

Đơn xin bảo hiểm sức khỏe

Individual and Family Plans

 Ai có thể sử dụng đơn đăng ký này?	Quý vị có thể sử dụng đơn đăng ký này để đăng ký chương trình Kaiser Permanente for Individuals and Families (KPIF). - Nếu quý vị muốn mua bảo hiểm cho gia đình với cùng chương trình KPIF, vui lòng điền vào một đơn đăng ký cho gia đình. Nếu người nào đó trong gia đình quý vị muốn một chương trình bảo hiểm sức khỏe khác, họ phải viết 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 ở California.
 Ai không được sử dụng đơn đăng ký này?	- Nếu quý vị hoặc bất cứ người phụ thuộc nào quý vị đang đăng ký đủ điều kiện tham gia Medicare Phần A hoặc được ghi danh tham gia Medicare Phần B, người nộp đơn đó không đủ điều kiện được đăng ký bảo hiểm KPIF mới. Vui lòng truy cập vào kp.org/medicare (bằng tiếng Anh) để tìm hiểu thêm về các lựa chọn chương trình Medicare của quý vị hoặc để nộp đơn tham gia bảo hiểm Medicare. - Xin lưu ý rằng Chương Trình Tư Vấn và Hỗ Trợ về Bảo Hiểm Y Tế (HICAP) cung cấp dịch vụ tư vấn bảo hiểm y tế miễn phí cho cư dân California. Gọi cho HICAP theo số 1-800-434-0222 để tìm hiểu thêm. Xem trang 12 để tìm thông tin về chương trình HICAP tại địa phương của quý vị. - Nếu quý vị đủ điều kiện 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 viết đơn đăng ký này. Quý vị phải nộp đơn đăng ký bảo hiểm thông qua Covered California ở CoveredCA.com. - Nếu quý vị đã là hội viên KPIF, không sử dụng mẫu đơn này. Để thay đổi tài khoản, hãy gọi 1-800-464-4000.
 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 hiệu lực — đó thường sẽ là ngày 1 tháng 1 nếu quý vị đăng ký cho tới ngày 31 tháng 12. - Nếu quý vị đang nộp đơn đăng ký trong thời hạn ghi danh đặc biệt, hãy truy cập kp.org/specialenrollment (bằng tiếng Anh) hoặc gọi 1-800-494-5314 để được hướng dẫn. - Vui lòng gửi lại đơn đăng ký này càng nhanh càng tốt — hoặc quý vị có thể nộp đơn đăng ký trực tuyến nhanh hơn ở buykp.org/apply (bằng tiếng Anh). - Vui lòng trả lời tất cả các câu hỏi và chỉ nhập 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. - Hãy nhớ rằng, nếu quý vị đang ghi danh tham gia một chương trình mới, chương trình đó sẽ không tự động hủy bỏ bất kỳ bảo hiểm nào khác mà quý vị có. Để tránh phải trả cho 2 chương trình hoặc có khoảng trống bảo hiểm, nhớ hủy bất kỳ bảo hiểm nào khác kể từ ngày trước khi bảo hiểm mới của quý vị bắt đầu. 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, trong đó có tất cả các chữ ký được yêu cầu, khoản thanh toán của tháng đầu tiên và bằng chứng về sự kiện cuộc sống hội đủ điều kiện của quý vị (nếu cần). Gửi những tài liệu này qua đường bưu điện đến: Kaiser Permanente for Individuals and Families P.O. Box 23127 San Diego, CA 92193-9921 Hoặc gửi bằng fax an toàn tới: 1-866-816-5139 Lưu ý: 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 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 một người môi giới, vui lòng gọi cho họ để được hỗ trợ.

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

BƯỚC 1: Chọn giai đoạn ghi danh

Chọn một lựa chọn: ☐ Giai đoạn ghi danh mở (**chuyển tới Phần 2**) ☐ Thời hạn ghi danh đặc biệt (tiếp tục bên dưới)

Chọn sự kiện cuộc sống hội đủ điều kiện. Nếu quý vị có nhiều sự kiện, hãy xem lại các lựa chọn của mình vì ngày hiệu lực thay đổi theo sự kiện. **Quý vị cũng cần có giấy tờ chứng minh hội đủ điều kiện trong vòng 10 ngày.** Truy cập kp.org/specialenrollment (bằng tiếng Anh) hoặc gọi **1-800-494-5314** để biết thêm về các sự kiện cuộc sống hội đủ điều kiện.

