






Mẫu đơn chứng minh sự kiện cuộc sống hội đủ điều kiện

 <p>Những ai nên sử dụng mẫu đơn này?</p>	<ul style="list-style-type: none"> Sự kiện cuộc sống hội đủ điều kiện là một thay đổi trong cuộc sống của quý vị cho phép quý vị nộp đơn tham gia bảo hiểm chăm sóc sức khỏe ngoài giai đoạn ghi danh mở hàng năm. Đây được gọi là giai đoạn ghi danh đặc biệt. Ví dụ: kết hôn, chuyển đến khu vực dịch vụ của Kaiser Permanente để tiếp cận các chương trình bảo hiểm sức khỏe mới hoặc mất bảo hiểm do mất việc làm. Sử dụng Mẫu Đơn Chứng Minh Sự Kiện Cuộc Sống Hội Đủ Điều Kiện này để nộp giấy tờ chứng minh của quý vị khi nộp đơn trực tiếp cho Kaiser Permanente nếu quý vị hoặc người phụ thuộc đã có sự kiện cuộc sống hội đủ điều kiện. Quý vị cũng có thể sử dụng mẫu đơn này để nộp giấy tờ chứng minh của mình khi nộp đơn cho tổ chức trao đổi quyền lợi sức khỏe của tiểu bang quý vị ở Colorado hoặc Washington (ngoại trừ Clark, Cowlitz và một số quận khác*). Đối với tất cả các đơn trao đổi khác, hãy liên hệ với tổ chức trao đổi của tiểu bang quý vị để biết thông tin về cách nộp giấy tờ chứng minh cho các chương trình trao đổi. Việc này có thể giúp quý vị tìm ra loại giấy tờ chứng minh mà quý vị sẽ cần cung cấp cho sự kiện cuộc sống hội đủ điều kiện của mình. <ul style="list-style-type: none"> Hội viên của chương trình Kaiser Permanente for Individuals and Families (KPIF) cần nộp giấy tờ chứng minh của họ kèm theo Mẫu Đơn Yêu Cầu Thay Đổi Tài Khoản. Những người không phải là hội viên của chương trình Kaiser Permanente for Individuals and Families (KPIF) cần nộp giấy tờ chứng minh của họ kèm theo Đăng ký bảo hiểm sức khỏe của họ.
 <p>Những ai không nên sử dụng mẫu đơn này?</p>	<ul style="list-style-type: none"> Nếu quý vị hoặc bất cứ người phụ thuộc nào quý vị đang nộp đơn đủ điều kiện tham gia Medicare Phần A hoặc được ghi danh tham gia Medicare Phần B, người nộp đơn đó không đủ điều kiện được nộp đơn tham gia bảo hiểm KPIF mới. Hãy truy cập vào kp.org/medicare (bằng tiếng Anh) để tìm hiểu thêm về các lựa chọn chương trình Medicare của quý vị hoặc để nộp đơn tham gia bảo hiểm Medicare.
 <p>Cách sử dụng mẫu đơn này California, Colorado, Georgia, Hawaii, Maryland, Oregon, Virginia, Washington*</p>	<ul style="list-style-type: none"> Điền vào các Bước 1, 2 và 3. Nộp mẫu đơn này và giấy tờ chứng minh về sự kiện cuộc sống hội đủ điều kiện của quý vị kèm theo đơn hoặc Mẫu Đơn Yêu Cầu Thay Đổi Tài Khoản (nếu có). Vui lòng xem phần “Nộp giấy tờ chứng minh của quý vị” trên trang 15 để biết thông tin chi tiết.
 <p>Thời điểm nộp giấy tờ chứng minh của quý vị California, Colorado, Georgia, Hawaii, Maryland, Oregon, Virginia, Washington*</p>	<p>Quý vị chỉ có thể nộp giấy tờ chứng minh của mình trong khoảng thời gian giới hạn. Hãy truy cập vào kp.org/specialenrollment (bằng tiếng Anh) để biết thông tin chi tiết và thời hạn.</p> <p>Nếu không nhận được giấy tờ chứng minh của quý vị kịp thời, thì chúng tôi sẽ phải hủy đơn hoặc yêu cầu thay đổi tài khoản của quý vị bằng văn bản. Quý vị có thể nộp đơn lại nếu giai đoạn ghi danh đặc biệt của quý vị vẫn còn hiệu lực.</p> <p>Đối với các đơn đã nộp trên buykp.org, (bằng tiếng Anh) hãy nộp giấy tờ chứng minh của quý vị trực tuyến.</p>
 <p>Quý vị cần trợ giúp?</p>	<p>Truy cập kp.org/specialenrollment để biết danh sách đầy đủ các sự kiện cuộc sống hội đủ điều kiện. Quý vị cũng có thể gọi cho chúng tôi theo số 1-800-494-5314 (TTY 711), hoặc liên hệ với người môi giới/bên cung cấp hoặc đại diện của Kaiser Permanente.</p>

*Tại Washington, hãy truy cập vào kp.org/specialenrollment để xem liệu Kaiser Permanente có đang thu thập giấy tờ chứng minh sự kiện cuộc sống hội đủ điều kiện trao đổi tại quận của quý vị hay không.

Tên người nộp đơn chính

BƯỚC 1: Thông tin của người nộp đơn chính

Ai là 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.
- Trong chương trình dành riêng cho trẻ em (nếu được cung cấp) cho trẻ em dưới 18 tuổi, thì trẻ em là người nộp đơn chính.

Xin lưu ý: Đây không phải là đơn xin bảo hiểm chăm sóc sức khỏe. Để nhận được bảo hiểm chăm sóc sức khỏe, quý vị cần phải nộp đơn hoặc Mẫu Đơn Yêu Cầu Thay Đổi Tài Khoản.

Tên	Tên đệm	Ngày sinh (tt/nn/nnnn)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <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"/>	
Số ID của đơn (nếu quý vị nộp đơn trực tuyến)	Số An Sinh Xã Hội (nếu có)	
<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	
Số Hồ Sơ Y Tế (nếu có)	<input type="text"/>	
Địa chỉ nhà (không ghi số hòm thư)	<input type="text"/>	
Thành phố	Tiểu bang	Mã ZIP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cha mẹ/người giám hộ hợp pháp (nếu người nộp đơn chính dưới 18 tuổi)		
Tên	<input type="text"/>	
Họ	<input type="text"/>	
Người môi giới/bên cung cấp hoặc đại diện Kaiser Permanente (nếu có)		
Tên	<input type="text"/>	
Họ	<input type="text"/>	

BƯỚC 2: Thông tin về sự kiện cuộc sống hội đủ điều kiện

Số sự kiện cuộc sống hội đủ điều kiện từ Bước 3

Ngày diễn ra sự kiện hội đủ điều kiện (tt/nn/nnnn)

 / /

Đối với việc mất bảo hiểm sức khỏe tối thiểu cần thiết, ngày diễn ra sự kiện hội đủ điều kiện là toàn bộ ngày cuối cùng quý vị được đài thọ theo chương trình trước đó của mình.

