





Đơn đăng ký bảo hiểm sức khỏe

Individual and Family Plans

 <p>Ai có thể sử dụng đơn đăng ký này?</p>	<p>Quý vị có thể sử dụng đơn đăng ký này để đăng ký chương trình Kaiser Permanente for Individuals and Families (KPIF).</p> <ul style="list-style-type: none"> Nếu quý vị muốn mua bảo hiểm cho gia đình với cùng chương trình KPIF, vui lòng điền vào một đơn đăng ký cho gia đình. Nếu người nào đó trong gia đình quý vị muốn một chương trình bảo hiểm sức khỏe khác, họ phải hoàn tất một đơn đăng ký riêng. Để đủ điều kiện đăng ký bảo hiểm KPIF, quý vị phải sống trong khu vực dịch vụ của chúng tôi ở California.
 <p>Ai không nên sử dụng đơn đăng ký này?</p>	<ul style="list-style-type: none"> Nếu quý vị hoặc bất cứ người phụ thuộc nào mà quý vị đang đăng ký được hưởng Medicare Phần A hoặc được ghi danh vào Medicare Phần B, người nộp đơn đó không đủ điều kiện được đăng ký bảo hiểm KPIF mới. Vui lòng truy cập kp.org/medicare (bằng tiếng Anh) để tìm hiểu thêm về các lựa chọn chương trình Medicare của quý vị hoặc để nộp đơn đăng ký bảo hiểm Medicare. Xin lưu ý rằng Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP cung cấp dịch vụ tư vấn bảo hiểm y tế miễn phí cho cư dân California. Gọi cho HICAP theo số 1-800-434-0222 để tìm hiểu thêm. Xem trang 12 để tìm thông tin về chương trình HICAP tại địa phương của quý vị. Nếu quý vị đủ điều kiện và muốn được nhận trợ cấp tài chính liên bang hoặc tiểu bang để giúp chi trả tiền đồng trả, tiền đồng bảo hiểm, tiền khấu trừ hoặc phí bảo hiểm, xin đừng hoàn tất đơn đăng ký này. Quý vị phải nộp đơn đăng ký bảo hiểm thông qua Covered California trên trang CoveredCA.com. Để thay đổi tài khoản KPIF hiện có, hãy gọi 1-800-464-4000.
 <p>Những điều cần nhớ</p>	<ul style="list-style-type: none"> Nếu quý vị đang nộp đơn đăng ký trong giai đoạn ghi danh mở, ngày chúng tôi nhận được đơn đăng ký của quý vị có thể thay đổi ngày có hiệu lực — đó thường sẽ là ngày 1 tháng 1 nếu quý vị đăng ký chậm nhất vào ngày 31 tháng 12. Vui lòng gửi lại đơn đăng ký này càng nhanh càng tốt — hoặc quý vị có thể nộp đơn đăng ký trực tuyến nhanh hơn tại buykp.org/apply (bằng tiếng Anh). Nếu quý vị đang nộp đơn đăng ký trong giai đoạn ghi danh mở đặc biệt, hãy truy cập kp.org/specialenrollment (bằng tiếng Anh) hoặc gọi 1-800-494-5314 để được hướng dẫn. Vui lòng trả lời tất cả các câu hỏi và chỉ đánh máy hoặc viết bằng mực. Để một ô trống ở giữa các từ và đặt dấu gạch ngang vào ô cho các tên được gạch nối. Hãy nhớ rằng, việc ghi danh vào chương trình mới không tự động hủy bỏ bất kỳ bảo hiểm nào khác mà quý vị có. Để tránh phải trả cho 2 chương trình hoặc có khoảng trống bảo hiểm, nhớ hủy bất kỳ bảo hiểm nào khác kể từ ngày trước khi bảo hiểm mới của quý vị bắt đầu. Để đảm bảo đơn đăng ký của quý vị được xử lý kịp thời và không bị hủy, vui lòng gửi lại mọi trang của đơn đăng ký đã được hoàn tất, trong đó có tất cả các chữ ký theo yêu cầu, khoản thanh toán của tháng đầu tiên và bằng chứng về sự kiện cuộc sống hội đủ điều kiện của quý vị (nếu cần). Gửi những tài liệu này qua đường bưu điện đến: Kaiser Permanente for Individuals and Families P.O. Box 23127 San Diego, CA 92193-9921 Hoặc gửi bằng fax bảo mật tới: 1-855-355-5334 Lưu ý: Phải gửi chi phiếu qua đường bưu điện, không được gửi qua fax.
 <p>Quý vị cần trợ giúp?</p>	<ul style="list-style-type: none"> Để được trợ giúp hoàn tất đơn đăng ký này, vui lòng gọi 1-800-494-5314 (TTY 711). Chúng tôi sẽ cung cấp dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cho quý vị. Nếu quý vị đang làm việc với một người môi giới, vui lòng gọi cho họ để được hỗ trợ.

