

Mẫu Đơn Thay Đổi Tài Khoản

Hướng Dẫn

- Quý vị có thể sử dụng mẫu đơn này để thay đổi chương trình hoặc thay đổi tài khoản đối với tài khoản Kaiser Permanent for Individuals and Families (KPIF) hiện có. Chỉ người đăng ký hoặc cha mẹ/người giám hộ hợp pháp của tài khoản chỉ dành cho trẻ em mới có thể điền vào mẫu đơn này.
- Có những loại thay đổi chương trình và thay đổi tài khoản khác nhau mà quý vị có thể thực hiện với mẫu đơn này. Vui lòng điền thông tin cá nhân của quý vị vào Mục A. Sau đó, chọn nội dung quý vị muốn thay đổi ở Mục B và tiếp tục điền vào bất kỳ mục nào khác liên quan đến những thay đổi đó.
- Nếu quý vị là người đăng ký kết thúc bảo hiểm, bảo hiểm của người phụ thuộc của quý vị sẽ tự động kết thúc, và họ có giai đoạn ghi danh đặc biệt để ghi danh vào bảo hiểm mới. Quý vị có thể chọn cho con quý vị dưới 21 tuổi tiếp tục dùng tài khoản dành riêng cho trẻ em.
- Nếu quý vị đang thêm người phụ thuộc vào chương trình của mình, bất kỳ bảo hiểm nào khác mà họ được hưởng sẽ không tự động bị hủy trừ khi được nêu trong mẫu đơn này. Để tránh phải trả cho 2 chương trình hoặc giai đoạn không bảo hiểm, hãy hủy mọi chương trình bảo hiểm khác của người phụ thuộc kể từ ngày trước khi bảo hiểm mới của người đó bắt đầu.
- Lưu ý: Nếu quý vị được hưởng Medicare Phần A hoặc được ghi danh vào Medicare Phần B, quý vị không đủ điều kiện để thay đổi các chương trình KPIF. Nếu thành viên gia đình được hưởng Medicare Phần A hoặc được ghi danh vào Medicare Phần B, thành viên đó không đủ điều kiện để thay đổi các chương trình KPIF hoặc được thêm vào làm người phụ thuộc mới ở chương trình KPIF của quý vị.
- 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 9 để tìm thông tin về chương trình HICAP tại địa phương của quý vị.

A. Điền thông tin của quý vị

Nếu quý vị muốn thay đổi, vui lòng cập nhật thông tin mới của mình vào các ô bên dưới.

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

[illegible]

Số hồ sơ y tế (nếu có) Giới tính: Số An Sinh Xã Hội (nếu có)

 ☐ Nam ☐ Nữ ☐ Không khai - -

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

Thành phố

Tiểu bang Mã ZIP Quận Điện thoại (điện thoại di động nếu có)

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

Thành phố

Tiểu bang Mã ZIP

Địa chỉ email

B. Quý vị muốn thay đổi (các) nội dung nào?

Vui lòng đánh dấu vào các ô bên dưới cho những nội dung quý vị muốn thay đổi và liệt kê từng thành viên gia đình bị ảnh hưởng. Chúng tôi sẽ không thực hiện bất kỳ thay đổi nào đối với những thành viên gia đình quý vị không liệt kê.

Quý vị có thể thay đổi các mục sau trong giai đoạn ghi danh mở hoặc giai đoạn ghi danh đặc biệt. Để thực hiện thay đổi khác với thay đổi được liệt kê bên dưới, quý vị có thể gọi cho Dịch Vụ Hội Viên theo số 1-800-464-4000 (TTY 711)

- ☐ Tôi muốn thay đổi các chương trình.
 - ☐ Tôi muốn thêm bảo hiểm y tế cho một thành viên gia đình.
 - ☐ Tôi muốn thay đổi tài khoản chỉ dành cho trẻ em thành tài khoản dành cho gia đình khi bản thân tôi là người đăng ký.
 - ☐ Tôi muốn thêm bảo hiểm nha khoa tùy chọn cho người lớn (dành cho mọi thành viên từ 19 tuổi trở lên trong chương trình của tôi).
 - ☐ Tôi muốn kết thúc bảo hiểm nha khoa tùy chọn cho người lớn (dành cho mọi thành viên từ 19 tuổi trở lên trong chương trình của tôi).

