KAISER PERMANENTE®

Đơn đăng ký tham gia bảo hiểm sức khỏe

Các Chương Trình dành cho Cá Nhân và Gia Đình

Ai có thể sử dụng đơn đăng ký này?

Quý vị có thể sử dụng đơn đăng ký này để đăng ký tham gia chương trình Kaiser Permanente for Individuals and Families (KPIF).

- Nếu quý vị muốn tham gia bảo hiểm dành cho gia đình trong cùng chương trình KPIF, vui lòng điền thông tin vào một đơn đăng ký dành cho gia đình. Nếu người nào đó trong gia đình quý vị muốn một chương trình bảo hiểm sức khỏe khác, họ phải hoàn tất một đơn đăng ký riêng.
- Để đủ điều kiện đăng ký bảo hiểm KPIF, quý vị phải sống trong khu vực dịch vụ của chúng tôi tại California.

Ai không nên sử dụng đơn đăng ký này?

- Nếu quý vị hoặc bất cứ người phụ thuộc nào mà quý vị nộp đơn đăng ký được hưởng Medicare Phần A hoặc được ghi danh vào Medicare Phần B, người nộp đơn đó không đủ điều kiện được đăng ký bảo hiểm KPIF mới. Vui lòng truy cập **kp.org/medicare** (bằng tiếng Anh) để tìm hiểu thêm về các lựa chọn chương trình Medicare của quý vị hoặc để nộp đơn đăng ký tham gia bảo hiểm Medicare.
- Xin lưu ý rằng Chương Trình Tư Vấn và Hỗ Trợ về Bảo Hiểm Y Tế (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) cung cấp dịch vụ tư vấn bảo hiểm y tế miễn phí cho cư dân California. Vui lòng gọi cho HICAP theo số 1-800-434-0222 để tìm hiểu thêm. Xem trang 13 để tìm thông tin về chương trình HICAP tại địa phương của quý vị.
- Nếu quý vị đủ tiêu chuẩn và muốn được nhận trợ cấp tài chính liên bang hoặc tiểu bang để giúp chi trả tiền đồng trả, tiền đồng bảo hiểm, tiền khấu trừ hoặc phí bảo hiểm, xin đừng hoàn tất đơn đăng ký này. Quý vị phải nộp đơn đăng ký bảo hiểm thông qua Covered California trên trang CoveredCA.com.
- Để thay đổi tài khoản KPIF hiện có, hãy gọi **1-800-464-4000** (TTY **711**).

Những điều cần nhớ

- Nếu quý vị đang nộp đơn đăng ký trong giai đoạn ghi danh mở, ngày chúng tôi nhận được đơn đăng ký của quý vị có thể thay đổi ngày có hiệu lực – đó thường sẽ là ngày 1 tháng 1 nếu quý vị đăng ký chậm nhất vào ngày 31 tháng 12. Vui lòng gửi lại đơn đăng ký này trong thời gian sớm nhất có thể – hoặc quý vị có thể nộp đơn đăng ký trực tuyến nhanh hơn trên trang **buykp.org** (bằng tiếng Anh).
- Nếu quý vị đang nộp đơn đăng ký trong giai đoạn ghi danh đặc biệt, hãy truy cập **kp.org/specialenrollment** (bằng tiếng Anh) hoặc gọi số **1-800-494-5314** (TTY **711**) để biết hướng dẫn.
- Vui lòng trả lời tất cả các câu hỏi và chỉ đánh máy hoặc viết bằng mực. Để một ô trống ở giữa các từ và đặt dấu gạch ngang vào ô cho các tên được gạch nối.
- Nếu sự kiện đủ tiêu chuẩn trong cuộc đời quý vị là mất bảo hiểm Kaiser Permanente, chúng tôi có thể xem xét hồ sơ hội viên của quý vị để kiểm tra xem khi nào và tại sao quý vị mất bảo hiểm.
- **Để đảm bảo đơn đăng ký của quý vị được xử lý kịp thời và không bị hủy,** vui lòng gửi lại mọi trang của đơn đăng ký đã được điền đầy đủ thông tin, trong đó có tất cả các chữ ký được yêu cầu, khoản thanh toán của tháng đầu tiên và bằng chứng về sự kiện đủ tiêu chuẩn trong cuộc đời quý vị. Bắt buộc điền vào tất cả các trường nếu có thông tin. Việc quý vị cung cấp số điện thoại và email sẽ giúp chúng tôi dễ dàng liên hệ hơn để xử lý đơn đăng ký của quý vị, nếu cần. Hãy gửi các tài liệu này qua đường bưu điện tới:

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

  Hoặc gửi qua fax bảo mật đến: **1-855-355-5334**

  Lưu ý: Quý vị phải gửi séc qua đường bưu điện, không gửi được qua fax.

