

合格生活事件證明表



誰應使用本表格？

- 合格生活事件是指您的生活發生變更，使您可以在年度開放入保期以外的時間申請健康護理保險。這稱為特殊入保期。例子包括結婚、搬到可以取得新保健計劃的Kaiser Permanente服務區，或是因為失業而失去保險。
- 如果您或受撫養人發生合格生活事件，請在直接向Kaiser Permanente提出申請時，使用此合格生活事件證明表來提交您的證明。您也可以向科羅拉多州或華盛頓州申請您所在州的健康福利交易市場計劃時使用此表格來提交您的證明。針對其他所有交易市場計劃的申請，請向您所在州的交易市場確認，以瞭解如何提交證明以申請交易市場計劃的資訊。這可協助您確認您將需提供何種類型的合格生活事件證明。
 - **Kaiser Permanente for Individuals and Families (KPIF) 計劃會員**應在提交帳戶變更表時附上其證明。
 - **非Kaiser Permanente for Individuals and Families (KPIF) 計劃會員**應在提交健康保險申請表時附上其證明。



誰不應使用本表格？

- 如果您或您為其提出申請的任何受撫養人有權享有Medicare A部分或已經入保Medicare B部分，則該申請人不符合新KPIF保險的入保資格。請瀏覽 kp.org/medicare (英文) 以瞭解更多有關Medicare計劃選項或申請Medicare保險的資訊。



如何使用此表格

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

- 填寫步驟1、2及3。
- 請在提交申請表或帳戶變更表 (如適用) 時附上此表格及您的合格生活事件證明。請參閱第16頁的「提交證明」以瞭解詳情。



何時應提交證明

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

您提交證明的時間有限。請瀏覽kp.org/specialenrollment (英文) 以瞭解詳情及截止日期。

如果我們沒有及時收到您的證明，我們將必須取消您的申請或帳戶變更申請。如果您的特殊入保期仍然具有效力，您可能可以再次提出申請。

針對在buykp.org (英文) 提交的申請，請在線上提交您的證明。



需要協助嗎？

請瀏覽 kp.org/specialenrollment 以查看完整的合格生活事件清單。您也可以致電 **1-800-494-5314 (TTY 711)** 與我們聯絡，或是聯絡您的保險經紀／保險經紀人或Kaiser Permanente代表。

主要申請人姓名

步驟1: 主要申請人資訊

誰是主要申請人？

- 在個人計劃中，主要申請人是指將受保於保健計劃的人士。
- 在家庭計劃中，主要申請人是保健計劃中獲得授權可以對帳戶進行變更的家庭成員。
- 在僅限未滿18歲之兒童入保的兒童專用計劃 (如有提供) 中，該兒童即為主要申請人。

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

名字	中間名縮寫	出生日期(月月/日日/年年年年)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
姓氏		電話(若有手機，請填手機號碼)
<input type="text"/>		<input type="text"/>
申請識別號碼(如果您在線上申請)		社會安全號碼(若有)
<input type="text"/>		<input type="text"/>
醫療記錄號碼(若有)		
<input type="text"/>		
住家地址(不可填寫郵政信箱)		
<input type="text"/>		
城市	州	郵遞區號
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
父母/法定監護人(如果主要申請人未滿18歲)		
名字		
<input type="text"/>		
姓氏		
<input type="text"/>		
保險經紀/保險經紀人或Kaiser Permanente代表(若有)		
名字		
<input type="text"/>		
姓氏		
<input type="text"/>		

步驟2: 合格生活事件資訊

步驟3的合格生活事件編號

合格事件發生日期(月月/日日/年年年年)

若是失去最低基本健康保險，合格事件日期是您先前計劃提供完整承保的最後一天。

步驟3: 合格生活事件證明

- 請勾選一項合格生活事件，並勾選一項您要寄送的證明 (除非另有註明)。確保合格事件和證明類型適用您所在的州。
- 請提交一種類型的證明 (除非另有註明)。
- 請寄送正式文件的複本，而非正本。
- 將主要申請人的下列資訊寫在證明的第一頁或是隨附的頁面：
 - 名字和姓氏
 - 住家地址 (不可填寫郵政信箱)
 - 醫療記錄號碼 (若有)
 - 出生日期