Mọi chương trình được cung cấp và tài trợ bởi Kaiser Foundation Health Plan, Inc., One Kaiser Plaza, Oakland, CA 94612.

BƯỚC 1: Chọn giai đoạn ghi danh

Chọn một tùy chọn: Giai đoạn ghi danh mở (**chuyển tới Bước 2**) Giai đoạn ghi danh đặc biệt (tiếp tục bên dưới)

Chọn sự kiện cuộc sống hội đủ điều kiện. Nếu quý vị có nhiều sự kiện, hãy xem lại các lựa chọn của mình vì ngày có hiệu lực thay đổi theo sự kiện. **Quý vị cũng cần có giấy tờ chứng minh hội đủ điều kiện trong vòng 10 ngày theo lịch.** Truy cập kp.org/specialenrollment (bằng tiếng Anh) hoặc gọi số **1-800-494-5314** để biết thêm về các sự kiện cuộc sống hội đủ điều kiện.

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Mất bảo hiểm sức khỏe thiết yếu tối thiểu (viết ngày đầy đủ cuối cùng mà quý vị có bảo hiểm)* <input type="checkbox"/> Được hoặc trở thành người phụ thuộc thông qua kết hôn hoặc sống chung với bạn đời <input type="checkbox"/> Được hoặc trở thành người phụ thuộc thông qua việc sinh con, nhận con nuôi, cho con nuôi hoặc chăm sóc nuôi dưỡng tạm thời
Lưu ý: Trong trường hợp này, quý vị cũng sẽ cần phải chọn giữa 2 lựa chọn ngày có hiệu lực: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ngày sinh con, nhận nuôi hoặc cho con nuôi hoặc chăm sóc nuôi dưỡng tạm thời <input type="checkbox"/> Ngày đầu tiên của tháng sau khi chúng tôi nhận được đơn đăng ký này <input type="checkbox"/> Mất tư cách người phụ thuộc do ly hôn, tan rã mối quan hệ bạn đời sống chung hoặc ly thân hợp pháp <input type="checkbox"/> Người ghi danh hoặc người phụ thuộc qua đời <input type="checkbox"/> Lệnh cấp dưỡng nuôi con hoặc lệnh khác của tòa án để chi trả cho người phụ thuộc
Lưu ý: Trong trường hợp này, quý vị cũng sẽ cần phải chọn giữa 2 lựa chọn ngày có hiệu lực: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ngày có lệnh cấp dưỡng nuôi con hoặc lệnh khác của tòa án để chi trả cho người phụ thuộc <input type="checkbox"/> Ngày đầu tiên của tháng sau ngày có lệnh của tòa án | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Chuyển chỗ ở vĩnh viễn với việc tham gia chương trình mới <input type="checkbox"/> Quyết định của Covered California về những trường hợp ngoại lệ <input type="checkbox"/> Hội đủ điều kiện để mua chương trình bảo hiểm sức khỏe cá nhân thông qua thỏa thuận hoàn trả chi phí về sức khỏe của bảo hiểm cá nhân (Individual Coverage Health Reimbursement Arrangement, ICHRA) hoặc thỏa thuận hoàn trả chi phí về sức khỏe của hãng sở nhỏ đủ điều kiện (Qualified Small Employer Health Reimbursement Arrangement, QSEHRA) <input type="checkbox"/> Xảy ra tình trạng bạo lực gia đình hoặc vợ/chồng bỏ nhà đi <input type="checkbox"/> Ngừng đóng góp của chủ hãng sở cho phí bảo hiểm Đạo Luật Điều Hòa Ngân Sách Tổng Hợp (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA) <input type="checkbox"/> Ra tù <input type="checkbox"/> Thông tin sai về việc ghi danh trong bảo hiểm thiết yếu tối thiểu <input type="checkbox"/> Mạng lưới nhà cung cấp thay đổi <input type="checkbox"/> Vi phạm hợp đồng <input type="checkbox"/> Đủ điều kiện nhận tiền hỗ trợ chăm sóc sức khỏe của công ty hệ thống vận chuyển hoặc giao hàng dựa trên ứng dụng |
|---|---|

Vui lòng ghi ngày diễn ra sự kiện cuộc sống hội đủ điều kiện. / / (tt/nn/nnnn)

*Nếu sự kiện cuộc sống hội đủ điều kiện của quý vị là mất bảo hiểm Kaiser Permanente, chúng tôi có thể xem lại hồ sơ hội viên để kiểm tra xem khi nào và tại sao quý vị mất bảo hiểm.

