

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



Ai nên dùng mẫu đơn này?

- 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 có 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 bằng chứng 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 bằng chứng của mình khi nộp đơn cho thị trường bảo hiểm sức khỏe của tiểu bang quý vị ở Colorado hoặc Washington. Đối với những đơn đăng ký ở thị trường khác, hãy kiểm tra thị trường của tiểu bang quý vị để biết thông tin về cách nộp bằng chứng cho các chương trình của thị trường. Họ có thể giúp quý vị biết được quý vị sẽ cần loại bằng chứng nào cho sự kiện cuộc sống hội đủ điều kiện của mình.
 - **Hội viên chương trình Kaiser Permanente for Individuals and Families (KPIF)** cần nộp giấy tờ chứng minh của họ kèm theo Mẫu Đơn Thay Đổi Tài Khoản.
 - **Những người không phải là hội viên chương trình Kaiser Permanente for Individuals and Families (KPIF)** cần nộp bằng chứng của họ kèm theo Đơn đăng ký bảo hiểm sức khỏe.



Ai không nên sử dụng mẫu đơn này?

- 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. Truy cập kp.org/medicare để tìm hiểu thêm về các lựa chọn chương trình Medicare của quý vị hoặc nộp đơn đăng ký bảo hiểm Medicare.



Cách sử dụng mẫu đơn này

California, Colorado, Georgia, Hawaii, Maryland, Oregon, Virginia, Washington

- Điền vào các Bước 1, 2 và 3.
- Nộp mẫu đơn này và bằng chứng về sự kiện cuộc sống hội đủ điều kiện của quý vị kèm theo đơn hoặc Mẫu Đơn Thay Đổi Tài Khoản (nếu có). Xem phần “Nộp bằng chứng của quý vị” trên trang 16 để biết thông tin chi tiết.



Khi nào cần nộp bằng chứng của quý vị

California, Colorado, Georgia, Hawaii, Maryland, Oregon, Virginia, Washington

- Quý vị chỉ có thể nộp bằng chứng của mình trong khoảng thời gian giới hạn. Hãy truy cập vào kp.org/specialenrollment để biết thông tin chi tiết và thời hạn.
- Nếu không nhận được bằng chứng của quý vị kịp thời, chúng tôi sẽ phải hủy đơn đăng ký hoặc yêu cầu thay đổi tài khoản của quý vị. Quý vị có thể nộp đơn lại nếu giai đoạn ghi danh đặc biệt của quý vị vẫn còn hiệu lực.
- Đối với các đơn được nộp trên buykp.org, hãy nộp bằng chứng của quý vị trực tuyến.



Cần trợ giúp?

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 nhân viên đại diện của Kaiser Permanente.

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 đăng ký bảo hiểm chăm sóc sức khỏe. Để nhận được bảo hiểm chăm sóc sức khỏe, quý vị cần phải nộp đơn hoặc Mẫu Đơn Thay Đổi Tài Khoản.

Tên	Chữ cái đầu tên lót	Ngày sinh (tháng/ngày/năm)
<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 Nhận Dạng 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 dùng hộp thư)		
<input type="text"/>		
Thành phố	Tiểu bang	Mã Bưu Điện
<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 nhân viên 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 (tháng/ngày/năm) / /

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: Bằng chứng 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 bằng chứng mà quý vị đang gửi (trừ khi có lưu ý khác). Đảm bảo rằng sự kiện hội đủ điều kiện và loại bằng chứng áp dụng cho tiểu bang của quý vị.
- Gửi một loại bằng chứng, 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 bằng chứng của quý vị hoặc trên trang đính kèm:
 - o Họ tên
 - o Địa chỉ nhà (không dùng hộp thư)
 - o Số hồ sơ y tế (nếu có)
 - o Ngày sinh