Quý vị cần trợ giúp?

- Để được trợ giúp hoàn thành đơn đăng ký này, vui lòng gọi số **1-800-494-5314** (TTY **711**).
- **Chúng tôi sẽ cung cấp dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cho quý vị.**
- Nếu quý vị đang làm việc với bên môi giới, vui lòng liên hệ với họ để được hỗ trợ.

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

Người nộp đơn chính

BƯỚC 1: Chọn giai đoạn ghi danh của quý vị

Chọn một tùy chọn: ☐ Giai đoạn ghi danh mở **(chuyển đến Bước 2)** ☐ Giai đoạn ghi danh đặc biệt (tiếp tục bên dưới)

Chọn sự kiện đủ tiêu chuẩn trong cuộc đời quý vị. Nếu quý vị có nhiều sự kiện, hãy xem xét các lựa chọn của mình vì ngày hiệu lực thay đổi theo sự kiện. **Quý vị cũng cần phải có giấy tờ chứng minh tư cách đủ điều kiện trong vòng 10 ngày theo lịch.** Truy cập **kp.org/specialenrollment** (bằng tiếng Anh) hoặc gọi số **1-800-494-5314** (TTY **711**) để biết thêm thông tin về các sự kiện đủ tiêu chuẩn trong cuộc đời hoặc nếu quý vị không thấy sự kiện đủ tiêu chuẩn trong cuộc đời mình bên dưới.

Thay đổi trong bảo hiểm sức khỏe

- ☐ Mất bảo hiểm sức khỏe thiết yếu tối thiểu (ghi rõ ngày cuối cùng quý vị còn được đài thọ toàn bộ)
- ☐ 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 (ICHRA) hoặc thỏa thuận hoàn trả chi phí về sức khỏe của chủ sử dụng lao động nhỏ đủ điều kiện (QSEHRA)
- ☐ Chủ hãng ngừng đóng góp hoặc chính phủ ngừng trợ cấp phí bảo hiểm COBRA
- ☐ Thông tin sai lệch về quá trình quý vị ghi danh tham gia bảo hiểm thiết yếu tối thiểu
- ☐ Thay đổi mạng lưới nhà cung cấp
- ☐ Tư cách đủ điều kiện hưởng trợ cấp chăm sóc sức khỏe của công ty thuộc mạng lưới giao hàng hoặc vận chuyển hoạt động dựa trên ứng dụng

Thay đổi trong hộ gia đình

- ☐ Có thêm hoặc trở thành người phụ thuộc thông qua hôn nhân hoặc mối quan hệ bạn đời sống chung
- ☐ Có thêm hoặc trở thành người phụ thuộc thông qua việc sinh con, nhận con nuôi hoặc được nhận làm con nuôi hay chăm sóc nuôi dưỡng

  Lưu ý: Trong trường hợp này, quý vị cũng cần phải chọn giữa 2 tùy chọn ngày hiệu lực:

  - ☐ Ngày sinh con, nhận con nuôi hoặc được nhận làm con nuôi hay chăm sóc nuôi dưỡng
  - ☐ Ngày đầu tiên của tháng sau khi chúng tôi nhận được đơn đăng ký
- ☐ Lệnh cấp dưỡng nuôi con hoặc lệnh khác của tòa án để bảo trợ người phụ thuộc

  Lưu ý: Trong trường hợp này, quý vị cũng cần phải chọn giữa 2 tùy chọn ngày hiệu lực:

  - ☐ Ngày ban hành lệnh cấp dưỡng nuôi con hoặc lệnh khác của tòa án để bảo trợ người phụ thuộc
  - ☐ Ngày đầu tiên của tháng tiếp theo kể từ ngày ban hành lệnh của tòa án
- ☐ Xuất hiện tình trạng bạo lực gia đình hoặc có vợ/chồng bỏ đi trong một gia đình
- ☐ Mất tư cách người phụ thuộc do ly hôn, hủy quan hệ bạn đời sống chung hoặc ly thân hợp pháp
- ☐ Người đăng ký hoặc người phụ thuộc qua đời

Thay đổi nơi cư trú

- ☐ Chuyển nơi thường trú đến nơi có thể tiếp cận các chương trình mới (di chuyển)
- ☐ Chuyển nơi thường trú từ Hoa Kỳ đến một quốc gia khác