BƯỚC 2: Chọn chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị

Chọn một chương trình bảo hiểm sức khỏe. Nếu bất kỳ thành viên nào trong gia đình đang đăng ký cho các chương trình bảo hiểm sức khỏe khác nhau, vui lòng nộp đơn đăng ký riêng cho mỗi chương trình.

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%		

Đối với người nộp đơn dưới 30 tuổi hoặc được miễn trừ do hoàn cảnh khó khăn

Có các chương trình bảo hiểm tối thiểu dành cho những người nộp đơn sẽ dưới 30 tuổi vào ngày có hiệu lực hoặc người cung cấp giấy chứng nhận miễn trừ cho thấy hoàn cảnh khó khăn hoặc không có bảo hiểm hợp túi tiền. **Chúng tôi sẽ không thể xử lý đơn đăng ký của quý vị mà không có giấy chứng nhận miễn trừ nếu quý vị từ 30 tuổi trở lên.** Để xem quý vị có đủ điều kiện không, vui lòng truy cập CoveredCA.com/exemptions và làm theo các hướng dẫn.

- Kaiser Permanente – Minimum Coverage HMO

Để biết thông tin về quyền lợi và các giới hạn về bảo hiểm sức khỏe và nha khoa, số tiền chia sẻ chi phí và phí bảo hiểm, vui lòng xem lại chi tiết trong tài liệu ghi danh của quý vị. Đề yêu cầu bản sao của *Tổng Hợp Thỏa Thuận Tư Cách Hội Viên, Chứng Từ Bảo Hiểm và Bản Điều Lệ Chương Trình (Combined Membership Agreement, Evidence of Coverage, and Disclosure Form)* cho một chương trình cụ thể, vui lòng truy cập kp.org/plandocuments (bằng tiếng Anh), gọi **1-800-464-4000**, hoặc liên hệ với người môi giới của quý vị.

BƯỚC 3: Chọn chương trình nha khoa tùy chọn cho người lớn

Bảo hiểm nha khoa được bao gồm trong chương trình sức khỏe của quý vị cho hội viên trẻ em cho đến cuối tháng mà hội viên đó tròn 19 tuổi. Kaiser Permanente cung cấp một chương trình bảo hiểm nha khoa tùy chọn cho người lớn, bao gồm những cá nhân không còn đủ điều kiện nhận các dịch vụ nha khoa dành cho trẻ em. Nếu chọn bảo hiểm tùy chọn này thì đóng thêm phí. Bảo hiểm nha khoa tùy chọn cho người lớn của chúng tôi được tài trợ bởi Kaiser Permanente Insurance Company (KPIC), một công ty con của Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (KFHP) và được quản lý bởi Delta Dental of California, một trong những nhà cung cấp các quyền lợi nha khoa lớn nhất và nhiều kinh nghiệm nhất trên toàn quốc. Vui lòng tham khảo *Tóm Lược Bảng Điều Lệ Quyền Lợi và Bảo Hiểm Nha Khoa (Summary of Dental Benefits and Coverage Disclosure Matrix, SDBC)* để biết thông tin chi tiết đầy đủ về chương trình nha khoa KPIC bằng cách truy cập kp.org/kpic-dental (bằng tiếng Anh).

Vui lòng chọn một lựa chọn bên dưới.

-
- Có. Tôi yêu cầu ghi danh vào chương trình bảo hiểm nha khoa KPIC có sẵn cho tôi như là một lựa chọn bổ sung cho bảo hiểm của chương trình bảo hiểm sức khỏe của tôi. Kaiser Permanente Insurance Company, một chi nhánh của Kaiser Foundation Health Plan, Inc., tài trợ cho chương trình bảo hiểm nha khoa KPIC. Một khi đã ghi danh, tôi hiểu rằng tôi không thể hủy bảo hiểm nha khoa của tôi mà không hủy bảo hiểm của chương trình bảo hiểm sức khỏe của tôi, ngoại trừ trong giai đoạn ghi danh mở hoặc ghi danh đặc biệt.
 - Không. Tôi không quan tâm đến bảo hiểm nha khoa tùy chọn.
-

BƯỚC 4: Điền thông tin của quý vị

Người nộp đơn chính

Trong một chương trình cá nhân, người nộp đơn chính là người sẽ được chương trình bảo hiểm sức khỏe đài thọ. Trong chương trình gia đình, người nộp đơn chính là thành viên gia đình trong chương trình bảo hiểm sức khỏe được ủy quyền thực hiện các thay đổi đối với tài khoản này. Nếu đơn đăng ký này chỉ dành cho trẻ dưới 18 tuổi thì trẻ là người nộp đơn chính.

