KAISER PERMANENTE®

健康保險申請表

個人和家庭計劃

哪些人可以使用這份申請表？

您可以使用這份申請表來申請Kaiser Permanente for Individuals and Families (KPIF) 計劃。

- 如果您想為家人申請同樣的KPIF計劃，請為家人填寫一份申請表。家中如果有人想要加入不同的保健計劃，其必須另外填寫一份申請表。
- 您必須居住在我們的加州服務區才符合KPIF保險的入保資格。

哪些人不應使用這份申請表？

- 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，則申請人不符合新KPIF保險的申請資格。請訪問**kp.org/medicare**（英文）以瞭解您的Medicare計劃選項或申請Medicare保險。
- 請注意，健康保險輔導及倡導計劃 (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) 可為加州居民提供免費健康保險諮詢。請致電1-800-434-0222與HICAP聯絡以瞭解詳情。請參閱第13頁以找到您當地的HICAP計劃資訊。
- 如果您符合資格並且您想獲得聯邦或州財務協助來幫助您支付共付額、共保額、免賠額或保費，請勿填寫此申請表。您必須透過Covered California網站CoveredCA.com申請保險。
- 若要針對您現有的KPIF帳戶進行變更，請致電**1-800-464-4000** (TTY **711**)。

提醒事項

- 如果您在開放入保期提出申請，您的生效日期可能會依我們收到您申請的日期而異 — 如果您在12月31日之前提出申請，生效日期通常是1月1日。請盡您所能盡快將本申請表寄回，或者您可透過較便捷的方式在線上提出申請，網址為**buykp.org**（英文）。
- 如果您在特殊入保期間申請，請前往**kp.org/specialenrollment**（英文）或致電**1-800-494-5314** (TTY **711**) 獲取說明。
- 請回答所有問題，並只能用墨水筆工整填寫或打字。請在每個詞彙之間留一個空格，對於有連字號的名字則在格子中填入連字號。
- 如果您的合格生活事件是失去Kaiser Permanente保險，我們可能會審查會員資格記錄，以確認您失去保險的時間和理由。
- **為了確保您的申請能夠及時得到處理且不會遭到取消，**請將申請書的每一頁寄回，填寫完整，並附上所有必要的簽名、第一個月的付款以及合格的生活事件證明。如果有資訊，則所有欄位均為必填項。提供您的電話號碼和電子郵件將使我們在需要時更容易與您聯繫並處理您的申請。請將這些資料郵寄至：

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

  或透過安全傳真發送至：**1-855-355-5334**

  注意：支票必須透過郵件發送，不得透過傳真發送。

需要幫助嗎？

- 如需協助填寫此申請表，請致電**1-800-494-5314** (TTY **711**)。
- **我們將免費為您提供語言協助。**
- 如果您有保險經紀人，請致電向您的保險經紀尋求協助。

所有計劃均由Kaiser Foundation Health Plan, Inc.提供及承保，其地址是：One Kaiser Plaza, Oakland, CA 94612。

主要申請人

步驟1：選擇您的入保期

選擇一個選項： ☐ 開放入保**（請跳到步驟2）** ☐ 特殊入保期（請繼續填寫以下問題）

請選擇您的合格生活事件。如果您有超過一項以上的合格生活事件，請檢視您的選項，因為生效日期會隨事件而異。**還需要在10個日曆日內提供資格證明。**若需瞭解有關合格生活事件的更多信息，或者如果您在下方沒有看到您的合格生活事件，請訪問**kp.org/specialenrollment**（英文）或致電**1-800-494-5314** (TTY **711**)。

健康保險變化

- ☐ 失去最低基本健康保險（寫下最後一整天您有保險的日期）
- ☐ 透過個人保險健康還款計劃 (ICHRA) 或合格小型雇主健康還款計劃 (QSEHRA) 購買個人保健計劃的資格
- ☐ 雇主繳納或政府補貼COBRA保費停止
- ☐ 關於您入保最低基本保險的錯誤資訊
- ☐ 醫療服務提供者網絡變更
- ☐ 基於應用程式運作的交通或配送網絡公司健康照護津貼的資格