Tên người nộp đơn chính

BƯỚC 3: Giấy tờ chứng minh sự kiện cuộc sống hội đủ điều kiện của quý vị

- Chọn một ô cho sự kiện cuộc sống hội đủ điều kiện của quý vị và một ô cho giấy tờ chứng minh mà quý vị đang gửi (trừ khi có lưu ý khác). Đảm bảo sự kiện hội đủ điều kiện và loại giấy tờ chứng minh áp dụng cho tiểu bang của quý vị.
- Gửi một loại giấy tờ chứng minh, trừ khi có lưu ý khác.
- Gửi bản sao của các tài liệu chính thức, không phải bản gốc.
- Ghi thông tin này về người nộp đơn chính trên trang đầu tiên của giấy tờ chứng minh của quý vị hoặc trên trang đính kèm:
 - Họ tên
 - Địa chỉ nhà (không ghi số hòm thư)
 - Số hồ sơ y tế (nếu có)
 - Ngày sinh

Sự kiện cuộc sống hội đủ điều kiện

1. Mất bảo hiểm sức khỏe tối thiểu cần thiết

California, Quận Columbia, Georgia, Hawaii, Maryland, Oregon, Virginia, Washington*

Quan trọng: Đây **KHÔNG** phải là một sự kiện cuộc sống hội đủ điều kiện nếu:

- Quý vị đang mất bảo hiểm vì đã không trả phí bảo hiểm của mình.
- Chương trình của quý vị đã bị hủy bỏ.
- Quý vị đã có bảo hiểm Medicare Phần B và không có bất kỳ bảo hiểm nào khác.
- Quý vị đã tự nguyện kết thúc bảo hiểm của mình.
- Quý vị đã có bảo hiểm tạm thời hoặc ngắn hạn như bảo hiểm du lịch.

Loại giấy tờ chứng minh

Từ chủ sử dụng lao động của quý vị

- Thư hoặc tài liệu khác từ hãng sở của quý vị cho biết hãng sở đã từ bỏ hoặc sẽ bỏ bảo hiểm hoặc quyền lợi cho quý vị, vợ/chồng hoặc thành viên gia đình phụ thuộc của quý vị và ngày mà bảo hiểm này đã kết thúc hoặc sẽ kết thúc.
- Thư hoặc tài liệu khác từ chủ sử dụng lao động của quý vị cho biết chủ sử dụng lao động đã/sẽ ngừng đóng góp vào chi phí bảo hiểm và ngày ngừng đóng góp.
- Thư cho biết đề nghị bảo hiểm COBRA của chủ sử dụng lao động của quý vị, bao gồm ngày có hiệu lực hoặc nêu rõ thời điểm kết thúc bảo hiểm COBRA của quý vị.
- Cống thanh toán của những giờ hiện tại và trước đó nếu quý vị bị mất bảo hiểm vì giảm giờ làm.
- Giấy tờ chứng minh về tuổi và bằng chứng về việc mất bảo hiểm sức khỏe tối thiểu cần thiết khi người con phụ thuộc bước sang tuổi 26 và không còn đủ điều kiện để được đài thọ theo chương trình sức khỏe của cha mẹ.

Từ hãng bảo hiểm của quý vị hoặc Medicaid, Medi-Cal, Medicare hoặc các chương trình khác của chính phủ

- Thư từ hãng bảo hiểm của quý vị cho biết ngày kết thúc bảo hiểm, bao gồm cả ngày kết thúc bảo hiểm COBRA.
- Thư từ chương trình bảo hiểm sức khỏe học sinh của quý vị cho biết thời điểm kết thúc bảo hiểm sức khỏe học sinh.
- Thư hoặc thông báo từ Medicaid, Medi-Cal hoặc Children's Health Insurance Program (CHIP) nêu rõ thời điểm kết thúc bảo hiểm Medicaid, Medi-Cal hoặc CHIP.
- Thư hoặc thông báo từ chương trình của chính phủ, như TRICARE, Peace Corps, AmeriCorps, hoặc Medicare, nêu rõ thời điểm kết thúc bảo hiểm đó.

Mất bảo hiểm khác (bao gồm cả bảo hiểm cá nhân)

- Thư hoặc tài liệu khác từ văn phòng An Sinh Xã Hội cho biết người bảo hiểm cho quý vị theo chương trình bảo hiểm sức khỏe của họ có quyền hưởng Medicare.
- Thư hoặc tài liệu khác từ chủ hãng cho biết người bảo hiểm cho quý vị theo chương trình bảo hiểm sức khỏe của họ đang bắt đầu bảo hiểm cho chủ hãng mới.
- Giấy xuất ngũ hoặc Giấy chứng nhận xuất ngũ có ngày tháng, bao gồm cả ngày kết thúc bảo hiểm, nếu quý vị mất bảo hiểm vì quý vị không còn thực hiện nghĩa vụ quân sự.
- Xác minh bằng văn bản có ngày tháng và có chữ ký từ người môi giới/bên cung cấp hoặc đại diện Kaiser Permanente, hoặc thư ghi ngày tháng từ hãng bảo hiểm, nếu quý vị đang hoặc đã ghi danh vào chương trình không tính theo năm dương lịch sắp kết thúc, bao gồm cả ngày kết thúc chương trình.

*Tại Washington, hãy truy cập vào kp.org/specialenrollment để xem liệu Kaiser Permanente có đang thu thập giấy tờ chứng minh sự kiện cuộc sống hội đủ điều kiện trao đổi tại quận của quý vị hay không.

Tên người nộp đơn chính

BƯỚC 3: Giấy tờ chứng minh về sự kiện cuộc sống hội đủ điều kiện của quý vị (tiếp theo)

Sự kiện cuộc sống hội đủ điều kiện	Loại giấy tờ chứng minh
<p>Mất bảo hiểm sức khỏe tối thiểu cần thiết (tiếp theo) Colorado</p> <p>Quan trọng: Đây KHÔNG phải là một sự kiện cuộc sống hội đủ điều kiện nếu:</p> <ul style="list-style-type: none">• Quý vị đang mất bảo hiểm vì đã không trả phí bảo hiểm của mình.• Chương trình của quý vị đã bị hủy bỏ.• Quý vị đã có bảo hiểm Medicare Phần B và không có bất kỳ bảo hiểm nào khác.• Quý vị đã tự nguyện kết thúc bảo hiểm của mình.	<p>Không cần cung cấp bằng chứng cùng với đơn xin của quý vị.</p>
<p><input type="checkbox"/> 2. Mất bảo hiểm liên quan đến việc mang thai Maryland</p>	<p><input type="checkbox"/> Thư hoặc thông báo từ Medicaid hoặc Children's Health Insurance Program (CHIP) nêu rõ thời điểm kết thúc bảo hiểm Medicaid hoặc CHIP.</p>
<p><input type="checkbox"/> 3. Mất bảo hiểm cần thiết về mặt y tế Maryland</p>	<p><input type="checkbox"/> Thư hoặc thông báo từ Medicaid hoặc Children's Health Insurance Program (CHIP) nêu rõ thời điểm kết thúc bảo hiểm Medicaid hoặc CHIP.</p>
<p><input type="checkbox"/> 4. Ghi danh tham gia các chương trình bảo hiểm sức khỏe theo nhóm không tính theo năm lịch, bảo hiểm y tế cá nhân hoặc thỏa thuận bồi hoàn y tế cho hãng sở quy mô nhỏ đủ tiêu chuẩn (qualified small employer health reimbursement arrangement, QSEHRA) Maryland</p>	<p><input type="checkbox"/> Văn bản xác minh có ngày tháng và chữ ký từ nhân viên đại diện/người môi giới/bên cung cấp hoặc thư ghi ngày tháng từ hãng bảo hiểm, bao gồm cả ngày kết thúc chương trình, nếu quý vị đang hoặc đã ghi danh tham gia chương trình không tính theo năm lịch sắp kết thúc.</p>

