KAISER PERMANENTE®

Các Chương Trình dành cho Cá Nhân và Gia Đình

Mẫu Đơn Thay Đổi Tài Khoản

California

Hướng Dẫn

- Nếu quý vị là hội viên của chương trình Kaiser Permanente for Individuals and Families (KPIF) hiện tại đã được ghi danh trực tiếp vào tài khoản KPIF, quý vị có thể sử dụng mẫu đơn này để thực hiện các thay đổi đối với chương trình hoặc tài khoản. Chỉ người đăng ký hoặc cha mẹ/người giám hộ hợp pháp của tài khoản chỉ dành cho trẻ em mới có thể điền thông tin vào mẫu đơn này.
- Nếu quý vị là hội viên KPIF hiện tại đã ghi danh thông qua Covered California, mọi thay đổi liên quan đến tài khoản và chương trình đối với bảo hiểm hiện tại của quý vị phải được yêu cầu thông qua CoveredCA.com. Nếu quý vị không chắc chắn về cách thức ghi danh hoặc cần hỗ trợ thêm, vui lòng gọi **1-800-255-5169** (TTY **711**).
- Có những loại thay đổi chương trình và thay đổi tài khoản khác nhau mà quý vị có thể thực hiện với mẫu đơn này. Vui lòng điền thông tin cá nhân của quý vị vào Mục A. Sau đó, chọn mục mà quý vị muốn thay đổi tại Mục B và tiếp tục điền thông tin vào bất kỳ mục nào khác liên quan đến những thay đổi đó.
- Nếu quý vị là người đăng ký chấm dứt bảo hiểm, bảo hiểm dành cho người phụ thuộc của quý vị sẽ tự động chấm dứt. Quý vị có thể chọn duy trì tài khoản chỉ dành cho trẻ em cho các con dưới 21 tuổi của mình. Nếu quý vị đang chấm dứt bảo hiểm KPIF vì quý vị mới đủ điều kiện tham gia bảo hiểm theo Nhóm hoặc Medicare, những người phụ thuộc của quý vị sẽ có Giai Đoạn Ghi Danh Đặc Biệt để ghi danh tham gia bảo hiểm KPIF mới. Truy cập **kp.org/specialenrollment** (bằng tiếng Anh) hoặc liên hệ với Bộ Phận Dịch Vụ Hội Viên để tìm hiểu thêm.
- Nếu quý vị đang thêm người phụ thuộc vào chương trình của mình, bất kỳ bảo hiểm nào khác mà họ được hưởng sẽ không tự động bị hủy trừ khi được nêu trong mẫu đơn này. Để tránh phải trả tiền cho 2 chương trình hoặc giai đoạn không bảo hiểm, hãy hủy mọi bảo hiểm khác của người phụ thuộc kể từ ngày trước thời điểm bảo hiểm mới của người đó bắt đầu có hiệu lực.
- Lưu ý: Nếu quý vị được hưởng Medicare Phần A hoặc được ghi danh tham gia Medicare Phần B, quý vị sẽ không đủ điều kiện để thay đổi các chương trình KPIF. Nếu thành viên gia đình được hưởng Medicare Phần A hoặc được ghi danh vào Medicare Phần B, thành viên đó không đủ điều kiện để thay đổi các chương trình KPIF hoặc được thêm vào làm người phụ thuộc mới trong chương trình KPIF của quý vị.
- 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 8 để tìm thông tin về chương trình HICAP tại địa phương của quý vị.

A. Điền thông tin của quý vị

Nếu quý vị muốn thay đổi, vui lòng cập nhật thông tin mới của mình vào các ô bên dưới.

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

Họ

Số hồ sơ y tế (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

B. Quý vị muốn thực hiện (các) thay đổi nào?

Vui lòng đánh dấu vào các ô bên dưới cho những nội dung mà quý vị muốn thay đổi và liệt kê từng thành viên gia đình bị ảnh hưởng. Chúng tôi sẽ không thực hiện bất kỳ thay đổi nào đối với những thành viên gia đình mà quý vị không ghi rõ.

Quý vị có thể thực hiện các thay đổi sau đây trong giai đoạn ghi danh mở hoặc giai đoạn ghi danh đặc biệt. Để thực hiện thay đổi khác với thay đổi được liệt kê bên dưới, quý vị có thể gọi đến Bộ Phận Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-464-4000** (TTY **711**).

- ☐ Thay đổi chương trình.
- ☐ Thêm bảo hiểm y tế cho thành viên gia đình.
- ☐ Thay đổi tài khoản chỉ dành cho trẻ em của tôi thành tài khoản gia đình với tôi là người đăng ký.
- ☐ Thêm bảo hiểm nha khoa tùy chọn dành cho người lớn (áp dụng cho tất cả hội viên từ 19 tuổi trở lên trong chương trình của tôi).
- ☐ Chấm dứt bảo hiểm nha khoa tùy chọn dành cho người lớn (áp dụng cho tất cả hội viên từ 19 tuổi trở lên trong chương trình của tôi).

