

健康保險申請表

Individual and Family Plans

| | |
|--|--|
|  哪些人可以使用這份申請表？ | <p>您可以使用這份申請表來申請 Kaiser Permanente for Individuals and Families (KPIF) 計劃。</p> <ul style="list-style-type: none">• 如果您想為家人入保相同的 KPIF 計劃，請全家人填寫一份申請表即可。家中如果有人想要加入不同的保健計劃，其必須另外填寫一份申請表。• 您必須居住在我們的加州服務區才符合 KPIF 保險的入保資格。 |
|  哪些人不應使用這份申請表？ | <ul style="list-style-type: none">• 如果您或您為其提出申請的任何受撫養人有權享有 Medicare A 部分或已經入保 Medicare B 部分，則該申請人便沒有資格申請新的 KPIF 保險。請瀏覽 kp.org/medicare (英文) 以瞭解更多有關您 Medicare 計劃選項或申請 Medicare 保險的資訊。• 請注意，健康保險輔導及倡導計劃 (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) 可為加州居民提供免費健康保險諮詢。請致電 1-800-434-0222 與 HICAP 聯絡以瞭解詳情。請參閱第 12 頁以找到您當地的 HICAP 計劃資訊。• 如果您符合資格且想獲得聯邦或州政府的財務補助以協助您支付共付額、共保額、免賠額或保費，請勿填寫此申請表。您必須透過 Covered California 網站 CoveredCA.com 申請保險。• 若要針對您現有的 KPIF 帳戶進行變更，請致電 1-800-464-4000。 |
|  提醒事項 | <ul style="list-style-type: none">• 如果您在開放入保期提出申請，您的生效日期可能會依我們收到您申請的日期而異—如果您在 12 月 31 日之前提出申請，生效日期通常是 1 月 1 日。請盡您所能盡快將本申請表寄回—或者您可透過更便捷的方式在線上提出申請，網址為 buykp.org/apply (英文)。• 如果您在特殊入保期提出申請，請瀏覽 kp.org/specialenrollment (英文) 或致電 1-800-494-5314 以獲取說明。• 請回答所有問題，且僅用打字或原子筆正楷填寫。請在每個詞彙之間留一個空格，對於有連字號的名字則在格子中填入連字號。• 請謹記，入保一項新計劃並不會自動取消您擁有的任何其他保險。若要避免支付 2 項計劃的費用或要避免保險發生中斷，請務必在您的新保險開始生效之日前取消任何其他保險。• 為了確保您的申請能夠及時獲得處理且不會遭到取消，請交回申請表的所有頁面、填寫完整並在所有必須簽名的欄位簽名、附上第一個月的付款以及合格生活事件的證明 (如有規定)。請將這些資料郵寄至： <p style="text-align: center;">Kaiser Permanente for Individuals and Families P.O. Box 23127 San Diego, CA 92193-9921</p>或者透過安全傳真傳送至：1-855-355-5334 註：支票必須郵寄，不得透過傳真發送。 |
|  需要協助嗎？ | <ul style="list-style-type: none">• 如需協助填寫此申請表，請致電 1-800-494-5314 (TTY 711)。• 我們將免費為您提供語言協助。• 如果您有保險經紀人，請致電向您的保險經紀人尋求協助。 |

所有計劃均由 Kaiser Foundation Health Plan, Inc. 提供及承銷，其地址是：One Kaiser Plaza, Oakland, CA 94612。

