

## 合格生活事件證明表



### 誰應該 使用此表格？

- 合格生活事件是指您的生活發生變更，使您可以在年度開放入保期以外的時間申請健康護理保險。這稱為特殊入保期。範例包括結婚、搬到可以取得新保健計劃的Kaiser Permanente服務區，或是因為失業而失去保險。
- 如果您或一位受撫養人發生合格生活事件並且正在直接向Kaiser Permanente提出申請，請使用此合格生活事件證明表提交證明。您還可以在科羅拉多州或華盛頓州申請您所在州的健康福利交換 (health benefit exchange) 時使用此表格提交您的證明 (Clark、Cowlitz和某些其他縣\*除外)。對於所有其他交換申請，請查看您所在州的交換條件資訊，以瞭解如何提交交換計劃的證明。此表格可幫助您確定您需要針對合格生活事件提供何種類型的證明。
  - **Kaiser Permanente for Individuals and Families (KPIF) 計劃會員**應該連同帳戶變更申請表提交證明。
  - **不是Kaiser Permanente for Individuals and Families (KPIF) 的人計劃成員**應連同真健康申請表一起提交其證明承保範圍。



### 誰不應該 使用此表格？

- 如果您或您為其提出申請的任何受撫養人有權享有Medicare A部份或已經入保Medicare B部份，則申請人不符合新KPIF保險的申請資格。請造訪[kp.org/medicare](http://kp.org/medicare) (英文) 以瞭解您的Medicare計劃選項或申請Medicare保險。



### 如何使用 此表格

加州、科羅拉多州、喬治亞州、夏威夷州、馬里蘭州、俄勒岡州、維吉尼亞州、華盛頓州\*

- 填寫第1、2和3步。
- 連同申請表或帳戶變更申請表 (若適用) 提交本表格和合格生活事件證明。詳情請參閱第15頁的「提交證明」。



### 何時提交 您的證明

加州、科羅拉多州、喬治亞州、夏威夷州、馬里蘭州、俄勒岡州、維吉尼亞州、華盛頓州\*

您提交證明的時間受限。請造訪[kp.org/specialenrollment](http://kp.org/specialenrollment) (英文) 以瞭解詳情及截止日期。

如果我們沒有及時收到您的證明，必須取消您的申請或帳戶變更。此授權書。如果您仍在特殊入保期內且有效，您也許可以再次申請。

對於在[buykp.org](http://buykp.org) (英文) 提交的申請，請線上提交您的證明。



### 需要幫助嗎？

請瀏覽[kp.org/specialenrollment](http://kp.org/specialenrollment)獲取綜合性合格生活事件清單。您也可以致電1-800-494-5314 (聽障及語障電話專線請致電711)，或是聯絡您的保險代理或保險經紀／保險仲介或Kaiser Permanente代表。

\*在華盛頓州，請造訪[kp.org/specialenrollment](http://kp.org/specialenrollment) 以瞭解Kaiser Permanente是否正在為您所在縣的交換合格生活事件收集證明。

主要申請人姓名

## 步驟1: 主要申請人資訊

### 誰是主要申請人？

- 在個人計劃中，主要申請人是將由保健計劃承保的人。
- 在家庭計劃中，主要申請人是保健計劃中獲准對帳戶做出變更的家庭成員。
- 在針對18歲以下的未成年人的child-only計劃(提供方)中，該未成年人即為主要申請人。

**請注意：**這不是申請健康保險。如要獲得健康護理保險，您需要提交申請表或帳戶變更表。

名字	中間名首字母	出生日期(月月/日日/年年年年)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
姓		電話(手機,若有)
<input type="text"/>		<input type="text"/>
申請識別號碼(如果您在線上申請)		社會安全號碼(若有)
<input type="text"/>		<input type="text"/>
醫療記錄號(如果已知)		
<input type="text"/>		
街道地址(不可填寫郵政信箱)		
<input type="text"/>		
城市	州	郵遞區號
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
家長/法定監護人(如果主要申請人未滿18歲)		
名字		
<input type="text"/>		
姓氏		
<input type="text"/>		
保險經紀人/保險仲介或Kaiser Permanente代表請注意(若有)		
名字		
<input type="text"/>		
姓氏		
<input type="text"/>		

## 步驟2: 合格生活事件資訊

第3步的合格生活事件編號

合格事件發生日期(月月/日日/年年年年)