Tên	Chữ cái đầu tên lót	Ngày sinh (tt/nn/nnnn)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

Họ

Số hồ sơ y tế cũ (nếu có)	Tiểu bang (nếu có)	Giới tính:	Số An Sinh Xã Hội (nếu có)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/> Không khai	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>

Địa chỉ nhà (vui lòng không ghi số P.O box)

Thành phố

Tiểu bang	Mã ZIP	Quận	Điện thoại (điện thoại di động nếu có)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>

Địa chỉ gửi thư Đánh dấu nếu giống với địa chỉ nhà.

Thành phố

Tiểu bang	Mã ZIP
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ngôn ngữ nói muốn dùng (nếu không phải là Tiếng Anh)	Ngôn ngữ đọc muốn dùng (nếu không phải là Tiếng Anh)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Địa chỉ email

Cha mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp

Vui lòng hoàn tất mục này nếu người nộp đơn chính là trẻ em dưới 18 tuổi. Cha mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp phải từ 18 tuổi trở lên.

Tên	Chữ cái đầu tên lót	Ngày sinh (tt/nn/nnnn)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

Họ

Giới tính:	Số An Sinh Xã Hội (nếu có)
<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/> Không khai	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>

Ngôn ngữ nói muốn dùng (nếu không phải là Tiếng Anh)	Ngôn ngữ đọc muốn dùng (nếu không phải là Tiếng Anh)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Người nộp đơn chính

Vợ/chồng/bạn đời sống chung cần được bảo hiểm

Bạn đời sống chung là người đã đăng ký và được tiểu bang California công nhận về mặt pháp luật là bạn đời sống chung.

Tên Chữ cái đầu tên lót Chọn một: Vợ/chồng Bạn đời sống chung

Họ

Ngày sinh (tt/nn/nnnn) / /

Số hồ sơ y tế cũ (nếu có) - Tiểu bang (nếu có) Giới tính: Nam Nữ Không khai Số An Sinh Xã Hội (nếu có) - -

Cha mẹ/Cha mẹ kế cần được bảo hiểm

Nếu quý vị có hơn 2 cha mẹ/cha mẹ kế cần được bảo hiểm, vui lòng điền thêm một bản sao của trang này và nộp cùng với đơn đăng ký của quý vị.

1 Tên Chữ cái đầu tên lót Ngày sinh (tt/nn/nnnn) / /

Họ

Số hồ sơ y tế cũ (nếu có) - Tiểu bang (nếu có) Giới tính: Nam Nữ Không khai Số An Sinh Xã Hội (nếu có) - -

2 Tên Chữ cái đầu tên lót Ngày sinh (tt/nn/nnnn) / /

Họ

Số hồ sơ y tế cũ (nếu có) - Tiểu bang (nếu có) Giới tính: Nam Nữ Không khai Số An Sinh Xã Hội (nếu có) - -

Người nộp đơn chính

BƯỚC 5: Chọn người đại diện được ủy quyền (nếu quý vị có)

Quý vị có thể ủy quyền cho bạn bè đáng tin cậy hoặc người thân để nói chuyện về đơn đăng ký này với chúng tôi, xem thông tin của quý vị hoặc thay mặt quý vị xử lý các vấn đề chỉ liên quan đến đơn đăng ký này. Người này được gọi là người đại diện được ủy quyền.

Tên	Chữ cái đầu tên lót
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Họ	Điện thoại (điện thoại di động nếu có)
<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>

Bằng cách ký tên, quý vị đã chỉ định người này làm người đại diện được ủy quyền hợp pháp của mình để nhận thông tin chính thức về đơn đăng ký này, và thay mặt quý vị xử lý các vấn đề liên quan đến đơn đăng ký này.

X <input type="text"/>	Ngày (tt/nn/nnnn)
	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

Người nộp đơn chính (cha mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp của trẻ dưới 18 tuổi)

BƯỚC 6: Ký thỏa thuận của đơn đăng ký

Quan trọng: Tất cả người nộp đơn, cha mẹ/cha mẹ kế và người phụ thuộc từ 18 tuổi trở lên phải đọc, ký tên và ghi ngày tháng dưới đây. Nếu người nộp đơn chính là trẻ dưới 18 tuổi, thì cha mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp của trẻ phải ký tên. Khi ký tên có nghĩa là cha mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp đồng ý chịu trách nhiệm thanh toán tất cả phí bảo hiểm, tiền đồng trả, tiền đồng bảo hiểm và tiền khấu trừ cho tất cả những người nộp đơn được nêu ra trên đơn đăng ký này. Bản sao của thỏa thuận có chữ ký của quý vị có giá trị như bản gốc. Nếu thiếu chữ ký, chúng tôi sẽ hủy đơn đăng ký. Nếu có nhiều hơn 2 cha mẹ/cha mẹ kế và hoặc người phụ thuộc từ 18 tuổi trở lên ký tên, hãy đính kèm một bản sao của trang này với các chữ ký bổ sung. Để đủ điều kiện nhận bảo hiểm KPIF, quý vị và bất kỳ người phụ thuộc nào mà quý vị đang đăng ký cho không thể được hưởng Medicare Phần A hoặc ghi danh vào Medicare Phần B.