步驟 1：選擇您的入保期

請選擇一個選項： 開放入保期（請跳到步驟 2） 特殊入保期（請繼續填寫以下資訊）

請選擇您的合格生活事件。如果您有超過一項以上的合格生活事件，請檢視您的選項，因為生效日期會隨事件而異。**您還必須在 10 個日曆日內提供資格證明。**請瀏覽 kp.org/specialexrollment 或致電 **1-800-494-5314** 以瞭解有關合格生活事件的更多資訊。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 喪失最低基本健康保險（請填寫您擁有保險最後一整天的日期）* | <input type="checkbox"/> 由 Covered California 決定的例外情況 |
| <input type="checkbox"/> 透過結婚或同居伴侶關係而新增或成為一名受撫養人 | <input type="checkbox"/> 有資格透過個人保險健康還款計劃 (Individual Coverage Health Reimbursement Arrangement, ICHRA) 或合格的小型雇主健康還款計劃 (Qualified Small Employer Health Reimbursement Arrangement, QSEHRA) 購買個人保健計劃 |
| <input type="checkbox"/> 因為生產、領養或是領養安置或寄養安置而新增或成為受撫養人 | <input type="checkbox"/> 在家庭中發生家庭暴力或配偶遺棄 |
| 註： 在此情況下，您也必須在 2 個生效日期選項之間作選擇： | <input type="checkbox"/> 僱主停止支付統一綜合預算協調法案 (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA) 保費 |
| <input type="checkbox"/> 生產、領養或是領養安置或寄養安置的日期 | <input type="checkbox"/> 刑滿釋放 |
| <input type="checkbox"/> 我們收到申請後的次月第一天 | <input type="checkbox"/> 關於您入保最低基本承保的錯誤資訊 |
| <input type="checkbox"/> 透過離婚、解除同居伴侶關係或法定分居而失去受撫養人 | <input type="checkbox"/> 保健業者網絡變更 |
| <input type="checkbox"/> 投保人或受撫養人死亡 | <input type="checkbox"/> 違反合約 |
| <input type="checkbox"/> 子女撫養令或其他承保受撫養人的法庭命令 | <input type="checkbox"/> 有資格獲得透過應用程式提供之交通運輸服務或遞送網絡公司的健康護理津貼 |
| 註： 在此情況下，您也必須在 2 個生效日期選項之間作選擇： | |
| <input type="checkbox"/> 子女撫養令或其他承保受撫養人之法庭命令的日期 | |
| <input type="checkbox"/> 法庭命令日期後的次月第一天 | |
| <input type="checkbox"/> 永久搬遷並可使用新計劃 | |

請填寫合格生活事件的日期。 / / (月月/日日/年年年)

* 如果您的合格生活事件是喪失 Kaiser Permanente 保險，我們可能會審查會員資格記錄，以確認您喪失保險的時間和理由。

步驟 2：選擇您的保健計劃

請選擇一項保健計劃。如有任何家人要申請其他保健計劃，請針對每項計劃提交一份單獨的申請表。

| Bronze | Silver | Gold | Platinum |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Kaiser Permanente – Bronze 60 HDHP HMO | <input type="checkbox"/> Kaiser Permanente – Silver 70 HMO Off Exchange | <input type="checkbox"/> Kaiser Permanente – Gold 80 HMO Coinsurance | <input type="checkbox"/> Kaiser Permanente – Platinum 90 HMO |
| <input type="checkbox"/> Kaiser Permanente – Bronze 60 HMO | <input type="checkbox"/> Kaiser Permanente – Silver 70 HMO 2850/50 | <input type="checkbox"/> Kaiser Permanente – Gold 80 HMO | |
| <input type="checkbox"/> Kaiser Permanente – Bronze 60 HMO 8200/0% | <input type="checkbox"/> Kaiser Permanente – Silver 70 HDHP HMO 3600/25% | | |

針對未滿 30 歲或因為有困難情況而享有豁免資格的申請人

在生效日期當日未滿 30 歲的申請人，或是有提供豁免資格證明證實自己有困難情況或缺乏可負擔保險的申請人可使用最低承保計劃。**如果您已年滿 30 歲及 30 歲以上，且您沒有提供豁免資格證明，我們將無法處理您的申請。**若要確認您是否符合資格，請瀏覽 CoveredCA.com/exemptions 並遵循指示。