Tên người nộp đơn chính

BƯỚC 3: Giấy tờ chứng minh về sự kiện cuộc sống hội đủ điều kiện của quý vị (tiếp theo)

Sự kiện cuộc sống hội đủ điều kiện	Loại giấy tờ chứng minh
<p>5. Có được, trở thành hoặc mất đi người phụ thuộc, hoặc người đăng ký qua đời</p> <p><input type="checkbox"/> 5a. Được hoặc trở thành người phụ thuộc thông qua kết hôn</p> <p>Đánh dấu tổng cộng 2 ô.</p> <p>Quận Columbia, Virginia</p> <p>Sự kiện này yêu cầu giấy tờ chứng minh về chương trình bảo hiểm trước. Hãy truy cập vào kp.org/specialenrollment (bằng tiếng Anh) để biết thêm thông tin.</p>	<p>Cung cấp một trong những giấy tờ sau:</p> <p>Giấy tờ chứng minh về mức bảo hiểm thiết yếu tối thiểu cho vợ/chồng trong ít nhất một ngày trọn vẹn trong 60 ngày qua từ hãng bảo hiểm trước của quý vị (chỉ dành cho người nộp đơn tại Hoa Kỳ):</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Hóa đơn trả phí bảo hiểm đã thanh toán chứng minh bảo hiểm trong vòng 60 ngày qua.<input type="checkbox"/> Hồ sơ quyền lợi của chủ sử dụng lao động chứng minh bảo hiểm trong vòng 60 ngày qua. <p>Và cung cấp một trong những giấy tờ sau:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Giấy chứng nhận kết hôn ghi ngày kết hôn.<input type="checkbox"/> Hồ sơ chính thức của chính phủ về cuộc hôn nhân, bao gồm cả hồ sơ kết hôn của người nước ngoài ghi ngày kết hôn.
<p><input type="checkbox"/> 5b. Có hoặc trở thành người phụ thuộc thông qua kết hôn hoặc đăng ký sống chung với bạn đời</p> <p>Đánh dấu tổng cộng 2 ô.</p> <p>California, Georgia, Hawaii, Maryland, Oregon, Washington*</p> <p>Sự kiện này yêu cầu giấy tờ chứng minh về chương trình bảo hiểm trước. Hãy truy cập vào kp.org/specialenrollment (bằng tiếng Anh) để biết thêm thông tin.</p>	<p>Cung cấp một trong những giấy tờ sau:</p> <p>Giấy tờ chứng minh về mức bảo hiểm thiết yếu tối thiểu cho vợ/chồng trong ít nhất một ngày trọn vẹn trong 60 ngày qua từ hãng bảo hiểm trước của quý vị (chỉ dành cho người nộp đơn tại Hoa Kỳ):</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Hóa đơn trả phí bảo hiểm đã thanh toán chứng minh bảo hiểm trong vòng 60 ngày qua.<input type="checkbox"/> Hồ sơ quyền lợi của chủ sử dụng lao động chứng minh bảo hiểm trong vòng 60 ngày qua. <p>Và cung cấp:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Giấy chứng nhận kết hôn ghi ngày kết hôn.<input type="checkbox"/> Hồ sơ chính thức của chính phủ về cuộc hôn nhân, bao gồm cả hồ sơ kết hôn của người nước ngoài ghi ngày kết hôn.<input type="checkbox"/> Hồ sơ chính thức của chính phủ, bao gồm cả ngày đăng ký sống chung với bạn đời.

*Tại Washington, hãy truy cập vào kp.org/specialenrollment để xem liệu Kaiser Permanente có đang thu thập giấy tờ chứng minh sự kiện cuộc sống hội đủ điều kiện trao đổi tại quận của quý vị hay không.

Tên người nộp đơn chính

BƯỚC 3: Giấy tờ chứng minh về sự kiện cuộc sống hội đủ điều kiện của quý vị (tiếp theo)

Sự kiện cuộc sống hội đủ điều kiện

Loại giấy tờ chứng minh

- 5c. Được hoặc trở thành người phụ thuộc thông qua kết hôn hoặc sống chung với bạn đời kết hợp dân sự

Đánh dấu tổng cộng 2 ô.

Colorado†

Sự kiện này yêu cầu giấy tờ chứng minh về chương trình bảo hiểm trước.

Hãy truy cập vào kp.org/specialenrollment để biết thêm thông tin.

Cung cấp một trong những giấy tờ sau:

Giấy tờ chứng minh về mức bảo hiểm thiết yếu tối thiểu cho vợ/chồng trong ít nhất một ngày trọn vẹn trong 60 ngày qua từ hãng bảo hiểm trước của quý vị (chỉ dành cho người nộp đơn tại Hoa Kỳ):

- Hóa đơn trả phí bảo hiểm đã thanh toán chứng minh bảo hiểm trong vòng 60 ngày qua.
- Hồ sơ quyền lợi của chủ sử dụng lao động chứng minh bảo hiểm trong vòng 60 ngày qua.

Nếu không thể cung cấp giấy tờ chứng minh về bảo hiểm thiết yếu tối thiểu, thì quý vị có thể gửi một trong các tài liệu sau:

- Tài liệu chính thức cho thấy quý vị là Người Mỹ Bản Địa hoặc Người Alaska Bản Địa.
- Giấy tờ chứng minh rằng quý vị đã sống trong một hoặc nhiều ngày trong 60 ngày trước sự kiện cuộc sống của quý vị hoặc trong giai đoạn ghi danh mở gần đây nhất của quý vị trong một khu vực phục vụ mà không có chương trình bảo hiểm sức khỏe hội đủ điều kiện nào có sẵn thông qua tổ chức trao đổi quyền lợi sức khỏe của tiểu bang quý vị. Quý vị có thể cung cấp ảnh chụp màn hình từ trang web của tổ chức trao đổi hoặc giấy tờ chứng minh khác từ tổ chức trao đổi.
- Giấy tờ chứng minh rằng quý vị đã sống bên ngoài Hoa Kỳ hoặc trong lãnh thổ Hoa Kỳ trong một hoặc nhiều ngày trong vòng 60 ngày trước ngày diễn ra sự kiện cuộc sống hội đủ điều kiện.