- Tôi xác nhận rằng không có người nộp đơn nào được liệt kê trong mẫu đơn này được hưởng Medicare Phần A hoặc được ghi danh vào Medicare Phần B.
- Tôi hiểu rằng Kaiser Foundation Health Plan, Inc., sẽ dựa vào thông tin được cung cấp trong đơn đăng ký này. Nếu phát hiện có bất kỳ thông tin nào gian lận hoặc cố ý khai sai, thì Kaiser Foundation Health Plan, Inc., có thể chọn chấm dứt bảo hiểm, trở ngược lại từ ngày bảo hiểm có hiệu lực.
- Nếu làm việc với người mỗi giới, tôi cho phép Kaiser Permanente chia sẻ thông tin ghi danh và rút tên ghi danh được liệt kê trong đơn đăng ký này với họ. Tôi hiểu rằng người mỗi giới hoặc người đại diện của Kaiser Permanente có thể nhận được các khoản thanh toán tài chính và/hoặc phi tài chính từ Kaiser Permanente vì họ đã hỗ trợ tôi làm đơn này.
- Bằng cách cung cấp địa chỉ email và số điện thoại di động của mình, tôi hiểu rằng tôi có thể nhận được email và liên lạc qua tin nhắn từ Kaiser Permanente.

X <input type="text"/>	Ngày (tt/nn/nnnn)
	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

Người nộp đơn chính (cha mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp của trẻ dưới 18 tuổi)

X <input type="text"/>	Ngày (tt/nn/nnnn)
	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

Vợ/chồng/bạn đời sống chung

X <input type="text"/>	Ngày (tt/nn/nnnn)
	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

Cha mẹ/cha mẹ kế

X <input type="text"/>	Ngày (tt/nn/nnnn)
	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

Cha mẹ/cha mẹ kế

X <input type="text"/>	Ngày (tt/nn/nnnn)
	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

Người phụ thuộc (18 tuổi trở lên)

X <input type="text"/>	Ngày (tt/nn/nnnn)
	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

Người phụ thuộc (18 tuổi trở lên)

BƯỚC 7: Ký thỏa thuận trọng tài phân xử của Kaiser Foundation Health Plan, Inc.

Tôi hiểu rằng (ngoại trừ các vụ việc được giải quyết ở Tòa Án Chuyên Xử Các Vụ Khiếu Kiến Nhỏ, các yêu cầu bồi thường tuân theo thủ tục khiếu nại của Medicare hoặc theo quy định về thủ tục yêu cầu bồi thường của Đạo Luật Bảo Đảm Thu Nhập và Hưu Trí Cho Nhân Viên (Employee Retirement and Income Security Act, ERISA) và bất kỳ yêu cầu bồi thường nào khác không thể xử lý theo trọng tài phân xử có giá trị ràng buộc của luật áp dụng) bất kỳ tranh chấp nào giữa một bên là tôi, người thừa kế của tôi, họ hàng hoặc các bên liên quan khác và bên kia là Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (KFHP), bất kỳ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe có ký hợp đồng nào, bên quản lý hoặc các bên liên quan khác, đối với bất kỳ cáo buộc vi phạm nghĩa vụ phát sinh từ hoặc liên quan tới tư cách hội viên trong KFHP, bao gồm bất kỳ yêu cầu bồi thường nào do hành động sơ xuất của người hành nghề y hay của bệnh viện (yêu cầu bồi thường về các dịch vụ y tế không cần thiết hoặc không được phép, hoặc được cung cấp không đúng cách, cấu thả hoặc thiếu chuyên môn), trách nhiệm pháp lý của chủ sở hữu tài sản hoặc liên quan đến việc bảo hiểm cho, hay việc cung cấp các dịch vụ hoặc vật dụng bất chấp có đúng luật hay không, phải được quyết định theo trọng tài phân xử có giá trị ràng buộc theo luật California và không theo việc kiện tụng hoặc đưa ra tòa, ngoại trừ luật áp dụng quy định để duyệt xét tư pháp đối với các thủ tục trọng tài phân xử. Tôi đồng ý từ bỏ quyền được xét xử với bồi thẩm đoàn và chấp nhận sử dụng trọng tài phân xử có giá trị ràng buộc. Tôi hiểu rằng điều khoản đầy đủ về trọng tài phân xử có trong *Tổng Hợp Thỏa Thuận Tư Cách Hội Viên, Chứng Từ Bảo Hiểm và Bản Điều Lệ Chương Trình*.