(Có áp dụng hạn chế đối với giai đoạn ghi danh đặc biệt. Truy cập kp.org/specialenrollment [bằng tiếng Anh] để biết thêm thông tin.)

Kết Hợp Các Tài Khoản

Các tài khoản có thể được kết hợp trong giai đoạn ghi danh mở hoặc ghi danh đặc biệt.

- ☐ Tôi muốn thêm (một) thành viên gia đình đã tham gia chương trình Kaiser Permanente vào tài khoản của mình. Việc này sẽ khiến chương trình hiện tại của họ kết thúc. (Vui lòng cho biết thành viên gia đình nào sẽ chuyển sang tài khoản của quý vị trong Mục C.)

Kết Thúc Tài Khoản

Tên

[illegible]

Chữ cái đầu tên lót

--	--

Họ

[illegible]

Số hồ sơ y tế của người đăng ký để kết thúc tài khoản

[illegible]

X

--

Ngày (tt/nn/nnnn)

		/			/				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

Người đăng ký hoặc cha mẹ/người giám hộ hợp pháp để kết thúc tài khoản

Quý vị có thể thay đổi các nội dung sau bất kỳ lúc nào trong năm. (Lưu ý: Đối với những thay đổi này, quý vị có thể bỏ qua Mục D và E.)

- ☐ Tôi muốn kết thúc toàn bộ bảo hiểm của bản thân và mọi thành viên gia đình.

☐ Tôi muốn kết thúc toàn bộ bảo hiểm của một thành viên gia đình.

☐ Tôi muốn kết thúc bảo hiểm của mình và muốn (các) con tôi dưới 21 tuổi tiếp tục dùng tài khoản chỉ dành cho trẻ em.

☐ Tôi muốn kết thúc bảo hiểm của tôi và của vợ/chồng/bạn đời sống chung và muốn (các) con tôi dưới 21 tuổi tiếp tục dùng tài khoản chỉ dành cho trẻ em.

☐ Tôi muốn thay đổi các nội dung ở Mục A. (Nếu quý vị định thay đổi tên, vui lòng cung cấp giấy tờ hợp pháp về sự thay đổi đó.)

Ngày có hiệu lực được yêu cầu (không được đảm bảo)

(tt/nn/nnnn)

C. Những thành viên gia đình nào bị ảnh hưởng bởi thay đổi này? (Vui lòng liệt kê bên dưới.)

Vợ/chồng/Bạn đời sống chung

☐ Thay đổi tên

☐ Thêm bảo hiểm nha khoa tùy chọn cho người lớn

☐ Thêm bảo hiểm y tế

☐ Kết thúc bảo hiểm nha khoa tùy chọn cho người lớn

☐ Kết thúc bảo hiểm y tế

Tên

Chữ cái đầu tên lót

Chọn một:

☐ Vợ/chồng

☐ Bạn đời sống chung

Họ

Ngày sinh (tt/nn/nnnn)

Số hồ sơ y tế (nếu có)

Giới tính

☐ Nam

☐ Nữ

☐ Không khai

Số An Sinh Xã Hội (nếu có)

Nếu quý vị có nhiều hơn 2 cha mẹ/cha mẹ kế có sự thay đổi, hãy đính kèm một bản sao của trang này và điền đầy đủ thông tin cho cha mẹ/cha mẹ kế đó.

Cha mẹ/Cha mẹ kế 1

☐ Thay đổi tên

☐ Thêm bảo hiểm nha khoa tùy chọn cho người lớn

☐ Thêm bảo hiểm y tế

☐ Kết thúc bảo hiểm nha khoa tùy chọn cho người lớn

☐ Kết thúc bảo hiểm y tế

Tên

Chữ cái đầu tên lót

Ngày sinh (tt/nn/nnnn)

Họ

Số hồ sơ y tế (nếu có)

Giới tính

☐ Nam

☐ Nữ

☐ Không khai

Số An Sinh Xã Hội (nếu có)

Cha mẹ/Cha mẹ kế 2

☐ Thay đổi tên

☐ Thêm bảo hiểm nha khoa tùy chọn cho người lớn

☐ Thêm bảo hiểm y tế

☐ Kết thúc bảo hiểm nha khoa tùy chọn cho người lớn

☐ Kết thúc bảo hiểm y tế

Tên

Chữ cái đầu tên lót

Ngày sinh (tt/nn/nnnn)

Họ

Số hồ sơ y tế (nếu có)

Giới tính

☐ Nam

☐ Nữ

☐ Không khai

Số An Sinh Xã Hội (nếu có)

C. Những thành viên gia đình nào bị ảnh hưởng bởi thay đổi này? (Vui lòng liệt kê bên dưới.)

Nếu quý vị có nhiều hơn 3 người phụ thuộc có thay đổi, hãy đính kèm một bản sao của trang này và điền đầy đủ thông tin cho những người phụ thuộc đó.