對於失去最低基本健康保險，合格事件日期是您的先前計劃所承保的最後一整天。

主要申請人姓名

### 步驟3: 合格生活事件證明

- 請勾選一個合格生活事件，並勾選一份您要寄送的證明（除非另有註明）。請確保合格事件和證明類型適用您所在的州。
- 請提交一種類型的證明（除非另有註明）。
- 請寄送官方文件的副本，而非正本。
- 將主要申請人的資訊寫在證明的第一頁或是隨附的紙張：
  - 名和姓
  - 住家地址（不可填寫郵政信箱）
  - 醫療記錄編號（若有）
  - 出生日期

合格生活事件	證明類型
<p><input type="checkbox"/> 1. 失去最低基本健康保險</p> <p>加州、哥倫比亞特區、喬治亞州、夏威夷州、馬里蘭州、奧勒岡州、維吉尼亞州、華盛頓州*</p>	<p><b>來自僱主</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> 僱主的信函或其他文件，陳述僱主已停止或即將停止您、您的配偶或受撫養家人的保險或理賠，並且註明保險終止或即將終止的日期。</li><li><input type="checkbox"/> 僱主的信函或文件，陳述僱主已停止或即將停止對保險費用供款，並且註明供款終止或即將終止的日期。</li><li><input type="checkbox"/> 顯示僱主提供COBRA保險（包括生效日期）或是您的COBRA保險已終止或即將終止的信函。</li><li><input type="checkbox"/> 如果您因為工作時數減少而失去保險，請提交目前和過去時數的薪資存根。</li><li><input type="checkbox"/> 當受撫養子女年滿26歲且不再符合父母保健計劃的資格時，提供年齡證明和失去保險證明。</li></ul> <hr/> <p><b>來自您的保險公司或Medicaid、Medi-Cal、Medicare或其他政府計劃</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> 來自您的保險公司的信函，顯示保險終止日期，包括COBRA保險終止日期。</li><li><input type="checkbox"/> 來自您的學生保健計劃的信函，陳述學生健康保險已終止或即將終止。</li><li><input type="checkbox"/> 來自Medicaid、Medi-Cal或兒童健康保險計劃 (Children's Health Insurance Program, CHIP) 陳述Medicaid、Medi-Cal或CHIP保險已終止或即將終止的信函或通知。</li><li><input type="checkbox"/> 來自政府計劃的信函或通知，例如TRICARE、Peace Corps、AmeriCorps、或Medicare，陳述該保險何時終止或即將終止。</li></ul> <hr/> <p><b>其他喪失的保險（包括個人保險）</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> 社會安全局出具的信函或其他文件，上方須說明為您承保保健計劃的人員有權享受Medicare。</li><li><input type="checkbox"/> 僱主出具的信函或其他文件，上方須說明為您承保保健計劃的人員開始承保新的僱主保險。</li><li><input type="checkbox"/> 如果您因為不再是現役軍人而失去保險，請提交註明日期的退伍令或退役證書 (Certificate of Release)，其中包括保險已終止或即將終止的日期。</li><li><input type="checkbox"/> 如果您現在或曾經入保即將結束的非日曆年計劃，由保險經紀/保險經紀人或Kaiser Permanente代表提供的註明日期和簽名的書面證明，或由保險公司提供的註明日期的信件，包括計劃結束的日期。</li></ul>

**重要事項:** 如果是以下情況，則非合格生活事件：

- 您因為未支付保費而失去保險。
- 您的計劃被撤銷。
- 您有Medicare B部份保險，且沒有其他任何保險。
- 您自願終止保險。
- 您有暫時的或短期保險，如旅遊保險。

\*在華盛頓州，請造訪[kp.org/speciaenrollment](http://kp.org/speciaenrollment) 以瞭解Kaiser Permanente是否正在為您所在縣的交換合格生活事件收集證明。

主要申請人姓名

步驟3: 合格生活事件證明 (續)

合格生活事件	證明類型
<p>失去最低基本健康保險 (續)</p> <p>科羅拉多州</p> <p>重要事項: 如果是以下情況, 則非合格生活事件:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 您因為未支付保費而失去保險。</li><li>• 您的計劃被撤銷。</li><li>• 您有Medicare B部份保險, 且沒有其他任何保險。</li><li>• 您自願終止保險。</li></ul>	<p>您的申請無需提交證明。</p>
<p><input type="checkbox"/> 2. 失去孕期相關保險</p> <p>馬里蘭州</p>	<p><input type="checkbox"/> Medicaid或兒童健康保險計劃 (CHIP) 發出的寫明Medicaid或CHIP保險終止日期的信函或通知。</p>
<p><input type="checkbox"/> 3. 失去醫療濟困保險</p> <p>馬里蘭州</p>	<p><input type="checkbox"/> Medicaid或兒童健康保險計劃 (CHIP) 發出的寫明Medicaid或CHIP保險終止日期的信函或通知。</p>
<p><input type="checkbox"/> 4. 入保任何不以日曆年為基準的團體保健計劃、個人健康保險或合資格的小型雇主醫療報銷計劃 (Qualified Small Employer Health Reimbursement Arrangement, QSEHRA)</p> <p>馬里蘭州</p>	<p><input type="checkbox"/> 保險代理/保險經紀/保險業務員提供的註明日期和經簽署的書面證明, 或保險公司發出的註明日期的信函, 如果您目前或曾經入保一項即將終止的不以日曆年為基準的計劃, 則附上計劃終止日期。</p>