- Kaiser Permanente – Minimum Coverage HMO

如需有關健康福利和牙科福利及限制、成本分擔額與保費的資訊，請檢閱入保資料中的詳細資訊。如欲索取特定計劃的《整合會員資格協議、承保範圍說明書與披露表》(Combined Membership Agreement, Evidence of Coverage, and Disclosure Form) 副本，請瀏覽 kp.org/plandocuments (英文)、致電 **1-800-464-4000** 或與您的保險經紀人聯絡。

主要申請人

步驟 3：選擇可選成人牙科計劃

您的保健計劃包含為兒童會員提供的牙科保險，提供至會員年滿 19 歲的當月月底為止。Kaiser Permanente 為成人提供可選牙科保險計劃，其中包括兒童牙科服務資格已終止的個人。此項可選保險需另外收費。我們的可選成人牙科保險是由 Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (KFHP) 的子公司 Kaiser Permanente Insurance Company (KPIC) 承銷，並由全國規模最大且最有經驗的牙科福利提供者之一 Delta Dental of California 管理。請參閱 *Summary of Dental Benefits and Coverage Disclosure Matrix (SDBC)* (牙科福利與承保範圍概要披露表)，以瞭解 KPIC 牙科計劃的完整詳細資訊，網址為 kp.org/kpic-dental (英文)。

請選擇下列其中一個選項。

-
- 是。本人想要申請入保提供給本人作為保健計劃保險補充選項的 KPIC 牙科保險計劃。KPIC 牙科保險計劃是由 Kaiser Foundation Health Plan, Inc. 的子公司 Kaiser Permanente Insurance Company 承銷。在入保後，本人瞭解，若要取消牙科保險，則本人的保健計劃保險也必須一併取消，除非本人是在開放入保期或特殊入保期申請取消。
- 否。本人沒有興趣入保可選牙科保險。
-

主要申請人

需要入保的配偶／同居伴侶

同居伴侶是指在加州登記且經加州法律認可具備您同居伴侶身分的人士。

名字

中間名縮寫

請選擇一項：

配偶

同居伴侶

姓氏

出生日期（月月／日日／年年年年）

先前的醫療記錄號碼（若有）

州（若有）

性別：

男 女

未公開

社會安全號碼（若有）

需要入保的父母／繼父母

如果您有超過 2 名以上的父母／繼父母需要入保，請額外影印本頁然後填寫並連同申請表一起提交。

1 名字

中間名縮寫

出生日期（月月／日日／年年年年）

姓氏

先前的醫療記錄號碼（若有）

州（若有）

性別：

男 女

未公開

社會安全號碼（若有）

2 名字

中間名縮寫

出生日期（月月／日日／年年年年）

姓氏

先前的醫療記錄號碼（若有）

州（若有）

性別：

男 女

未公開

社會安全號碼（若有）

主要申請人

需要入保的受撫養人

如果您有超過 3 名以上的受撫養人需要入保，請額外影印本頁然後填寫並連同申請表一起提交。

1 名字

中間名縮寫 出生日期 (月月/日日/年年年年)

姓氏

先前的醫療記錄號碼 (若有)

州 (若有)

性別：

社會安全號碼 (若有)

_____ — _____ 男 女

未公開

與主要申請人的關係

2 名字

中間名縮寫 出生日期 (月月/日日/年年年年)

姓氏

先前的醫療記錄號碼 (若有)

州 (若有)

性別：

社會安全號碼 (若有)

_____ — _____ 男 女

未公開

與主要申請人的關係

3 名字

中間名縮寫 出生日期 (月月/日日/年年年年)

姓氏

先前的醫療記錄號碼 (若有)

州 (若有)

性別：

社會安全號碼 (若有)

_____ — _____ 男 女

未公開

與主要申請人的關係

主要申請人

步驟 5：選擇授權代表 (若有)

您可以授予許可給您信任的朋友或親戚，以讓其與我們討論與本申請有關的事項、查看您的資訊或代您處理純粹與本申請有關的事宜。此人稱為授權代表。

名字

中間名縮寫

姓氏

電話 (若有手機，請填手機號碼)