Sự kiện cuộc sống hội đủ điều kiện	Loại bằng chứng
<p><input type="checkbox"/> 1. Mất bảo hiểm sức khỏe tối thiểu cần thiết</p> <p>California, Quận Columbia, Georgia, Hawaii, Maryland, Oregon, Virginia, Washington†</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 mất bảo hiểm vì không thanh toán phí bảo hiểm.• Chương trình của quý vị đã bị huỷ 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.	<p>Từ hãng sở của quý vị</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 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.<input type="checkbox"/> Thư hoặc tài liệu khác từ hãng sở của quý vị cho biết hãng sở đã ngừng/sẽ ngừng đóng góp vào chi phí bảo hiểm và ngày mà phần đóng góp này đã kết thúc hay sẽ kết thúc.<input type="checkbox"/> Cuống phiếu lương với số giờ hiện tại và trước đó nếu quý vị bị mất bảo hiểm vì giảm giờ làm.<input type="checkbox"/> Thư hay tài liệu mà cho biết bảo hiểm của quý vị sẽ kết thúc do độ tuổi. <p>Từ COBRA</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Thư cho biết đề nghị bảo hiểm Đạo Luật Điều Phối Ngân Sách Tổng Hợp Omnibus (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA) của hãng sở của quý vị, hoặc cho biết thời điểm bảo hiểm COBRA của quý vị đã kết thúc hay sẽ kết thúc. Chúng tôi phải nhận được đơn đăng ký của quý vị trong vòng 60 ngày khi bảo hiểm COBRA của quý vị sẽ kết thúc như được nêu trên bằng chứng của quý vị.<input type="checkbox"/> Bằng chứng từ hãng sở của quý vị hoặc quản trị viên COBRA cho thấy các khoản trợ cấp đã được cung cấp và ngày chúng sẽ kết thúc. <p>Từ hãng bảo hiểm của quý vị hoặc Medicaid, Medi-Cal, Medicare hoặc các chương trình khác của chính phủ</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Thư từ hãng bảo hiểm của quý vị cho biết ngày kết thúc bảo hiểm.<input type="checkbox"/> Thư hoặc thông báo từ Medicaid, Medi-Cal hoặc Children's Health Insurance Program (CHIP) nêu rõ thời điểm bảo hiểm Medicaid, Medi-Cal hoặc CHIP đã kết thúc hay sẽ kết thúc.<input type="checkbox"/> Thư hoặc thông báo từ một chương trình của chính phủ, như TRICARE, Peace Corps, AmeriCorps, hoặc Medicare, nêu rõ thời điểm bảo hiểm đó đã kết thúc hay sẽ kết thúc.

†Tại tiểu bang này, Kaiser Permanente sẽ thu thập bằng chứng về sự kiện cuộc sống hội đủ điều kiện cho các chương trình bảo hiểm sức khỏe được mua ở thị trường.

Tên người nộp đơn chính

BƯỚC 3: Bằng chứng sự kiện cuộc sống hội đủ điều kiện của quý vị (tiếp theo)

Sự kiện cuộc sống hội đủ điều kiện	Loại bằng chứng
<p>Mất bảo hiểm sức khỏe thiết yếu tối thiểu (tiếp theo)</p> <p>California, Quận Columbia, Georgia, Hawaii, Maryland, Oregon, Virginia, Washington†</p>	<p>Mất bảo hiểm khác (bao gồm cả bảo hiểm cá nhân)</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Thư từ chương trình bảo hiểm sức khỏe học sinh của quý vị cho biết thời điểm bảo hiểm sức khỏe học sinh đã kết thúc hay sẽ kết thúc.<input type="checkbox"/> Thư hoặc tài liệu khác từ văn phòng An Sinh Xã Hội cho biết người chi trả cho quý vị theo chương trình bảo hiểm sức khỏe của họ có quyền hưởng Medicare.<input type="checkbox"/> Thư hoặc tài liệu khác từ hãng sở cho biết người chi trả cho quý vị theo chương trình bảo hiểm sức khỏe của họ đang bắt đầu bảo hiểm mới từ hãng sở.<input type="checkbox"/> Giấy xuất ngũ hoặc Chứng Nhận Xuất Ngũ có đề ngày, bao gồm cả ngày bảo hiểm đã kết thúc hay sẽ kết thúc, nếu quý vị mất bảo hiểm vì quý vị không còn thực hiện nghĩa vụ quân sự.<input type="checkbox"/> Văn bản xác minh có đề ngày và có chữ ký từ người môi giới/bên cung cấp hoặc nhân viên đại diện Kaiser Permanente, hoặc thư có đề ngày từ hãng bảo hiểm, nếu quý vị đang hoặc đã ghi danh vào chương trình không tính theo năm lịch sắp kết thúc, bao gồm cả ngày chương trình kết thúc.
<p>Mất bảo hiểm sức khỏe tối thiểu cần thiết (tiếp theo)</p> <p>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 mất bảo hiểm vì không thanh toán phí bảo hiểm.• Chương trình của quý vị đã bị huỷ 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 thai kỳ hay mất quyền sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe thông qua bảo hiểm được cung cấp cho đứa trẻ chưa ra đời của một phụ nữ mang thai.</p> <p>Maryland</p>	<p><input type="checkbox"/> Thư hoặc thông báo từ Medicaid hoặc Children's Health Insurance Program (CHIP) nêu rõ thời điểm bảo hiểm Medicaid hoặc CHIP đã kết thúc hay sẽ kết thúc.</p>

†Tại tiểu bang này, Kaiser Permanente sẽ thu thập bằng chứng về sự kiện cuộc sống hội đủ điều kiện cho các chương trình bảo hiểm sức khỏe được mua ở thị trường.