主要申請人姓名

步驟3: 合格生活事件證明 (續)

合格生活事件	證明類型
<p>5. 添加、成為或失去受撫養人, 或投保人或受撫養人死亡</p> <p><input type="checkbox"/> 5a. 透過婚姻添加或成為受撫養人</p> <p>共勾選2個方框。</p> <p>哥倫比亞特區、維吉尼亞州</p> <p>本事件需要之前保險的證明。請造訪 <a href="http://kp.org/specialenrollment">kp.org/specialenrollment</a> 以取得更多資訊。</p>	<p>請提供以下一項:</p> <p>在過去60天中您先前的保險公司至少有完整的一天為一名配偶提供最低基本承保的證明(只限在美國境內的申請人):</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> 在過去60天內證明保險的已付保費發票。</li><li><input type="checkbox"/> 在過去60天內證明保險的僱主福利記錄。</li></ul> <p>並且提供以下一項:</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> 顯示結婚日期的結婚證書/執照。</li><li><input type="checkbox"/> 婚姻的官方政府紀錄, 包括顯示結婚日期的外國結婚紀錄。</li></ul>
<p><input type="checkbox"/> 5b. 由於結婚或同居伴侶註冊而獲得或成為受撫養人</p> <p>共勾選2個方框。</p> <p>加州、喬治亞州、夏威夷州、馬里蘭州、奧勒岡州、華盛頓州*</p> <p>本事件需要之前保險的證明。請造訪 <a href="http://kp.org/specialenrollment">kp.org/specialenrollment</a> 以取得更多資訊。</p>	<p>請提供以下一項:</p> <p>在過去60天中您先前的保險公司至少有完整的一天為一名配偶提供最低基本承保的證明(只限在美國境內的申請人):</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> 在過去60天內證明保險的已付保費發票。</li><li><input type="checkbox"/> 在過去60天內證明保險的僱主理賠記錄。</li></ul> <p>並提供:</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> 顯示結婚日期的結婚證書/執照。</li><li><input type="checkbox"/> 婚姻的官方政府紀錄, 包括顯示結婚日期的外國結婚紀錄。</li><li><input type="checkbox"/> 官方政府紀錄, 包括同居關係登記的日期。</li></ul>

\*在華盛頓州, 請造訪 [kp.org/specialenrollment](http://kp.org/specialenrollment) 以瞭解Kaiser Permanente是否正在為您所在縣的交換合格生活事件收集證明。