- ☐ Mất bảo hiểm sức khỏe tối thiểu cần thiết (viết ngày tháng đầy đủ cuối cùng quý vị có bảo hiểm)*
 ☐ Được hoặc trở thành người phụ thuộc thông qua kết hôn hoặc sống chung với bạn đời
 ☐ Được hoặc trở thành người phụ thuộc thông qua việc sinh con, nhận con nuôi, cho con nuôi hoặc chăm sóc nuôi dưỡng tạm thời
 Lưu ý: Trong trường hợp này, quý vị cũng sẽ cần phải chọn giữa 2 lựa chọn ngày hiệu lực:

☐ Ngày sinh con, nhận nuôi hoặc cho con nuôi hoặc chăm sóc nuôi dưỡng tạm thời
 ☐ Ngày đầu tiên của tháng sau khi chúng tôi nhận được đơn đăng ký này

☐ Mất tư cách người phụ thuộc do ly hôn, hủy quan hệ bạn đời sống chung hoặc ly thân
 ☐ Người ghi danh hoặc người phụ thuộc qua đời
 ☐ Lệnh cấp dưỡng nuôi con hoặc lệnh khác của tòa án để bao trả cho người phụ thuộc
 Lưu ý: Trong trường hợp này, quý vị cũng sẽ cần phải chọn giữa 2 lựa chọn ngày hiệu lực:

☐ Ngày có lệnh cấp dưỡng nuôi con hoặc lệnh khác của tòa án để bao trả cho người phụ thuộc
 ☐ Ngày đầu tiên của tháng sau ngày có lệnh của tòa án

☐ Chuyển chỗ ở vĩnh viễn khi tham gia chương trình mới
- ☐ Quyết định của Covered California về những trường hợp ngoại lệ
 ☐ Hội 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 hãng sở nhỏ đủ điều kiện (QSEHRA)
 ☐ Xuất hiện bạo lực gia đình hoặc có vợ chồng bỏ đi trong một gia đình
 ☐ Ngừng đóng góp của chủ hãng sở cho phí bảo hiểm COBRA
 ☐ Ra tù
 ☐ Khai sai thông tin về ghi danh của quý vị ở bảo hiểm thiết yếu tối thiểu
 ☐ Mạng lưới nhà cung cấp thay đổi
 ☐ Vi phạm hợp đồng
 ☐ Đủ điều kiện nhận tiền trợ cấp chăm sóc sức khỏe của công ty giao hàng và vận chuyển dựa trên ứng dụng

Vui lòng ghi ngày diễn ra sự kiện cuộc sống hội đủ điều kiện. / / (tt/nn/nnnn)

*Nếu sự kiện cuộc sống hội đủ điều kiện của quý vị là mất bảo hiểm của Kaiser Permanente, chúng tôi có thể xem lại hồ sơ hội viên để kiểm tra xem khi nào và tại sao quý vị mất bảo hiểm.

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

Chọn một chương trình bảo hiểm sức khỏe. Nếu bất kỳ thành viên nào trong gia đình đang đăng ký các chương trình sức khỏe khác nhau, vui lòng nộp đơn đăng ký riêng cho mỗi chương trình.

Bronze	Silver	Gold	Platinum
☐ Kaiser Permanente – Bronze 60 HDHP HMO ☐ Kaiser Permanente – Bronze 60 HMO ☐ Kaiser Permanente – Bronze 60 HMO 8200/0%	☐ Kaiser Permanente – Silver 70 HMO Off Exchange ☐ Kaiser Permanente – Silver 70 HMO 2850/50 ☐ Kaiser Permanente – Silver 70 HDHP HMO 3600/20%	☐ Kaiser Permanente – Gold 80 HMO Coinsurance ☐ Kaiser Permanente – Gold 80 HMO	☐ 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 làm đơn sẽ dưới 30 tuổi vào ngày hiệu lực hoặc người cung cấp chứng nhận miễn trừ cho thấy 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 điều kiện không, vui lòng truy cập CoveredCA.com/exemptions và làm theo các hướng dẫn.