家庭狀況變更

- ☐ 透過婚姻或同居關係取得或成為受撫養人
- ☐ 因子女出生、收養，或被安排進行收養或寄養而取得或成為受撫養人

  註：在這種情況下，您還需要在以下兩種生效日期選項中選擇其一：

  - ☐ 出生日期、領養日期，或被安排進行領養或寄養的日期
  - ☐ 我們收到申請後的下個月的第一天
- ☐ 子女撫養令或其他針對受撫養人的法院裁定

  註：在這種情況下，您還需要在以下兩種生效日期選項中選擇其一：

  - ☐ 子女撫養令或其他針對受撫養人所頒布之法院裁定的日期
  - ☐ 法院裁定日期之後下一個月的第一天
- ☐ 在家庭內部發生的家庭暴力或配偶遺棄
- ☐ 因離婚、解除同居伴侶關係或法定分居而失去受撫養人
- ☐ 投保人或受撫養人死亡

居住地變更

- ☐ 在美國境內永久搬遷並可使用新計劃
- ☐ 從其他國家永久性遷居至美國

  註：請勾選以下其中一個方框：

  - ☐ 美國公民／永久居民
  - ☐ 非美國公民

其他合格生活事件

- ☐ Covered California對特殊情況的認定
- ☐ 證明某項合資格計劃在涉及投保人的方面實質性地違反了其合約的一項重要條款
- ☐ 監禁獲釋

請註明合格生活事件的日期。☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐ （月月／日日／年年年年）

主要申請人

步驟2：選擇您的保健計劃

請選擇一項保健計劃。如有任何家人要申請其他保健計劃，請針對每項計劃提交一份單獨的申請表。若要避免支付2份計劃或要避免保險發生中斷，請在其新保險開始生效之日前取消任何其他保險。入保一項新計劃並不會自動取消任何現有保險。

Bronze

- ☐ Kaiser Permanente – Bronze 60 HDHP HMO
- ☐ Kaiser Permanente – Bronze 60 HMO
- ☐ Kaiser Permanente – Bronze 60 HMO 8200/0% PCP

Silver

- ☐ Kaiser Permanente – Silver 70 HMO Off Exchange
- ☐ Kaiser Permanente – Silver 70 HMO 2850/50 PCP
- ☐ Kaiser Permanente – Silver 70 HDHP HMO 4000/25% PCP

Gold

- ☐ Kaiser Permanente – Gold 80 HMO Coinsurance
- ☐ Kaiser Permanente – Gold 80 HMO
- ☐ Kaiser Permanente – Gold 80 HMO 0/30 PCP
- ☐ Kaiser Permanente – Gold 80 HMO 750/35 PCP
- ☐ Kaiser Permanente – Gold 80 HDHP HMO 2500/15% PCP

Platinum

- ☐ Kaiser Permanente – Platinum 90 HMO

對於30歲以下或有困難豁免的申請人

基本保險計劃適用於生效日期當日未滿30歲的申請人，或者提供豁免證明，證實其有經濟困難或缺乏可負擔保險的申請人。**如果您已年滿30歲以上且您未提供豁免證明，我們將不會受理您的申請。**前往**CoveredCA.com/exemptions**（英文）以及按照說明查看您是否符合資格。

- ☐ Kaiser Permanente – Minimum Coverage HMO

如需有關健康和牙科福利及限制、成本分擔額還有保費的資訊，請檢閱入保資料中的詳細資訊。如欲索取特定計劃的《聯合會員協議修訂、承保範圍說明書與披露表》(*Combined Membership Agreement, Evidence of Coverage, and Disclosure Form*) 副本，請前往**kp.org/plandocuments**（英文），致電**1-800-464-4000** (TTY **711**)，或與您的經紀人聯絡。