### 步驟3: 合格生活事件證明 (續)

合格生活事件	證明類型
<p><input type="checkbox"/> 5c. 透過婚姻或民事結合關係添加或成為受撫養人</p> <p>共勾選2個方框。</p> <p>科羅拉多州<sup>†</sup></p> <p>本事件需要之前保險的證明。請造訪 <a href="http://kp.org/specialenrollment">kp.org/specialenrollment</a> 以取得更多資訊。</p>	<p>請提供以下一項：</p> <p>在過去60天中您先前的保險公司至少有完整的一天為一名配偶提供最低基本承保的證明(只限在美國境內的申請人)：</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> 在過去60天內證明保險的已付保費發票。</li><li><input type="checkbox"/> 在過去60天內證明保險的僱主福利記錄。</li></ul> <p>如果您無法提供最低基本承保的證明，您可以遞交以下其中一項：</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> 表明您是美國印第安人或阿拉斯加原住民的正式文件。</li><li><input type="checkbox"/> 您在生活合格事件發生前60天內，或在您最近一次開放入保期在無法透過您所在州的健康福利交換 (health benefit exchange) 獲得合格保健計劃的服務區內居住了一天或多天的證明。您可以提供一份交換網站的截圖，或是交換提供的其他證明。</li><li><input type="checkbox"/> 您在合格生活事件發生之日前60天內在美國境外或美國境內居住了一天或多天的證明。</li></ul> <p>並且提供以下一項：</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> 顯示結婚日期的結婚證書/執照/其他文件。</li><li><input type="checkbox"/> 正式政府記錄，包括民事結合的日期。</li></ul>
<p><input type="checkbox"/> 5d. 因為兒童出生、領養或安置領養或寄養而獲得或成為受撫養人</p> <p>加州、哥倫比亞特區、喬治亞州、夏威夷、馬里蘭、奧勒岡州、維吉尼亞州、華盛頓州*</p>	<p>兒童出生</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> 兒童的出生證明或出生證明申請表。</li><li><input type="checkbox"/> 診所、醫院、醫生、助產士、機構或其他醫護人員陳述兒童出生日期的紀錄。</li><li><input type="checkbox"/> 顯示兒童出生日期和地點的軍事紀錄。</li><li><input type="checkbox"/> 顯示兒童出生日期和地點的外國出生證明的正式政府記錄。</li><li><input type="checkbox"/> 顯示兒童出生日期和地點的宗教記錄。</li><li><input type="checkbox"/> 保險公司的信函或其他文件，例如理賠說明書 (Explanation of Benefits)，該等文件顯示給予兒童、母親或兩者關於出生或出生後照護的服務，並且包括服務日期。</li></ul> <p>領養或寄養</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> 顯示領養日期，並由法庭官員註明日期及簽名的領養信函或記錄。</li><li><input type="checkbox"/> 顯示命令何時開始的法庭命令。必須具有提交日期戳。</li><li><input type="checkbox"/> 顯示兒童出生日期和地點的有關國內領養、安置領養或寄養的正式政府記錄。</li><li><input type="checkbox"/> 關於外國領養而且包括領養日期的美國國土安全部移民文件。</li><li><input type="checkbox"/> 醫療支援法庭命令。必須具有法庭提交日期印戳。</li><li><input type="checkbox"/> 由法庭官員註明日期及簽名的寄養文件。</li></ul>

\*在華盛頓州，請造訪[kp.org/specialenrollment](http://kp.org/specialenrollment) 以瞭解Kaiser Permanente是否正在為您所在縣的交換合格生活事件收集證明。

<sup>†</sup>在科羅拉多州，Kaiser Permanente會針對交換購買的保健計劃收集合格生活事件的證明。

主要申請人姓名

### 步驟3: 合格生活事件證明 (續)

合格生活事件	證明類型
<p>5d. 因為兒童出生、領養或安置領養或寄養而獲得或成為受撫養人 (續上頁)</p> <p>科羅拉多州<sup>†</sup></p>	<p><b>兒童出生</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> 兒童的出生證明或出生證明申請表。</li></ul> <p><b>領養或寄養</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> 顯示領養日期, 並由法庭官員註明日期及簽名的領養信函或記錄。</li><li><input type="checkbox"/> 顯示命令何時開始的法庭命令。必須具有法庭提交日期印戳。</li><li><input type="checkbox"/> 顯示兒童出生日期和地點的有關國內領養、安置領養或寄養的正式政府記錄。</li><li><input type="checkbox"/> 關於外國領養而且包括領養日期的美國國土安全部移民文件。</li><li><input type="checkbox"/> 醫療支援法庭命令。必須具有法庭提交日期印戳。</li><li><input type="checkbox"/> 由法庭官員註明日期及簽名的寄養文件。</li></ul>
<p><input type="checkbox"/> 5e. 由於離婚、同居伴侶終止關係或合法分居而失去受撫養人</p> <p>加州、馬里蘭州</p>	<p><input type="checkbox"/> 顯示法庭提交日期戳的離婚證書、解散協議或分居協議。</p>
<p><input type="checkbox"/> 5f. 因離婚、民事結伴伴侶關係破滅或法定分居而失去受撫養人</p> <p>科羅拉多州<sup>†</sup></p>	<p><input type="checkbox"/> 顯示法庭提交日期戳的離婚證書、解散協議或分居協議。</p>
<p><input type="checkbox"/> 5g. 投保人或受撫養人死亡</p> <p>加州、馬里蘭州</p>	<p><input type="checkbox"/> 死亡證書。</p>
<p>科羅拉多州<sup>†</sup></p>	<p><input type="checkbox"/> 死亡證明或訃告。</p>
<p><input type="checkbox"/> 6. 子女贍養令或其他法院命令以承保受撫養人</p> <p>加州、哥倫比亞特區、喬治亞州、夏威夷州、馬里蘭州、奧勒岡州、維吉尼亞州、華盛頓州*</p>	<p><input type="checkbox"/> 具有法庭提交日期戳的簽名法庭命令。</p>
<p>科羅拉多州<sup>†</sup></p>	<p><input type="checkbox"/> 具有法庭提交日期戳的簽名法庭命令或註明日期的指定受益人協議。</p>