合格生活事件	證明類型
<p><input type="checkbox"/> 1. 失去最低基本健康保險</p> <p>加州、哥倫比亞特區、喬治亞州、夏威夷州、馬里蘭州、俄勒岡州、維吉尼亞州、華盛頓州†</p> <p>重要資訊: 如發生以下情況，則不屬於合格生活事件：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 您因為未支付保費而失去保險。 • 您的計劃被撤銷。 • 您有Medicare計劃B部分保險，而且沒有其他任何保險。 • 您自願終止保險。 • 您擁有臨時或短期保險，如旅行者保險。 	<p>由僱主提供</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 僱主的信函或其他文件，說明僱主已停止或即將停止您、您配偶或受撫養家人的保險或福利，並且註明保險終止或即將終止的日期。 <input type="checkbox"/> 僱主的信函或文件，說明僱主已停止或即將停止對保險費用供款，並且註明供款終止或即將終止的日期。 <input type="checkbox"/> 如果您因為工作時數減少而失去保險，請提交最新和過去工時的薪資存根。 <input type="checkbox"/> 顯示您保險即將因年齡而終止的信函或文件。 <p>由COBRA保險提供</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 顯示您僱主提供統一綜合預算協調法案 (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA) 保險或是您的COBRA保險何時終止或何時即將終止的信函。我們必須在您證明中所示之COBRA保險終止日期起的60天內收到您的申請。 <input type="checkbox"/> 由您僱主或COBRA管理員提供的證明，顯示已提供補助及補助即將終止的日期。 <p>由您的保險公司或Medicaid、Medi-Cal、Medicare或其他政府計劃提供</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 由您保險公司提供的信函，顯示保險終止日期。 <input type="checkbox"/> 由Medicaid、Medi-Cal或Children's Health Insurance Program (CHIP) 提供的信函或通知，說明Medicaid、Medi-Cal或CHIP保險何時終止或何時即將終止。 <input type="checkbox"/> 由TRICARE、Peace Corps、AmeriCorps或Medicare等政府計劃提供的信函或通知，說明該保險何時終止或何時即將終止。

† 在本州，Kaiser Permanente會針對在交易市場購買的保健計劃收集合格生活事件的證明。

步驟3:合格生活事件證明(續)

合格生活事件	證明類型
<p>失去最低基本健康保險 (續) 加州、哥倫比亞特區、喬治亞州、夏威夷州、馬里蘭州、俄勒岡州、維吉尼亞州、華盛頓州†</p>	<p>失去其他保險 (包括個人保險)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 由學生保健計劃提供的信函，說明學生健康保險何時終止或何時即將終止。 <input type="checkbox"/> 由社會安全局辦公室提供的信函或其他文件，說明讓您受保於其保健計劃的人士有權享有Medicare。 <input type="checkbox"/> 由雇主提供的信函或其他文件，說明讓您受保於其保健計劃的人士其新雇主的保險即將開始生效。 <input type="checkbox"/> 如果您因為不再是現役軍人而失去保險，請提交註明日期的退伍令或退役證書，其中包括保險已終止或即將終止的日期。 <input type="checkbox"/> 如果您目前或過去曾入保一項非日曆年度制的計劃且該計劃即將終止，請提交由保險經紀／保險經紀人或Kaiser Permanente代表提供且有註明日期並經簽名的書面證明，或由保險公司提供且有註明日期的信函，其中包括計劃終止的日期。
<p>失去最低基本健康保險 (續) 科羅拉多州</p> <div style="background-color: #e0f0ff; padding: 5px; border: 1px solid #add8e6;"> <p>重要資訊:如發生以下情況,則不屬於合格生活事件:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 您因為未支付保費而失去保險。 • 您的計劃被撤銷。 • 您擁有Medicare B部分保險,但沒有任何其他保險。 • 您自願終止保險。 </div>	<p>您的申請無需提交證明。</p>
<p><input type="checkbox"/> 2. 失去與懷孕有關的保險或者無法透過提供給孕婦腹中胎兒的保險獲得保健服務 馬里蘭州</p>	<p><input type="checkbox"/> 由Medicaid或Children’s Health Insurance Program (CHIP) 提供的信函或通知，說明Medicaid或CHIP保險已終止或即將終止的日期。</p>

† 在本州，Kaiser Permanente會針對在交易市場購買的保健計劃收集合格生活事件的證明。

主要申請人姓名

步驟3:合格生活事件證明(續)