(Có áp dụng hạn chế đối với giai đoạn ghi danh đặc biệt. Truy cập **kp.org/specialenrollment** (bằng tiếng Anh) để biết thêm thông tin.)

Gộp các Tài Khoản KPIF

Các tài khoản có thể được kết hợp trong giai đoạn ghi danh mở hoặc ghi danh đặc biệt.

☐ Tôi muốn thêm thành viên gia đình đang tham gia chương trình KPIF vào tài khoản của tôi. Việc này sẽ khiến chương trình hiện tại của họ chấm dứt hiệu lực. (Vui lòng cho biết (các) thành viên gia đình nào sẽ chuyển sang tài khoản của quý vị tại Mục C.)

Kết Thúc Tài Khoản

Tên

Tên đệm

Họ

Số hồ sơ y tế của người đăng ký để chấm dứt tài khoản

X

Ngày (ngày/tháng/năm) ___ / ___ / ____

Người đăng ký hoặc cha mẹ/người giám hộ hợp pháp để kết thúc tài khoản

Quý vị có thể thay đổi các nội dung sau đây bất cứ lúc nào trong năm. *(Lưu ý: Đối với những thay đổi này, quý vị có thể bỏ qua Mục D và E.)*

- ☐ Chấm dứt mọi bảo hiểm dành cho bản thân và toàn bộ thành viên gia đình.
- ☐ Chấm dứt mọi bảo hiểm dành cho thành viên gia đình.
- ☐ Chấm dứt bảo hiểm của tôi và muốn (các) con tôi dưới 21 tuổi tiếp tục sử dụng tài khoản dành riêng cho trẻ em.
- ☐ Chấm dứt bảo hiểm của tôi và bảo hiểm dành cho vợ/chồng/bạn đời sống chung của tôi, đồng thời muốn (các) con tôi dưới 21 tuổi tiếp tục sử dụng tài khoản dành riêng cho trẻ em.
- ☐ Thực hiện các thay đổi được nêu trong Mục A. (Nếu quý vị đang thay đổi tên, vui lòng đính kèm giấy tờ pháp lý xác nhận việc thay đổi.)

Ngày hiệu lực theo yêu cầu (không đảm bảo) ___ / ___ / ____ (ngày/tháng/năm)

C. Những thành viên nào trong gia đình bị ảnh hưởng bởi sự thay đổi này? (Vui lòng liệt kê bên dưới.)

Vợ/chồng/Bạn đời sống chung

☐ Thay đổi tên ☐ Thêm bảo hiểm y tế ☐ Thêm bảo hiểm nha khoa tùy chọn dành cho người lớn
☐ Chấm dứt bảo hiểm y tế ☐ Chấm dứt bảo hiểm nha khoa tùy chọn dành cho người lớn

Tên | Tên đệm | Chọn một: ☐ Vợ/chồng ☐ Bạn đời sống chung

Họ

Ngày sinh (ngày/tháng/năm) / / | Giới tính ☐ Nam ☐ Nữ ☐ Không tiết lộ | Số An Sinh Xã Hội (nếu có) - -

Số hồ sơ y tế (nếu có) | Số điện thoại chính (điện thoại di động, nếu có) - -

Địa chỉ email

Nếu quý vị có nhiều hơn 2 cha mẹ/cha mẹ kế có sự thay đổi, hãy đính kèm một bản sao của trang này và điền đầy đủ thông tin cho cha mẹ/cha mẹ kế đó.

Cha mẹ/Cha mẹ kế 1

☐ Thay đổi tên ☐ Thêm bảo hiểm y tế ☐ Thêm bảo hiểm nha khoa tùy chọn dành cho người lớn
☐ Chấm dứt bảo hiểm y tế ☐ Chấm dứt bảo hiểm nha khoa tùy chọn dành cho người lớn

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

Họ

Số hồ sơ y tế (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

Cha mẹ/Cha mẹ kế 2

☐ Thay đổi tên ☐ Thêm bảo hiểm y tế ☐ Thêm bảo hiểm nha khoa tùy chọn dành cho người lớn
☐ Chấm dứt bảo hiểm y tế ☐ Chấm dứt bảo hiểm nha khoa tùy chọn dành cho người lớn

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

Họ

Số hồ sơ y tế (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

C. Những thành viên nào trong gia đình bị ảnh hưởng bởi sự thay đổi này? (Vui lòng liệt kê bên dưới.)

Nếu quý vị có nhiều hơn 3 người phụ thuộc có thay đổi, hãy đính kèm một bản sao của trang này và điền thông tin cho những người phụ thuộc đó. Chỉ cung cấp số điện thoại và email cho người phụ thuộc từ 18 tuổi trở lên.