Tên người nộp đơn chính

BƯỚC 3: Bằng chứng sự kiện cuộc sống hội đủ điều kiện của quý vị (tiếp theo)

Sự kiện cuộc sống hội đủ điều kiện	Loại bằng chứng
<input type="checkbox"/> 3. Mất bảo hiểm cần thiết về mặt y tế Maryland	<input type="checkbox"/> Thư hoặc thông báo từ Medicaid hoặc Children's Health Insurance Program (CHIP) nêu rõ thời điểm bảo hiểm Medicaid hoặc CHIP đã kết thúc hay sẽ kết thúc.
<input type="checkbox"/> 4. Ghi danh tham gia các chương trình bảo hiểm sức khỏe theo nhóm không tính theo năm lịch, bảo hiểm sức khỏe cá nhân hoặc thỏa thuận bồi hoàn y tế cho hãng sở quy mô nhỏ đủ tiêu chuẩn (QSEHRA) Maryland	<input type="checkbox"/> Văn bản xác minh có đề ngày và chữ ký từ nhân viên/người môi giới/bên cung cấp hoặc thư có đề ngày từ hãng bảo hiểm, bao gồm cả ngày chương trình kết thúc, nếu quý vị đang hoặc đã ghi danh tham gia chương trình không tính theo năm lịch sắp kết thúc.
5. Có được, trở thành hoặc mất đi người phụ thuộc, hoặc người đăng ký hay người phụ thuộc qua đời	
<input type="checkbox"/> 5a. Có được hoặc trở thành người phụ thuộc thông qua kết hôn Đánh dấu tổng cộng 2 ô. Quận Columbia, Virginia Sự kiện này yêu cầu bằng chứng về bảo hiểm trước đây. Hãy truy cập kp.org/specialenrollment để biết thêm thông tin.	Cung cấp một trong những giấy tờ sau: Bằng chứng về 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): <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Hóa đơn trả phí bảo hiểm đã thanh toán cho thấy bảo hiểm trong vòng 60 ngày qua.<input type="checkbox"/> Hồ sơ quyền lợi của hãng sở cho thấy bảo hiểm trong vòng 60 ngày qua. Và cung cấp một trong những giấy tờ sau: <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Giấy chứng nhận kết hôn cho biết 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 cho biết ngày kết hôn.
<input type="checkbox"/> 5b. Có được hoặc trở thành người phụ thuộc thông qua kết hôn hoặc đăng ký bạn đời sống chung Đánh dấu tổng cộng 2 ô. California, Georgia, Hawaii, Maryland, Oregon, Washington† Sự kiện này yêu cầu bằng chứng về bảo hiểm trước đây. Hãy truy cập kp.org/specialenrollment để biết thêm thông tin.	Cung cấp một trong những giấy tờ sau: Bằng chứng về 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): <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Hóa đơn trả phí bảo hiểm đã thanh toán cho thấy bảo hiểm trong vòng 60 ngày qua.<input type="checkbox"/> Hồ sơ quyền lợi của hãng sở cho thấy bảo hiểm trong vòng 60 ngày qua. Và cung cấp: <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Giấy chứng nhận kết hôn có 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 có ghi ngày kết hôn.<input type="checkbox"/> Hồ sơ chính thức của chính phủ, bao gồm cả ngày đăng ký bạn đời sống chung.

†Tại tiểu bang này, Kaiser Permanente sẽ thu thập bằng chứng về sự kiện cuộc sống hội đủ điều kiện cho các chương trình bảo hiểm sức khỏe được mua ở thị trường.

BƯỚC 3: Bằng chứng sự kiện cuộc sống hội đủ điều kiện của quý vị (tiếp theo)