步驟3：選擇可選成人牙科計劃

您的保健計劃涵蓋了兒童成員的牙科保險，直至該成員年滿19歲的當月月底。Kaiser Permanente為成人提供可選牙科保險計劃，該計劃涵蓋了兒童牙科服務資格已經結束的個人。此項可選保險需另外收費。我們的可選成人牙科保險是由Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (KFHP) 的子公司Kaiser Permanente Insurance Company (KPIC) 承銷，並由全國規模最大且最有經驗的牙科福利提供者之一Delta Dental of California管理。請參閱牙科福利承保摘要 (SDBC) 披露表，以獲取KPIC牙科計劃的詳細資訊，網址**kp.org/kpic-dental**（英文）。

為保障您的權益，根據加州法律規定，本表格必須載明以下內容：
任何人若明知故犯地提供虛假或欺詐性資訊，以取得或變更保險承保，或為索賠損失而提出索賠，即屬犯罪，並可能面臨罰款及州立監獄監禁。

請選擇下列其中一個選項。

- ☐ 可以。本人想要申請入保提供給本人作為保健計劃保險補充選項的KPIC牙科保險計劃。KPIC牙科保險計劃是由Kaiser Foundation Health Plan, Inc.的子公司Kaiser Permanente Insurance Company承銷。在入保後，本人瞭解，若要取消牙科保險，則本人的保健計劃保險也必須一併取消，除非本人是在開放入保期或特殊入保期申請取消。
- ☐ 否。我對可選牙科保險不感興趣。

主要申請人

步驟4：輸入您的資訊（如有，所有欄位均為必填項）

主要申請人 如果是個人計劃，主要申請人是保健計劃將會承保的人。在家庭計劃中，主要申請人是保健計劃中有權針對帳戶進行變更的家庭成員。如果為18歲以下的未成年人申請，該未成年人即為主要申請人。

名字　中間名縮寫　出生日期（月月／日日／年年年年）

姓氏

原醫療記錄編號（若有）　州（若有）　性別：☐ 男性 ☐ 女性 ☐ 拒絕透露　社會安全號碼（若有）

街道地址（不可填寫郵政信箱）

城市

州　郵遞區號　縣　主要電話（手機，若有）

電子郵件地址

郵寄地址　☐ 如與家庭住址相同，請勾選此處

城市

州　郵遞區號

慣用口頭語言（若非英語）　慣用閱讀語言（若非英語）

主要申請人是否使用健康還款計劃(health reimbursement arrangement，HRA)購買此計劃？ ☐ 是
如果回答是，何種類別： ☐ ICHRA ☐ QSEHRA

根據個人保險健康還款計劃(ICHRA)或合格小型雇主健康還款計劃(QSEHRA)，您的雇主將建立並資助一個帳戶，以幫助您支付每月的個人計劃保費和自付費用，作為傳統團體健康保險的替代方案。