Người phụ thuộc 1

☐ Thay đổi tên ☐ Thêm bảo hiểm y tế ☐ Chấm dứt bảo hiểm y tế ☐ Thêm bảo hiểm nha khoa tùy chọn dành cho người lớn ☐ Chấm dứt bảo hiểm nha khoa tùy chọn dành cho người lớn

Tên | Tên đệm | Ngày sinh (ngày/tháng/năm) __/__/____

Họ

Số hồ sơ y tế (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 phụ thuộc 2

☐ Thay đổi tên ☐ Thêm bảo hiểm y tế ☐ Chấm dứt bảo hiểm y tế ☐ Thêm bảo hiểm nha khoa tùy chọn dành cho người lớn ☐ Chấm dứt bảo hiểm nha khoa tùy chọn dành cho người lớn

Tên | Tên đệm | Ngày sinh (ngày/tháng/năm) __/__/____

Họ

Số hồ sơ y tế (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 phụ thuộc 3

☐ Thay đổi tên ☐ Thêm bảo hiểm y tế ☐ Chấm dứt bảo hiểm y tế ☐ Thêm bảo hiểm nha khoa tùy chọn dành cho người lớn ☐ Chấm dứt bảo hiểm nha khoa tùy chọn dành cho người lớn

Tên | Tên đệm | Ngày sinh (ngày/tháng/năm) __/__/____

Họ

Số hồ sơ y tế (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

D. Chọn giai đoạn ghi danh của quý vị

Chọn một tùy chọn: ☐ Giai đoạn ghi danh mở **(chuyển đến Mục E)** ☐ 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 sẽ 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 sẽ 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)

E. Chọn chương trình bảo hiểm sức khỏe dành cho quý vị

Nếu quý vị đã nêu rõ là mình muốn thay đổi các chương trình hoặc thêm bảo hiểm cho thành viên gia đình, vui lòng chọn chương trình quý vị muốn tại đây. Từng thành viên gia đình mà quý vị đã nêu ra ở Mục C sẽ được chuyển tới chương trình do quý vị lựa chọn. Nếu quý vị muốn ghi danh cho các thành viên gia đình vào những chương trình khác nhau, vui lòng nộp mẫu đơn riêng cho từng chương trình.

- ☐ 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*

***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.

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.

F. Chọn chương trình nha khoa tùy chọn cho người trưởng thành

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.

Quý vị có thể ghi danh tham gia hoặc chấm dứt bảo hiểm nha khoa dành cho người lớn thuộc chương trình bảo hiểm nha khoa tùy chọn trong giai đoạn ghi danh mở, giai đoạn gia hạn chương trình hội viên hàng năm hoặc giai đoạn ghi danh đặc biệt. 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).

- ☐ Thêm bảo hiểm nha khoa tùy chọn dành cho người lớn.†
- ☐ Chấm dứt bảo hiểm nha khoa tùy chọn dành cho người lớn.†

†Một khi đã ghi danh, tôi hiểu rằng tôi không thể hủy bảo hiểm nha khoa 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.

G. Ký mẫu đơn

- Tôi hiểu rằng Kaiser Foundation Health Plan, Inc. sẽ dựa vào thông tin tôi cung cấp trong mẫu đơn này và nếu phát hiện có bất kỳ thông tin nào là gian dối hoặc cố tình khai sai, Kaiser Foundation Health Plan, Inc. có thể chọn chấm dứt bảo hiểm của tôi từ ngày bảo hiểm có hiệu lực.
- Tôi xác nhận rằng không người nào có tên trong mẫu đơn này đang thay đổi chương trình hoặc được thêm vào làm người phụ thuộc sẽ được hưởng Medicare Phần A hoặc được ghi danh tham gia Medicare Phần B.
- Nếu làm việc với bên môi giới, tôi hiểu rằng họ có thể nhận được tiền hoặc các khoản thù lao khác từ Kaiser Permanente liên quan đến 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).
- 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**.

Lưu ý: Người đăng ký phải ký tên vào mẫu đơn. Tất cả những người phụ thuộc mới từ 18 tuổi trở lên bao gồm cả cha mẹ/cha mẹ kế cũng phải ký tên vào mẫu đơn này. Nếu có nhiều hơn 2 người phụ thuộc từ 18 tuổi trở lên và 2 cha mẹ/cha mẹ kế ký tên, hãy đính kèm bản sao của trang này với các chữ ký bổ sung.

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

Người đăng ký/người đăng ký mới (cha mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp của người đăng ký 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)

H. 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*.

Người đăng ký phải ký vào mẫu đơn. Tất cả những người phụ thuộc mới từ 18 tuổi trở lên bao gồm cả cha mẹ/cha mẹ kế cũng phải ký tên vào mẫu đơn này. Nếu có nhiều hơn 2 người phụ thuộc từ 18 tuổi trở lên và 2 cha mẹ/cha mẹ kế ký tên, hãy đính kèm bản sao của trang này với các chữ ký bổ sung.

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 hoặc người đại diện được ủy quyền của họ có thể yêu cầu bản sao của đơn đã được điền đầy đủ. Để biết thêm thông tin, vui lòng gọi số **1-800-464-4000** (TTY **711**).

Thông tin liên lạc

Gửi qua đường bưu điện đến địa chỉ: Kaiser Permanente P.O. Box 23127 San Diego, CA 92193-9921	**Hoặc gửi fax miễn phí tới:** Ban Quản Lý Tư Cách Hội Viên **1-855-355-5334**	**Quý vị có thắc mắc? Gọi** **1-800-464-4000** (TTY **711**)

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**