Và cung cấp một trong những giấy tờ sau:

- Giấy chứng nhận kết hôn/tài liệu khác ghi ngày kết hôn.
- Hồ sơ chính thức của chính phủ, bao gồm cả ngày sống chung với bạn đời kết hợp dân sự.

- 5d. 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

California, Quận Columbia, Georgia, Hawaii, Maryland, Oregon, Virginia, Washington*

Sinh con

- Giấy khai sinh hoặc đơn xin cấp giấy khai sinh cho con.
- Hồ sơ từ phòng khám, bệnh viện, bác sĩ, nữ hộ sinh, tổ chức hoặc nhà cung cấp khác ghi rõ ngày sinh của trẻ.
- Hồ sơ quân nhân ghi ngày sinh và nơi sinh của trẻ.
- Hồ sơ chính thức của chính phủ về giấy khai sinh nước ngoài có ghi ngày sinh và nơi sinh của trẻ.
- Hồ sơ tôn giáo ghi ngày sinh và nơi sinh của trẻ.
- Thư hoặc tài liệu khác từ hãng bảo hiểm, như Bản Giải Thích Quyền Lợi, cho thấy rằng các dịch vụ liên quan đến chăm sóc lúc sinh hoặc chăm sóc sau sinh đã được cung cấp cho trẻ, người mẹ hoặc cả hai, bao gồm cả ngày dịch vụ.

Nhận con nuôi hoặc chăm sóc nuôi dưỡng tạm thời

- Thư nhận con nuôi hoặc hồ sơ ghi ngày nhận con nuôi, do viên chức tòa án ghi ngày tháng và ký.
- Lệnh tòa có ghi thời điểm lệnh đã bắt đầu. Lệnh phải có dấu ngày nộp.
- Hồ sơ chính thức của chính phủ về việc nhận con nuôi trong nước hoặc nhận con nuôi dưỡng hoặc chăm sóc nuôi dưỡng tạm thời có ghi ngày sinh và nơi sinh của trẻ.
- Tài liệu nhập cư của Bộ An Ninh Nội Địa Hoa Kỳ đối với trường hợp nhận con nuôi nước ngoài, bao gồm cả ngày nhận con nuôi.
- Lệnh tòa về hỗ trợ y tế. Lệnh phải có dấu ngày nộp cho tòa.
- Giấy tờ chăm sóc nuôi dưỡng tạm thời do viên chức tòa án ghi ngày tháng và ký.

*Tại Washington, hãy truy cập vào kp.org/specialenrollment để xem liệu Kaiser Permanente có đang thu thập giấy tờ chứng minh sự kiện cuộc sống hội đủ điều kiện trao đổi tại quận của quý vị hay không.

†Tại Colorado, Kaiser Permanente sẽ thu thập giấy tờ chứng minh sự kiện cuộc sống hội đủ điều kiện cho các chương trình sức khỏe được mua ở tổ chức trao đổi.

Tên người nộp đơn chính

BƯỚC 3: Giấy tờ chứng minh về sự kiện cuộc sống hội đủ điều kiện của quý vị (tiếp theo)

Sự kiện cuộc sống hội đủ điều kiện	Loại giấy tờ chứng minh
<p>5d. 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 (tiếp tục)</p> <p>Colorado†</p>	<p>Sinh con</p> <p><input type="checkbox"/> Giấy khai sinh hoặc đơn xin cấp giấy khai sinh cho con.</p> <p>Nhận con nuôi hoặc chăm sóc nuôi dưỡng tạm thời</p> <p><input type="checkbox"/> Thư nhận con nuôi hoặc hồ sơ ghi ngày nhận con nuôi, do viên chức tòa án ghi ngày tháng và ký.</p> <p><input type="checkbox"/> Lệnh tòa có ghi thời điểm lệnh đã bắt đầu. Lệnh phải có dấu ngày nộp cho tòa.</p> <p><input type="checkbox"/> Hồ sơ chính thức của chính phủ về việc nhận con nuôi trong nước hoặc nhận nuôi dưỡng hoặc chăm sóc nuôi dưỡng tạm thời có ghi ngày sinh và nơi sinh của trẻ.</p> <p><input type="checkbox"/> Tài liệu nhập cư của Bộ An Ninh Nội Địa Hoa Kỳ đối với trường hợp nhận con nuôi nước ngoài, bao gồm cả ngày nhận con nuôi.</p> <p><input type="checkbox"/> Lệnh tòa về hỗ trợ y tế. Lệnh phải có dấu ngày nộp cho tòa.</p> <p><input type="checkbox"/> Giấy tờ chăm sóc nuôi dưỡng tạm thời do viên chức tòa án ghi ngày tháng và ký.</p>
<p><input type="checkbox"/> 5e. Mất tư cách người phụ thuộc do ly hôn, hủy quan hệ bạn đời sống chung hoặc ly thân hợp pháp</p> <p>California, Maryland</p>	<p><input type="checkbox"/> Giấy quyết định ly hôn, thỏa thuận hủy cuộc hôn nhân hoặc thỏa thuận ly thân có dấu ngày nộp cho tòa.</p>
<p><input type="checkbox"/> 5f. Mất tư cách người phụ thuộc do ly hôn, hủy quan hệ bạn đời kết hợp dân sự hoặc ly thân hợp pháp</p> <p>Colorado†</p>	<p><input type="checkbox"/> Giấy quyết định ly hôn, thỏa thuận hủy cuộc hôn nhân hoặc thỏa thuận ly thân có dấu ngày nộp cho tòa.</p>
<p><input type="checkbox"/> 5g. Người ghi danh hoặc người phụ thuộc qua đời</p> <p>California, Maryland</p>	<p><input type="checkbox"/> Giấy chứng tử.</p>
<p>Colorado†</p>	<p><input type="checkbox"/> Giấy chứng tử hoặc cáo phó.</p>
<p><input type="checkbox"/> 6. Lệnh cấp dưỡng nuôi con hoặc lệnh khác của tòa án để bao trả cho người phụ thuộc</p> <p>California, Quận Columbia, Georgia, Hawaii, Maryland, Oregon, Virginia, Washington*</p>	<p><input type="checkbox"/> Lệnh tòa đã ký có đóng dấu ngày nộp cho tòa.</p>
<p>Colorado†</p>	<p><input type="checkbox"/> Lệnh tòa đã ký có đóng dấu ngày nộp cho tòa hoặc Thỏa Thuận Người Thụ Hưởng Được Chỉ Định có đề ngày tháng.</p>

*Tại Washington, hãy truy cập vào kp.org/specialenrollment để xem liệu Kaiser Permanente có đang thu thập giấy tờ chứng minh sự kiện cuộc sống hội đủ điều kiện trao đổi tại quận của quý vị hay không.