  Lưu ý: Vui lòng đánh dấu vào một trong các ô sau đây:

  - ☐ Công dân/cư dân thường trú Hoa Kỳ
  - ☐ Không phải công dân Hoa Kỳ

Các sự kiện đủ tiêu chuẩn khác trong cuộc đời

- ☐ Quyết định của Covered California về những trường hợp ngoại lệ
- ☐ Chứng minh được rằng chương trình đủ tiêu chuẩn đã vi phạm một điều khoản quan trọng trong hợp đồng của chương trình liên quan đến người ghi danh
- ☐ Ra tù

Vui lòng ghi ngày xảy ra sự kiện đủ tiêu chuẩn trong cuộc đời quý vị. ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐ (ngày/tháng/năm)

Người nộp đơn chính

BƯỚC 2: Chọn chương trình bảo hiểm sức khỏe dành cho quý vị

Chọn một chương trình bảo hiểm sức khỏe. Nếu bất kỳ thành viên nào trong gia đình đăng ký tham gia các chương trình bảo hiểm sức khỏe khác nhau, vui lòng nộp đơn đăng ký riêng cho mỗi chương trình. Để tránh phải trả cho 2 chương trình hoặc có giai đoạn không bảo hiểm, hãy hủy mọi chương trình bảo hiểm khác vào ngày trước khi bảo hiểm mới của quý vị bắt đầu. Việc ghi danh tham gia chương trình mới không tự động hủy bỏ các bảo hiểm quý vị đang có.

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

Đối với người nộp đơn dưới 30 tuổi hoặc được miễn trừ bảo hiểm do hoàn cảnh khó khăn

Có các chương trình bảo hiểm tối thiểu dành cho những người nộp đơn sẽ dưới 30 tuổi vào ngày hiệu lực hoặc người cung cấp chứng nhận miễn trừ thể hiện 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 chứng nhận miễn trừ nếu quý vị từ 30 tuổi trở lên.** Để xem quý vị có đủ tiêu chuẩn hay không, vui lòng truy cập **CoveredCA.com/exemptions** và làm theo hướng dẫn.

- ☐ Kaiser Permanente – Minimum Coverage HMO

Để biết thông tin về quyền lợi và giới hạn về bảo hiểm sức khỏe và nha khoa, số tiền chia sẻ chi phí và phí bảo hiểm, vui lòng xem lại chi tiết trong tài liệu ghi danh của quý vị. Để yêu cầu cung cấp bản sao của *Tài Liệu Kết Hợp Giữa Thỏa Thuận Tư Cách Hội Viên, Chứng Từ Bảo Hiểm và Bản Điều Lệ Chương Trình* đối với một chương trình cụ thể, vui lòng truy cập **kp.org/plandocuments** (bằng tiếng Anh), hãy gọi số **1-800-464-4000** (TTY **711**) hoặc liên hệ với bên môi giới của quý vị.

BƯỚC 3: Chọn chương trình bảo hiểm nha khoa dành cho người lớn tùy chọn của quý vị

Bảo hiểm nha khoa được bao gồm trong chương trình bảo hiểm 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. Quý vị có thể chọn bảo hiểm tùy chọn này với một khoản phí phụ thu. Bảo hiểm nha khoa tùy chọn cho người lớn của chúng tôi được tài trợ bởi Kaiser Permanente Insurance Company (KPIC), một công ty con của Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (KFHP) và được quản lý bởi Delta Dental of California, một trong những nhà cung cấp các quyền lợi nha khoa lớn nhất và nhiều kinh nghiệm nhất trên toàn quốc. Vui lòng tham khảo *Ma Trận Công Bố* Thông Tin Tóm Lược Bảo Hiểm Quyền Lợi Nha Khoa (Summary of Dental Benefits Coverage, SDBC) để biết thông tin chi tiết đầy đủ về chương trình bảo hiểm nha khoa KPIC bằng cách truy cập **kp.org/kpic-dental** (bằng tiếng Anh).

Để bảo vệ quý vị, luật pháp California yêu cầu phải ghi rõ thông tin sau đây trên mẫu đơn này: Bất kỳ cá nhân nào cố ý cung cấp thông tin sai lệch hoặc gian dối nhằm mục đích có được hoặc sửa đổi phạm vi bảo hiểm hay để yêu cầu bồi thường tổn thất đều phạm tội và có thể bị phạt tiền cũng như bị phạt tù tại nhà tù tiểu bang.

Vui lòng chọn một tùy chọn bên dưới.