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Ngày (tt/nn/nnnn) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
	Người nộp đơn chính (cha mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp của trẻ dưới 18 tuổi)	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Ngày (tt/nn/nnnn) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
	Vợ/chồng/bạn đời sống chung	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Ngày (tt/nn/nnnn) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
	Cha mẹ/cha mẹ kế	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Ngày (tt/nn/nnnn) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
	Cha mẹ/cha mẹ kế	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Ngày (tt/nn/nnnn) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
	Người phụ thuộc (18 tuổi trở lên)	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Ngày (tt/nn/nnnn) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
	Người phụ thuộc (18 tuổi trở lên)	

Bản sao của thỏa thuận có chữ ký của quý vị có giá trị như bản gốc. Nếu thiếu chữ ký, chúng tôi sẽ hủy đơn đăng ký. Nếu có nhiều hơn 2 cha mẹ/cha mẹ kế và hoặc người phụ thuộc từ 18 tuổi trở lên ký tên, hãy đính kèm một bản sao của trang này với các chữ ký bổ sung.

Người nộp đơn chính

BƯỚC 8: Điền chi tiết thanh toán của tháng đầu tiên

Thông tin thanh toán

Tên người chịu trách nhiệm thanh toán

Chữ cái đầu tên lót

Họ của người chịu trách nhiệm thanh toán

Địa chỉ

Thành phố

Tiểu bang

Mã ZIP

Địa chỉ email

Các lựa chọn thanh toán (chọn một) Thanh toán điện tử Chi phiếu Lệnh chuyển tiền
 Thẻ tín dụng Thẻ ghi nợ

Nếu thanh toán điện tử, chọn loại tài khoản: Tài khoản thanh toán Tài khoản tiết kiệm

Tôi cho phép Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (KFHP) và tổ chức tài chính được chỉ định nhận số tiền chuyển khoản này cho việc thanh toán của tháng đầu tiên từ tài khoản thanh toán hoặc tài khoản tiết kiệm của tôi.

Tên ngân hàng

Số định tuyến

Số tài khoản

Tên của chủ tài khoản

Chữ cái đầu tên lót

Họ của chủ tài khoản

X

Ngày (tt/nn/nnnn)

Chữ ký của chủ tài khoản

Nếu là chi phiếu hoặc lệnh chuyển tiền

Viết tên của người nộp đơn chính trên chi phiếu. Gửi tiền với đơn đăng ký theo đường bưu điện đến địa chỉ ghi ở trang 1.

Để thanh toán bằng thẻ tín dụng hoặc thẻ ghi nợ, vui lòng điền vào phần bên dưới.

Tên của chủ thẻ như ở trên thẻ

Chữ cái đầu tên lót

Họ của chủ thẻ như ở trên thẻ

Số thẻ

Ngày hết hạn (tt/nnnn)

X

Ngày (tt/nn/nnnn)

Chữ ký của chủ thẻ

Người nộp đơn chính

Thanh toán tự động hàng tháng (tùy chọn)

Để hủy hoặc cập nhật thanh toán tự động, hãy truy cập kp.org/payonline (bằng tiếng Anh) hoặc gọi cho Trung Tâm Liên Lạc Dịch Vụ Hội Viên theo số 1-888-236-4490.

Quý vị có muốn đăng ký thanh toán tự động hàng tháng không?

Tôi muốn điền một phương thức thanh toán mới ở đây.
(Vui lòng điền vào trang này.)

Vui lòng sử dụng cùng phương thức thanh toán mà tôi đã cung cấp khi thanh toán tiền cho tháng đầu tiên của mình.
(Bỏ qua trang này.)

Không, tôi không muốn thanh toán tự động hàng tháng. (Bỏ qua trang này)

Tên người chịu trách nhiệm thanh toán

Chữ cái đầu tên lót

Họ của người chịu trách nhiệm thanh toán

Địa chỉ thanh toán

Thành phố

Tiểu bang

Mã ZIP

Địa chỉ email

Các lựa chọn thanh toán tự động (chọn một)

Thanh toán điện tử

Thẻ tín dụng (không sử dụng thẻ ghi nợ)

Nếu thanh toán điện tử, chọn loại tài khoản:

Tài khoản thanh toán

Tài khoản tiết kiệm

Tôi cho phép Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (KFHP) và tổ chức tài chính được chỉ định nhận số tiền chuyển khoản này từ tài khoản thanh toán hoặc tài khoản tiết kiệm của tôi.