[illegible]

D. Chọn giai đoạn ghi danh của quý vị

Chọn một tùy chọn: ☐ Giai đoạn ghi danh mở (**chuyển tới Mục E**) ☐ 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 tùy chọn của mình vì ngày hiệu lực thay đổi theo sự kiện. **Quý vị cũng cần có giấy tờ chứng minh hội đủ điều kiện trong vòng 10 ngày.** Truy cập 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)* | ☐ Chuyển chỗ ở vĩnh viễn với việc tham gia chương trình mới |
| ☐ Được hoặc trở thành người phụ thuộc thông qua kết hôn hoặc sống chung với bạn đời | ☐ Quyết định của Covered California về những trường hợp ngoại lệ |
| ☐ 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 cần chọn giữa 2 tùy 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 mẫu đơn này | ☐ Hội 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 (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) |
| ☐ Mất tư cách người phụ thuộc do ly hôn, tan rã quan hệ bạn đời sống chung hoặc ly thân hợp pháp | ☐ Xuất hiện tình trạng bạo lực gia đình hoặc vợ/chồng bỏ nhà đi |
| ☐ Người đăng ký hoặc người phụ thuộc qua đời | ☐ 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) |
| ☐ Lệnh cấp dưỡng con cái hoặc lệnh khác của tòa án để chi trả cho người phụ thuộc
Lưu ý: Trong trường hợp này, quý vị cũng cần chọn giữa 2 tùy 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 | ☐ Ra tù |
| | ☐ Thông tin sai về việc ghi danh của quý vị 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.

E. Chọn chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị

Nếu quý vị đã nêu rõ là mình muốn thay đổi các chương trình hoặc thêm bảo hiểm cho thành viên gia đình, vui lòng chọn chương trình quý vị muốn ở đây. Từng thành viên gia đình quý vị đã nêu ra ở Mục C sẽ được chuyển tới chương trình quý vị chọn. Nếu quý vị muốn ghi danh cho các thành viên gia đình vào các chương trình khác nhau, vui lòng nộp mẫu đơn riêng cho từng chương trình.

- | | |
|--|--|
| ☐ Kaiser Permanente – Bronze 60 HDHP HMO | ☐ Kaiser Permanente – Gold 80 HMO Coinsurance |
| ☐ Kaiser Permanente – Bronze 60 HMO | ☐ Kaiser Permanente – Gold 80 HMO |
| ☐ Kaiser Permanente – Bronze 60 HMO 7500/0% PCP | ☐ Kaiser Permanente – Gold 80 HMO 0/30 PCP |
| ☐ Kaiser Permanente – Silver 70 HMO Off Exchange | ☐ Kaiser Permanente – Platinum 90 HMO |
| ☐ Kaiser Permanente – Silver 70 HMO 2850/50 PCP | ☐ Kaiser Permanente – Minimum Coverage HMO* |
| ☐ Kaiser Permanente – Silver 70 HDHP HMO 3600/25% PCP | |

*Đối với người làm 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 làm 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](https://www.coveredca.com/exemptions) và làm theo các hướng dẫn.

Người nộp đơn chính mà mua chương trình này hiện có đang sử dụng thỏa thuận hoàn tiền y tế (health reimbursement arrangement, HRA) không? ☐ Có

Nếu Có, loại nào: ☐ ICHRA ☐ QSEHRA

Theo thỏa thuận hoàn tiền y tế bảo hiểm cá nhân (individual coverage health reimbursement arrangement, ICHRA) hay thỏa thuận hoàn tiền y tế của chủ hãng nhỏ hội đủ điều kiện (qualified small employer health reimbursement arrangement, QSEHRA), chủ hãng của quý vị sẽ thiết lập và cấp quỹ cho một tài khoản để giúp quý vị trả phí bảo hiểm chương trình cá nhân hàng tháng và chi phí tự trả như một lựa chọn hay thể cho bảo hiểm y tế nhóm truyền thống.