使用雇主的HRA來幫助支付保費和自付費用不會改變您獲得Kaiser Permanente個人和家庭計劃的資格。

主要申請人

父母或法定監護人

如果主要申請人是未滿18歲的兒童，則請填寫此部分。
父母或法定監護人必須年滿18歲或18歲以上。

名字　　中間名縮寫　　出生日期（月月／日日／年年年年）

姓氏

性別：
☐ 男性 ☐ 女性 ☐ 拒絕透露

社會安全號碼（若有）

慣用口頭語言（若非英語）

慣用閱讀語言（若非英語）

需要入保的配偶／同居伴侶

同居伴侶是指在加州登記且經加州法律認可具備您同居伴侶身分的人士。

名字　　中間名縮寫　　請選擇一項：
☐ 配偶 ☐ 同居伴侶

姓氏

出生日期（月月／日日／年年年年）

原醫療記錄編號（若有）　　州（若有）

性別：
☐ 男性 ☐ 女性 ☐ 拒絕透露

社會安全號碼（若有）

主要電話（手機，若有）

電子郵件地址

主要申請人

需要入保的父母／繼父母

如果您要承保的父母/繼父母超過2位，請填寫本頁的影本，連同申請表一起提交。

1 名字　　中間名縮寫　　出生日期（月月／日日／年年年年）

姓氏

原醫療記錄編號（若有）　　州（若有）　　性別：
☐ 男性 ☐ 女性
☐ 拒絕透露

社會安全號碼（若有）

主要電話（手機，若有）

電子郵件地址

---

2 名字　　中間名縮寫　　出生日期（月月／日日／年年年年）

姓氏

原醫療記錄編號（若有）　　州（若有）　　性別：
☐ 男性 ☐ 女性
☐ 拒絕透露

社會安全號碼（若有）

主要電話（手機，若有）

電子郵件地址

主要申請人

需要入保的受撫養人

如果您要承保的受撫養人超過3位，請填寫本頁的影本，連同申請表一起提交。僅為18歲及以上的受撫養人提供電話和電子郵件。

1 名字　中間名縮寫　出生日期（月月／日日／年年年年）

姓氏

原醫療記錄編號（若有）　州（若有）　性別：☐ 男性 ☐ 女性 ☐ 拒絕透露　社會安全號碼（若有）

與主要申請人的關係　主要電話（手機，若有）

電子郵件地址

2 名字　中間名縮寫　出生日期（月月／日日／年年年年）

姓氏

原醫療記錄編號（若有）　州（若有）　性別：☐ 男性 ☐ 女性 ☐ 拒絕透露　社會安全號碼（若有）

與主要申請人的關係　主要電話（手機，若有）

電子郵件地址

3 名字　中間名縮寫　出生日期（月月／日日／年年年年）

姓氏

原醫療記錄編號（若有）　州（若有）　性別：☐ 男性 ☐ 女性 ☐ 拒絕透露　社會安全號碼（若有）

與主要申請人的關係　主要電話（手機，若有）

電子郵件地址

主要申請人

步驟5：選擇授權代表（若有）

您可以授予許可給您信任的朋友或親戚，以讓其與我們討論與此申請相關的事項、查看您的資訊或代您處理純與此申請相關的事宜。此人稱為授權代表。

名字

中間名縮寫

姓氏

主要電話（手機，若有）

您的簽名表示您指定該人士作為您的法定代理人，代您取得本申請表上的正式資訊，並且代表您處理與本申請表相關事項。

X

日期（月月／日日／年年年年）

主要申請人（未滿18歲的兒童由父母或法定監護人代簽）

步驟6：簽署申請協議

重要事項：所有18歲及以上的申請人、父母/繼父母和受撫養人必須閱讀以下內容並在下方簽名及註明日期。如果主要申請人是未滿18歲的兒童，則必須由其父母或法定監護人簽名。簽名即代表父母或法定監護人同意負責為本申請表中所列的所有申請人支付所有保費、共付額、共保額及免賠額。經您簽名的協議副本與正本具有相同效力。如果沒有簽名，我們將會取消申請。如有超過2名以上年滿18歲及18歲以上的父母／繼父母和／或受撫養人需要簽名，請附上包含其他簽名的本頁副本。若要符合KPIF保險的入保資格，您以及您為其提出申請的任何受撫養人不得有權享有Medicare A部分也不得已入保Medicare B部分。

- 本人確認列在本表格的申請人，沒有人是有權享有Medicare A部分或已經入保Medicare B部分的。
- 我知道Kaiser Foundation Health Plan, Inc.會仰賴本帳戶變更表的資訊。如果發現任何資訊虛假或蓄意不實，Kaiser Foundation Health Plan, Inc.可能會將承保回溯終止到承保生效日期。
- 如果我與經紀人合作，我允許Kaiser Permanente與他們分享本申請表內列出的入保或退保資訊。本人瞭解，保險經紀人或Kaiser Permanente代表可能會因為其協助本人處理此申請而獲得Kaiser Permanente所提供的財務和／或非財務報酬。
- 提供我的電子郵件地址和電話號碼即表示我瞭解我可能會收到來自Kaiser Permanente的電子郵件和／或語音／簡訊通信。如需瞭解更多資訊，請瀏覽**healthy.kaiserpermanente.org/termsconditions**（英文）。

