KAISER PERMANENTE®

個人和家庭計劃

帳戶變更申請表

加州

說明

- 如果您是直接投保進入KPIF帳戶的現有Kaiser Permanente for Individuals and Families (KPIF) 會員，您可以使用本表格進行計劃變更或帳戶變更。只有兒童專用帳戶的投保人或父母／法定監護人可以填寫此表格。
- 如果您是透過Covered California投保的現有KPIF會員，您現有承保的所有帳戶和計劃變更必須透過CoveredCA.com申請。如果您不確定自己的投保方式或需要其他支援，請致電**1-800-255-5169** (TTY **711**)。
- 您可藉助本表對各類計劃和帳戶進行變更。請在A部分填寫您的個人資訊。然後在B部分選擇您想進行的變更，並繼續填寫與該等變更相關的所有其他部分。
- 如果您是終止保險的投保人，您的受撫養人的保險也會自動終止。您可以選擇讓21歲以下的孩子使用兒童專用帳戶。如果您因為新符合團體保險或Medicare資格而終止KPIF保險，您的受撫養人可在特別投保期投保新的KPIF保險。請造訪**kp.org/specialenrollment**（英文）或聯絡會員服務部以瞭解更多資訊。
- 如果您將受撫養人加入您的計劃中，除非本表格另有指明，否則他們的任何其他保險都不會自動取消。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其所享有的任何其他保險。
- 注意：如果您有權享有Medicare A部分或已經入保Medicare B部分，則您沒有資格變更KPIF計劃。如果您的某位家人有權享有Medicare A部分或已經入保Medicare B部分，則他們沒有資格變更KPIF計劃或以新受撫養人的身分新增至您的KPIF計劃中。
- 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8頁以找到您當地的HICAP計劃資訊。

A. 填寫您的資訊

如果您想更改資訊，請利用下方的方框更新您的資訊。

名字　　中間名縮寫　　出生日期（月月／日日／年年年年）

姓氏

醫療記錄號（如果已知）　　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

B. 您想要進行什麼變更？

請在下方針對您想要進行的變更勾選對應的方框，並列出會受到該變更影響的每位家人。我們將不會針對您沒有列出的任何家庭成員進行任何變更。

您可在開放入保期或特殊入保期內進行以下變更。若要針對下列以外的項目進行變更，您可致電**1-800-464-4000** (TTY **711**) 與會員服務部聯絡。

- ☐ 變更計劃。
- ☐ 為一位家庭成員添加醫療保險。
- ☐ 將本人的兒童專用帳戶變更為以本人自己為投保人的家庭帳戶。
- ☐ 新增可選成人牙科保險（對我的保險計畫中19歲及以上的成員適用）。
- ☐ 終止可選成人牙科保險（對我的保險計畫中19歲及以上的成員適用）。

（特殊入保期有限制。請參閱**kp.org/specialenrollment** [英文]，瞭解更多資訊。）

合併KPIF帳戶

帳戶可以在開放入保期或特殊入保期的期間合併。

☐ 我希望將已加入Kaiser Permanente計劃的家人加入我的帳戶。這麼做將會終止他們現有的計劃。（請在C部分註明哪些家人要轉至您的帳戶。）

帳戶終止

名字

中間名縮寫

姓氏

用來辦理銷戶的投保人醫療記錄編號

X

辦理帳戶終止的投保人或父母／法定監護人

日期（月月／日日／年年年年）

__ __ / __ __ / __ __ __ __

您可在一年當中隨時進行下列變更（註：若要進行這些變更，您可跳過*D*部分和*E*部分。）

- ☐ 終止我本人和所有家庭成員的所有保險。
- ☐ 終止一個家庭成員的所有保險。
- ☐ 終止我的保險，保留21歲以下子女的兒童專用帳戶。
- ☐ 終止我自己和我的配偶／同居伴侶的保險，保留21歲以下子女的兒童專用帳戶。
- ☐ 進行A部分所示的變更。（如果您要更改您的姓名，請附上更改的合法文件。）

要求的生效日期（不保證）

__ __ / __ __ / __ __ __ __ （月月／日日／年年年年）

C. 變更會影響到哪些家庭成員？（請在下方列示。）

配偶／同居伴侶

☐ 姓名變更　☐ 添加醫療保險　☐ 終止醫療保險　☐ 添加可選的成人牙科保險　☐ 終止可選的成人牙科保險

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）　　性別　☐ 男性　☐ 女性　☐ 拒絕透露　　社會安全號碼（若有）