簽名即代表您指定該人士作為您的法定授權代表，以代您收取與本申請有關的正式資訊並代您處理與本申請有關的事宜。

X

日期 (月月/日日/年年年年)

主要申請人 (未滿 18 歲的兒童由父母或法定監護人代簽)

步驟 6：簽署申請協議

重要事項：所有年滿 18 歲及 18 歲以上的申請人、父母/繼父母和受撫養人均必須閱讀下列內容並在下方簽名和註明日期。如果主要申請人是未滿 18 歲的兒童，則必須由其父母或法定監護人簽名。簽名即代表父母或法定監護人同意負責為本申請表中所列的所有申請人支付所有保費、共付額、共保額及免賠額。經您簽名的協議副本與正本具有相同效力。如果沒有簽名，我們將會取消申請。如有超過 2 名以上年滿 18 歲及 18 歲以上的父母/繼父母和/或受撫養人需要簽名，請附上包含其他簽名的本頁副本。若要符合 KPIF 保險的入保資格，您以及您為其提出申請的任何受撫養人不得有權享有 Medicare A 部分也不得已入保 Medicare B 部分。

- 本人確認，列在本表格的申請人當中，沒有人有權享有 Medicare A 部分或已經入保 Medicare B 部分。
- 本人瞭解，Kaiser Foundation Health Plan, Inc. 將會相信本申請表中所提供的資訊。如發現本人捏造或蓄意陳述不實資訊，Kaiser Foundation Health Plan, Inc. 可選擇終止保險且該決定可回溯至保險生效日期。
- 如本人有與保險經紀人合作，本人允許 Kaiser Permanente 與其分享本申請表中所列的入保和退保資訊。本人瞭解，保險經紀人或 Kaiser Permanente 代表可能會因為其協助本人處理此申請而獲得 Kaiser Permanente 所提供的財務和/或非財務報酬。
- 提供本人的電子郵件地址和手機號碼即代表本人瞭解，本人可能會收到來自 Kaiser Permanente 的電子郵件和簡訊通信。

X

日期 (月月/日日/年年年年)

主要申請人 (未滿 18 歲的兒童由父母或法定監護人代簽)

X

日期 (月月/日日/年年年年)

配偶/同居伴侶

X

日期 (月月/日日/年年年年)

父母/繼父母

X

日期 (月月/日日/年年年年)

父母/繼父母

X

日期 (月月/日日/年年年年)

受撫養人 (18 歲以上及 18 歲以上)

X

日期 (月月/日日/年年年年)

受撫養人 (18 歲及 18 歲以上)

主要申請人

步驟 7：簽署 Kaiser Foundation Health Plan, Inc. 仲裁協議

本人瞭解，除小額索賠法庭案件、適用於 Medicare 上訴程序的索賠或必須遵守《員工退休及收入保障法令》(Employee Retirement Income Security Act, ERISA) 索賠程序條例的索賠，以及根據適用法律無法透過具約束力的仲裁解決的任何其他索賠之外，若本人、本人的繼承人、親屬或其他相關當事方與 Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (KFHP)、任何合約保健業者、管理機構或其他相關當事方之間，因為涉嫌違反因 KFHP 會員資格而產生或與此有關的任何職責而發生任何爭議，包括任何醫療失當或醫院誤醫的索賠（針對不具有必要性、沒有獲得授權或在不當、疏忽或能力無法勝任之情況下提供的醫療服務所提出的索賠）、場地責任的索賠，或與服務或用品的承保範圍或提供方式有關的索賠，無論法理基礎為何，都必須根據加州法律透過具約束力的仲裁裁定，而非經由訴訟或訴諸法庭程序解決，但適用法律規定必須進行仲裁程序司法審查的情況除外。本人同意放棄要求陪審團審判的權利，並同意使用具約束力的仲裁。本人瞭解，《整合會員資格協議、承保範圍說明書與披露表》包含完整的仲裁規定。