X

日期（月月／日日／年年年年）

主要申請人（未滿18歲的兒童由父母或法定監護人代簽）

X

日期（月月／日日／年年年年）

配偶／同居伴侶

X

日期（月月／日日／年年年年）

父母／繼父母

X

日期（月月／日日／年年年年）

父母／繼父母

X

日期（月月／日日／年年年年）

受撫養人（年滿18歲以上）

X

日期（月月／日日／年年年年）

受撫養人（年滿18歲以上）

主要申請人

步驟7：簽署Kaiser Foundation Health Plan, Inc.仲裁協議

本人瞭解（小額索賠法庭案件、受Medicare上訴程序或員工退休及收入保障法令 (ERISA) 索賠程序規定約束的索賠，以及根據適用法律不受具約束力的仲裁約束之任何其他索賠除外），若本人、本人的繼承人、親屬或其他相關當事方與Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (KFHP)、任何合約保健業者、行政管理人員或其他相關當事方之間因任何違反職責的指控而發生任何爭議，且該指控是起因於或有關於KFHP會員資格，則不論法律理論為何，此等爭議皆必須依據加州法律透過具約束力的仲裁解決，而不透過法律訴訟或訴諸法庭程序解決，但適用法律規定仲裁程序必須經過司法審查的情況不在此限。上述爭議包括針對誤診或醫院醫療失當（在不必要、未經授權、不當、有疏失或能力不足的情況下所提供之醫療服務的索賠）、場地責任，以及與服務或用品承保範圍或提供有關之事宜所提出的任何索賠。本人同意放棄要求陪審團審判的權利，並同意使用具約束力的仲裁。本人瞭解，《聯合會員協議、承保範圍說明書與披露表》(*Combined Membership Agreement, Evidence of Coverage, and Disclosure Form)*包含完整的仲裁規定。

X _____ 日期（月月／日日／年年年年） __ __ / __ __ / __ __ __ __

主要申請人（未滿18歲的兒童由父母或法定監護人代簽）

X _____ 日期（月月／日日／年年年年） __ __ / __ __ / __ __ __ __

配偶／同居伴侶

X _____ 日期（月月／日日／年年年年） __ __ / __ __ / __ __ __ __

父母／繼父母

X _____ 日期（月月／日日／年年年年） __ __ / __ __ / __ __ __ __

父母／繼父母

X _____ 日期（月月／日日／年年年年） __ __ / __ __ / __ __ __ __

受撫養人（年滿18歲以上）

X _____ 日期（月月／日日／年年年年） __ __ / __ __ / __ __ __ __

受撫養人（年滿18歲以上）

經您簽名的協議副本與正本具有相同效力。如果沒有簽名，我們將會取消申請。如有超過2名以上年滿18歲及18歲以上的父母／繼父母和／或受撫養人需要簽名，請附上包含其他簽名的本頁副本。

主要申請人

步驟8：填寫第一個月保費支付詳情

付款資訊

付款人的名字　　中間名縮寫

付款人的姓氏

地址

城市

州　　郵遞區號

付款方式（請選擇一項）　☐ 電子轉帳　☐ 支票　☐ 匯票　☐ 信用卡　☐ 借記卡

如果是電子轉帳，請選擇帳戶類型：　☐ 支票帳戶　☐ 儲蓄帳戶

本人授權Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (KFHP) 及指定金融機構接受由本人支票帳戶或儲蓄帳戶針對第一個月付款金額所轉出的該筆款項。

銀行名稱

匯款路徑代碼　　帳戶號

帳戶持有人名字　　中間名縮寫

帳戶持有人姓氏

X　　日期（月月／日日／年年年年）　　/　/

帳戶持有人簽名

如使用支票或匯票

請在支票上註明主要申請人的姓名。請將款項連同您的申請表郵寄至第1頁所列的地址。

欲使用信用卡或借記卡付款，請填寫以下部分。

持卡人名字（如卡上所示）　　中間名縮寫

持卡人姓氏（如卡上所示）

卡號　　到期日期（月/年）　　/

X　　日期（月月／日日／年年年年）　　/　/

持卡人簽名

主要申請人

每月自動付款（選擇性）

若要取消或更新自動付款資訊，請瀏覽**kp.org/payonline**（英文）或致電**1-888-236-4490** (TTY **711**) 與會員服務聯絡中心聯絡。