Tên ngân hàng

Số định tuyến

Số tài khoản

Tên của chủ tài khoản

Chữ cái đầu tên lót

Họ của chủ tài khoản

X

Ngày (tt/nn/nnnn)

Chữ ký của chủ tài khoản

Để thanh toán bằng thẻ tín dụng, vui lòng điền vào phần bên dưới.

Tên của chủ thẻ như ở trên thẻ

Chữ cái đầu tên lót

Họ của chủ thẻ như ở trên thẻ

Số thẻ

Ngày hết hạn (tt/nnnn)

X

Ngày (tt/nn/nnnn)

Chữ ký của chủ thẻ

Người nộp đơn chính

Đối với người nộp đơn có thông qua người môi giới hoặc người đại diện của Kaiser Permanente

Nếu người môi giới hoặc người đại diện của Kaiser Permanente (nhân viên) đã giúp quý vị quyết định ghi danh tham gia chương trình nào hoặc giúp quý vị điền vào đơn đăng ký này, hãy nhớ để họ hoàn tất trang này.

Người môi giới có thể nhận được tiền hoặc các khoản thù lao khác từ Kaiser Permanente khi giúp quý vị mua bảo hiểm này.

Phạm vi thù lao tiêu chuẩn của chúng tôi là \$13 – \$19 mỗi hội viên mỗi tháng cộng với khoản tiền thưởng có thể có. Để tìm hiểu thêm, hãy truy cập kp.org/brokercompensation (bằng tiếng Anh).

Lưu ý: Phí bảo hiểm không thay đổi cho dù quý vị có thông qua người môi giới hoặc người đại diện của Kaiser Permanente hay không.

Phần dành cho người môi giới hoặc người đại diện của quý vị hoàn tất sau khi quý vị hoàn tất đơn đăng ký này:

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.

Agency name

Agency ID number

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

Văn Phòng HICAP địa phương của Quận tại California

Quận Alameda

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

Các Quận Alpine, Amador, Calaveras, Mariposa và Tuolumne

19074 Standard Road, Suite A
Sonora, CA 95370
209-532-6272 số máy nhánh 226

Các Quận Butte, Colusa, Glenn, Plumas và Tehama

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

Quận Contra Costa

400 Ellinwood Way
Pleasant Hill, CA 94523
Trong Contra Costa từ
điện thoại cố định:
1-800-510-2020
Ngoài tiểu bang: 925-655-1393

Quận Del Norte

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

Các Quận El Dorado, Nevada, Placer, Sacramento, San Joaquin, Sierra, Sutter, Yolo và Yuba

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

Các Quận Fresno và Madera

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

Quận Humboldt

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

Các Quận Imperial và San Diego

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

Các Quận Inyo, Mono, Riverside và San Bernardino

Hội Đồng Người Cao Tuổi Miền Nam California
2280 Market Street, Suite 140
Riverside, CA 92501
909-256-8369

Quận Kern

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

Các Quận Kings và Tulare

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

Các Quận Lake, Marin, Mendocino, Napa, Solano và Sonoma

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

Các Quận Lassen, Modoc, Shasta, Siskiyou và Trinity

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

Quận Los Angeles

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

Quận Merced

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

Quận Monterey

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

Quận Orange

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

Các Quận San Benito và Santa Cruz

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

Quận San Francisco

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

Các Quận San Luis Obispo và Santa Barbara

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

Quận San Mateo

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

Quận Santa Clara

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

Quận Stanislaus

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

Quận Ventura

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

Thông Báo Không Phân Biệt Đối Xử

Phân biệt đối xử là trái với pháp luật. Kaiser Permanente tuân thủ các luật dân quyền của Tiểu Bang và Liên Bang.

Kaiser Permanente không phân biệt đối xử trái pháp luật, loại trừ hay đối xử khác biệt với người nào đó vì lý do tuổi tác, chủng tộc, nhận dạng nhóm sắc tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, nền tảng văn hóa, tổ tiên, tôn giáo, giới tính, nhận dạng giới tính, cách thể hiện giới tính, khuynh hướng giới tính, tình trạng hôn nhân, tình trạng khuyết tật về thể chất hoặc tinh thần, bệnh trạng, nguồn thanh toán, thông tin di truyền, quyền công dân, ngôn ngữ mẹ đẻ hoặc tình trạng nhập cư.