合格生活事件	證明類型
<input type="checkbox"/> 3. 失去醫療紓困保險 馬里蘭州	<input type="checkbox"/> 由Medicaid或Children's Health Insurance Program (CHIP) 提供的信函或通知，說明Medicaid或CHIP保險已終止或即將終止的日期。
<input type="checkbox"/> 4. 入保任何非日曆年度制的團體保健計劃、個人健康保險或合格小型企業雇主健康還款計劃(QSEHRA) 馬里蘭州	<input type="checkbox"/> 如果您目前或過去曾入保一項非日曆年度制的計劃且該計劃即將終止，請提交由保險代理／保險經紀／保險經紀人提供且有註明日期並經簽名的書面證明，或由保險公司提供且有註明日期的信函，其中包括計劃終止的日期。
5. 獲得、成為或失去受撫養人，或是投保人或受撫養人死亡	
<input type="checkbox"/> 5a. 透過婚姻獲得或成為受撫養人 共勾選2個方框。 哥倫比亞特區、維吉尼亞州 此事件需要先前保險的證明。請瀏覽 kp.org/specialenrollment 以瞭解更多資訊。	<p>請提供以下其中一項：</p> <p>在過去60天內您先前的保險公司至少有完整的一天為一名配偶提供最低基本承保的證明（只限在美國境內的申請人）：</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 可證明過去60天內擁有保險的已付費保費發票。<input type="checkbox"/> 可證明過去60天內擁有保險的雇主福利記錄。 <p>並提供以下其中一項：</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 顯示結婚日期的結婚證書／許可證。<input type="checkbox"/> 婚姻關係的官方政府記錄，包括顯示結婚日期的外國結婚記錄。
<input type="checkbox"/> 5b. 透過結婚或同居伴侶關係登記而獲得或成為受撫養人 共勾選2個方框。 加州、喬治亞州、夏威夷州、馬里蘭州、俄勒岡州、華盛頓州† 此事件需要先前保險的證明。請瀏覽 kp.org/specialenrollment 以瞭解更多資訊。	<p>請提供以下其中一項：</p> <p>在過去60天內您先前的保險公司至少有完整的一天為一名配偶提供最低基本承保的證明（只限在美國境內的申請人）：</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 可證明過去60天內擁有保險的已付費保費發票。<input type="checkbox"/> 可證明過去60天內擁有保險的雇主福利記錄。 <p>並提供：</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 顯示結婚日期的結婚證書／許可證。<input type="checkbox"/> 婚姻關係的官方政府記錄，包括顯示結婚日期的外國結婚記錄。<input type="checkbox"/> 官方政府記錄，包括同居伴侶關係登記的日期。

†在本州，Kaiser Permanente會針對在交易市場購買的保健計劃收集合格生活事件的證明。

步驟3:合格生活事件證明(續)

合格生活事件	證明類型
<p><input type="checkbox"/> 5c. 透過婚姻或民事結伴關係獲得或成為受撫養人</p> <p>共勾選2個方框。</p> <p>科羅拉多州†</p> <p>此事件需要先前保險的證明。請瀏覽 kp.org/specialenrollment 以瞭解更多資訊。</p>	<p>請提供以下其中一項：</p> <p>在過去60天內您先前的保險公司至少有完整的一天為一名配偶提供最低基本承保的證明（只限在美國境內的申請人）：</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 可證明過去60天內擁有保險的已付費保費發票。 <input type="checkbox"/> 可證明過去60天內擁有保險的雇主福利記錄。 <p>如果您無法提供最低基本承保的證明，您可以寄送以下其中一項：</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 證明您是美國印第安人或阿拉斯加原住民的官方文件。 <input type="checkbox"/> 您在合格生活事件發生前60天期間，或在最近一次開放入保期的期間於某個服務區居住了一天或多天的證明，且該服務區沒有透過您所在州的健康福利交易市場提供任何合格保健計劃。您可以提供一份交易市場網站的截圖，或是由交易市場提供的其他證明。 <input type="checkbox"/> 您在合格生活事件發生之日前60天期間在美國境外或美國領土境內居住了一天或多天的證明。 <p>並且提供以下其中一項：</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 顯示結婚日期的結婚證書／許可證／其他文件。 <input type="checkbox"/> 官方政府記錄，包括民事結合的日期。
<p><input type="checkbox"/> 5d. 因為生產、領養或是領養安置或寄養安置而獲得或成為受撫養人</p> <p>加州、哥倫比亞特區、喬治亞州、夏威夷州、馬里蘭州、俄勒岡州、維吉尼亞州、華盛頓州†</p>	<p>子女出生</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 子女的出生證明或出生證明申請表。 <input type="checkbox"/> 由診所、醫院、醫生、助產士、機構或其他保健業者提供的記錄，上面有註明子女的出生日期。 <input type="checkbox"/> 顯示子女出生日期和出生地點的軍事記錄。 <input type="checkbox"/> 顯示子女出生日期和出生地點的外國出生證明官方政府記錄。 <input type="checkbox"/> 顯示子女出生日期和出生地點的宗教記錄。 <input type="checkbox"/> 由保險公司提供的信函或如理賠說明(Explanation of Benefits)等其他文件，顯示曾向該子女、母親或兩者提供與生產或產後醫療護理有關的服務並包括服務日期。 <p>領養或寄養</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 顯示領養日期，並由法院官員註明日期及簽名的領養信函或記錄。 <input type="checkbox"/> 顯示命令何時開始生效的法院命令。必須具有提交日期戳章。 <input type="checkbox"/> 國內領養、領養安置或寄養的官方政府記錄，顯示子女的出生日期和出生地點。 <input type="checkbox"/> 美國國土安全部國外領養移民文件，包括領養日期。 <input type="checkbox"/> 醫療支援法院命令。必須具有向法院提交日期的戳章。 <input type="checkbox"/> 由法院官員註明日期及簽名的寄養文件。