\*在華盛頓州, 請造訪[kp.org/specialenrollment](http://kp.org/specialenrollment) 以瞭解Kaiser Permanente是否正在為您所在縣的交換合格生活事件收集證明。

<sup>†</sup>在科羅拉多州, Kaiser Permanente會針對交換購買的保健計劃收集合格生活事件的證明。

步驟3:合格生活事件證明(續)

合格生活事件	證明類型
<p><input type="checkbox"/> <b>7. 永久性搬遷加上獲取新計劃</b></p> <p>加州、哥倫比亞特區、喬治亞州、夏威夷州、馬里蘭州、奧勒岡州、維吉尼亞州、華盛頓州*</p>	<p><b>請提供以下一項：</b></p> <p>在過去60天中您先前的保險公司向所有申請人提供至少一整天最低基本承保的證明(只限在美國境內搬家的申請人)。</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> 在過去60天內證明保險的已付保費發票。</li><li><input type="checkbox"/> 在過去60天內證明保險的僱主福利記錄。</li></ul> <p><b>並且,在您的搬遷後的60天之內,提供以下任一文件——一份具有過去居住地址和一份具有新的居住地址(不可填寫郵政信箱)：</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> 租約或租賃協議。</li><li><input type="checkbox"/> 保險文件,例如屋主、租戶或人壽保單或報表。</li><li><input type="checkbox"/> 房屋貸款契約,如果其中陳述所有人使用該房產作為主要住所。</li><li><input type="checkbox"/> 房屋貸款或租屋付款收據。</li><li><input type="checkbox"/> 機動車輛管理局的郵件,例如有效的駕駛執照、汽車登記記錄或地址變更卡。</li><li><input type="checkbox"/> 政府機構寄到您地址的信函,例如社會安全報表,或是貧困家庭臨時補助(Temporary Assistance for Needy Families)或輔助營養協助計劃(Supplemental Nutrition Assistance Program)的通知。</li><li><input type="checkbox"/> 您的有效州身分證。</li><li><input type="checkbox"/> 網際網路、有線或其他水電瓦斯帳單(包括瓦斯或水費的任何公用事業)或是其他服務確認(包括水電瓦斯連線或工程單)。</li><li><input type="checkbox"/> 顯示您的地址的電話帳單(手機或無線帳單都可)。</li><li><input type="checkbox"/> 金融機構的郵件,例如銀行對帳單。</li><li><input type="checkbox"/> 美國郵政服務地址變更確認信。</li><li><input type="checkbox"/> 顯示您的地址的薪資存根。</li><li><input type="checkbox"/> 顯示您的姓名和地址的選民登記卡。</li><li><input type="checkbox"/> 矯治局、監牢或監獄顯示最近釋放或假釋的文件,包括註明日期的假釋令、註明日期的釋放令,或是地址證明。</li><li><input type="checkbox"/> 在過去60天簽名和註明日期的歸化文件,或是綠卡、教育證書或簽證(如果您從其他國家搬到美國)。</li></ul>

如果以下其中一項適用於您,請選擇**永久性搬遷加上獲取新計劃**：

- 您從一個非 Kaiser Permanente 區域遷居到一個 Kaiser Permanente 區域。
- 您遷居到一個新的州。
- 您從外國或美國領土遷入。
- 您從一個未提供合格保健計劃的郡縣遷入。

本事件需要之前保險的證明。請造訪 [kp.org/specialenrollment](http://kp.org/specialenrollment) 以取得更多資訊。

\*在華盛頓州,請造訪[kp.org/specialenrollment](http://kp.org/specialenrollment) 以瞭解Kaiser Permanente是否正在為您所在縣的交換合格生活事件收集證明。



主要申請人姓名

### 步驟3: 合格生活事件證明 (續)

合格生活事件	證明類型
<p>永久搬遷加上加入新計劃 (續上頁)</p> <p>科羅拉多州</p> <p>如果以下其中一項適用於您,請選擇<b>永久性搬遷加上獲取新計劃</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 您從一個非 Kaiser Permanente 區域遷居到一個 Kaiser Permanente 區域。</li><li>• 您搬到了我們 Kaiser Permanente 服務區內的新住所,您目前的保健計劃不適用於那裡,或是您有其他保健方案可供選擇。</li><li>• 您遷居到一個新的州。</li><li>• 您從外國或美國領土遷入。</li><li>• 您從一個未提供合格保健計劃的郡縣遷入。</li></ul>	<p>您的申請無需提交證明。</p>