- ☐ Có. Tôi đang yêu cầu ghi danh tham gia chương trình bảo hiểm nha khoa KPIC, hiện được cung cấp cho tôi dưới dạng lựa chọn bổ sung bên cạnh bảo hiểm sức khỏe của tôi. Kaiser Permanente Insurance Company, một công ty con của Kaiser Foundation Health Plan, Inc., là đơn vị bảo lãnh cho chương trình bảo hiểm nha khoa KPIC. Một khi đã ghi danh, tôi hiểu rằng tôi không thể hủy bảo hiểm nha khoa của tôi mà không hủy bảo hiểm của chương trình bảo hiểm sức khỏe của tôi, ngoại trừ trong giai đoạn ghi danh mở hoặc ghi danh đặc biệt.
- ☐ Không. Tôi không quan tâm đến bảo hiểm nha khoa tùy chọn.

Người nộp đơn chính

BƯỚC 4: Nhập thông tin của quý vị (Bắt buộc điền vào tất cả các trường, nếu có)

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 này. Nếu đơn đăng ký này chỉ dành cho trẻ dưới 18 tuổi thì trẻ là người nộp đơn chính.

Tên

Tên đệm

Ngày sinh (ngày/tháng/năm) / /

Họ

Số hồ sơ y tế cũ (nếu có) –

Tiểu bang (nếu có)

Giới tính:
☐ Nam ☐ Nữ
☐ Không tiết lộ

Số An Sinh Xã Hội (nếu có) - -

Địa chỉ nhà riêng (không có hộp thư bưu điện)

Thành phố

Tiểu bang

Mã ZIP

Quận

Số điện thoại chính (điện thoại di động, nếu có) - -

Địa chỉ email

Địa chỉ gửi thư ☐ Kiểm tra xem có giống với địa chỉ nhà riêng không

Thành phố

Tiểu bang

Mã ZIP

Ngôn ngữ nói ưu tiên (nếu không phải tiếng Anh)

Ngôn ngữ đọc ưu tiên (nếu không phải tiếng Anh)

Người nộp đơn chính mua chương trình này có đang sử dụng thỏa thuận bồi hoàn chi phí y tế (health reimbursement arrangement, HRA) không? ☐ Có
Nếu Có thì là loại: ☐ 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 thế cho bảo hiểm y tế nhóm truyền thống.

Việc sử dụng HRA do hãng sở cung cấp để hỗ trợ thanh toán phí bảo hiểm và các chi phí tự trả không ảnh hưởng đến tư cách đủ điều kiện của quý vị đối với chương trình Kaiser Permanente Individual and Family.

Người nộp đơn chính

Cha/mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp

Vui lòng hoàn tất mục này nếu người nộp đơn chính là trẻ em dưới 18 tuổi. Cha/mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp phải từ 18 tuổi trở lên.

Tên

Tên đệm

Ngày sinh (ngày/tháng/năm)

Họ

Giới tính:
☐ Nam ☐ Nữ ☐ Không tiết lộ

Số An Sinh Xã Hội (nếu có)

Ngôn ngữ nói ưu tiên (nếu không phải tiếng Anh)

Ngôn ngữ đọc ưu tiên (nếu không phải tiếng Anh)

Vợ/chồng/bạn đời sống chung cần được đài thọ

Bạn đời sống chung là người đã đăng ký và được tiểu bang California công nhận về mặt pháp luật là bạn đời sống chung.

Tên

Tên đệm

Chọn một:
☐ Vợ/chồng ☐ Bạn đời sống chung

Họ

Ngày sinh (ngày/tháng/năm)

Số hồ sơ y tế cũ (nếu có)

Tiểu bang (nếu có)

Giới tính:
☐ Nam ☐ Nữ ☐ Không tiết lộ

Số An Sinh Xã Hội (nếu có)

Số điện thoại chính (điện thoại di động, nếu có)

Địa chỉ email

Người nộp đơn chính

Cha mẹ ruột/Cha mẹ kế cần được đài thọ

Nếu quý vị có hơn 2 cha mẹ/cha mẹ kế cần được đài thọ, vui lòng điền thêm một bản sao của trang này và nộp cùng với đơn đăng ký của quý vị.