†在本州，Kaiser Permanente會針對在交易市場購買的保健計劃收集合格生活事件的證明。

主要申請人姓名

步驟3:合格生活事件證明(續)

合格生活事件	證明類型
<p>5d. 因為生產、領養或是領養安置或寄養安置而獲得或成為受撫養人(續)</p> <p>科羅拉多州†</p>	<p>子女出生</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 子女的出生證明或出生證明申請表。 <p>領養或寄養</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 顯示領養日期，並由法院官員註明日期及簽名的領養信函或記錄。<input type="checkbox"/> 顯示命令何時開始生效的法院命令。必須具有向法院提交日期的戳章。<input type="checkbox"/> 國內領養、領養安置或寄養的官方政府記錄，顯示子女的出生日期和出生地點。<input type="checkbox"/> 美國國土安全部國外領養移民文件，包括領養日期。<input type="checkbox"/> 醫療支援法院命令。必須具有向法院提交日期的戳章。<input type="checkbox"/> 由法院官員註明日期及簽名的寄養文件。
<p><input type="checkbox"/> 5e. 因離婚、解除同居伴侶關係或法定分居而失去受撫養人</p> <p>加州、馬里蘭州</p>	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 離婚證書、解除關係協議書或分居協議書，需有向法院提交日期的戳章。
<p><input type="checkbox"/> 5f. 因離婚、解除民事結合同居伴侶關係或法定分居而失去受撫養人</p> <p>科羅拉多州†</p>	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 離婚證書、解除關係協議書或分居協議書，需有向法院提交日期的戳章。
<p><input type="checkbox"/> 5g. 投保人或受撫養人死亡</p> <p>加州、馬里蘭州</p>	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 死亡證明。
<p>科羅拉多州†</p>	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 死亡證明或訃聞。
<p><input type="checkbox"/> 6. 子女贍養令或其他承保受撫養人的法院命令</p> <p>加州、哥倫比亞特區、喬治亞州、夏威夷州、馬里蘭州、佛羅里達州、維吉尼亞州、華盛頓州†</p>	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 經簽名且有向法院提交日期戳章的法院命令。
<p>科羅拉多州†</p>	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 經簽名且有向法院提交日期戳章的法院命令或有註明日期的指定受益人協議。

†在本州，Kaiser Permanente會針對在交易市場購買的保健計劃收集合格生活事件的證明。

步驟3:合格生活事件證明(續)

合格生活事件	證明類型
<p><input type="checkbox"/> 7. 永久搬遷並可使用新計劃</p> <p>加州、哥倫比亞特區、喬治亞州、夏威夷州、馬里蘭州、俄勒岡州、維吉尼亞州、華盛頓州†</p> <p>如果以下其中一項適用於您,請選擇永久搬遷並可使用新計劃:</p> <ul style="list-style-type: none">• 您從非 Kaiser Permanente 區域搬遷到 Kaiser Permanente 區域。• 您搬遷到新的州。• 您從外國或美國領土遷入。• 您從未提供合格保健計劃的郡縣遷入。 <p>此事件需要先前保險的證明。請瀏覽 kp.org/specialenrollment 以瞭解更多資訊。</p>	<p>如果您從其他國家永久搬遷(搬家)至美國</p> <p>請寄送下列文件:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 在過去60天內簽名和註明日期的歸化文件、綠卡、教育證書或簽證。 <p>如果您在美國國內永久搬遷(搬家)</p> <p>請寄送總計三份文件:</p> <p>1) 下列其中一項證明,證實在過去60天內您先前的保險公司曾向所有申請人提供至少一整天的最低基本承保:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 可證明過去60天內擁有保險的已付費保費發票。<input type="checkbox"/> 可證明過去60天內擁有保險的雇主福利記錄。 <p>2 以及 3) 在您搬家後的60天內:可證明您先前地址的下列其中一項文件以及可證明您目前地址的一項文件(不得是郵政信箱):</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 租約或租賃協議。<input type="checkbox"/> 保險文件,例如屋主、租戶或人壽保險保單或對帳單。<input type="checkbox"/> 房屋貸款契約,如果其中有說明所有人使用該房產作為主要住所。<input type="checkbox"/> 房屋貸款或房租付款收據。<input type="checkbox"/> 機動車輛管理局的郵件,例如有效的駕駛執照、汽車登記記錄或地址變更卡。<input type="checkbox"/> 政府機構寄到您地址的郵件,例如社會安全局的聲明,或是 Temporary Assistance for Needy Families或Supplemental Nutrition Assistance Program的通知。<input type="checkbox"/> 您州政府核發的有效身分證。<input type="checkbox"/> 網路、有線電視或其他公用設施帳單(包括如瓦斯或水費帳單等任何公用設施)或是其他服務確認資訊(包括公用設施接通或工作訂單)。<input type="checkbox"/> 顯示您地址的電話帳單(手機或無線網路帳單均可)。<input type="checkbox"/> 金融機構的郵件,例如銀行對帳單。<input type="checkbox"/> 美國郵政服務地址變更確認信函。<input type="checkbox"/> 顯示您地址的薪資存根。<input type="checkbox"/> 顯示您姓名和地址的選民登記卡。<input type="checkbox"/> 由懲教部門、監牢或監獄提供並顯示最近釋放或假釋的文件,包括註明日期的假釋令、註明日期的釋放令或是地址證明。