X

主要申請人（未滿 18 歲的兒童由父母或法定監護人代簽）

日期（月月／日日／年年年年）

/ /

X

配偶／同居伴侶

日期（月月／日日／年年年年）

/ /

X

父母／繼父母

日期（月月／日日／年年年年）

/ /

X

父母／繼父母

日期（月月／日日／年年年年）

/ /

X

受撫養人（18 歲以上及 18 歲以上）

日期（月月／日日／年年年年）

/ /

X

受撫養人（18 歲以上及 18 歲以上）

日期（月月／日日／年年年年）

/ /

經您簽名的協議副本與正本具有相同效力。如果沒有簽名，我們將會取消申請。如有超過 2 名以上年滿 18 歲及 18 歲以上的父母／繼父母和／或受撫養人需要簽名，請附上包含其他簽名的本頁副本。

主要申請人

步驟 8：填寫第一個月的付款詳細資訊

付款資訊

付款人的名字

中間名縮寫

付款人的姓氏

地址

城市

州

郵遞區號

電子郵件地址

付款選項 (請選擇一項) 電子轉帳 支票 匯票 信用卡 簽帳金融卡

如使用電子轉帳，請選擇帳戶類型： 支票帳戶 儲蓄帳戶

本人授權 Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (KFHP) 及指定金融機構接受由本人支票帳戶或儲蓄帳戶針對第一個月付款金額所轉出的該筆款項。

銀行名稱

匯款路徑號碼

帳號

帳戶持有人名字

中間名縮寫

帳戶持有人姓氏

X

日期 (月月/日日/年年年年)

帳戶持有人簽名

如使用支票或匯票

請在支票上註明主要申請人的姓名。請將款項連同您的申請表郵寄至第 1 頁所列的地址。

如欲使用信用卡或簽帳金融卡付款，請填寫以下部分。

持卡人名字 (如卡上所示)

中間名縮寫

持卡人姓氏 (如卡上所示)

卡號

到期日期 (月月/年年年年)

X

日期 (月月/日日/年年年年)

持卡人簽名

主要申請人

每月自動付款（選擇性）

若要取消或更新自動付款資訊，請瀏覽 kp.org/payonline（英文）或致電 1-888-236-4490 與會員服務聯絡中心聯絡。

您要註冊每月自動付款嗎？

- 是 否，我不想使用每月自動付款。（請跳過此頁。）
- 我想在此處輸入新的付款方式。（請填寫此頁。）
- 請使用與我支付第一個月款項相同的付款方式。（請跳過此頁。）

付款人的名字

中間名縮寫

付款人的姓氏

帳單地址

城市

州

郵遞區號

電子郵件地址

自動付款選項（請選擇一項） 電子轉帳 信用卡（不得使用簽帳金融卡）

如使用電子轉帳，請選擇帳戶類型： 支票帳戶 儲蓄帳戶

本人授權 Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (KFHP) 及指定金融機構接受由本人支票帳戶或儲蓄帳戶所轉出的該筆款項。

銀行名稱

匯款路徑號碼

帳號

帳戶持有人名字

中間名縮寫

帳戶持有人姓氏

X

日期（月月／日日／年年年年）

帳戶持有人簽名

如欲使用信用卡付款，請填寫以下部分。

持卡人名字（如卡上所示）

中間名縮寫

持卡人姓氏（如卡上所示）

卡號

到期日期（月月／年年年年）

X

日期（月月／日日／年年年年）

持卡人簽名

主要申請人

使用保險經紀人或 Kaiser Permanente 代表的申請人

如果保險經紀人或 Kaiser Permanente 代表（員工）曾協助您決定入保何項計劃或曾協助您填寫本申請表，請務必請其填寫此頁。保險經紀人可能可因為您購買本保險而獲得 Kaiser Permanente 所提供的現金報酬或其他津貼。

我們的標準津貼範圍是每位會員每月 \$13-\$19，外加可能的獎金。如欲瞭解詳情，請瀏覽 kp.org/brokercompensation（英文）。

註：無論您是否使用保險經紀人或 Kaiser Permanente 代表，保費均是相同的。

此部分應在您填寫完本申請表後，由您的保險經紀人或代表填寫：

Notice to broker or Kaiser Permanente representative: If you have assisted the applicant in submitting the application, the law requires that you attest to this assistance. If, in making this attestation, you state as true any material fact you know to be false, you will be subject to a civil penalty of up to ten thousand dollars (\$10,000), as authorized under California Health and Safety Code section 1389.8(c) or Insurance Code section 10119.3, in addition to any other applicable penalties or remedies available under current law.