1 Tên | Tên đệm | Ngày sinh (ngày/tháng/năm)

Họ

Số hồ sơ y tế cũ (nếu có) | Tiểu bang (nếu có) | Giới tính: ☐ Nam ☐ Nữ ☐ Không tiết lộ | Số An Sinh Xã Hội (nếu có)

Số điện thoại chính (điện thoại di động, nếu có)

Địa chỉ email

2 Tên | Tên đệm | Ngày sinh (ngày/tháng/năm)

Họ

Số hồ sơ y tế cũ (nếu có) | Tiểu bang (nếu có) | Giới tính: ☐ Nam ☐ Nữ ☐ Không tiết lộ | Số An Sinh Xã Hội (nếu có)

Số điện thoại chính (điện thoại di động, nếu có)

Địa chỉ email

Người nộp đơn chính

Người phụ thuộc cần được đài thọ

Nếu quý vị có hơn 3 người phụ thuộc cần được đài thọ, vui lòng điền thêm một bản sao của trang này và gửi cùng với đơn đăng ký của quý vị. Chỉ cung cấp số điện thoại và email cho người phụ thuộc từ 18 tuổi trở lên.

1 Tên | Tên đệm | Ngày sinh (ngày/tháng/năm)

Họ

Số hồ sơ y tế cũ (nếu có) | Tiểu bang (nếu có) | Giới tính: ☐ Nam ☐ Nữ ☐ Không tiết lộ | Số An Sinh Xã Hội (nếu có)

Mối quan hệ với người nộp đơn chính | Số điện thoại chính (điện thoại di động, nếu có)

Địa chỉ email

---

2 Tên | Tên đệm | Ngày sinh (ngày/tháng/năm)

Họ

Số hồ sơ y tế cũ (nếu có) | Tiểu bang (nếu có) | Giới tính: ☐ Nam ☐ Nữ ☐ Không tiết lộ | Số An Sinh Xã Hội (nếu có)

Mối quan hệ với người nộp đơn chính | Số điện thoại chính (điện thoại di động, nếu có)

Địa chỉ email

---

3 Tên | Tên đệm | Ngày sinh (ngày/tháng/năm)

Họ

Số hồ sơ y tế cũ (nếu có) | Tiểu bang (nếu có) | Giới tính: ☐ Nam ☐ Nữ ☐ Không tiết lộ | Số An Sinh Xã Hội (nếu có)

Mối quan hệ với người nộp đơn chính | Số điện thoại chính (điện thoại di động, nếu có)

Địa chỉ email

Người nộp đơn chính

BƯỚC 5: Chọn người đại diện được ủy quyền (nếu quý vị có người đại diện)

Quý vị có thể ủy quyền cho bạn bè đáng tin cậy hoặc người thân để trao đổi với chúng tôi về đơn đăng ký này, xem thông tin của quý vị hoặc thay mặt quý vị xử lý các vấn đề chỉ liên quan đến đơn đăng ký này. Người này được gọi là người đại diện được ủy quyền.

Tên

Tên đệm

Họ

Số điện thoại chính (điện thoại di động, nếu có)

Bằng việc ký tên, quý vị đã chỉ định người này làm người đại diện được ủy quyền hợp pháp của mình để nhận thông tin chính thức về đơn đăng ký này và thay mặt quý vị xử lý các vấn đề chỉ liên quan đến đơn đăng ký này.

X

Ngày (ngày/tháng/năm)

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

BƯỚC 6: Ký thỏa thuận đăng ký

Quan trọng: Tất cả người nộp đơn, cha mẹ/cha mẹ kế và người phụ thuộc từ 18 tuổi trở lên phải đọc, ký tên và ghi ngày tháng dưới đây. Nếu người nộp đơn chính là trẻ dưới 18 tuổi, thì cha/mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp của trẻ phải ký tên. Bằng việc ký tên, cha/mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp đồng ý chịu trách nhiệm thanh toán mọi khoản phí bảo hiểm, tiền đồng thanh toán, tiền đồng bảo hiểm và tiền khấu trừ cho tất cả những người nộp đơn được liệt kê trong đơn đăng ký này. Bản sao thỏa thuận có chữ ký của quý vị có giá trị như bản gốc. Nếu thiếu chữ ký, chúng tôi sẽ hủy đơn đăng ký. Nếu có nhiều hơn 2 cha mẹ/cha mẹ kế và hoặc người phụ thuộc từ 18 tuổi trở lên ký tên, hãy đính kèm bản sao của trang này với các chữ ký bổ sung. Để đủ điều kiện tham gia bảo hiểm KPIF, quý vị và bất kỳ người phụ thuộc nào mà quý vị đang đăng ký không được đủ điều kiện hưởng Medicare Phần A hoặc ghi danh tham gia Medicare Phần B.

