





# Đơn đăng ký bảo hiểm sức khỏe

## Individual and Family Plans

 <p><b>Ai có thể sử dụng đơn đăng ký này?</b></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"> <li>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.</li> <li>Để đủ điều kiện đăng ký bảo hiểm KPIF, quý vị phải sống trong khu vực dịch vụ của chúng tôi ở California.</li> </ul>
 <p><b>Ai không nên sử dụng đơn đăng ký này?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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 <a href="http://kp.org/medicare">kp.org/medicare</a> (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.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>Để thay đổi tài khoản KPIF hiện có, hãy gọi <b>1-800-464-4000 (TTY 711)</b></li> </ul>
 <p><b>Những điều cần nhớ</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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 <a href="http://buykp.org/apply">buykp.org/apply</a> (bằng tiếng Anh).</li> <li>Nếu quý vị đang nộp đơn đăng ký trong giai đoạn ghi danh mở đặc biệt, hãy truy cập <a href="http://kp.org/specialenrollment">kp.org/specialenrollment</a> (bằng tiếng Anh) hoặc gọi <b>1-800-494-5314 (TTY 711)</b> để được hướng dẫn.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> <li><b>Để đảm bảo đơn đăng ký của quý vị được xử lý kịp thời và không bị hủy</b>, vui lòng gửi lại mọi trang của đơn đăng ký đã được hoàn tất, trong đó có tất cả các chữ ký theo như 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: <b>1-855-355-5334</b>  Lưu ý: Phải gửi chi phiếu qua đường bưu điện, không được gửi qua fax.</li> </ul>
 <p><b>Quý vị cần trợ giúp?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Để được trợ giúp hoàn tất đơn đăng ký này, vui lòng gọi <b>1-800-494-5314 (TTY 711)</b> (TTY 711).</li> <li><b>Chúng tôi sẽ cung cấp dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cho quý vị.</b></li> <li>Nếu quý vị đang làm việc với một người môi giới, vui lòng gọi cho họ để được hỗ trợ.</li> </ul>

## BƯỚC 1: Chọn giai đoạn ghi danh

Chọn một tùy chọn:  Giai đoạn ghi danh mở (**chuyên 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](http://kp.org/specialenrollment) (bằng tiếng Anh) hoặc gọi số **1-800-494-5314 (TTY 711)** để biết thêm về các sự kiện cuộc sống hội đủ điều kiện hay nếu quý vị không nhìn thấy sự kiện cuộc sống hội đủ điều kiện của quý vị bên dưới.

- Mất bảo hiểm sức khỏe thiết yếu tối thiểu (viết ngày đầy đủ cuối cùng mà quý vị có bảo hiểm)\*
- Được hoặc trở thành người phụ thuộc thông qua kết hôn hoặc sống chung với bạn đời
- 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:
  - Ngày sinh con, nhận nuôi hoặc cho con nuôi hoặc chăm sóc nuôi dưỡng tạm thời
  - Ngày đầu tiên của tháng sau khi chúng tôi nhận được đơn đăng ký này
- Mất tư cách người phụ thuộc do ly hôn, tan rã mối quan hệ bạn đời sống chung hoặc ly thân hợp pháp
- Người ghi danh hoặc người phụ thuộc qua đời
- 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:
  - Ngày có lệnh cấp dưỡng nuôi con hoặc lệnh khác của tòa án để chi trả cho người phụ thuộc
  - Ngày đầu tiên của tháng sau ngày có lệnh của tòa án
- Chuyển chỗ ở vĩnh viễn với việc tham gia chương trình mới
- Quyết định của Covered California về những trường hợp ngoại lệ
- 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)
- Xây ra tình trạng bạo lực gia đình hoặc vợ/chồng bỏ nhà đi
- Chủ hãng ngừng đóng góp hoặc chính phủ ngừng trợ cấp phí bảo hiểm hay Đạo luật Điều phối Ngân sách Tổng hợp Omnibus (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA)
- Ra tù
- Thông tin sai về việc ghi danh trong bảo hiểm thiết yếu tối thiểu
- Mạng lưới nhà cung cấp thay đổi
- Chứng minh được rằng một chương trình hội đủ điều kiện đã vi phạm một điều khoản quan trọng trong hợp đồng của chương trình liên quan đến người ghi danh
- 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 PCP	<input type="checkbox"/> Kaiser Permanente – Gold 80 HMO	
<input type="checkbox"/> Kaiser Permanente – Bronze 60 HMO 7500/0% PCP	<input type="checkbox"/> Kaiser Permanente – Silver 70 HMO 3600/25% PCP	<input type="checkbox"/> Kaiser Permanente – Gold 80 HMO 0/30 PCP	

### 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](http://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. Để 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](http://kp.org/plandocuments) (bằng tiếng Anh), gọi **1-800-464-4000 (TTY 711)**, 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](http://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.
-







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.**

<input checked="" type="checkbox"/> <input type="text"/>	Ngày (tt/nn/nnnn)
Người nộp đơn chính (cha mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp của trẻ dưới 18 tuổi)	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

## 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 môi 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 môi giới hoặc người đại diện của Kaiser Permanente có thể nhận được các khoản thanh toán tài chính và/hoặc phí 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.

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

## **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 Kiện 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*.

<b>X</b>	<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)	
<b>X</b>	<input type="text"/>	Ngày (tt/nn/nnnn) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
	Vợ/chồng/bạn đời sống chung	
<b>X</b>	<input type="text"/>	Ngày (tt/nn/nnnn) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
	Cha mẹ/cha mẹ kế	
<b>X</b>	<input type="text"/>	Ngày (tt/nn/nnnn) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
	Cha mẹ/cha mẹ kế	
<b>X</b>	<input type="text"/>	Ngày (tt/nn/nnnn) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
	Người phụ thuộc (18 tuổi trở lên)	
<b>X</b>	<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](http://kp.org/payonline) (bằng tiếng Anh) hoặc gọi cho Trung Tâm Liên Lạc Dịch Vụ Hội Viên theo số 1-888-236-4490 (TTY 711).

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

Chữ ký của chủ tài khoản

Ngày (tt/nn/nnnn)

**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

Chữ ký của chủ thẻ

Ngày (tt/nn/nnnn)

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](http://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 (the broker/Kaiser Permanente representative) have not made any representations to the applicant about any provisions, benefits, conditions, or limitations of the Combined Membership Agreement, Evidence of Coverage, and Disclosure Form except through written materials furnished by KPIF. The applicant has been informed that the effective date of coverage is assigned by KPIF. I certify that the information supplied to me by the applicant has been truly and accurately recorded.

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**

4601 Wilshire Blvd., Suite 160  
Los Angeles, CA 90010  
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](http://kp.org/facilities) để biết địa chỉ)
- **Trực tuyến:** Sử dụng mẫu đơn trực tuyến trên trang mạng của chúng tôi tại [kp.org](http://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](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx)

- **Trực tuyến:** Gửi email đến [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto: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>.

Trang này được cố ý để trống.