†Tại Colorado, Kaiser Permanente sẽ thu thập giấy tờ chứng minh sự kiện cuộc sống hội đủ điều kiện cho các chương trình sức khỏe được mua ở tổ chức trao đổi.

BƯỚC 3: Giấy tờ chứng minh về sự kiện cuộc sống hội đủ điều kiện của quý vị (tiếp theo)

Sự kiện cuộc sống hội đủ điều kiện	Loại giấy tờ chứng minh
<p><input type="checkbox"/> 7. Chuyển chỗ ở vĩnh viễn khi tham gia chương trình mới California, Quận Columbia, Georgia, Hawaii, Maryland, Oregon, Virginia, Washington*</p> <p>Chọn Chuyển chỗ ở vĩnh viễn khi tiếp cận chương trình mới, nếu một trong những điều sau áp dụng cho quý vị:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quý vị đã chuyển từ khu vực không phải thuộc Kaiser Permanente sang khu vực thuộc Kaiser Permanente. • Quý vị đã chuyển đến một tiểu bang mới. • Quý vị đã chuyển đến từ nước ngoài hoặc lãnh thổ Hoa Kỳ. • Quý vị chuyển đến từ một quận không cung cấp chương trình bảo hiểm sức khỏe hội đủ điều kiện. <p>Sự kiện này yêu cầu giấy tờ chứng minh giấy tờ chứng minh về chương trình bảo hiểm trước. Hãy truy cập vào kp.org/specialenrollment (bằng tiếng Anh) để biết thêm thông tin.</p>	<p>Cung cấp một trong những giấy tờ sau:</p> <p>Giấy tờ chứng minh về mức bảo hiểm thiết yếu tối thiểu cho tất cả người nộp đơn từ hãng bảo hiểm trước đây của quý vị trong ít nhất một ngày trọn vẹn trong 60 ngày qua (chỉ dành cho người nộp đơn di chuyển trong phạm vi Hoa Kỳ).</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Hóa đơn trả phí bảo hiểm đã thanh toán chứng minh bảo hiểm trong vòng 60 ngày qua. <input type="checkbox"/> Hồ sơ quyền lợi của chủ sử dụng lao động chứng minh bảo hiểm trong vòng 60 ngày qua. <p>Và, trong vòng 60 ngày kể từ ngày quý vị chuyển đi, hãy cung cấp bất kỳ tài liệu nào trong số này – một với địa chỉ cư trú trước đây của quý vị và một với địa chỉ cư trú mới của quý vị (không ghi số hòm thư):</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Hợp đồng thuê hoặc cho thuê. <input type="checkbox"/> Các tài liệu bảo hiểm, chẳng hạn như bảng kê khai hoặc chính sách bảo hiểm nhân thọ của chủ nhà hoặc người thuê nhà. <input type="checkbox"/> Chứng thư thế chấp, nếu tài liệu này cho biết chủ sở hữu sử dụng tài sản làm nơi ở chính. <input type="checkbox"/> Biên lai thanh toán tiền thế chấp hoặc tiền thuê. <input type="checkbox"/> Thư từ Cơ Quan Quản Lý Các Phương Tiện Cơ Giới, chẳng hạn như giấy phép lái xe hợp lệ, giấy đăng ký xe hoặc giấy báo thay đổi địa chỉ. <input type="checkbox"/> Thư từ cơ quan chính phủ gửi tới địa chỉ của quý vị, chẳng hạn như tuyên bố về An Sinh Xã Hội hoặc thông báo từ Chương Trình Hỗ Trợ Tạm Thời Cho Các Gia Đình Nghèo Khó hoặc Chương Trình Hỗ Trợ Dinh Dưỡng Bổ Sung. <input type="checkbox"/> Số ID tiểu bang hợp lệ của quý vị. <input type="checkbox"/> Internet, cáp hoặc hóa đơn tiện ích khác (bao gồm bất kỳ tiện ích công cộng nào như hóa đơn gas hoặc nước) hoặc bản xác nhận dịch vụ khác (bao gồm cả lệnh công tác hoặc sử dụng tiện ích). <input type="checkbox"/> Hóa đơn điện thoại có ghi địa chỉ của quý vị (hóa đơn điện thoại di động hoặc không dây đều được). <input type="checkbox"/> Thư từ một tổ chức tài chính, chẳng hạn như bản sao kê ngân hàng. <input type="checkbox"/> Thư xác nhận thay đổi địa chỉ của Bưu Điện Hoa Kỳ. <input type="checkbox"/> Cuống thanh toán có ghi địa chỉ của quý vị. <input type="checkbox"/> Phiếu đăng ký cử tri ghi tên và địa chỉ của quý vị. <input type="checkbox"/> Các tài liệu từ Sở Cải Huấn, nhà tù hoặc nhà giam cho thấy việc phóng thích hoặc tạm tha gần đây, bao gồm lệnh ân xá ghi ngày tháng, lệnh phóng thích ghi ngày tháng hoặc giấy chứng nhận địa chỉ. <input type="checkbox"/> Giấy tờ nhập tịch được ký và ghi ngày trong vòng 60 ngày qua hoặc thẻ xanh, Chứng chỉ giáo dục hoặc thị thực (nếu quý vị chuyển đến Hoa Kỳ từ một quốc gia khác).

*Tại Washington, hãy truy cập vào kp.org/specialenrollment để xem liệu Kaiser Permanente có đang thu thập giấy tờ chứng minh sự kiện cuộc sống hội đủ điều kiện trao đổi tại quận của quý vị hay không.

Tên người nộp đơn chính

BƯỚC 3: Giấy tờ chứng minh về sự kiện cuộc sống hội đủ điều kiện của quý vị (tiếp theo)

Sự kiện cuộc sống hội đủ điều kiện	Loại giấy tờ chứng minh
<p>Chuyển chỗ ở vĩnh viễn khi tham gia chương trình mới (tiếp theo) Colorado</p> <p>Chọn Chuyển chỗ ở vĩnh viễn khi tiếp cận chương trình mới, nếu một trong những điều sau áp dụng cho quý vị:</p> <ul style="list-style-type: none">• Quý vị đã chuyển từ khu vực không phải thuộc Kaiser Permanente sang khu vực thuộc Kaiser Permanente.• Quý vị đã chuyển đến một nơi cư trú mới trong khu vực dịch vụ Kaiser Permanente, nơi chương trình sức khỏe hiện tại không có sẵn hoặc quý vị có các tùy chọn chương trình sức khỏe bổ sung.• Quý vị đã chuyển đến một tiểu bang mới.• Quý vị đã chuyển đến từ nước ngoài hoặc lãnh thổ Hoa Kỳ.• Quý vị chuyển đến từ một quận không cung cấp chương trình bảo hiểm sức khỏe hội đủ điều kiện.	<p>Không cần cung cấp bằng chứng cùng với đơn xin của quý vị.</p>

Tên người nộp đơn chính

BƯỚC 3: Giấy tờ chứng minh về sự kiện cuộc sống hội đủ điều kiện của quý vị (tiếp theo)