Sự kiện cuộc sống hội đủ điều kiện	Loại bằng chứng
<p><input type="checkbox"/> 5c. Có được hoặc trở thành người phụ thuộc thông qua kết hôn hoặc kết hợp dân sự</p> <p>Đánh dấu tổng cộng 2 ô.</p> <p>Colorado†</p> <p>Sự kiện này yêu cầu bằng chứng về bảo hiểm trước đây. Hãy truy cập kp.org/specialenrollment để biết thêm thông tin.</p>	<p>Cung cấp một trong những giấy tờ sau:</p> <p>Bằng chứng về 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 cho thấy bảo hiểm trong vòng 60 ngày qua. <input type="checkbox"/> Hồ sơ quyền lợi của hãng sở cho thấy bảo hiểm trong vòng 60 ngày qua. <p>Nếu quý vị không thể cung cấp giấy tờ chứng minh về mức bảo hiểm thiết yếu tối thiểu, quý vị có thể gửi một trong các tài liệu sau:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tài liệu chính thức cho thấy quý vị là Người Da Đỏ hoặc Thổ Dân Alaska. <input type="checkbox"/> Bằng chứng cho thấy rằng quý vị đã sống trong một hoặc nhiều ngày trong thời gian 60 ngày trước sự kiện cuộc sống của quý vị hoặc trong giai đoạn ghi danh mở gần đây nhất của quý vị ở một khu vực phục vụ nơi không có chương trình bảo hiểm sức khỏe hội đủ điều kiện nào có sẵn thông qua thị trường bảo hiểm sức khỏe của tiểu bang quý vị. Quý vị có thể cung cấp ảnh chụp màn hình từ trang web của thị trường hoặc bằng chứng khác từ thị trường. <input type="checkbox"/> Bằng chứng cho thấy quý vị đã sống bên ngoài Hoa Kỳ hoặc trong lãnh thổ Hoa Kỳ trong một hoặc nhiều ngày trong thời gian 60 ngày trước ngày diễn ra sự kiện cuộc sống hội đủ điều kiện. <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/tài liệu khác có ghi ngày kết hôn. <input type="checkbox"/> Hồ sơ chính thức của chính phủ, bao gồm cả ngày kết hợp dân sự.
<p><input type="checkbox"/> 5d. Có được hoặc trở thành người phụ thuộc thông qua việc sinh con, nhận con nuôi, làm con nuôi hoặc chăm sóc nuôi dưỡng tạm thời</p> <p>California, Quận Columbia, Georgia, Hawaii, Maryland, Oregon, Virginia, Washington†</p>	<p>Sinh con</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Giấy khai sinh hoặc đơn xin cấp giấy khai sinh cho con. <input type="checkbox"/> Hồ sơ từ phòng khám, bệnh viện, bác sĩ, hộ sinh, tổ chức hoặc nhà cung cấp khác ghi rõ ngày sinh của trẻ. <input type="checkbox"/> Hồ sơ quân nhân có ghi ngày sinh và nơi sinh của trẻ. <input type="checkbox"/> Hồ sơ chính thức của chính phủ về giấy khai sinh nước ngoài có ghi ngày sinh và nơi sinh của trẻ. <input type="checkbox"/> Hồ sơ tôn giáo có ghi ngày sinh và nơi sinh của trẻ. <input type="checkbox"/> Thư hoặc tài liệu khác từ hãng bảo hiểm, như bản Giải Thích Quyền Lợi (Explanation of Benefits), cho thấy 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 nhận dịch vụ. <p>Nhận con nuôi hoặc chăm sóc nuôi dưỡng tạm thời</p> <ul style="list-style-type: none"> <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 tên. <input type="checkbox"/> Lệnh tòa có ghi thời điểm lệnh bắt đầu. Lệnh phải có dấu ngày nộp. <input type="checkbox"/> Hồ sơ chính thức của chính phủ về việc nhận con nuôi trong nước, hoặc làm con nuôi hay nhận nuôi dưỡng hoặc chăm sóc nuôi dưỡng tạm thời có ghi ngày sinh và nơi sinh của trẻ. <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. <input type="checkbox"/> Lệnh tòa về hỗ trợ y tế. Lệnh phải có dấu ngày nộp cho tòa. <input type="checkbox"/> Giấy tờ chăm sóc nuôi dưỡng tạm thời do viên chức tòa án ghi ngày tháng và ký tên.

†Tại tiểu bang này, Kaiser Permanente sẽ thu thập bằng chứng về sự kiện cuộc sống hội đủ điều kiện cho các chương trình bảo hiểm sức khỏe được mua ở thị trường.

Tên người nộp đơn chính

BƯỚC 3: Bảng chứng sự kiện cuộc sống hội đủ điều kiện của quý vị (tiếp theo)

Sự kiện cuộc sống hội đủ điều kiện	Loại bằng chứng
<p>5d. Có được hoặc trở thành người phụ thuộc thông qua việc sinh con, nhận con nuôi, làm con nuôi hoặc chăm sóc nuôi dưỡng tạm thời (tiếp theo)</p> <p>Colorado†</p>	<p>Sinh con</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Giấy khai sinh hoặc đơn xin cấp giấy khai sinh cho con. <p>Nhận con nuôi hoặc chăm sóc nuôi dưỡng tạm thời</p> <ul style="list-style-type: none"><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 tên.<input type="checkbox"/> Lệnh tòa có ghi thời điểm lệnh bắt đầu. Lệnh phải có dấu ngày nộp cho tòa.<input type="checkbox"/> Hồ sơ chính thức của chính phủ về việc nhận con nuôi trong nước, hoặc làm con nuôi hoặc chăm sóc nuôi dưỡng tạm thời có ghi ngày sinh và nơi sinh của trẻ.<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.<input type="checkbox"/> Lệnh tòa về hỗ trợ y tế. Lệnh phải có dấu ngày nộp cho tòa.<input type="checkbox"/> Giấy tờ chăm sóc nuôi dưỡng tạm thời do viên chức tòa án ghi ngày tháng và ký tên.
<p><input type="checkbox"/> 5e. Mất người phụ thuộc do ly hôn, tan rã mối quan hệ bạn đời sống chung hoặc ly thân hợp pháp</p> <p>California, Maryland</p>	<ul style="list-style-type: none"><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><input type="checkbox"/> 5f. Mất tư cách người phụ thuộc do ly hôn, hủy quan hệ kết hợp dân sự hoặc ly thân hợp pháp</p> <p>Colorado†</p>	<ul style="list-style-type: none"><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><input type="checkbox"/> 5g. Người đăng ký hoặc người phụ thuộc qua đời</p> <p>California, Maryland</p>	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Giấy chứng tử.
<p>Colorado†</p>	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Giấy chứng tử hoặc cáo phó.
<p><input type="checkbox"/> 6. Lệnh cấp dưỡng nuôi con hoặc lệnh khác của tòa án để chi trả cho người phụ thuộc</p> <p>California, Quận Columbia, Georgia, Hawaii, Maryland, Oregon, Virginia, Washington†</p>	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Lệnh tòa đã ký có đóng dấu ngày nộp cho tòa.
<p>Colorado†</p>	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Lệnh tòa đã ký có đóng dấu ngày nộp cho tòa hoặc Thỏa Thuận Người Thu Hưởng Được Chỉ Định có đề ngày.