†在本州,Kaiser Permanente會針對在交易市場購買的保健計劃收集合格生活事件的證明。

主要申請人姓名

步驟3:合格生活事件證明(續)

合格生活事件	證明類型
<p>永久搬遷並可使用新計劃 (續)</p> <p>科羅拉多州</p> <p>如果以下其中一項適用於您,請選擇永久搬遷並可使用新計劃:</p> <ul style="list-style-type: none">• 您從非 Kaiser Permanente 區域搬遷到 Kaiser Permanente 區域。• 您搬到 Kaiser Permanente 服務區內的新住所,您目前的保健計劃沒有在該區域提供服務,或者您有其他保健選項可以選擇。• 您搬遷到新的州。• 您從外國或美國領土遷入。• 您從未提供合格保健計劃的郡縣遷入。	<p>您的申請無需提交證明。</p>

步驟3:合格生活事件證明(續)

合格生活事件	證明類型
<p><input type="checkbox"/> 8. 雇主健康保險的變更使您符合保費稅項抵免的資格 加州、喬治亞州、夏威夷州、俄勒岡州、科羅拉多州[†]、哥倫比亞特區、馬里蘭州、維吉尼亞州、華盛頓州[†]</p> <p>您必須透過您所在州的健康福利交易市場提出申請</p> <p>由於您透過雇主獲得的保險發生了變更，因此您現在符合保費稅項抵免的資格。</p>	<p><input type="checkbox"/> 由雇主提供的信函，說明最低基本健康保險變更並顯示決定日期。</p> <p><input type="checkbox"/> 由雇主提供的信函或其他文件，說明雇主已變更或即將變更您或您配偶或受撫養家人的保險或福利，因此該保險不再屬於合格健康保險，信函或文件應包括該保險或福利變更或即將變更的日期。</p>
<p><input type="checkbox"/> 9. 由您所在州的健康福利交易市場決定的例外情況 加州、科羅拉多州[†]、哥倫比亞特區、喬治亞州、夏威夷州、馬里蘭州、俄勒岡州、維吉尼亞州、華盛頓州</p>	<p><input type="checkbox"/> 由您所在州的健康福利交易市場提供的信函或通知，說明您符合特殊入保期的資格並顯示決定日期。</p>
<p><input type="checkbox"/> 10. 有資格透過個人保險健康還款計劃 (ICHRA) 或合格小型企業雇主健康還款計劃 (QSEHRA) 購買個人保健計劃 加州、科羅拉多州[†]、哥倫比亞特區、喬治亞州、夏威夷州、馬里蘭州、俄勒岡州、維吉尼亞州、華盛頓州[†]</p>	<p><input type="checkbox"/> 說明您目前有資格透過個人保險健康還款計劃 (individual coverage health reimbursement arrangement, ICHRA) 或合格小型企業雇主健康還款計劃 (qualified small employer health reimbursement arrangement, QSEHRA) 購買個人保健計劃的信函或其他文件，包括顯示您首次符合ICHRA或QSEHRA資格的日期。</p>

[†] 在本州，Kaiser Permanente 會針對在交易市場購買的保健計劃收集合格生活事件的證明。

主要申請人姓名

步驟3:合格生活事件證明(續)