- Tôi xác nhận rằng không có người nộp đơn nào có tên trong đơn đăng ký này được hưởng Medicare Phần A hoặc được ghi danh tham gia Medicare Phần B.
- Tôi hiểu rằng Kaiser Foundation Health Plan, Inc., sẽ dựa vào thông tin được cung cấp trong đơn đăng ký này. Nếu phát hiện có bất kỳ thông tin nào gian lận hoặc cố ý khai sai, Kaiser Foundation Health Plan, Inc., có thể cho chấm dứt chương trình bảo hiểm từ ngày chương trình có hiệu lực.
- Nếu làm việc với bên môi giới, tôi cho phép Kaiser Permanente chia sẻ thông tin ghi danh và rút tên ghi danh được liệt kê trong đơn đăng ký này với họ. Tôi hiểu rằng bên môi giới hoặc người đại diện của Kaiser Permanente có thể nhận được các khoản thanh toán tài chính và/hoặc phi tài chính từ Kaiser Permanente vì họ đã hỗ trợ tôi nộp đơn đăng ký này.
- Bằng cách cung cấp địa chỉ email và (các) số điện thoại của mình, tôi hiểu rằng tôi có thể nhận được email và/hoặc thông tin liên lạc qua tin nhắn thoại/tin nhắn văn bản từ Kaiser Permanente. Để biết thêm thông tin, hãy truy cập **healthy.kaiserpermanente.org/termsconditions**.

X

Ngày (ngày/tháng/năm)

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

X

Ngày (ngày/tháng/năm)

Vợ/chồng/bạn đời sống chung

X

Ngày (ngày/tháng/năm)

Cha mẹ/cha mẹ kế

X

Ngày (ngày/tháng/năm)

Cha mẹ/cha mẹ kế

X

Ngày (ngày/tháng/năm)

Người phụ thuộc (18 tuổi trở lên)

X

Ngày (ngày/tháng/năm)

Người phụ thuộc (18 tuổi trở lên)

Người nộp đơn chính

BƯỚC 7: Ký thỏa thuận trọng tài phân xử của Kaiser Foundation Health Plan, Inc.

Tôi hiểu rằng một mặt (ngoại trừ các vụ việc được giải quyết ở Tòa Tiểu Tụng, các yêu cầu bồi thường tuân theo quy trình khiếu nại của Medicare hoặc theo quy định về quy trình yêu cầu bồi thường của Đạo Luật Bảo Đảm Thu Nhập Hưu Trí Cho Người Lao Động (ERISA) và bất kỳ yêu cầu bồi thường nào khác không thể xử lý theo phân xử trọng tài có giá trị ràng buộc của luật điều chỉnh) là bất kỳ tranh chấp nào giữa tôi, người thừa kế của tôi, họ hàng hoặc các bên liên quan khác và mặt khác 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 phận sự phát sinh nào hoặc liên quan tới tư cách hội viên ở KFHP, bao gồm bất kỳ yêu cầu bồi thường nào do hành động sơ suất khi hành nghề của bệnh viện (yêu cầu bồi thường về các dịch vụ y tế hoặc các vật phẩm không cần thiết hoặc không được phép hoặc được cung cấp không đúng cách, vô ý hoặc thiếu chuyên môn), trách nhiệm pháp lý của chủ 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 do phân xử trọng tài có giá trị ràng buộc theo luật California quyết định và không phải kiện tụng hoặc đưa ra tòa thì mới quyết định được, ngoại trừ luật áp dụng quy định đối với giám sát tư pháp gồm các thủ tục tố tụng phân xử. Tôi đồng ý từ bỏ quyền xét xử bởi bồi thẩm đoàn và chấp nhận áp dụng thủ tục phân xử qua trọng tài có giá trị ràng buộc. Tôi hiểu rằng toàn bộ điều khoản về phân xử qua trọng tài được nêu trong *Tài Liệu Kết Hợp Giữa Thỏa Thuận Tư Cách Hội Viên, Chứng Từ Bảo Hiểm và Bản Điều Lệ Chương Trình*.

X _____ Ngày (ngày/tháng/năm) __ __ / __ __ / __ __ __ __

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

X _____ Ngày (ngày/tháng/năm) __ __ / __ __ / __ __ __ __

Vợ/chồng/bạn đời sống chung

X _____ Ngày (ngày/tháng/năm) __ __ / __ __ / __ __ __ __

Cha mẹ/cha mẹ kế

X _____ Ngày (ngày/tháng/năm) __ __ / __ __ / __ __ __ __

Cha mẹ/cha mẹ kế

X _____ Ngày (ngày/tháng/năm) __ __ / __ __ / __ __ __ __

Người phụ thuộc (18 tuổi trở lên)

X _____ Ngày (ngày/tháng/năm) __ __ / __ __ / __ __ __ __

Người phụ thuộc (18 tuổi trở lên)

Bản sao thỏa thuận có chữ ký của quý vị có giá trị như bản gốc. Nếu thiếu chữ ký, chúng tôi sẽ hủy đơn đăng ký. Nếu có nhiều hơn 2 cha mẹ/cha mẹ kế và hoặc người phụ thuộc từ 18 tuổi trở lên ký tên, hãy đính kèm bản sao của trang này với các chữ ký bổ sung.