Kaiser Permanente cung cấp các dịch vụ sau:

- Phương tiện hỗ trợ và dịch vụ miễn phí cho người khuyết tật để giúp họ giao tiếp hiệu quả hơn với chúng tôi, chẳng hạn như:
 - ◆ Thông dịch viên ngôn ngữ ký hiệu đủ trình độ
 - ◆ Thông tin bằng văn bản theo các định dạng khác (chữ nổi braille, bản in khổ chữ lớn, âm thanh, định dạng điện tử để truy cập và các định dạng khác)
- Dịch vụ ngôn ngữ miễn phí cho những người có ngôn ngữ chính không phải là tiếng Anh, chẳng hạn như:
 - ◆ Thông dịch viên đủ trình độ
 - ◆ Thông tin được trình bày bằng các ngôn ngữ khác

Nếu quý vị cần những dịch vụ này, xin gọi đến Trung Tâm Liên Lạc ban Dịch Vụ Hội Viên của chúng tôi theo số **1-800-464-4000 (TTY 711)**, 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần (đóng cửa ngày lễ). Nếu quý vị không thể nói hay nghe rõ, vui lòng gọi **711**.

Theo yêu cầu, tài liệu này có thể được cung cấp cho quý vị dưới dạng chữ nổi braille, bản in khổ chữ lớn, băng thu âm hay dạng điện tử. Để lấy một bản sao theo một trong những định dạng thay thế này hay định dạng khác, xin gọi đến Trung Tâm Liên Lạc ban Dịch Vụ Hội Viên của chúng tôi và yêu cầu định dạng mà quý vị cần.

Cách đệ trình phàn nàn với Kaiser Permanente

Quý vị có thể đệ trình phàn nàn về phân biệt đối xử với Kaiser Permanente nếu quý vị tin rằng chúng tôi đã không cung cấp những dịch vụ này hay phân biệt đối xử trái pháp luật theo cách khác. Vui lòng tham khảo *Chứng Từ Bảo Hiểm (Evidence of Coverage)* hay *Chứng Nhận Bảo Hiểm (Certificate of Insurance)* của quý vị để biết thêm chi tiết. Quý vị cũng có thể nói chuyện với nhân viên ban Dịch Vụ Hội Viên về những lựa chọn áp dụng cho quý vị. Vui lòng gọi đến ban Dịch Vụ Hội Viên nếu quý vị cần được trợ giúp để đệ trình phàn nàn.

Quý vị có thể đệ trình phàn nàn về phân biệt đối xử bằng các cách sau đây:

- **Qua điện thoại:** Gọi đến ban Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-464-4000 (TTY 711)** 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần (đóng cửa ngày lễ)
- **Qua thư tín:** Gọi chúng tôi theo số **1-800-464-4000 (TTY 711)** và yêu cầu gửi mẫu đơn cho quý vị

- **Trực tiếp:** Hoàn tất mẫu đơn Than Phiền hay Yêu Cầu Thanh Toán/Yêu Cầu Quyền Lợi tại văn phòng dịch vụ hội viên ở một Cơ Sở Thuộc Chương Trình (truy cập danh mục nhà cung cấp của quý vị tại kp.org/facilities để biết địa chỉ)
- **Trực tuyến:** Sử dụng mẫu đơn trực tuyến trên trang mạng của chúng tôi tại kp.org

Quý vị cũng có thể liên hệ trực tiếp với Điều Phối Viên Dân Quyền của Kaiser Permanente theo địa chỉ dưới đây:

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

Cách đệ trình phàn nàn với Văn Phòng Dân Quyền Ban Dịch Vụ Y Tế California (*Dành Riêng Cho Người Thụ Hưởng Medi-Cal*)

Quý vị cũng có thể đệ trình than phiền về dân quyền với Văn Phòng Dân Quyền Ban Dịch Vụ Y Tế California bằng văn bản, qua điện thoại hay qua email:

- **Qua điện thoại:** Gọi đến Văn Phòng Dân Quyền Ban Dịch Vụ Y Tế (Department of Health Care Services, DHCS) theo số **916-440-7370** (TTY **711**)
- **Qua thư tín:** Điền mẫu đơn than phiền và hay gửi thư đến:

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

Mẫu đơn than phiền hiện có tại: http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

- **Trực tuyến:** Gửi email đến CivilRights@dhcs.ca.gov

Cách đệ trình phàn nàn với Văn Phòng Dân Quyền của Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ.

Quý vị cũng có quyền đệ trình than phiền về phân biệt đối xử với Văn Phòng Dân Quyền của Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ. Quý vị có thể đệ trình than phiền bằng văn bản, qua điện thoại hoặc trực tuyến:

- **Qua điện thoại:** Gọi **1-800-368-1019** (TTY **711** hay **1-800-537-7697**)
- **Qua thư tín:** Điền mẫu đơn than phiền và hay gửi thư đến:

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

Mẫu đơn than phiền hiện có tại

<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

- **Trực tuyến:** Truy cập Cổng Thông Tin Than Phiền của Văn Phòng Dân Quyền tại: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

Ghi chú

A series of horizontal dashed lines for writing notes.