Broker or Kaiser Permanente representative (first, middle, last)

Address

City

State

ZIP code

Kaiser Permanente-appointed ID number

National producer number (NPN)

Phone (mobile phone if available)

Fax

Email address

You must answer the following question by selecting Yes or No:

I assisted the applicant in submitting this application. To the best of my knowledge, the information on this application is complete and accurate. I explained to the applicant, in easy-to-understand language, the risk to the applicant of providing inaccurate information, and the applicant understood the explanation.

Yes No

X

Date (mm/dd/yyyy)

Broker or Kaiser Permanente representative

加州縣郡當地HICAP辦事處

Alameda 縣

333 Hegenberger Road, Suite 850
Oakland, CA 94621
510-839-0393

Alpine、Amador、Calaveras、Mariposa 及 Tuolumne 縣

19074 Standard Road, Suite A
Sonora, CA 95370
209-532-6272 分機 226

Butte、Colusa、Glenn、Plumas 及 Tehama 縣

25 Main Street, Room 202
Chico, CA 95929-0799
530-898-6716

Contra Costa 縣

400 Ellinwood Way
Pleasant Hill, CA 94523
在 Contra Costa 境內使用
室內電話：
1-800-510-2020
外州：925-655-1393

Del Norte 縣

1765 Northcrest Drive
Crescent City, CA 95531
707-464-7876

El Dorado、Nevada、Placer、 Sacramento、San Joaquin、Sierra、 Sutter、Yolo 及 Yuba 縣

505 12th Street
Sacramento, CA 95814
1-800-434-0222
916-376-8915

Fresno 及 Madera 縣

5363 N. Fresno Street
Fresno, CA 93710
559-224-9117

Humboldt 縣

333 J Street
Eureka, CA 95501
707-444-3000

Imperial 及 San Diego 縣

5151 Murphy Canyon Road, Suite 110
San Diego, CA 92123
Imperial：760-353-0223
San Diego：858-565-8772

Inyo、Mono、Riverside 及 San Bernardino 縣

Council on Aging Southern California
2280 Market Street, Suite 140
Riverside, CA 92501
909-256-8369