您要註冊每月自動付款嗎？

☐ 是
- ☐ 我想在此處輸入新的付款方式。（請填寫此頁。）
- ☐ 請使用與我支付第一個月款項相同的付款方式。（請跳過此頁。）

☐ 否，我不想使用每月自動付款。（請跳過此頁。）

付款人的名字　　中間名縮寫

付款人的姓氏

帳單地址：

城市

州　　郵遞區號

自動付款選項（請選擇一項）　☐ 電子轉帳　☐ 信用卡（不得使用金融簽帳卡）

如果是電子轉帳，請選擇帳戶類型：　☐ 支票帳戶　☐ 儲蓄帳戶

本人授權Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (KFHP) 及指定金融機構接受來自本人支票帳戶或儲蓄帳戶的轉帳。

銀行名稱

匯款路徑代碼　　帳戶號

帳戶持有人名字　　中間名縮寫

帳戶持有人姓氏

X　　日期（月月／日日／年年年年）　/ /

帳戶持有人簽名

如欲使用信用卡付款，請填寫以下部分。

持卡人名字（如卡上所示）　　中間名縮寫

持卡人姓氏（如卡上所示）

卡號　　到期日期（月/年）　/

X　　日期（月月／日日／年年年年）　/ /

持卡人簽名

主要申請人

使用保險經紀人或Kaiser Permanente代表的申請人

如果保險經紀人或Kaiser Permanente代表（員工）曾協助您決定入保何項計劃或曾協助您填寫申請表，請務必請其填寫此頁。

保險經紀人可能可因為您購買本保險而獲得Kaiser Permanente所提供的現金報酬或其他津貼。

我們的標準報酬是每位會員每月$14，外加可能的獎金。請瀏覽**kp.org/brokercompensation**（英文）瞭解更多資訊。

註：無論您是否使用保險經紀人或Kaiser Permanente代表，保費均是相同的。

本申請表在您填寫后，此部分應由您的經紀人或代表填寫：

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)

Primary 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

Broker or Kaiser Permanente representative

Date (mm/dd/yyyy)

加州縣郡當地HICAP辦事處

Alameda縣
333 Hegenberger Road, Suite 850
Oakland, CA 94621
510-839-0393

Alpine、Amador、Calaveras、Mariposa和Tuolumne縣
19074 Standard Road, Suite A
Sonora, CA 95370
209-532-6272 ext. 226

Butte、Colusa、Glenn、Plumas和Tehama縣
25 Main Street, Room 202
Chico, CA 95929-0799
530-898-6716

Contra Costa縣
400 Ellinwood Way
Pleasant Hill, CA 94523
從Contra Costa縣內固定電話撥打：
1-800-510-2020
州外：925-655-1393

Del Norte縣
1765 Northcrest Drive
Crescent City, CA 95531
707-464-7876

El Dorado、Nevada、Placer、Sacramento、San Joaquin、Sierra、Sutter、Yolo和Yuba縣
505 12th Street
Sacramento, CA 95814
1-800-434-0222
916-376-8915

Fresno和Madera縣
5363 N. Fresno Street
Fresno, CA 93710
559-224-9117

Humboldt縣
333 J Street
Eureka, CA 95501
707-444-3000

Imperial和San Diego縣
5151 Murphy Canyon Road, Suite 110
San Diego, CA 92123
Imperial: 760-353-0223
San Diego: 858-565-8772

Inyo、Mono、Riverside和San Bernardino縣
Council on Aging Southern California
2280 Market Street, Suite 140
Riverside, CA 92501
92501-92501-92501

Kern縣
5357 Truxtun Ave.
Bakersfield, CA 93301
661-868-1000

Kings和Tulare縣
3350 W. Mineral King
Visalia, CA 93291
559-713-2875
1-800-434-0222

Lake、Marin、Mendocino、Napa、Solano和Sonoma縣
1129 Industrial Ave., Suite 201
Petaluma, CA 94954
1-800-434-0222
707-526-4108