合格生活事件	證明類型
<input type="checkbox"/> 11.在家庭中發生家庭暴力或配偶遺棄事件 加州、科羅拉多州 [†] 、哥倫比亞特區、喬治亞州、夏威夷州、馬里蘭州、俄勒岡州、維吉尼亞州、華盛頓州 [†]	<input type="checkbox"/> 證明您是家庭虐待或配偶遺棄受害者的證據。
<input type="checkbox"/> 12.COBRA保費的雇主供款或政府補助中止 加州、哥倫比亞特區、喬治亞州、夏威夷州、馬里蘭州、俄勒岡州、維吉尼亞州、華盛頓州 [†]	<input type="checkbox"/> 由您雇主或COBRA管理員提供的證明，顯示已提供補助及補助即將終止的日期。
科羅拉多州	您的申請無需提交證明。
<input type="checkbox"/> 13.刑滿釋放 加州、科羅拉多州	您的申請無需提交證明。
哥倫比亞特區、喬治亞州、夏威夷州、馬里蘭州、俄勒岡州、維吉尼亞州、華盛頓州	如果您最近剛刑滿釋放（監牢），您將需透過您所在州的健康福利交易市場提出申請。不需要提供證明。
<input type="checkbox"/> 14.關於您入保最低基本承保的錯誤資訊 加州	<input type="checkbox"/> 由您所在州的健康福利交易市場或保健計劃管理局提供的通知，說明您符合特殊入保期的資格並顯示決定日期。
<input type="checkbox"/> 15.保健業者網絡變動 加州	<input type="checkbox"/> 說明保健業者不再參與健康福利計劃並顯示決定日期的通知。

[†] 在本州，Kaiser Permanente會針對在交易市場購買的保健計劃收集合格生活事件的證明。

主要申請人姓名

步驟3:合格生活事件證明(續)

合格生活事件	證明類型
<input type="checkbox"/> 16. 證明符合資格的計劃嚴重違反了與入保人所簽訂之合約中的重要條款 加州	<input type="checkbox"/> 由保健計劃管理局提供並註明日期的書面確認書，說明您入保的保健計劃嚴重違反了您合約的重要條款。
科羅拉多州	您的申請無需提交證明。
馬里蘭州	<input type="checkbox"/> 由馬里蘭州保險管理局提供並註明日期的書面確認書，說明您入保的保健計劃嚴重違反了您合約的重要條款。
<input type="checkbox"/> 17. 有資格獲得透過應用程式提供之交通運輸服務公司或配送網絡公司的健康護理津貼 加州	<input type="checkbox"/> 您每季駕駛時數的複本或螢幕截圖。
<input type="checkbox"/> 18. 由保險部專員決定的例外情況 科羅拉多州†	<input type="checkbox"/> 由保險部專員提供的信函或通知，說明您符合特殊入保期的資格並顯示決定日期。
<input type="checkbox"/> 19. 失去短期健康保險 科羅拉多州	您的申請無需提交證明。
<input type="checkbox"/> 20. 由保健執業人員提供的懷孕初步確認函 馬里蘭州	<input type="checkbox"/> 由保健業者提供的文件，初步確認您懷孕。 從確認懷孕之時開始算起，您有90天的時間可以入保。
科羅拉多州†	<input type="checkbox"/> 由保健業者提供的文件，初步確認您懷孕。

† 在本州，Kaiser Permanente 會針對在交易市場購買的保健計劃收集合格生活事件的證明。

主要申請人姓名

步驟3:合格生活事件證明(續)

合格生活事件	證明類型
<input type="checkbox"/> 21. 雇主健康保險的變更使您不符合保費稅項抵免的資格或使您成本分擔減免資格發生變化 馬里蘭州	<input type="checkbox"/> 由雇主提供的信函，說明最低基本健康保險變更並顯示決定日期。 <input type="checkbox"/> 由雇主提供的信函或其他文件，說明雇主已變更或即將變更您或您配偶或受撫養家人的保險或福利，因此該保險不再屬於合格健康保險，信函或文件應包括該保險或福利變更或即將變更的日期。
<input type="checkbox"/> 22. 報稅季輕鬆入保 馬里蘭州 您必須透過您所在州的健康福利交易市場提出申請。	您的財務資訊已由審計人員驗證，您無需寄送其他證明。
<input type="checkbox"/> 23. 失業保險申請者輕鬆入保 馬里蘭州 您必須透過您所在州的健康福利交易市場提出申請。	如果您收到來自Maryland Health Connection的信函，說明您符合獲得健康護理保險的初步資格。您的財務資訊已由Maryland Health Connection驗證，您無需寄送其他證明。
<input type="checkbox"/> 24. 移民身分改變 加州、科羅拉多州 [†] 、哥倫比亞特區、喬治亞州、夏威夷州、馬里蘭州、俄勒岡州、維吉尼亞州、華盛頓州 [†] 您必須透過您所在州的健康福利交易市場提出申請。	<input type="checkbox"/> 有關公民身分或移民身分變更的官方文件。