醫療記錄號（如果已知）　　主要電話（手機，若有）

電子郵件地址

如果您有超過2名以上的父母／繼父母需要進行變更，請附上此頁面的副本並填妥這些父母／繼父母的資訊。

父母／繼父母1

☐ 姓名變更　☐ 添加醫療保險　☐ 終止醫療保險　☐ 添加可選的成人牙科保險　☐ 終止可選的成人牙科保險

名字　　中間名縮寫　　出生日期（月月／日日／年年年年）

姓氏

醫療記錄號（如果已知）　　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

父母／繼父母2

☐ 姓名變更　☐ 添加醫療保險　☐ 終止醫療保險　☐ 添加可選的成人牙科保險　☐ 終止可選的成人牙科保險

名字　　中間名縮寫　　出生日期（月月／日日／年年年年）

姓氏

醫療記錄號（如果已知）　　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

C. 變更會影響到哪些家庭成員？（請在下方列示。）

如果您有超過3名以上受撫養人需要進行變更，請附上本頁面的影本並填寫這些受撫養人的資訊。僅為18歲及以上的受撫養人提供電話和電子郵件。

受撫養人1

☐ 姓名變更　☐ 添加醫療保險　☐ 終止醫療保險　☐ 添加可選的成人牙科保險　☐ 終止可選的成人牙科保險

名字　中間名縮寫　出生日期（月月／日日／年年年年）

姓氏

醫療記錄號（如果已知）　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

受撫養人2

☐ 姓名變更　☐ 添加醫療保險　☐ 終止醫療保險　☐ 添加可選的成人牙科保險　☐ 終止可選的成人牙科保險

名字　中間名縮寫　出生日期（月月／日日／年年年年）

姓氏

醫療記錄號（如果已知）　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

受撫養人3

☐ 姓名變更　☐ 添加醫療保險　☐ 終止醫療保險　☐ 添加可選的成人牙科保險　☐ 終止可選的成人牙科保險

名字　中間名縮寫　出生日期（月月／日日／年年年年）

姓氏

醫療記錄號（如果已知）　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

D. 選擇您的入保期

選擇一個選項： ☐ 開放入保（**請跳到E部分**） ☐ 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）

E. 選擇您的保健計劃

如果您表示您想要為某位家人變更計劃或新增保險，請在此處選擇您想要選取的計劃。您在C部分所列的每位家人均會轉至您所選取的計劃。如果您想要讓家人入保不同的計劃，請針對每項計劃提交一份單獨的表格。

- ☐ Kaiser Permanente – Bronze 60 HDHP HMO
- ☐ Kaiser Permanente – Bronze 60 HMO
- ☐ Kaiser Permanente – Bronze 60 HMO 8200/0% PCP
- ☐ Kaiser Permanente – Silver 70 HMO Off Exchange
- ☐ Kaiser Permanente – Silver 70 HMO 2850/50 PCP
- ☐ Kaiser Permanente – Silver 70 HDHP HMO 4000/25% PCP
- ☐ 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
- ☐ Kaiser Permanente – Platinum 90 HMO
- ☐ Kaiser Permanente – Minimum Coverage 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**以及按照說明查看您是否符合資格。

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。

F. 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。

您可在開放入保期、年度會員續保期或特殊入保期的期間入保或終止可選牙科保險計劃中的成人牙科保險。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）。

☐ 添加可選的成人牙科保險。†

☐ 終止可選的成人牙科保險。†

†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間或特殊入保期申請取消。

G. 在表格上簽名

- 本人瞭解，Kaiser Foundation Health Plan, Inc.將會相信本人在本表格中所提供的資訊。如發現本人捏造或蓄意陳述不實資訊，Kaiser Foundation Health Plan, Inc.可選擇終止保險且該決定可回溯至保險生效日期。
- 本人確認列在本表格正在變更計劃或增添為受撫養人的人，沒有人是有權享有Medicare A部分或已經入保Medicare B部分的。
- 如本人與保險經紀合作，本人瞭解，保險經紀人可能會因為本保險而獲得Kaiser Permanente所提供的現金或其他報酬。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。
- 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）。

注意：投保人必須在本表格上簽名。所有18歲及18歲以上的新受撫養人（包括父母／繼父母）也必須在表格上簽名。如有超過2名以上年滿18歲及18歲以上的受撫養人以及2名以上的父母／繼父母需要簽名，請附上包含其他簽名的本頁副本。

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

投保人／新投保人（未滿18歲之投保人的父母或法定監護人）

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）

H. 簽署Kaiser Foundation Health Plan, Inc.仲裁協議

本人瞭解，（除小額索賠法庭案件、適用於Medicare上訴程序的索賠或必須遵守ERISA索賠程序規定的索賠，以及根據適用法律無法透過具約束力的仲裁解決的任何其他索賠之外）若本人、本人的繼承人、親屬或其他當事方與Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (KFHP)、任何合約保健業者、管理機構或其他當事方之間，因為涉嫌違反因KFHP會員資格而產生或與此有關的任何職責而發生任何爭議，包括任何醫療失當或醫院誤醫的索賠（針對不具有必要性、沒有獲得授權或在不當、疏忽或能力無法勝任之情況下提供的醫療服務所提出的索賠）、場地責任的索賠，或與服務或用品的承保範圍或提供方式有關的索賠，無論法理基礎為何，都必須根據加州法律透過具約束力的仲裁裁定，而非經由訴訟或訴諸法庭程序解決，但適用法律規定必須進行仲裁訴訟程序司法審查的情況除外。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》(*Membership Agreement, Disclosure Form, and Evidence of Coverage*) 包含完整的仲裁規定。

投保人必須在本表格上簽名。所有18歲及18歲以上的新受撫養人（包括父母／繼父母）也必須在表格上簽名。如有超過2名以上年滿18歲及18歲以上的受撫養人以及2名以上的父母／繼父母需要簽名，請附上包含其他簽名的本頁副本。

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）

申請人或其授權代表可索取一份已填妥的表格副本。如需詳情，請致電**1-800-464-4000** (TTY **711**)。

聯絡資訊

郵寄至： Kaiser Permanente P.O. Box 23127 San Diego, CA 92193-9921	**或免費傳真至：** 會員資格管理處 **1-855-355-5334**	**有疑問嗎？ 請致電** **1-800-464-4000** (TTY **711**)

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**