Lassen、Modoc、Shasta、Siskiyou和Trinity縣
1647 Hartnell Ave., Suite 8
Redding, CA 96002
530-223-0999

Los Angeles縣
4601 Wilshire Blvd., Suite 160
Los Angeles, CA 90010
213-383-4519
L.A. 縣內：1-800-824-0780

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

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

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

San Benito和Santa Cruz縣
3333 Soquel Drive, Suite A
Soquel, CA 95073
831-462-5510

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

San Luis Obispo和Santa Barbara縣
528 South Broadway
Santa Maria, CA 93454
805-928-5663

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

Santa Clara縣
3100 De La Cruz Blvd., Suite 310
San Jose, CA 95054
408-350-3200，選項2

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

Ventura縣
4651 Telephone Road
Ventura, CA 93003
805-477-7310

反歧视声明

在本文件中，“我们”或“我们的”是指Kaiser Permanente（Kaiser Foundation Health Plan, Inc、Kaiser Foundation Hospitals、The Permanente Medical Group, Inc.及Southern California Medical Group）。本通知可在我们的网站**kp.org**上查阅。

歧视是违反法律的行为。我们遵守州和联邦的民权法律。

我们不会因年龄、人种、族群认同、肤色、原国籍、文化背景、血统、宗教、生理性别、社会性别、性别认同、性别表现、性取向、婚姻状况、身体或精神障碍、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歧视、排斥或区别对待任何人。

Kaiser Permanente会及时提供以下服务：

- 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（盲文版、大字版、音频版、通用电子格式和其它格式）
- 为主要语言非英语的人士提供免费语言服务，例如：
  - ♦ 合格的口译员
  - ♦ 其他语言的书面信息

如果您需要上述服务，请拨打下方的电话号码联系会员服务部。此电话为免费。会员服务部于重要节假日休息。

- 联邦医疗保险计划 (Medicare)，包括双重资格特殊需求计划 (Dual Eligible Special Needs Plan, D-SNP)：**1-800-443-0815** (TTY **711**)，每周7天，上午8:00至晚上8:00。
- 加州医疗保健辅助计划：**1-855-839-7613** (TTY **711**)，每周7天，每天24小时。
- 所有其他计划：**1-800-757-7585** (TTY **711**)，每周7天，每天24小时。

我们可以根据要求为您提供本文件的盲文版、大字版、音频版或电子格式。如需获取这些替代格式或其他格式的复本，请致电我们的会员服务部并索取您需要的格式。

如何向Kaiser Permanente提出投诉

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，您可以向我们提出歧视投诉。您可以通过电话、邮件、亲自提交或在线等方式提出投诉。详情请参阅《承保范围说明书》(Evidence of Coverage) 或*Certificate of Insurance*（保险证明）。您可致电会员服务部，进一步了解适用于您的选项，或寻求帮助提交投诉。您可以通过以下方式提出歧视投诉：

- **电话：**致电我们的会员服务部。电话号码列于上方。
- **邮寄：**从**kp.org**下载表格，或致电会员服务部，请他们寄一份表格给您，以供您填写后寄回。
- **亲自提交：**在计划设施内的会员服务办公室填写抱怨表或福利索赔／申请表（请在**kp.org/facilities**上的保健业者名录中查找设施地址）

- **在线提交：**使用我们网站**kp.org**上的在线表格

您也可以通过以下地址直接联系Kaiser Permanente民权协调员：

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

如何向加州保健服务部民权办公室提出投诉*（仅适用于加州医疗保健辅助计划受益人）*

您也可以通过书面方式、电话或电邮向加州保健服务部民权办公室提出民权抱怨：

- **电话：**拨打**916-440-7370** (TTY **711**) 联系加州保健服务部 (Department of Health Care Services, DHCS) 民权办公室
- **邮寄：**填写抱怨表或寄信到以下地址：

  Office of Civil Rights
  Department of Health Care Services
  P.O. Box 997413, MS 0009
  Sacramento, CA 95899-7413

  您可在下列网站找到加州保健服务部民权办公室的投诉表：
  http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