[†] 在本州，Kaiser Permanente會針對在交易市場購買的保健計劃收集合格生活事件的證明。

步驟3:合格生活事件證明(續)

合格生活事件	證明類型
<p><input type="checkbox"/> 25.以美國印第安人/阿拉斯加原住民身分享有保險 加州、哥倫比亞特區、喬治亞州、夏威夷州、馬里蘭州、俄勒岡州、維吉尼亞州、華盛頓州†</p> <p>您必須透過您所在州的健康福利交易市場提出申請。</p>	<p><input type="checkbox"/> 可證明您身分的官方文件。</p>
科羅拉多州	您的申請無需提交證明。
<p><input type="checkbox"/> 26.收入變化使您獲得聯邦財政補助的資格發生變化 加州、科羅拉多州†、哥倫比亞特區、喬治亞州、夏威夷州、馬里蘭州、俄勒岡州、維吉尼亞州、華盛頓州†</p> <p>您必須透過您所在州的健康福利交易市場提出申請。</p>	<p>請提供以下其中一項： 在過去60天內您先前的保險公司向所有申請人提供至少一整天最低基本承保的證明。</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 可證明過去60天內擁有保險的已付費保費發票。<input type="checkbox"/> 可證明過去60天內擁有保險的雇主福利記錄。 <p>並提供：</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 由您所在州的健康福利交易市場提供的最新入保資格裁決，顯示裁決日期。
<p><input type="checkbox"/> 27.適用於低收入投保人的每月特殊入保期 (SEP) 加州、科羅拉多州、哥倫比亞特區、喬治亞州、夏威夷州、馬里蘭州、維吉尼亞州</p> <p>您必須透過您所在州的健康福利交易市場提出申請。</p>	<p>如果您的收入低於聯邦貧困水平的150%，使您符合使用每月特殊入保期的資格，則您不需要提供證明。</p>
華盛頓州	如果您的收入低於聯邦貧困水平的250%，您所在州的交易市場將會判定您是否符合使用每月特殊入保期的資格，並會告知您需要提交哪些證明(如需要)。

†在本州，Kaiser Permanente會針對在交易市場購買的保健計劃收集合格生活事件的證明。

主要申請人姓名

步驟3:合格生活事件證明(續)

合格生活事件	證明類型
<input type="checkbox"/> 28. 報稅時入保 科羅拉多州	您的財務資訊已透過報稅和Connect for Health Colorado驗證，您無需寄送其他證明。
<input type="checkbox"/> 29. 因沒有健康保險而支付的罰款 加州 您必須透過您所在州的健康福利交易市場提出申請。	如果您在過去60天內曾向加州稅務局支付了個人分擔責任罰款，則您無需提交證明。
<input type="checkbox"/> 30. 可能有資格入保 Medicaid或Children's Health Insurance Program (CHIP)，但在開放入保期結束後或合格事件發生超過60天後被認定為不符合入保資格 馬里蘭州	<input type="checkbox"/> 由Medicaid或Children's Health Insurance Program (CHIP) 提供並有註明日期的信函或通知，說明您不符合保險的入保資格。

提交證明

您如何提出申請？

- **如果您在線上提出申請：**請登入kp.org/apply (英文) 並上傳證明。您不需要上傳本表格。
- **如果您透過郵寄或傳真提出申請：**請使用此頁的資訊，將您的證明和此表格發送至下方的地址或傳真號碼。
- **如果您透過健康福利交易市場提出申請：**健康福利交易市場可能需要您提交證明。

請將申請表或帳戶變更表以及證明連同此表格一起寄送：

郵寄

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

傳真

1-855-355-5334

若要下載帳戶變更表，請瀏覽kp.org/specialenrollment。

提交簽名的申請表或帳戶變更表以及您的合格生活事件證明即表示您證實發生了合格生活事件。我們必須收到您的合格生活事件證明。我們將會根據您的簽名和證明來決定您是否可以在特殊入保期入保。如果我們判定某件合格生活事件並未發生，或是我們發現申請表、帳戶變更表或是您提交的任何其他資訊中包含任何其他不正確的資訊，我們可能會採取法律行動。法律行動可能包括但不限於取消您的保險，且該取消可回溯至保險開始生效之日。您可能還需為您所接受的任何服務支付全額收費。