Người nộp đơn chính

BƯỚC 8: Nhập thông tin thanh toán chi tiết của tháng đầu tiên

Thông tin thanh toán

Tên của người chịu trách nhiệm thanh toán

Tên đệm

Họ của người chịu trách nhiệm thanh toán

Địa chỉ

Thành phố

Tiểu bang

Mã ZIP

Tùy chọn thanh toán (chọn một mục)

☐ Thanh toán điện tử ☐ Séc ☐ Lệnh chuyển tiền ☐ Thẻ tín dụng ☐ Thẻ ghi nợ

Nếu sử dụng phương thức thanh toán điện tử, hãy chọn loại tài khoản: ☐ Tài khoản vãng lai ☐ Tài khoản tiết kiệm

Tôi cho phép Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (KFHP) và tổ chức tài chính được chỉ định nhận số tiền chuyển khoản này cho việc thanh toán của tháng đầu tiên từ tài khoản thanh toán hoặc tài khoản tiết kiệm của tôi.

Tên ngân hàng

Số định tuyến

Số tài khoản

Tên của chủ tài khoản

Tên đệm

Họ của chủ tài khoản

X

Chữ ký của chủ tài khoản

Ngày (ngày/tháng/năm) / /

Nếu dùng séc hoặc lệnh chuyển tiền

Viết tên của người nộp đơn chính trên tấm séc. Gửi khoản thanh toán cùng với đơn đăng ký qua đường bưu điện đến địa chỉ được ghi trên trang 1.

Để thanh toán bằng thẻ tín dụng hoặc thẻ ghi nợ, vui lòng điền thông tin vào mục bên dưới.

Tên của chủ thẻ như được hiển thị trên thẻ

Tên đệm

Họ của chủ thẻ như được hiển thị trên thẻ

Số thẻ

Ngày hết hạn (tháng/năm) /

X

Chữ ký của chủ thẻ

Ngày (ngày/tháng/năm) / /

Người nộp đơn chính

Thanh toán tự động hàng tháng (tùy chọn)

Để hủy hoặc cập nhật các tùy chọn thanh toán tự động, hãy truy cập **kp.org/payonline** (bằng tiếng Anh) hoặc gọi đến Trung Tâm Liên Lạc Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-888-236-4490** (TTY **711**).

Quý vị có muốn đăng ký thanh toán tự động hàng tháng không?

☐ Có

☐ Tôi muốn nhập phương thức thanh toán mới tại đây. (Vui lòng điền thông tin vào trang này.)

☐ Vui lòng sử dụng cùng phương thức thanh toán mà tôi đã cung cấp cho khoản thanh toán của tháng đầu tiên. (Bỏ qua trang này.)

☐ Không, tôi không muốn thanh toán tự động hàng tháng. (Bỏ qua trang này)

Tên của người chịu trách nhiệm thanh toán

Tên đệm

Họ của người chịu trách nhiệm thanh toán

Địa chỉ thanh toán

Thành phố

Tiểu bang

Mã ZIP

Tùy chọn thanh toán tự động (chọn một mục)

☐ Thanh toán điện tử ☐ Thẻ tín dụng (không thể sử dụng thẻ ghi nợ)

Nếu sử dụng phương thức thanh toán điện tử, hãy chọn loại tài khoản: ☐ Tài khoản vãng lai ☐ Tài khoản tiết kiệm

Tôi cho phép Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (KFHP) và tổ chức tài chính được chỉ định nhận số tiền chuyển khoản này từ tài khoản thanh toán hoặc tài khoản tiết kiệm của tôi.

Tên ngân hàng

Số định tuyến

Số tài khoản

Tên của chủ tài khoản

Tên đệm

Họ của chủ tài khoản

X

Chữ ký của chủ tài khoản

Ngày (ngày/tháng/năm) / /

Để thanh toán bằng thẻ tín dụng, vui lòng điền thông tin vào mục bên dưới.