Sự kiện cuộc sống hội đủ điều kiện	Loại giấy tờ chứng minh
<p><input type="checkbox"/> 8. Thay đổi bảo hiểm sức khỏe của chủ sử dụng lao động khiến quý vị đủ điều kiện nhận tín thuế phí bảo hiểm California, Georgia, Hawaii, Oregon, Colorado†, Quận Columbia, Maryland, Virginia, Washington*</p> <p>Quý vị phải nộp đơn thông qua tổ chức trao đổi quyền lợi sức khỏe của tiểu bang</p> <p>Quý vị hiện đã hội đủ điều kiện để nhận tín thuế phí bảo hiểm vì bảo hiểm của quý vị thông qua chủ sử dụng lao động đã thay đổi.</p>	<p><input type="checkbox"/> Thư từ chủ sử dụng lao động nêu rõ thay đổi về bảo hiểm y tế thiết yếu tối thiểu và có ghi ngày xác định.</p> <p><input type="checkbox"/> Thư hoặc tài liệu khác từ chủ sử dụng lao động của quý vị cho biết chủ sử dụng lao động đã thay đổi hoặc sẽ thay đổi bảo hiểm hoặc quyền lợi cho quý vị hoặc cho vợ/chồng hoặc thành viên gia đình phụ thuộc của quý vị, nên đó không còn được coi là bảo hiểm sức khỏe hội đủ điều kiện nữa và ngày mà bảo hiểm hoặc quyền lợi này đã thay đổi hoặc sẽ thay đổi.</p>
<p><input type="checkbox"/> 9. Bản xác định của tổ chức trao đổi quyền lợi sức khỏe của tiểu bang quý vị về các trường hợp ngoại lệ California, Colorado†, Quận Columbia, Georgia, Hawaii, Maryland, Oregon, Virginia, Washington*</p>	<p><input type="checkbox"/> Thư hoặc thông báo từ tổ chức trao đổi quyền lợi sức khỏe của tiểu bang quý vị cho biết quý vị hội đủ điều kiện cho thời hạn ghi danh đặc biệt và có ghi ngày xác định.</p>
<p><input type="checkbox"/> 10. Đủ điều kiện để mua chương trình bảo hiểm sức khỏe cá nhân qua thỏa thuận hoàn trả chi phí về sức khỏe của bảo hiểm cá nhân (ICHRA) hoặc thỏa thuận hoàn trả chi phí về sức khỏe của chủ sử dụng lao động nhỏ đủ điều kiện (QSEHRA) California, Colorado†, Quận Columbia, Georgia, Hawaii, Maryland, Oregon, Virginia, Washington*</p>	<p><input type="checkbox"/> Thư hoặc tài liệu khác cho biết quý vị hiện 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 (ICHRA) hoặc thỏa thuận hoàn trả chi phí về sức khỏe của chủ sử dụng lao động nhỏ đủ điều kiện (QSEHRA) bao gồm cả ngày cho biết khi quý vị lần đầu hội đủ điều kiện để mua ICHRA hoặc QSEHRA.</p>

*Tại Washington, hãy truy cập vào kp.org/specialenrollment để xem liệu Kaiser Permanente có đang thu thập giấy tờ chứng minh sự kiện cuộc sống hội đủ điều kiện trao đổi tại quận của quý vị hay không.

†Tại Colorado, Kaiser Permanente sẽ thu thập giấy tờ chứng minh sự kiện cuộc sống hội đủ điều kiện cho các chương trình sức khỏe được mua ở tổ chức trao đổi.

Tên người nộp đơn chính

BƯỚC 3: Giấy tờ chứng minh về sự kiện cuộc sống hội đủ điều kiện của quý vị (tiếp theo)

Sự kiện cuộc sống hội đủ điều kiện	Loại giấy tờ chứng minh
<input type="checkbox"/> 11. Xuất hiện tình trạng bạo lực gia đình hoặc có vợ/chồng bỏ đi trong một gia đình California, Colorado†, Quận Columbia, Georgia, Hawaii, Maryland, Oregon, Virginia, Washington*	<input type="checkbox"/> Giấy chứng nhận cho biết quý vị là nạn nhân của lạm dụng gia đình hoặc bị vợ/chồng bỏ đi.
<input type="checkbox"/> 12. Ngừng đóng góp của chủ hãng sở cho phí bảo hiểm COBRA California, Quận Columbia, Georgia, Hawaii, Maryland, Oregon, Virginia, Washington*	<input type="checkbox"/> Giấy tờ chứng minh của chủ sử dụng lao động quý vị hoặc quản trị viên COBRA cho thấy các khoản trợ cấp đã được cung cấp và ngày sẽ kết thúc.
Colorado	Không cần cung cấp bằng chứng cùng với đơn xin của quý vị.
<input type="checkbox"/> 13. Chủ hãng ngừng đóng góp hoặc chính phủ ngừng trợ cấp phí bảo hiểm COBRA Maryland	<input type="checkbox"/> Giấy tờ chứng minh từ chính phủ, chủ hãng của quý vị hoặc quản trị viên của COBRA cho thấy các khoản trợ cấp đã được cung cấp và ngày sẽ kết thúc trợ cấp.
<input type="checkbox"/> 14. Ra tù California, Colorado†	<input type="checkbox"/> Các tài liệu từ Sở Cải Huấn, nhà tù hoặc nhà giam cho thấy việc phóng thích hoặc tạm tha gần đây, bao gồm lệnh ân xá ghi ngày tháng, lệnh phóng thích ghi ngày tháng hoặc giấy chứng nhận địa chỉ.
<input type="checkbox"/> 15. Khai sai thông tin về ghi danh của quý vị ở bảo hiểm thiết yếu tối thiểu California	<input type="checkbox"/> Thông báo từ cơ quan trao đổi quyền lợi sức khỏe của tiểu bang quý vị hoặc Ban Quản Lý Bảo Hiểm Y Tế cho biết quý vị hội đủ điều kiện cho giai đoạn ghi danh đặc biệt và có ghi ngày xác định.
<input type="checkbox"/> 16. Mạng lưới nhà cung cấp thay đổi California	<input type="checkbox"/> Lưu ý rằng nhà cung cấp không còn tham gia vào chương trình quyền lợi sức khỏe và hiển thị ngày xác định.
<input type="checkbox"/> 17. Vi phạm hợp đồng California	<input type="checkbox"/> Xác nhận bằng văn bản, có ghi ngày tháng, từ Ban Quản Lý Bảo Hiểm Y Tế rằng chương trình bảo hiểm sức khỏe mà quý vị ghi danh đã vi phạm một điều khoản quan trọng trong hợp đồng của quý vị.
Colorado	Không cần cung cấp bằng chứng cùng với đơn xin của quý vị.

*Tại Washington, hãy truy cập vào kp.org/specialenrollment để xem liệu Kaiser Permanente có đang thu thập giấy tờ chứng minh sự kiện cuộc sống hội đủ điều kiện trao đổi tại quận của quý vị hay không.