Việc sử dụng HRA của chủ hãng để giúp trả phí bảo hiểm và chi phí tự trả không thay đổi tính hội đủ điều kiện của quý vị với chương trình Kaiser Permanente Individual and Family Plan.

F. 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 các 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.

Quý vị có thể ghi danh tham gia hoặc kết thúc bảo hiểm nha khoa dành cho người lớn trong chương trình bảo hiểm nha khoa tùy chọn trong giai đoạn ghi danh mở, gia hạn hội viên hàng năm hoặc giai đoạn ghi danh đặc biệt. 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 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](https://www.kpic.org/kpic-dental) (bằng tiếng Anh).

- | |
|--|
| ☐ Thêm bảo hiểm nha khoa tùy chọn cho người lớn. [†] |
| ☐ Kết thúc bảo hiểm nha khoa tùy chọn cho người lớn. [†] |

[†]Một khi đã ghi danh, tôi hiểu rằng tôi không thể hủy bảo hiểm nha khoa của tôi mà không hủy bảo hiểm chương trình bảo hiểm sức khỏe của tôi, ngoại trừ trong giai đoạn ghi danh mở hoặc ghi danh đặc biệt.

G. Ký tên vào đơn

- Tôi hiểu rằng Kaiser Foundation Health Plan, Inc. sẽ dựa vào thông tin tôi cung cấp trong mẫu đơn này và nếu phát hiện có bất kỳ thông tin nào là gian dối hoặc cố tình khai sai, Kaiser Foundation Health Plan, Inc. có thể chọn chấm dứt bảo hiểm của tôi, trở ngược lại từ ngày bảo hiểm có hiệu lực.
- Tôi xác nhận rằng không người nào được liệt kê trong mẫu đơn này mà đang thay đổi chương trình hoặc được thêm vào làm người phụ thuộc sẽ được hưởng Medicare Phần A hoặc được ghi danh vào Medicare Phần B.
- Nếu làm việc với người môi giới, tôi hiểu rằng họ có thể nhận được tiền hoặc các khoản thù lao khác từ Kaiser Permanente liên quan đến bảo hiểm này. Phạm vi thù lao theo tiêu chuẩn của chúng tôi là \$9 - \$11 mỗi hội viên mỗi tháng cộng với khoản tiền thưởng có thể có. Để tìm hiểu thêm, hãy truy cập kp.org/brokercompensation (bằng tiếng Anh).
- 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.

Lưu ý: Người đăng ký phải ký vào mẫu đơn này. Tất cả những người phụ thuộc mới từ 18 tuổi trở lên bao gồm cả cha mẹ/cha mẹ kế cũng phải ký vào mẫu đơn này. Nếu nhiều hơn 2 người phụ thuộc từ 18 tuổi trở lên và 2 cha mẹ/cha mẹ kế ký tên, hãy đính kèm một bản sao của trang này với các chữ ký bổ sung.

X		Ngày (tt/nn/nnnn) / /
	Người đăng ký/người đăng ký mới (cha mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp của người đăng ký dưới 18 tuổi)	
X		Ngày (tt/nn/nnnn) / /
	Vợ/chồng/bạn đời sống chung	
X		Ngày (tt/nn/nnnn) / /
	Cha mẹ/cha mẹ kế	
X		Ngày (tt/nn/nnnn) / /
	Cha mẹ/cha mẹ kế	
X		Ngày (tt/nn/nnnn) / /
	Người phụ thuộc (18 tuổi trở lên)	
X		Ngày (tt/nn/nnnn) / /
	Người phụ thuộc (18 tuổi trở lên)	