### 步驟3: 合格生活事件證明 (續)

合格生活事件	證明類型
<p><input type="checkbox"/> <b>8. 雇主健康保險的變動讓您有符合保費稅項抵免的資格</b></p> <p>加州、喬治亞州、夏威夷州、奧勒岡州、科羅拉多州<sup>†</sup>、哥倫比亞特區、馬里蘭州、維吉尼亞州、華盛頓州*</p> <p>您必須透過您所在州的健康福利交換 (health benefit exchange) 申請</p> <p>由於您透過您的雇主獲得的保險發生了變更，您現在符合保費稅項抵免的資格。</p>	<p><input type="checkbox"/> 雇主陳述最低必要健康保險變更並且顯示決定日期的信函。</p> <p><input type="checkbox"/> 您的雇主出具的信函或其他文件，說明雇主已變更或將變更您或您的配偶或受撫養家人的保險或理賠，因此它不再被視為合格的健康保險，以及此保險或理賠變更或將變更的日期。</p>
<p><input type="checkbox"/> <b>9. 由您所在州的健康福利交換 (health benefit exchange) 決定的例外情況</b></p> <p>加州、科羅拉多州<sup>†</sup>、哥倫比亞特區、喬治亞州、夏威夷州、馬里蘭州、奧勒岡州、維吉尼亞州、華盛頓州*</p>	<p><input type="checkbox"/> 您所在州的健康福利交換 (health benefit exchange) 陳述您符合特殊入保期資格並且顯示決定日期的信函或通知。</p>
<p><input type="checkbox"/> <b>10. 有資格透過個人保險健康還款計劃 (individual coverage health reimbursement arrangement, ICHRA) 或合格的小型僱主健康還款計劃 (QSEHRA) 購買個人保健計劃</b></p> <p>加州、科羅拉多州<sup>†</sup>、哥倫比亞特區、喬治亞州、夏威夷州、馬里蘭州、奧勒岡州、維吉尼亞州、華盛頓州*</p>	<p><input type="checkbox"/> 透過個人保險健康還款計劃 (ICHRA) 或合格的小型僱主健康還款計劃 (QSEHRA) 陳述您目前符合資格購買個人保健計劃的信函或其他文件，包括顯示您首次有資格獲得ICHRA或QSEHRA的日期。</p>

\*在華盛頓州，請造訪[kp.org/specialenrollment](http://kp.org/specialenrollment) 以瞭解Kaiser Permanente是否正在為您所在縣的交換合格生活事件收集證明。

<sup>†</sup>在科羅拉多州，Kaiser Permanente會針對交換購買的保健計劃收集合格生活事件的證明。

主要申請人姓名

### 步驟3: 合格生活事件證明 (續)

合格生活事件	證明類型
<input type="checkbox"/> 11. 在家庭中發生家庭暴力或配偶遺棄 加州、科羅拉多州 <sup>†</sup> 、哥倫比亞特區、喬治亞州、夏威夷州、馬里蘭州、奧勒岡州、維吉尼亞州、華盛頓州*	<input type="checkbox"/> 證明您是家庭虐待或配偶遺棄的受害者的佐證。
<input type="checkbox"/> 12. 雇主停止支付COBRA保費 加州、哥倫比亞特區、喬治亞州、夏威夷州、馬里蘭州、奧勒岡州、維吉尼亞州、華盛頓州*	<input type="checkbox"/> 您的雇主或COBRA管理員提供的證明，此證明需載明已提供補助及補助結束日期。
科羅拉多州	您的申請無需提交證明。
<input type="checkbox"/> 13. 雇主停止繳納或政府停止補貼統一綜合預算協調法案 (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA) 保費 馬里蘭州	<input type="checkbox"/> 政府、您的雇主或COBRA管理員提供的證明，此證明需載明已提供補助及補助結束日期。
<input type="checkbox"/> 14. 釋放出獄 只限加州、科羅拉多州 <sup>†</sup>	<input type="checkbox"/> 矯治局、監牢或監獄顯示最近釋放或假釋，包括註明日期的假釋令、註明日期的釋放令或地址證明。
<input type="checkbox"/> 15. 錯誤訊息關於您在最低基本承保入保的錯誤訊息 加州	<input type="checkbox"/> 您所在州的健康福利交換 (health benefit exchange) 或保健管理局陳述您符合特殊入保期資格並且顯示決定日期的通知。
<input type="checkbox"/> 16. 保健業者網絡變更 加州地區	<input type="checkbox"/> 請注意，服務提供者不再參與健康福利計劃並顯示確定日期。
<input type="checkbox"/> 17. 違反合約 加州地區	<input type="checkbox"/> 保健管理局註明日期的書面證明，陳述您入保的保健計劃實質上違反了您合約的重大條款。
科羅拉多州	您的申請無需提交證明。