†Tại tiểu bang này, Kaiser Permanente sẽ thu thập bằng chứng về sự kiện cuộc sống hội đủ điều kiện cho các chương trình bảo hiểm sức khỏe được mua ở thị trường.

Tên người nộp đơn chính

BƯỚC 3: Bảng chứng sự kiện cuộc sống hội đủ điều kiện của quý vị (tiếp theo)

Sự kiện cuộc sống hội đủ điều kiện	Loại bằng chứng
<p><input type="checkbox"/> 7. Chuyển nơi thường trú và có thể tiếp cận các chương trình mới California, Quận Columbia, Georgia, Hawaii, Maryland, Oregon, Virginia, Washington†</p> <p>Chọn Chuyển nơi thường trú và có thể tiếp cận các 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 bằng chứng về bảo hiểm trước đây. Hãy truy cập kp.org/specialenrollment để biết thêm thông tin.</p>	<p>Nếu quý vị chuyển nơi thường trú (chuyển chỗ ở) từ một nước khác đến Hoa Kỳ Gửi những giấy tờ sau:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Giấy tờ nhập tịch có ký tên, thẻ xanh, chứng nhận giáo dục hay visa có ghi ngày trong 60 ngày qua. <p>Nếu quý vị chuyển nơi thường trú (chuyển chỗ ở) trong phạm vi Hoa Kỳ Gửi tổng cộng ba loại giấy tờ:</p> <p>1) Một trong những bằng chứng sau đây về 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:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Hóa đơn trả phí bảo hiểm đã thanh toán cho thấy bảo hiểm trong vòng 60 ngày qua.<input type="checkbox"/> Hồ sơ quyền lợi của hãng sở cho thấy bảo hiểm trong vòng 60 ngày qua. <p>2 và 3) Trong vòng 60 ngày kể từ ngày quý vị chuyển chỗ ở: một trong những giấy tờ sau cho thấy địa chỉ trước đây của quý vị và một giấy tờ cho thấy địa chỉ hiện nay của quý vị (không dùng Hộp Thư)</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Hợp đồng thuê dài hạn hoặc thuê ngắn hạn.<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"/> Thỏa thuận vay tiền mua nhà, nếu tài liệu này cho biết chủ sở hữu sử dụng bất động sản này làm nơi ở chính.<input type="checkbox"/> Biên lai thanh toán tiền vay mua nhà hoặc tiền thuê nhà.<input type="checkbox"/> Thư từ Sở Xe 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 Temporary Assistance for Needy Families hoặc Supplemental Nutrition Assistance Program.<input type="checkbox"/> Sổ Nhận Dạng tiểu bang hợp lệ của quý vị.<input type="checkbox"/> Hóa đơn sử dụng Internet, cáp hoặc tiện ích khác (bao gồm mọi dịch vụ tiện ích công cộng như hóa đơn gas hoặc nước) hoặc bản xác nhận dịch vụ khác (bao gồm cả yêu cầu thực hiện công việc hoặc lắp đặt 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 phiếu lương có ghi địa chỉ của quý vị.<input type="checkbox"/> Phiếu đăng ký cử tri có 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.

†Tại tiểu bang này, Kaiser Permanente sẽ thu thập bằng chứng về sự kiện cuộc sống hội đủ điều kiện cho các chương trình bảo hiểm sức khỏe được mua ở thị trường.

Tên người nộp đơn chính

BƯỚC 3: Bằng chứng sự kiện cuộc sống hội đủ điều kiện của quý vị (tiếp theo)

Sự kiện cuộc sống hội đủ điều kiện

Loại bằng chứng

Chuyển nơi thường trú và có thể tiếp cận các chương trình mới (tiếp theo)

Colorado

Chọn **Chuyển nơi thường trú và có thể tiếp cận các chương trình mới**, nếu một trong những điều sau áp dụng cho quý vị:

- 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 phục vụ Kaiser Permanente, nơi chương trình sức khỏe hiện tại không có sẵn hoặc quý vị có các lựa 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.

Không cần cung cấp bằng chứng cùng với đơn xin của quý vị.