Tên của chủ thẻ như được hiển thị trên thẻ

Tên đệm

Họ của chủ thẻ như được hiển thị trên thẻ

Số thẻ

Ngày hết hạn (tháng/năm) /

X

Chữ ký của chủ thẻ

Ngày (ngày/tháng/năm) / /

Người nộp đơn chính

Đối với người nộp đơn thông qua bên môi giới hoặc người đại diện của Kaiser Permanente

Nếu bên môi giới hoặc người đại diện của Kaiser Permanente (nhân viên) đã giúp quý vị quyết định ghi danh tham gia chương trình nào hoặc giúp quý vị điền thông tin vào đơn đăng ký này, hãy nhớ để họ hoàn tất trang này.

Bên môi giới có thể nhận được tiền hoặc các khoản thù lao khác từ Kaiser Permanente khi giúp quý vị mua bảo hiểm này.

Thù lao tiêu chuẩn của chúng tôi là $14 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).

Lưu ý: Phí bảo hiểm không thay đổi cho dù quý vị có thông qua bên môi giới hoặc người đại diện của Kaiser Permanente hay không.

Phần này dành cho bên môi giới hoặc người đại diện của quý vị sau khi quý vị hoàn tất đơn đăng ký này:

Notice to broker or Kaiser Permanente representative: If you have assisted the applicant in submitting the application, the law requires that you attest to this assistance. If, in making this attestation, you state as true any material fact you know to be false, you will be subject to a civil penalty of up to ten thousand dollars ($10,000), as authorized under California Health and Safety Code section 1389.8(c) or Insurance Code section 10119.3, in addition to any other applicable penalties or remedies available under current law.

Agency name

Agency ID number

Broker or Kaiser Permanente representative (first, middle, last)

Address

City

State

ZIP code

Kaiser Permanente—appointed ID number

National producer number (NPN)

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)

Văn Phòng HICAP Địa Phương theo Quận California

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

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

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 bằng điện thoại bàn:
1-800-510-2020
Từ ngoài tiểu bang: 925-655-1393

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

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

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

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

Quận Inyo, Mono, Riverside và San Bernardino
Council on Aging Southern California
2280 Market Street, Suite 140
Riverside, CA 92501
909-256-8369

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

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

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

Quận Lassen, Modoc, Shasta, Siskiyou và Trinity
1647 Hartnell Ave., Suite 8
Redding, CA 96002
530-223-0999

Quận Los Angeles
4601 Wilshire Blvd., Suite 160
Los Angeles, CA 90010
213-383-4519
Từ 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

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

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

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, chọn số 2

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

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

Thông Báo Không Phân Biệt Đối Xử

Trong tài liệu này, "chúng tôi" hoặc "của chúng tôi" có nghĩa là Kaiser Permanente (Kaiser Foundation Health Plan, Inc., Kaiser Foundation Hospitals, The Permanente Medical Group, Inc., và Southern California Medical Group). Thông báo này hiện có trên trang mạng của chúng tôi tại **kp.org**.

Phân biệt đối xử là trái với pháp luật. Chúng tôi tuân thủ các luật dân quyền của tiểu bang và liên bang.

Chúng tôi không phân biệt đối xử, 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 đây một cách kịp thời:

- 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 dễ 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 ban Dịch Vụ Hội Viên của chúng tôi theo các số điện thoại bên dưới. Cuộc gọi này được miễn cước. Ban Dịch Vụ Hội Viên không làm việc vào những ngày lễ lớn.

- Medicare, bao gồm cả D-SNP: **1-800-443-0815** (TTY **711**), 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày trong tuần.
- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY **711**), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần.
- Mọi chương trình khác: **1-800-464-4000** (TTY **711**), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần.

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 đĩa thu âm hay các định dạng điện tử. Để lấy một bản sao theo một trong những định dạng thay thế này hay định dạng khác, xin gọi đến 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 chúng tôi 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:** Gọi đến ban Dịch Vụ Hội Viên của chúng tôi. Số điện thoại được ghi ở trên.
- **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 của 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 của Ban Dịch Vụ Y Tế California bằng văn bản, qua điện thoại hay qua email:

- **Qua điện thoại:** Gọi đến Văn Phòng Dân Quyền của 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:

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

  Các mẫu đơn Than Phiền của Văn Phòng Dân Quyền của Ban Dịch Vụ Y Tế California 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 hay gửi thư đến:

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

Các mẫu đơn Than Phiền của Văn Phòng Dân Quyền của Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ có tại: https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html

- **Trực tuyến:** Truy cập **Cổng Thông Tin Than Phiền của Văn Phòng Dân Quyền tại: https://ocrportal.hhs.gov/ocr/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**

Trang này được cố ý để trống.