†Tại Colorado, Kaiser Permanente sẽ thu thập giấy tờ chứng minh sự kiện cuộc sống hội đủ điều kiện cho các chương trình sức khỏe được mua ở tổ chức trao đổi.

Tên người nộp đơn chính

BƯỚC 3: Giấy tờ chứng minh về sự kiện cuộc sống hội đủ điều kiện của quý vị (tiếp theo)

Sự kiện cuộc sống hội đủ điều kiện	Loại giấy tờ chứng minh
<input type="checkbox"/> 18. Chứng minh được rằng một chương trình đủ tiêu chuẩn đã vi phạm một điều khoản quan trọng trong hợp đồng của chương trình liên quan đến người ghi danh Maryland	<input type="checkbox"/> Văn bản xác nhận có ghi ngày tháng từ Bộ Phận Quản Lý Bảo Hiểm của Maryland, cho biết chương trình bảo hiểm sức khỏe mà quý vị ghi danh tham gia đã vi phạm một điều khoản quan trọng trong hợp đồng của quý vị.
<input type="checkbox"/> 19. Đủ điều kiện nhận tiền trợ cấp chăm sóc sức khỏe của công ty giao hàng và vận chuyển dựa trên ứng dụng California	<input type="checkbox"/> Bản sao hoặc ảnh chụp màn hình lái xe 15 phút của quý vị.
<input type="checkbox"/> 20. Bản xác định của Ban Ủy Viên Bảo Hiểm về các trường hợp ngoại lệ Colorado†	<input type="checkbox"/> Thư hoặc thông báo từ Ban Ủy Viên Bảo Hiểm cho biết quý vị hội đủ điều kiện cho giai đoạn ghi danh đặc biệt và có ghi ngày xác định.
<input type="checkbox"/> 21. Mất Bảo Hiểm Y Tế Ngắn Hạn Colorado	Không cần cung cấp bằng chứng cùng với đơn xin của quý vị.
<input type="checkbox"/> 22. Xác nhận ban đầu của người hành nghề y về việc mang thai Quận Columbia, Maryland	<input type="checkbox"/> Tài liệu từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe xác nhận quý vị mang thai lần đầu. Thời hạn để quý vị ghi danh tham gia là 90 ngày kể từ thời điểm quý vị được xác nhận mang thai.
Colorado†, Đặc Khu Columbia	<input type="checkbox"/> Tài liệu từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe xác nhận quý vị mang thai lần đầu.
<input type="checkbox"/> 23. Thay đổi về bảo hiểm sức khỏe của chủ sử dụng lao động khiến quý vị không đủ điều kiện nhận tín thuế bảo phí hoặc thay đổi về việc đủ điều kiện giảm mức chi phí cùng chi trả Maryland	<input type="checkbox"/> Thư từ chủ sử dụng lao động nêu rõ thay đổi về bảo hiểm y tế thiết yếu tối thiểu và có ghi ngày xác định. <input type="checkbox"/> Thư hoặc tài liệu khác từ chủ sử dụng lao động của quý vị cho biết chủ sử dụng lao động đã thay đổi hoặc sẽ thay đổi bảo hiểm hoặc quyền lợi cho quý vị hoặc cho vợ/chồng hoặc thành viên gia đình phụ thuộc của quý vị, nên đó không còn được coi là bảo hiểm sức khỏe hội đủ điều kiện nữa và ngày mà bảo hiểm hoặc quyền lợi này đã thay đổi hoặc sẽ thay đổi.

†Tại Colorado, Kaiser Permanente sẽ thu thập giấy tờ chứng minh sự kiện cuộc sống hội đủ điều kiện cho các chương trình sức khỏe được mua ở tổ chức trao đổi.

Tên người nộp đơn chính

BƯỚC 3: Giấy tờ chứng minh về sự kiện cuộc sống hội đủ điều kiện của quý vị (tiếp theo)

Sự kiện cuộc sống hội đủ điều kiện	Loại giấy tờ chứng minh
<input type="checkbox"/> 24. Ghi danh dễ dàng trong mùa thuế Maryland Quý vị phải nộp đơn thông qua tổ chức trao đổi quyền lợi sức khỏe của tiểu bang	Thông tin tài chính của quý vị cần được Giám đốc tài chính phê duyệt và quý vị không cần gửi thêm giấy tờ chứng minh.
<input type="checkbox"/> 25. Ghi danh dễ dàng đối với Đương Đơn Bảo Hiểm Thất Nghiệp Maryland Quý vị phải nộp đơn thông qua tổ chức trao đổi quyền lợi sức khỏe của tiểu bang	Nếu quý vị nhận được thư từ Maryland Health Connection cho biết quý vị đủ điều kiện một cách sơ bộ để nhận được bảo hiểm chăm sóc sức khỏe. Thông tin tài chính của quý vị đã được Maryland Health Connection phê duyệt và quý vị không cần gửi thêm giấy tờ chứng minh.
<input type="checkbox"/> 26. Thay đổi tình trạng nhập cư California, Colorado†, Quận Columbia, Georgia, Hawaii, Maryland, Oregon, Virginia, Washington* Quý vị phải nộp đơn thông qua tổ chức trao đổi quyền lợi sức khỏe của tiểu bang	<input type="checkbox"/> Giấy tờ chính thức về việc thay đổi quốc tịch hoặc tình trạng di trú.
<input type="checkbox"/> 27. Bảo hiểm dành cho Người Mỹ Bản Địa/Người Alaska Bản Địa California, Quận Columbia, Georgia, Hawaii, Maryland, Oregon, Virginia, Washington* Quý vị phải nộp đơn thông qua tổ chức trao đổi quyền lợi sức khỏe của tiểu bang	<input type="checkbox"/> Tài liệu chính thức cho biết tình trạng của quý vị.
Colorado	Không cần cung cấp bằng chứng cùng với đơn xin của quý vị.

*Tại Washington, hãy truy cập vào kp.org/specialenrollment để xem liệu Kaiser Permanente có đang thu thập giấy tờ chứng minh sự kiện cuộc sống hội đủ điều kiện trao đổi tại quận của quý vị hay không.

†Tại Colorado, Kaiser Permanente sẽ thu thập giấy tờ chứng minh sự kiện cuộc sống hội đủ điều kiện cho các chương trình sức khỏe được mua ở tổ chức trao đổi.