Tên người nộp đơn chính

BƯỚC 3: Bằng chứng sự kiện cuộc sống hội đủ điều kiện của quý vị (tiếp theo)

Sự kiện cuộc sống hội đủ điều kiện	Loại bằng chứng
<p><input type="checkbox"/> 8. Những thay đổi về bảo hiểm sức khỏe của hãng sở giúp quý vị đủ điều kiện nhận tín thuế phí bảo hiểm</p> <p>California, Georgia, Hawaii, Oregon, Colorado†, Quận Columbia, Maryland, Virginia, Washington†</p> <p>Quý vị phải nộp đơn thông qua thị trường bảo hiểm sức khỏe của tiểu bang quý vị</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 hãng sở đã thay đổi.</p>	<p><input type="checkbox"/> Thư từ hãng sở nêu rõ thay đổi về bảo hiểm sức khỏe thiết yếu tối thiểu và có ghi ngày xác định.</p> <p><input type="checkbox"/> Thư hoặc tài liệu khác từ hãng sở của quý vị cho biết hãng sở 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, vì vậy 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. Thị trường bảo hiểm sức khỏe của tiểu bang quý vị xác định về các trường hợp ngoại lệ</p> <p>California, Colorado†, Quận Columbia, Georgia, Hawaii, Maryland, Oregon, Virginia, Washington†</p>	<p><input type="checkbox"/> Thư hoặc thông báo từ thị trường bảo hiểm sức khỏe của tiểu bang quý vị cho biết quý vị hội đủ điều kiện với giai đoạn ghi danh đặc biệt và có ghi ngày xác định.</p>
<p><input type="checkbox"/> 10. Tư cách hội đủ điều kiện để mua chương trình bảo hiểm sức khỏe cá nhân qua thỏa thuận bồi hoàn chi phí bảo hiểm cá nhân (ICHRA) hoặc thỏa thuận bồi hoàn chi phí sức khỏe của hãng sở nhỏ đủ điều kiện (QSEHRA)</p> <p>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 bồi hoàn chi phí bảo hiểm cá nhân (individual coverage health reimbursement arrangement, ICHRA) hoặc thỏa thuận bồi hoàn chi phí sức khỏe của hãng sở nhỏ đủ điều kiện (qualified small employer health reimbursement arrangement, QSEHRA) bao gồm cả ngày cho biết khi quý vị lần đầu hội đủ điều kiện với ICHRA hoặc QSEHRA.</p>

†Tại tiểu bang này, Kaiser Permanente sẽ thu thập bằng chứng về sự kiện cuộc sống hội đủ điều kiện cho các chương trình bảo hiểm sức khỏe được mua ở thị trường.

Tên người nộp đơn chính

BƯỚC 3: Bằng chứng sự kiện cuộc sống hội đủ điều kiện của quý vị (tiếp theo)

Sự kiện cuộc sống hội đủ điều kiện	Loại bằng chứng
<input type="checkbox"/> 11. Trong gia đình xảy ra tình trạng bạo lực gia đình hoặc vợ/chồng bỏ nhà đi California, Colorado†, Quận Columbia, Georgia, Hawaii, Maryland, Oregon, Virginia, Washington†	<input type="checkbox"/> Giấy chứng nhận cho biết quý vị là nạn nhân của bạo hành gia đình hoặc vợ/chồng bỏ đi.
<input type="checkbox"/> 12. Hãng sở ngừng đóng góp hoặc chính phủ ngừng trợ cấp phí bảo hiểm COBRA California, Quận Columbia, Georgia, Hawaii, Maryland, Oregon, Virginia, Washington†	<input type="checkbox"/> Bằng chứng từ hãng sở của quý vị hoặc quản trị viên COBRA cho thấy các khoản trợ cấp đã được cung cấp và ngày các khoản trợ cấp này sẽ kết thúc.
Colorado	Không cần cung cấp bằng chứng cùng với đơn xin của quý vị.
<input type="checkbox"/> 13. Phóng thích khỏi nhà tù California, Colorado	Không cần cung cấp bằng chứng cùng với đơn xin của quý vị.
Quận Columbia, Georgia, Hawaii, Maryland, Oregon, Virginia, Washington	Nếu quý vị gần đây được phóng thích khỏi nhà tù (nhà giam), quý vị sẽ phải nộp đơn thông qua thị trường bảo hiểm sức khỏe của tiểu bang quý vị. Không cần bằng chứng.
<input type="checkbox"/> 14. Thông tin sai về việc ghi danh của quý vị trong bảo hiểm thiết yếu tối thiểu California	<input type="checkbox"/> Thông báo từ thị trường bảo hiểm sức khỏe của tiểu bang quý vị hoặc Sở Quản Lý Chăm Sóc Sức Khỏe cho biết quý vị hội đủ điều kiện với giai đoạn ghi danh đặc biệt và có ghi ngày xác định.
<input type="checkbox"/> 15. 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 cho biết ngày xác định.

†Tại tiểu bang này, Kaiser Permanente sẽ thu thập bằng chứng về sự kiện cuộc sống hội đủ điều kiện cho các chương trình bảo hiểm sức khỏe được mua ở thị trường.

