



## B. 您想要進行什麼變更？

請在下方針對您想要進行的變更勾選對應的方框，並列出會受到該變更影響的每位家人。我們將不會針對您沒有列出的任何家人進行任何變更。

您可在開放入保期或特殊入保期的期間進行以下變更。若要針對下列以外的項目進行變更，您可致電1-800-464-4000與會員服務部聯絡。

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 本人想要變更計劃。                       | <input type="checkbox"/> 本人想要（為本人計劃中19歲及19歲以上的所有家人）新增可選成人牙科保險。 |
| <input type="checkbox"/> 本人想要為某位家人新增醫療保險。                | <input type="checkbox"/> 本人想要（為本人計劃中19歲及19歲以上的所有家人）終止可選成人牙科保險。 |
| <input type="checkbox"/> 本人想將本人的兒童專用帳戶變更為以本人自己為投保人的家庭帳戶。 |  |

(特殊入保期有限制規定。請瀏覽[kp.org/speciaenrollment](http://kp.org/speciaenrollment) [英文] 以瞭解更多資訊。)

### 合併帳戶

帳戶可以在開放入保期或特殊入保期的期間合併。

- 本人希望將已加入Kaiser Permanente計劃的家人新增至本人的帳戶。這麼做將會終止他們現有的計劃。  
(請在C部分註明哪位[些]家人要轉至您的帳戶。)

### 帳戶終止

名字

中間名縮寫

姓氏

帳戶終止所需的投保人醫療記錄號碼

X

日期 (月/月/日日/年年年年)

辦理帳戶終止的投保人或父母/法定監護人

您可在一年當中隨時進行下列變更。(註:若要進行這些變更,您可跳過D部分和E部分。)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 本人想要終止某位家人的醫療保險(以及牙科保險[如適用])。 | <input type="checkbox"/> 本人要終止本人和配偶/同居伴侶的保險,但本人希望保留子女的兒童專用帳戶。     |
| <input type="checkbox"/> 本人要終止本人的保險,但本人希望保留子女的兒童專用帳戶。  | <input type="checkbox"/> 本人想要變更A部分所示的資訊。(如果您想要變更姓名,請附上變更姓名的法律文件。) |

要求的生效日期(不保證)

 (月/月/日日/年年年年)



### C. 變更會影響到哪些家人? (請在下方列出。)

如果您有超過3名以上的受撫養人需要進行變更,請附上此頁面的副本並填妥這些受撫養人的資訊。

<b>受撫養人1</b>	<input type="checkbox"/> 新增醫療保險	<input type="checkbox"/> 新增可選成人牙科保險
	<input type="checkbox"/> 終止醫療保險	<input type="checkbox"/> 終止可選成人牙科保險
<input type="checkbox"/> 姓名變更		
名字	中間名縮寫	出生日期 (月月/日日/年年年年)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
姓氏		
<input type="text"/>		
醫療記錄號碼 (若有)	性別	社會安全號碼 (若有)
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 未公開	<input type="text"/>

<b>受撫養人2</b>	<input type="checkbox"/> 新增醫療保險	<input type="checkbox"/> 新增可選成人牙科保險
	<input type="checkbox"/> 終止醫療保險	<input type="checkbox"/> 終止可選成人牙科保險
<input type="checkbox"/> 姓名變更		
名字	中間名縮寫	出生日期 (月月/日日/年年年年)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
姓氏		
<input type="text"/>		
醫療記錄號碼 (若有)	性別	社會安全號碼 (若有)
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 未公開	<input type="text"/>

<b>受撫養人3</b>	<input type="checkbox"/> 新增醫療保險	<input type="checkbox"/> 新增可選成人牙科保險
	<input type="checkbox"/> 終止醫療保險	<input type="checkbox"/> 終止可選成人牙科保險
<input type="checkbox"/> 姓名變更		
名字	中間名縮寫	出生日期 (月月/日日/年年年年)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
姓氏		
<input type="text"/>		
醫療記錄號碼 (若有)	性別	社會安全號碼 (若有)
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 未公開	<input type="text"/>