Kern 縣

5357 Truxtun Ave.
Bakersfield, CA 93301
661-868-1000

Kings 及 Tulare 縣

3350 W. Mineral King
Visalia, CA 93291
559-713-2875
1-800-434-0222

Lake、Marin、Mendocino、Napa、 Solano 及 Sonoma 縣

1129 Industrial Ave., Suite 201
Petaluma, CA 94954
1-800-434-0222
707-526-4108

Lassen、Modoc、Shasta、Siskiyou、 及 Trinity 縣

1647 Hartnell Ave., Suite 8
Redding, CA 96002
530-223-0999

Los Angeles 縣

520 S. Lafayette Park Place, Suite 214
Los Angeles, CA 90057
213-383-4519
L.A. 縣內：1-800-824-0780

Merced 縣

851 West 23rd Street
Merced, CA 95340
209-385-7550

Monterey 縣

247 Main Street
Salinas, CA 93901
831-655-1334

Orange 縣

2 Executive Circle, Suite 175
Irvine, CA 92614
714-560-0424

San Benito 及 Santa Cruz 縣

1777 A Capitola Road
Santa Cruz, CA 95062
831-462-5510

San Francisco 縣

601 Jackson Street, 2nd Floor
San Francisco, CA 94133
415-677-7520

San Luis Obispo 及 Santa Barbara 縣

528 South Broadway
Santa Maria, CA 93454
805-928-5663

San Mateo 縣

1710 S. Amphlett Blvd., Suite 100
San Mateo, CA 94402
650-627-9350

Santa Clara 縣

3100 De La Cruz Blvd., Suite 310
San Jose, CA 95054
408-350-3200，選項 2

Stanislaus 縣

3500 Coffee Road, Suite 19
Modesto, CA 95355
209-558-4540

Ventura 縣

646 County Square Drive, Suite 100
Ventura, CA 93003
805-477-7310

反歧視聲明

歧視是違反法律的行為。Kaiser Permanente遵守州政府與聯邦政府的民權法。

Kaiser Permanente不因年齡、人種、族群認同、膚色、原國籍、文化背景、祖籍、宗教、生理性別、社會性別、性認同、性表現、性取向、婚姻狀況、身體或精神殘障、病況、付款來源、遺傳資訊、公民身份、母語或移民身份而非法歧視、排斥或差別對待任何人。

Kaiser Permanente提供下列服務：

- 為殘障人士提供免費協助與服務以幫助其更好地與我們溝通，例如：
 - ◆ 合格手語翻譯員
 - ◆ 其他格式的書面資訊（盲文版、大字版、語音版、通用電子格式及其他格式）
- 為母語非英語的人士提供免費語言服務，例如：
 - ◆ 合格口譯員
 - ◆ 其他語言的書面資訊

如果您需要上述服務，請打電話**1-800-464-4000 (TTY 711)** 給會員服務聯絡中心，每週7天，每天24小時（節假日除外）。如果您有聽力或語言困難，請打電話**711**。

若您提出要求，我們可為您提供本文件的盲文版、大字版、錄音卡帶或電子格式。如要得到上述一種替代格式或其他格式的版本，請打電話給會員服務聯絡中心並索取您需要的格式。

如何向Kaiser Permanente投訴

如果您認為我們未能提供上述服務或有其他形式的非法歧視行為，您可向Kaiser Permanente提出歧視投訴。請參閱您的《承保範圍說明書》(*Evidence of Coverage*) 或《保險證明》(*Certificate of Insurance*) 瞭解詳情。您也可以向會員服務部代表諮詢適用於您的選項。如果您在投訴時需要協助，請打電話給會員服務部。

您可透過下列方式投訴歧視：

- **電話**：打電話**1 800-464-4000 (TTY 711)** 聯絡會員服務部，每週7天，每天24小時（節假日除外）
- **郵寄**：打電話**1 800-464-4000 (TTY 711)** 與我們聯絡，要求將投訴表寄給您
- **親自提出**：在保險計劃下屬設施的會員服務辦公室填寫投訴或索賠／申請表（請在 kp.org/facilities 網站的保健業者名錄上查詢地址）
- **線上**：使用 kp.org 網站上的線上表格

您也可直接與Kaiser Permanente民權事務協調員聯絡，地址如下：

Attn: Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator
Member Relations Grievance Operations
P.O. Box 939001
San Diego CA 92193

如何向加州保健服務部民權辦公室投訴（僅限Medi-Cal受益人）

您也可透過書面方式、電話或電子郵件向加州保健服務部民權辦公室提出民權投訴：

- **電話：**打電話**916-440-7370 (TTY 711)** 聯絡保健服務部 (DHCS) 民權辦公室
- **郵寄：**填寫投訴表或寄信至：

Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413

您可在網站上http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx取得投訴表

- **線上：**發送電子郵件至CivilRights@dhcs.ca.gov

如何向美國健康與民眾服務部民權辦公室投訴

您可向美國健康與民眾服務部民權辦公室提出歧視投訴。您可透過書面、電話或線上提出投訴：

- **電話：**打電話**1-800-368-1019 (TTY 711或1-800-537-7697)**
- **郵寄：**填寫投訴表或寄信至：

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

您可在網站上取得投訴表：

<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>取得投訴表

- **線上：**訪問民權辦公室投訴入口網站：
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>。

註