Tên người nộp đơn chính

BƯỚC 3: Bằng chứng sự kiện cuộc sống hội đủ điều kiện của quý vị (tiếp theo)

Sự kiện cuộc sống hội đủ điều kiện	Loại bằng chứng
<input type="checkbox"/> 16. 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 California	<input type="checkbox"/> Xác nhận bằng văn bản, có ghi ngày, từ Sở Quản Lý Chăm Sóc Sức Khỏe 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.
Maryland	<input type="checkbox"/> Xác nhận bằng văn bản, có ghi ngày, từ phòng Quản Lý Bảo Hiểm của Maryland 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.
<input type="checkbox"/> 17. Tư cách hội 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 California	<input type="checkbox"/> Bản sao hoặc ảnh chụp màn hình số giờ lái xe của quý vị, tính theo đơn vị 15 phút.
<input type="checkbox"/> 18. Xác định của Sở Ủy Viên Bảo Hiểm về các trường hợp ngoại lệ Colorado†	<input type="checkbox"/> Thư hoặc thông báo từ Sở Ủy Viên Bảo Hiểm cho biết quý vị hội đủ điều kiện với giai đoạn ghi danh đặc biệt và có ghi ngày xác định.
<input type="checkbox"/> 19. Mất Bảo Hiểm Sức Khỏe Ngắn Hạn Colorado	Không cần cung cấp bằng chứng cùng với đơn xin của quý vị.
<input type="checkbox"/> 20. Xác nhận ban đầu của chuyên viên chăm sóc sức khỏe về thai kỳ 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 là 90 ngày kể từ thời điểm quý vị được xác nhận mang thai.
Colorado†	<input type="checkbox"/> Tài liệu từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe xác nhận quý vị mang thai lần đầu.

†Tại tiểu bang này, Kaiser Permanente sẽ thu thập bằng chứng về sự kiện cuộc sống hội đủ điều kiện cho các chương trình bảo hiểm sức khỏe được mua ở thị trường.

Tên người nộp đơn chính

BƯỚC 3: Bằng chứng sự kiện cuộc sống hội đủ điều kiện của quý vị (tiếp theo)

Sự kiện cuộc sống hội đủ điều kiện	Loại bằng chứng
<input type="checkbox"/> 21. Thay đổi về bảo hiểm sức khỏe của hãng sở khiến quý vị không đủ điều kiện nhận tín thuế phí bảo hiểm hoặc thay đổi về tư cách hội đủ điều kiện với các mức giảm mức chi phí cùng chi trả Maryland	<input type="checkbox"/> Thư từ hãng sở nêu rõ thay đổi về bảo hiểm sức khỏe thiết yếu tối thiểu và có ghi ngày xác định. <input type="checkbox"/> Thư hoặc tài liệu khác từ hãng sở của quý vị cho biết hãng sở 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, vì vậy 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.
<input type="checkbox"/> 22. Ghi Danh Dễ Dàng Trong Mùa Thuế Maryland <p>Quý vị phải nộp đơn thông qua thị trường bảo hiểm sức khỏe của tiểu bang quý vị.</p>	Thông tin tài chính của quý vị đã được Kiểm Soát Viên xác nhận và quý vị không cần gửi thêm bằng chứng.
<input type="checkbox"/> 23. Ghi Danh Dễ Dàng đối với Người Yêu Cầu Thanh Toán Bảo Hiểm Thất Nghiệp Maryland <p>Quý vị phải nộp đơn thông qua thị trường bảo hiểm sức khỏe của tiểu bang quý vị.</p>	Nếu quý vị nhận được thư từ Maryland Health Connection cho biết quý vị đủ điều kiện một cách cơ bản để nhận được bảo hiểm chăm sóc sức khỏe. Thông tin tài chính của quý vị đã được Maryland Health Connection xác nhận và quý vị không cần gửi thêm bằng chứng.
<input type="checkbox"/> 24. Sự thay đổi về tình trạng di trú California, Colorado†, Quận Columbia, Georgia, Hawaii, Maryland, Oregon, Virginia, Washington† <p>Quý vị phải nộp đơn thông qua thị trường bảo hiểm sức khỏe của tiểu bang quý vị.</p>	<input type="checkbox"/> Giấy tờ chính thức về việc thay đổi quốc tịch hoặc tình trạng di trú.

†Tại tiểu bang này, Kaiser Permanente sẽ thu thập bằng chứng về sự kiện cuộc sống hội đủ điều kiện cho các chương trình bảo hiểm sức khỏe được mua ở thị trường.