## D. 選擇您的入保期

請選擇一個選項： 開放入保期（請跳到E部分）  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/specialenrollment](http://kp.org/specialenrollment) 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"/> 永久搬遷並可使用新計劃   |
| <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"/> 由Covered California決定的例外情況  |
| <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"/> 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 |
| 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"/> 在家庭中發生家庭暴力或配偶遺棄   |
| <input type="checkbox"/> 生產、領養或是領養安置或寄養安置的日期           | <input type="checkbox"/> 雇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"/> 我們收到表格後的次月第一天                 | <input type="checkbox"/> 刑滿釋放  |
| <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"/> 關於您入保最低基本承保的錯誤資訊  |
| <input type="checkbox"/> 投保人或受撫養人死亡                    | <input type="checkbox"/> 保健業者網絡變更  |
| <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"/> 違反合約  |
| 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"/> 有資格獲得透過應用程式提供的交通運輸服務或快遞網絡公司的健康護理津貼  |
| <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                 |  |

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。

## E. 選擇您的保健計劃

如果您表示您想要為某位家人變更計劃或新增保險，請在此處選擇您想要選取的計劃。您在C部分所列的每位家人均會轉至您所選取的計劃。如果您想要讓家人入保不同的計劃，請針對每項計劃提交一份單獨的表格。

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Kaiser Permanente – Bronze 60 HDHP HMO          | <input type="checkbox"/> Kaiser Permanente – Gold 80 HMO Coinsurance |
| <input type="checkbox"/> Kaiser Permanente – Bronze 60 HMO               | <input type="checkbox"/> Kaiser Permanente – Gold 80 HMO             |
| <input type="checkbox"/> Kaiser Permanente – Bronze 60 HMO 8200/0%       | <input type="checkbox"/> Kaiser Permanente – Platinum 90 HMO         |
| <input type="checkbox"/> Kaiser Permanente – Silver 70 HMO Off Exchange  | <input type="checkbox"/> Kaiser Permanente – Minimum Coverage HMO*   |
| <input type="checkbox"/> Kaiser Permanente – Silver 70 HMO 2850/50       |  |
| <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](http://CoveredCA.com/exemptions)並遵循指示。

## F. 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。

您可在開放入保期、年度會員續保期或特殊入保期的期間入保或終止可選牙科保險計劃中的成人牙科保險。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](http://kp.org/kpic-dental) (英文)。

- 新增可選成人牙科保險。<sup>†</sup>
- 終止可選成人牙科保險。<sup>†</sup>

<sup>†</sup>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。

## G. 在表格上簽名

- 本人瞭解，Kaiser Foundation Health Plan, Inc. 將會相信本人在本表格中所提供的資訊，且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。
- 本人確認，列在本表格中要變更計劃或被新增為受撫養人的人當中，沒有人有權享有Medicare A部分或已經入保Medicare B部分。
- 如本人有與保險經紀人合作，本人瞭解，保險經紀人可能可因為本保險而獲得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\$9-\$11，外加可能的獎金。如欲瞭解詳情，請瀏覽[kp.org/brokercompensation](http://kp.org/brokercompensation) (英文)。
- 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。

註：投保人必須在本表格上簽名。所有18歲及18歲以上的新受撫養人（包括父母／繼父母）也必須在表格上簽名。如有超過2名以上年滿18歲及18歲以上的受撫養人以及2名以上的父母／繼父母需要簽名，請附上包含其他簽名的本頁副本。

X  日期 (月月/日日/年年年年)  
 /  /

投保人／新投保人 (未滿18歲之投保人的父母或法定監護人)

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)

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。

## H. 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》(Combined Membership Agreement, Evidence of Coverage, and Disclosure Form) 包含完整的仲裁規定。

投保人必須在本表格上簽名。所有18歲及18歲以上的新受撫養人（包括父母／繼父母）也必須在表格上簽名。如有超過2名以上年滿18歲及18歲以上的受撫養人以及2名以上的父母／繼父母需要簽名，請附上包含其他簽名的本頁副本。

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)

申請人或其授權代表可索取一份已填妥的表格副本。如需更多資訊，請致電**1-800-464-4000**。

### 聯絡資訊

郵寄地址：Kaiser Permanente  
P.O. Box 23127  
San Diego, CA 92193-9921

或免費傳真至：  
會員資格管理處  
1-855-355-5334

有疑問嗎？請致電  
1-800-464-4000 (TTY 711)

## 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](http://kp.org/facilities) 網站的保健業者名錄上查詢地址）
- **線上**：使用 [kp.org](http://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](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>。