\*在華盛頓州，請造訪[kp.org/specialenrollment](http://kp.org/specialenrollment) 以瞭解Kaiser Permanente是否正在為您所在縣的交換合格生活事件收集證明。

<sup>†</sup>在科羅拉多州，Kaiser Permanente會針對交換購買的保健計劃收集合格生活事件的證明。

主要申請人姓名

### 步驟3: 合格生活事件證明 (續)

合格生活事件	證明類型
<input type="checkbox"/> 18. 證明合資格計劃實質上違反與參保人所簽訂合約中的重要條款 馬里蘭州	<input type="checkbox"/> 馬里蘭州保險管理局發出的註明日期的書面證明,其中確認您入保的保健計劃實質上違反了雙方合約中的重要條款。
<input type="checkbox"/> 19. 基於應用程序的交通或遞送網絡公司健康醫護津貼的獲取資格 加州地區	<input type="checkbox"/> 您每季駕駛時數的副本或屏幕截圖。
<input type="checkbox"/> 20. 保險專員部決定的例外情況 科羅拉多州 <sup>†</sup>	<input type="checkbox"/> 保險專員部陳述您符合特殊入保期資格並且顯示決定日期的信函或通知。
<input type="checkbox"/> 21. 失去短期健康保險 科羅拉多州	您的申請無需提交證明。
<input type="checkbox"/> 22. 由保健執業人員初步確認懷孕 哥倫比亞特區、馬里蘭州	<input type="checkbox"/> 由保健執業人員確認您係初次懷孕的文件。從確認懷孕起,您有90天的時間完成註冊。
科羅拉多州 <sup>†</sup> , 哥倫比亞特區	<input type="checkbox"/> 由保健執業人員確認您係初次懷孕的文件。
<input type="checkbox"/> 23. 雇主健康保險的變動使您不符合保費稅項抵免的資格或使您成本分擔減收的資格發生變化 馬里蘭州	<input type="checkbox"/> 雇主陳述最低必要健康保險變更並且顯示決定日期的信函。 <input type="checkbox"/> 雇主的信函或其他文件,陳述變更或即將變更您或配偶或受撫養家人的保險或福利,因此不再被視為合格健康保險,其中包括該保險或福利變更或即將變更的日期。

<sup>†</sup>在科羅拉多州,Kaiser Permanente會針對交換購買的保健計劃收集合格生活事件的證明。

主要申請人姓名

### 步驟3: 合格生活事件證明 (續)

合格生活事件	證明類型
<input type="checkbox"/> 24. 報稅季輕鬆入保 馬里蘭州 您必須透過您所在州的健康福利交換 (health benefit exchange) 申請	您的財務資訊已由主計長驗證, 但您不需要發送額外的證明。
<input type="checkbox"/> 25. 失業保險申請者輕鬆入保 馬里蘭州 您必須透過您所在州的健康福利交換 (health benefit exchange) 申請	如果您收到來自Maryland Health Connection的信函, 說明您初步有資格獲得健康護理保險。您的財務資訊已由Maryland Health Connection驗證, 您無需發送其他證明。
<input type="checkbox"/> 26. 移民身份改變 加州、科羅拉多州 <sup>†</sup> 、哥倫比亞特區、喬治亞州、夏威夷州、馬里蘭州、奧勒岡州、維吉尼亞州、華盛頓州* 您必須透過您所在州的健康福利交換 (health benefit exchange) 申請	<input type="checkbox"/> 有關公民身份或移民身份變動的正式文件。
<input type="checkbox"/> 27. 以美國印第安人/阿拉斯加原住民身份享受保險 加州、哥倫比亞特區、喬治亞州、夏威夷州、馬里蘭州、奧勒岡州、維吉尼亞州、華盛頓州* 您必須透過您所在州的健康福利交換 (health benefit exchange) 申請	<input type="checkbox"/> 顯示您身份的正式文件。
科羅拉多州	您的申請無需提交證明。

\*在華盛頓州, 請造訪[kp.org/specialenrollment](http://kp.org/specialenrollment) 以瞭解Kaiser Permanente是否正在為您所在縣的交換合格生活事件收集證明。