Tên người nộp đơn chính

BƯỚC 3: Bằng chứng sự kiện cuộc sống hội đủ điều kiện của quý vị (tiếp theo)

Sự kiện cuộc sống hội đủ điều kiện	Loại bằng chứng
<input type="checkbox"/> 25. Bảo hiểm cho Người Da Đỏ/Thổ Dân Alaska California, Quận Columbia, Georgia, Hawaii, Maryland, Oregon, Virginia, Washington† Quý vị phải nộp đơn thông qua thị trường bảo hiểm sức khỏe của tiểu bang quý vị.	<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.
<input type="checkbox"/> 26. Sự thay đổi về thu nhập mà 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 thị trường bảo hiểm sức khỏe của tiểu bang quý vị.	Cung cấp một trong những giấy tờ sau: Bằng chứng về 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 cho thấy bảo hiểm trong vòng 60 ngày qua. <input type="checkbox"/> Hồ sơ quyền lợi của hãng sở cho thấy 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 thị trường bảo hiểm sức khỏe của tiểu bang quý vị có ghi ngày xác định.
<input type="checkbox"/> 27. Giai Đoạn Ghi Danh Đặc Biệt (SEP) hàng tháng cho người đăng ký có thu nhập thấp California, Colorado, Quận Columbia, Georgia, Hawaii, Maryland, Virginia Quý vị phải nộp đơn thông qua thị trường bảo hiểm sức khỏe của tiểu bang quý vị.	Nếu thu nhập của quý vị dưới 150% mức nghèo khó liên bang giúp quý vị hội đủ điều kiện với một giai đoạn ghi danh đặc biệt hàng tháng thì quý vị không cần nộp bằng chứng.
Washington	Nếu thu nhập của quý vị dưới 250% mức nghèo khó liên bang, thị trường của tiểu bang quý vị sẽ xác định xem quý vị có hội đủ điều kiện cho giai đoạn ghi danh đặc biệt hàng tháng hay không, và sẽ cho quý vị biết, nếu có, loại bằng chứng nào cần nộp.

†Tại tiểu bang này, Kaiser Permanente sẽ thu thập bằng chứng về sự kiện cuộc sống hội đủ điều kiện cho các chương trình bảo hiểm sức khỏe được mua ở thị trường.

Tên người nộp đơn chính

BƯỚC 3: Bằng chứng sự kiện cuộc sống hội đủ điều kiện của quý vị (tiếp theo)

Sự kiện cuộc sống hội đủ điều kiện	Loại bằng chứng
<input type="checkbox"/> 28. Ghi Danh Thời Gian Khai Thuế Colorado	Thông tin tài chính của quý vị đã được xác thực qua việc khai thuế và Connect for Health Colorado và quý vị không cần gửi thêm bằng chứng.
<input type="checkbox"/> 29. Trả tiền phạt vì không có bảo hiểm sức khỏe California Quý vị phải nộp đơn thông qua thị trường bảo hiểm sức khỏe của tiểu bang quý vị.	Nếu quý vị thanh toán Tiền Phạt Trách Nhiệm Chia Sẻ Cá Nhân cho Sở Thuế của California trong vòng 60 ngày thì quý vị không cần nộp bằng chứng.
<input type="checkbox"/> 30. Có khả năng hội đủ điều kiện tham gia Medicaid hoặc Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe cho Trẻ Em (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 hội đủ điều kiện Maryland	<input type="checkbox"/> Thư hoặc thông báo từ Medicaid hoặc Children's Health Insurance Program (CHIP), có ghi ngày, cho biết rằng quý vị không hội đủ điều kiện để được bảo hiểm.

Nộp bằng chứng của quý vị

Quý vị đang nộp đơn bằng cách nào?

- **Nếu quý vị nộp đơn trực tuyến:** Đăng nhập tại kp.org/apply và tải lên bằng chứng của quý vị. Quý vị không cần tải mẫu đơn này lên.
- **Nếu quý vị nộp đơn qua thư hay fax:** Sử dụng thông tin trên trang này để gửi bằng chứng của quý vị và mẫu đơn này đến địa chỉ hoặc số fax bên dưới.
- **Nếu quý vị nộp đơn qua thị trường bảo hiểm sức khỏe:** Thị trường bảo hiểm sức khỏe có thể yêu cầu quý vị nộp bằng chứng.

Gửi đơn hoặc Mẫu Đơn Thay Đổi Tài Khoản và bằng chứng cùng với mẫu đơn này:

Qua thư

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 cách nộp đơn có chữ ký hoặc Mẫu Đơn Thay Đổi Tài Khoản và bằng chứng về sự kiện cuộc sống hội đủ điều kiện của quý vị, quý vị cho biết rằng sự kiện cuộc sống hội đủ điều kiện đã xảy ra. Điều quan trọng là chúng tôi nhận được bằng chứng về sự kiện cuộc sống hội đủ điều kiện của quý vị. Chúng tôi sẽ dựa vào chữ ký và bằng chứng 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 Thay Đổi Tài Khoản hoặc bất kỳ thông tin nào khác mà quý vị nộp, chúng tôi có thể thực hiện hành động pháp lý. Hành động pháp lý có thể bao gồm nhưng không giới hạn ở việc hủy bỏ bảo hiểm của quý vị có hiệu lực 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 miền tây 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, 2715 Naches Ave., 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 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 Cổng Thông Tin Than Phiền của Văn Phòng Dân Quyền tại: **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>**