personas alistadas como dependientes legales para propositos de impuestos son cubiertos. Se requiere que otros que no esten incluidos en esta definicion obtengan su propia miembrecia por separado.

**Esta forma debe ser firmada por todas las personas en el hogar de 18 años o mayores cubiertas por esta miembrecia.**

Cabeza de familia \_\_\_\_\_ (firma)      Esposa \_\_\_\_\_ (firma)

Dependiente \_\_\_\_\_ (firma)      Dependiente \_\_\_\_\_ (firma)

**Un cheque, jiro postal, o informacion de tarjeta de credito debe acompañar a esta aplicacion. Porfavor haga el cheque a la orden de FireMed.**

**He incluido pago por:**    ( ) jiro postal                      ( ) al contado                      ( ) cheque