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

H. Ký thỏa thuận trọng tài phân xử của Kaiser Foundation Health Plan, Inc.

Tôi hiểu rằng (ngoại trừ các vụ việc được giải quyết ở Tòa Án Chuyên Xử Các Vụ Khiếu Kiến Nhỏ, các yêu cầu bồi thường tuân theo thủ tục khiếu nại của Medicare hoặc theo quy định về thủ tục yêu cầu bồi thường của Đạo Luật Bảo Đảm Thu Nhập và Hưu Trí Cho Nhân Viên (Employee Retirement and Income Security Act, ERISA) và bất kỳ yêu cầu bồi thường nào khác không thể xử lý theo trọng tài phân xử có giá trị ràng buộc của luật áp dụng) bất kỳ tranh chấp nào giữa một bên là tôi, người thừa kế của tôi, họ hàng hoặc các bên liên quan khác và bên kia là Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (KFHP), bất kỳ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe có ký hợp đồng nào, bên quản lý hoặc các bên liên quan khác, đối với bất kỳ cáo buộc vi phạm nghĩa vụ phát sinh từ hoặc liên quan tới tư cách hội viên trong KFHP, bao gồm bất kỳ yêu cầu bồi thường nào do hành động sơ xuất của người hành nghề y hay của bệnh viện (yêu cầu bồi thường về các dịch vụ y tế không cần thiết hoặc không được phép, hoặc được cung cấp không đúng cách, quá thừa 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 (Combined Membership Agreement, Evidence of Coverage, and Disclosure Form)**.

Người đăng ký phải ký vào mẫu đơn này. Tất cả những người phụ thuộc mới từ 18 tuổi trở lên bao gồm cả cha mẹ/cha mẹ kế cũng phải ký vào mẫu đơn này. Nếu nhiều hơn 2 người phụ thuộc từ 18 tuổi trở lên và 2 cha mẹ/cha mẹ kế ký tên, hãy đính kèm một bản sao của trang này với các chữ ký bổ sung.

X

Ngày (tt/nn/nnnn)

/ /

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

X

Ngày (tt/nn/nnnn)

/ /

Vợ/chồng/bạn đời sống chung

X

Ngày (tt/nn/nnnn)

/ /

Cha mẹ/cha mẹ kế

X

Ngày (tt/nn/nnnn)

/ /

Cha mẹ/cha mẹ kế

X

Ngày (tt/nn/nnnn)

/ /

Người phụ thuộc (18 tuổi trở lên)

X

Ngày (tt/nn/nnnn)

/ /

Người phụ thuộc (18 tuổi trở lên)

Người nộp đơn hoặc người đại diện được ủy quyền của họ có thể yêu cầu bản sao của đơn đã được điền đầy đủ. Để biết thêm thông tin, vui lòng gọi số **1-800-464-4000 (TTY 711)**.

Thông tin liên lạc

Gửi thư tới: Kaiser Permanente
P.O. Box 23127
San Diego, CA 92193-9921

Hoặc fax miễn phí tới:
Ban Quản Lý Tư Cách Hội
Viên **1-855-355-5334**

Có thắc mắc? Hãy gọi
1-800-464-4000 (TTY 711)

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 90057
213-383-4519
Trong Quận L.A.: 1-800-824-0780

Quận Merced

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

Quận Monterey

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

Quận Orange

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

Các Quận San Benito và Santa Cruz

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

Quận San Francisco

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

Các Quận San Luis Obispo và Santa Barbara

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

Quận San Mateo

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

Quận Santa Clara

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

Quận Stanislaus

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

Quận Ventura

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

Thông Báo Không Phân Biệt Đối Xử

Phân biệt đối xử là trái với pháp luật. Kaiser Permanente¹ 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 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần (đóng cửa ngày lễ). Cuộc gọi này được miễn cước:

- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**
- Mọi chương trình khác: **1-800-464-4000 (TTY 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. Quý vị có thể đệ trình phàn nàn qua điện thoại, thư tín, trực tiếp hay trực tuyến. 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 có thể gọi cho ban Dịch Vụ Hội Viên để biết thêm thông tin về những lựa chọn áp dụng cho quý vị, hay để được trợ giúp 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:** Hội viên Medi-Cal có thể gọi **1-855-839-7613 (TTY 711)**. Mọi hội viên khác có thể gọi **1-800-464-4000 (TTY 711)**. Sự trợ giúp được miễn phí, 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần (đóng cửa ngày lễ)

¹ Kaiser Permanente bao gồm Kaiser Foundation Health Plan, Inc, Kaiser Foundation Hospitals, The Permanente Medical Group, và Southern California Medical Group

- **Qua thư tín:** Tải xuống một mẫu đơn tại **kp.org** hay gọi ban Dịch Vụ Hội Viên và yêu cầu họ gửi cho quý vị một mẫu đơn mà quý vị có thể gửi lại.
- **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
<https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>
- **Trực tuyến:** Truy cập Công Thông Tin Than Phiền của Văn Phòng Dân Quyền tại:
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