- **在线：**发送电邮至CivilRights@dhcs.ca.gov

如何向美国健康与民众服务部民权办公室提出投诉

您可以向美国健康与民众服务部民权办公室提出歧视抱怨。您可以通过书面、电话或在线等方式提出抱怨：

- **电话：**拨打**1-800-368-1019**（TTY **711**或**1-800-537-7697**）
- **邮寄：**填写抱怨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

  您可在下列网站找到美国健康与民众服务部民权办公室抱怨表：
  https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html

- **在线：**请访问**民权办公室投诉门户网站：**
  https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf

Nondiscrimination Notice

In this document, “we”, “us”, or “our” means Kaiser Permanente (Kaiser Foundation Health Plan, Inc, Kaiser Foundation Hospitals, The Permanente Medical Group, Inc., and the Southern California Medical Group). This notice is available on our website at **kp.org**.

Discrimination is against the law. We follow state and federal civil rights laws.

We do not discriminate, exclude people, or treat them differently because of age, race, ethnic group identification, color, national origin, cultural background, ancestry, religion, sex, gender, gender identity, gender expression, sexual orientation, marital status, physical or mental disability, medical condition, source of payment, genetic information, citizenship, primary language, or immigration status.

Kaiser Permanente provides the following services in a timely manner:

- No-cost aids and services to people with disabilities to help them communicate better with us, such as:
  - Qualified sign language interpreters
  - Written information in other formats (braille, large print, audio, accessible electronic formats, and other formats)
- No-cost language services to people whose primary language is not English, such as:
  - Qualified interpreters
  - Information written in other languages

If you need these services, call our Member Services department at the numbers below. The call is free. Member services is closed on major holidays.

- Medicare, including D-SNP: **1-800-443-0815** (TTY **711**), 8 a.m. to 8 p.m., 7 days a week.
- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY **711**), 24 hours a day, 7 days a week.
- All others: **1-800-464-4000** (TTY **711**), 24 hours a day, 7 days a week.

Upon request, this document can be made available to you in braille, large print, audio, or electronic formats. To obtain a copy in one of these alternative formats, or another format, call our Member Services department and ask for the format you need.

How to file a grievance with Kaiser Permanente

You can file a discrimination grievance with us if you believe we have failed to provide these services or unlawfully discriminated in another way. You can file a grievance by phone, by mail, in person, or online. Please refer to your *Evidence of Coverage or Certificate of Insurance* for details. You can call Member Services for more information on the options that apply to you, or for help filing a grievance. You may file a discrimination grievance in the following ways:

- **By phone:** Call our Member Services department. Phone numbers are listed above.
- **By mail:** Download a form at **kp.org** or call Member Services and ask them to send you a form that you can send back.
- **In person:** Fill out a Complaint or Benefit Claim/Request form at a member services office located at a Plan Facility (go to your provider directory at **kp.org/facilities** for addresses)

- **Online:** Use the online form on our website at **kp.org**

You may also contact the Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator directly at the addresses below:

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

How to file a grievance with the California Department of Health Care Services Office for Civil Rights *(For Medi-Cal Beneficiaries Only)*

You can also file a civil rights complaint with the California Department of Health Care Services Office for Civil Rights in writing, by phone or by email:

- **By phone:** Call DHCS Office of Civil Rights at **916-440-7370** (TTY **711**)
- **By mail:** Fill out a complaint form or send a letter to:

  Office of Civil Rights
  Department of Health Care Services
  P.O. Box 997413, MS 0009
  Sacramento, CA 95899-7413

  California Department of Health Care Services Office for Civil Rights Complaint forms are available at: http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

- **Online:** Send an email to CivilRights@dhcs.ca.gov

How to file a grievance with the U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights

You can file a discrimination complaint with the U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights. You can file your complaint in writing, by phone, or online:

- **By phone:** Call **1-800-368-1019** (TTY **711** or **1-800-537-7697**)
- **By mail:** Fill out a complaint form or send a letter to:

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

  U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights Complaint forms are available at: https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html

- **Online:** Visit the **Office for Civil Rights Complaint Portal at: https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf**

此頁特意留白。

此頁特意留白。