<sup>†</sup>在科羅拉多州, Kaiser Permanente會針對交換購買的保健計劃收集合格生活事件的證明。

主要申請人姓名

### 步驟3: 合格生活事件證明 (續)

合格生活事件	證明類型
<p><input type="checkbox"/> 28. 收入的變化改變了您獲得聯邦財政補助的入保資格</p> <p>加州、科羅拉多州<sup>†</sup>、哥倫比亞特區、喬治亞州、夏威夷州、馬里蘭州、奧勒岡州、維吉尼亞州、華盛頓州*</p>	<p>請提供以下一項：</p> <p>在過去60天中您先前的保險公司向所有申請人提供至少一整天最低基本承保的證明。</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> 在過去60天內證明保險的已付保費發票。</li><li><input type="checkbox"/> 在過去60天內證明保險的僱主福利記錄。</li></ul> <p>並提供：</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> 您所在州的健康福利交換 (health benefit exchange) 顯示決定日期的最新資格決定。</li></ul>
<p><input type="checkbox"/> 29. 報稅時入保科羅拉多州</p>	<p>您的財務資料已經過稅務申報和Connect for Health Colorado驗證，您無需寄送其他額外的證明。</p>
<p><input type="checkbox"/> 30. 因沒有健康保險而支付的罰款</p> <p>加州地區</p> <p>您必須透過您所在州的健康福利交換 (health benefit exchange) 申請</p>	<p>如果您在過去60天內向加州專屬權稅委員會 (Franchise Tax Board) 支付了個人分擔責任罰款，則無需證明。</p>
<p><input type="checkbox"/> 31. 可能有資格入保Medicaid或兒童健康保險計劃 (CHIP)，而在開放入保期結束後或合資格生活事件發生超過60天後被認定不符合入保資格</p> <p>馬里蘭州</p>	<p><input type="checkbox"/> Medicaid或兒童健康保險計劃 (CHIP) 發出的寫明您不符合入保資格的註明日期之信函或通知。</p>

\*在華盛頓州，請造訪[kp.org/specialenrollment](https://www.kp.org/specialenrollment) 以瞭解Kaiser Permanente是否正在為您所在縣的交換合格生活事件收集證明。

<sup>†</sup>在科羅拉多州，Kaiser Permanente會針對交換購買的保健計劃收集合格生活事件的證明。

## 提交證明

### 您如何提出申請？

- **如果您線上提出申請：**登入[kp.org/apply](https://kp.org/apply)並上傳您的證明。您不需要上傳本表格。
- **如果您正在透過郵寄或傳真提出申請：**請使用此頁的資訊，將您的證明和此表格發送至適用於您區域的地址或下列的傳真號碼。
- **如果您透過健康福利交換 (health benefit exchange) 申請：**健康福利交換可能需要提交證明。

### 請將申請表或帳戶變更表和證明連同此表一同提交：

#### 郵寄

Kaiser Permanente for Individuals and Families  
P.O. Box 23127  
San Diego, CA 92193-9921

#### 傳真

1-855-355-5334

**若要下載帳戶變更表，請造訪[kp.org/specialenrollment](https://kp.org/specialenrollment) (英文)。**

透過提交簽名的申請表或帳戶變更申請表以及您的合格生活事件證明，即表示您證實發生了合格生活事件。我們必須收到您的合格生活事件證明。我們會使用您的簽名和證明來決定您是否可以在特殊入保期入保。如果我們判定某件合格生活事件並未發生，或是我們了解到申請、帳戶變更表或是您提交的任何其他資訊中所包含的資訊存在任何其他不準確之處，我們可能會採取法律措施。包括但不限於從您的保險日期起回溯取消您的保險。您可能還需要為您所接受的任何服務承擔全部收費。

在加州，KFHP計劃由Kaiser Foundation Health Plan, Inc. 提供及承銷，其地址是：One Kaiser Plaza, Oakland, CA 94612  
• 在科羅拉多州，所有計劃皆由Kaiser Foundation Health Plan of Colorado提供及承保，其地址為：10350 E. Dakota Ave., Denver, CO 80247  
• 在喬治亞州，所有計劃均由Kaiser Foundation Health Plan of Georgia, Inc., Nine Piedmont Center提供和承保，其地址為：3495 Piedmont Rd. NE, Atlanta, GA 30305  
• 在夏威夷州，所有計劃均由Kaiser Foundation Health Plan, Inc.提供和承保，其地址為：711 Kapiolani Blvd., Honolulu, HI 96813  
• 在奧勒岡州和華盛頓州西南部 (Clark縣和Cowlitz縣)，所有計劃均由Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest提供及承保，其地址為：500 NE Multnomah St., Suite 100, Portland, OR 97232  
• 在華盛頓州 (Clark、Cowlitz和其他一些縣除外)，所有計劃均由Kaiser Foundation Health Plan of Washington提供和承保，其地址為：1300 SW 27th Street, Renton, WA 98057  
• 在馬里蘭州、維吉尼亞州和哥倫比亞特區，所有計劃均由Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc.提供和承保，其地址為2101 E. Jefferson St., Rockville, MD 20852。





## 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>。