在加州，KFHP計劃是由Kaiser Foundation Health Plan, Inc.提供及承銷，其地址是：One Kaiser Plaza, Oakland, CA 94612
• 在科羅拉多州，所有計劃皆由Kaiser Foundation Health Plan of Colorado提供及承銷，其地址是：10350 E. Dakota Ave., Denver, CO 80247
• 在喬治亞州，所有計劃皆由Kaiser Foundation Health Plan of Georgia, Inc.提供及承銷，其地址是：Nine Piedmont Center, 3495 Piedmont Rd. NE, Atlanta, GA 30305
• 在夏威夷州，所有計劃皆由Kaiser Foundation Health Plan, Inc.提供及承銷，其地址是：711 Kapiolani Blvd., Honolulu, HI 96813
• 在俄勒岡州和華盛頓州西南地區 (Clark和Cowlitz縣)，所有計劃皆由Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest提供及承銷，其地址是：500 NE Multnomah St., Suite 100, Portland, OR 97232
• 在華盛頓州 (Clark、Cowlitz和其他特定縣除外)，所有計劃皆由Kaiser Foundation Health Plan of Washington提供及承銷，其地址是：2715 Naches Ave. SW, Renton, WA 98057
• 在馬里蘭州、維吉尼亞州和哥倫比亞特區，所有計劃皆由Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc.提供及承銷，其地址是：2101 E. Jefferson St., Rockville, MD 20852。

反歧视声明

歧视属于违法行为。Kaiser Permanente¹遵守州和联邦的民权法律。

Kaiser Permanente不会因年龄、人种、族群认同、肤色、国籍、文化背景、血统、宗教、性别、性别认同、性别表现、性取向、婚姻状况、身体或精神残疾、医疗状况、付款来源、遗传信息、公民身份、主要语言或移民身份而非法歧视、排斥或区别对待任何人。

Kaiser Permanente 提供以下服务：

- 为残障人士提供免费援助和服务，帮助他们更有效地与我们沟通，例如：
 - ◆ 合格的手语翻译员
 - ◆ 其他格式的书面信息，例如盲文、大字体版本、音频、通用电子格式和其它格式
- 为母语非英语的人士提供免费语言服务，例如：
 - ◆ 合格的口译员
 - ◆ 其他语言的文字信息

如果您需要这些服务，请打电话给我们的会员服务联络中心，服务时间为每周7天，每天24小时（节假日除外）。此电话不收取任何费用：

- 所有会员：**1-800-757-7585 (TTY 711)**

根据您的要求，我们可以为您提供本文件的盲文版、大字版、卡式录音带或电子版。如需获取这些替代格式或其他格式的副本，请打电话给我们的会员服务联络中心，索取您需要的格式。

如何向Kaiser Permanente递交申诉

如果您认为我们未能提供这些服务或有其他形式的

非法歧视，您可以向Kaiser Permanente 提出歧视申诉。您可以通过电话、邮件、面谈或在线提出申诉。详情请见《承保范围说明书》或《保险证明》。您可以打电话给会员服务部，进一步了解适用于您的选项，或寻求帮助提交申诉。您可以通过以下方式提出歧视申诉：

- **电话：**所有会员均可拨打**1-800-757-7585 (TTY 711)**。每周7天、每天24小时提供帮助（节假日除外）
- **邮寄：**从 **kp.org** 下载表格，或打电话给会员服务部，请他们给您寄一份表格，以供填写后寄回。
- **亲自提交：**在计划设施内的会员服务办公室填写投诉表或福利索赔表格（请在**kp.org/facilities**上的保健业者目录中查询地址）
- **在线提交：**请在我们的网站**kp.org**上使用线上表格

¹ Kaiser Permanente包括Kaiser Foundation Health Plan, Inc、Kaiser Foundation Hospitals、Permanente Medical Group和Southern California Medical Group

您也可以直接联系Kaiser Permanente民权事务协调员，地址为：

Attn: Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator
Member Relations Grievance Operations
P.O. Box 939001
San Diego CA 92193

如何向加州医疗保健服务部民权办公室提出申诉（仅适用于*Medi-Cal*受益人）

您可以通过书面、电话或电子邮件向加州医疗保健服务部民权办公室提出民权投诉：

- **电话：**拨打**916-440-7370 (TTY 711)** 联系加州医疗保健服务部 (California Department of Health Care Services, DHCS) 民权办公室
- **邮寄：**填写投诉表或寄信到以下地址：

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

投诉表可在此网址下载：http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

- **线上：**发送电子邮件至CivilRights@dhcs.ca.gov

如何向美国卫生和民众服务部民权办公室提出申诉

您可以向美国卫生和民众服务部民权办公室提出歧视投诉。您可以通过书面、电话或在线方式投诉：

- **电话：**拨打**1-800-368-1019 (TTY 711 或1-800-537-7697)**
- **邮寄：**填写投诉表或寄信到以下地址：

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

投诉表可在此网址下载：

<https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>

- **在线：**访问民权办公室投诉门户网站：
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>