Tên người nộp đơn chính

BƯỚC 3: Giấy tờ chứng minh về sự kiện cuộc sống hội đủ điều kiện của quý vị (tiếp theo)

Sự kiện cuộc sống hội đủ điều kiện	Loại giấy tờ chứng minh
<input type="checkbox"/> 28. Thay đổi về thu nhập sẽ làm thay đổi tình trạng hội đủ điều kiện của quý vị để nhận được trợ cấp tài chính liên bang California, Colorado†, Quận Columbia, Georgia, Hawaii, Maryland, Oregon, Virginia, Washington* Quý vị phải nộp đơn thông qua tổ chức trao đổi quyền lợi sức khỏe của tiểu bang.	Cung cấp một trong những giấy tờ sau: Giấy tờ chứng minh về mức bảo hiểm thiết yếu tối thiểu cho tất cả những người nộp đơn từ hãng bảo hiểm trước của quý vị trong ít nhất một ngày trọn vẹn trong 60 ngày qua. <input type="checkbox"/> Hóa đơn trả phí bảo hiểm đã thanh toán chứng minh bảo hiểm trong vòng 60 ngày qua. <input type="checkbox"/> Hồ sơ quyền lợi của chủ sử dụng lao động chứng minh bảo hiểm trong vòng 60 ngày qua. Và cung cấp: <input type="checkbox"/> Bản xác định tình trạng hội đủ điều kiện gần đây nhất từ tổ chức trao đổi quyền lợi sức khỏe của tiểu bang quý vị có ghi ngày xác định.
<input type="checkbox"/> 29. Ghi danh thời gian khai thuế Colorado	Thông tin tài chính của quý vị đã được xác thực qua quá trình khai báo thuế và Connect for Health Colorado và quý vị không cần gửi thêm giấy tờ chứng minh.
<input type="checkbox"/> 30. Trả tiền phạt vì không có bảo hiểm sức khỏe California Quý vị phải nộp đơn thông qua tổ chức trao đổi quyền lợi sức khỏe của tiểu bang	Nếu quý vị thanh toán Tiền Phạt Trách Nhiệm Chia Sẻ Cá Nhân cho Franchise Tax Board của California trong vòng 60 ngày, quý vị không cần giấy tờ chứng minh.
<input type="checkbox"/> 31. Có khả năng hội đủ điều kiện tham gia Medicaid hoặc Children's Health Insurance Program (CHIP) và được xác định là không hội đủ điều kiện sau khi kết thúc giai đoạn ghi danh mở hoặc hơn 60 ngày sau sự kiện đủ tiêu chuẩn Maryland	<input type="checkbox"/> Thư hoặc thông báo từ Medicaid hoặc Children's Health Insurance Program (CHIP), có ghi ngày tháng, cho biết rằng quý vị không hội đủ điều kiện để được bảo hiểm.

*Tại Washington, hãy truy cập vào kp.org/specialenrollment để xem liệu Kaiser Permanente có đang thu thập giấy tờ chứng minh sự kiện cuộc sống hội đủ điều kiện trao đổi tại quận của quý vị hay không.

†Tại Colorado, Kaiser Permanente sẽ thu thập giấy tờ chứng minh sự kiện cuộc sống hội đủ điều kiện cho các chương trình sức khỏe được mua ở tổ chức trao đổi.

Nộp giấy tờ chứng minh của quý vị

Quý vị đang nộp đơn bằng cách nào?

- **Nếu quý vị nộp đơn trực tuyến:** Hãy đăng nhập tại kp.org/apply (bằng tiếng Anh) và tải giấy tờ chứng minh của quý vị lên. Quý vị không cần tải mẫu đơn này lên.
- **Nếu quý vị nộp đơn bằng cách gửi thư qua bưu điện hoặc fax:** Sử dụng thông tin trên trang này để gửi giấy tờ chứng minh của quý vị và mẫu đơn này đến địa chỉ hoặc số fax cho khu vực của quý vị.
- **Nếu quý vị đăng ký thông qua sàn giao dịch quyền lợi bảo hiểm sức khỏe:** Sàn giao dịch quyền lợi bảo hiểm sức khỏe có thể yêu cầu quý vị gửi giấy tờ chứng minh.

Gửi đơn hoặc Mẫu Đơn Yêu Cầu Thay Đổi Tài Khoản và giấy tờ chứng minh cùng với mẫu đơn này:

Qua đường bưu điện

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

Qua fax

1-855-355-5334

Để tải Mẫu Đơn Yêu Cầu Thay Đổi Tài Khoản xuống, hãy truy cập vào kp.org/specialenrollment (bằng tiếng Anh).

Bằng cách nộp đơn có chữ ký hoặc Mẫu Đơn Yêu Cầu Thay Đổi Tài Khoản và giấy tờ chứng minh về sự kiện cuộc sống hội đủ điều kiện của quý vị, quý vị đang cho biết rằng sự kiện cuộc sống hội đủ điều kiện đã xảy ra. Điều quan trọng là chúng tôi nhận giấy tờ chứng minh về sự kiện cuộc sống hội đủ điều kiện của quý vị. Chúng tôi sẽ dựa vào chữ ký và giấy tờ chứng minh của quý vị để quyết định xem quý vị có thể ghi danh trong giai đoạn ghi danh đặc biệt hay không. Nếu chúng tôi xác định rằng sự kiện cuộc sống hội đủ điều kiện đã không xảy ra hoặc chúng tôi phát hiện ra bất kỳ sự không chính xác nào khác trong thông tin có trong đơn, Mẫu Đơn Yêu Cầu Thay Đổi Tài Khoản hoặc bất kỳ thông tin nào khác mà quý vị nộp, thì chúng tôi có thể khởi kiện. Việc khởi kiện có thể bao gồm nhưng không giới hạn ở việc hủy bỏ bảo hiểm của quý vị hồi tố từ ngày bắt đầu. Quý vị cũng có thể chịu trách nhiệm chi trả cho toàn bộ chi phí của bất kỳ dịch vụ nào quý vị đã nhận.

Tại California, các chương trình của KFHP được cung cấp và tài trợ bởi Kaiser Foundation Health Plan, Inc., One Kaiser Plaza, Oakland, CA 94612 • Tại Colorado, tất cả các chương trình được cung cấp và tài trợ bởi Kaiser Foundation Health Plan of Colorado, 10350 E. Dakota Ave., Denver, CO 80247 • Tại Georgia, tất cả các chương trình được cung cấp và tài trợ bởi Kaiser Foundation Health Plan of Georgia, Inc., Nine Piedmont Center, 3495 Piedmont Rd. NE, Atlanta, GA 30305 • Tại Hawaii, tất cả các chương trình được cung cấp và tài trợ bởi Kaiser Foundation Health Plan, Inc., 711 Kapiolani Blvd., Honolulu, HI 96813 • Tại Oregon và phía nam Washington (các quận Clark và Cowlitz), tất cả các chương trình được cung cấp và tài trợ bởi Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest, 500 NE Multnomah St., Suite 100, Portland, OR 97232 • Tại Washington (ngoại trừ Clark, Cowlitz và một số quận khác), tất cả các chương trình được cung cấp và tài trợ bởi Kaiser Foundation Health Plan of Washington, 1300 SW 27th Street, Renton, WA 98057 • Tại Maryland, Virginia và Quận Columbia, tất cả các chương trình được cung cấp và tài trợ bởi Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc., 2101 E. Jefferson St., Rockville, MD 20852.

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, 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 dễ 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 phản nàn với Kaiser Permanente

Quý vị có thể đệ trình phản 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 phản nàn.

Quý vị có thể đệ trình phản 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>