- ☐ Kaiser Permanente - Minimum Coverage HMO

Để biết thông tin về quyền lợi và các 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 bản sao của *Phản Sửa Đổi Kết Hợp đối với Thỏa Thuận Tư Cách Hội Viên, Chứng Từ Bảo Hiểm và Bản Điều Lệ Chương Trình* cho một chương trình cụ thể, vui lòng truy cập kp.org/plandocuments (bằng tiếng Anh), gọi **1-800-464-4000**, hoặc liên hệ với người môi giới của quý vị.

BƯỚC 3: Chọn chương trình nha khoa tùy chọn cho người trưởng thành

Bảo hiểm nha khoa được đưa vào chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị cho các hội viên trẻ em cho đến hết tháng hội viên đó đủ 19 tuổi. Kaiser Permanente cung cấp chương trình bảo hiểm nha khoa không bắt buộc cho người trưởng thành bao gồm những cá nhân đã kết thúc tình trạng hội đủ điều kiện nhận các dịch vụ nha khoa nhi. Bảo hiểm không bắt buộc này không cần thêm phí. Bảo hiểm nha khoa tùy chọn dành cho người trưởng thành 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 *Bảng Điều Lệ Tóm Lược Quyền Lợi và Bảo Hiểm (SDBC)* để biết thông tin chi tiết đầy đủ về chương trình nha khoa KPIC bằng cách truy cập vào **kp.org/kpic-dental** (bằng tiếng Anh).

Vui lòng chọn một lựa chọn bên dưới.

- ☐ Có. Tôi yêu cầu ghi danh vào chương trình bảo hiểm nha khoa KPIC có sẵn cho tôi như là một lựa chọn bổ sung cho bảo hiểm theo chương trình bảo hiểm sức khỏe của tôi. Kaiser Permanente Insurance Company, một chi nhánh của Kaiser Foundation Health Plan, Inc., tài trợ cho chương trình bảo hiểm nha khoa KPIC. Khi đã ghi danh tham gia, tôi hiểu rằng tôi không thể hủy bảo hiểm nha khoa của tôi mà không hủy bảo hiểm trong chương trình bảo hiểm sức khỏe của tôi, ngoại trừ ở giai đoạn ghi danh mở hoặc giai đoạn ghi danh đặc biệt.
- ☐ Không. Tôi không quan tâm đến bảo hiểm nha khoa tùy chọn.

BƯỚC 4: Nhập thông tin của quý vị

Người nộp đơn chính

Trong một chương trình cá nhân, người nộp đơn chính là người sẽ được chương trình bảo hiểm sức khỏe bao trả. 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. Nếu đơn đăng ký này chỉ dành cho trẻ dưới 18 tuổi, trẻ là người nộp đơn chính.

Tên	Tên đệm	Ngày sinh (tt/nn/nnnn)
		/ /
Họ		
Số hồ sơ y tế cũ (nếu có)	Tiểu Bang (nếu có)	Giới Tính: ☐ Nam ☐ Nữ ☐ Không Khai
		Số An Sinh Xã Hội (nếu có) - -
Địa chỉ nhà (vui lòng không ghi số hòm thư)		
Thành phố		
Tiểu Bang	Mã ZIP	Quận
		Điện thoại (điện thoại di động nếu có)
		- -
Địa chỉ gửi thư (nếu khác với địa chỉ nhà riêng)		
Thành phố		
Tiểu Bang	Mã ZIP	
Ngôn ngữ ưa nói (nếu không phải là Tiếng Anh)		Ngôn ngữ ưa đọc (nếu không phải là Tiếng Anh)
Địa chỉ email		

Cha mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp

Vui lòng điền vào phần 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 (tt/nn/nnnn)
		/ /
Họ		
Giới Tính: ☐ Nam ☐ Nữ ☐ Không khai	Số An Sinh Xã Hội (nếu có) - -	
Ngôn ngữ ưa nói (nếu không phải là Tiếng Anh)		Ngôn ngữ ưa đọc (nếu không phải là Tiếng Anh)

Người nộp đơn chính

**Người phụ thuộc được
bảo hiểm**

Nếu quý vị có hơn 3 người phụ thuộc được bảo hiểm, vui lòng điền thêm một bản sao của trang này và gửi nó cùng với đơn đăng ký của quý vị.

1 Tên	Tên đệm	Ngày sinh (tt/nn/nnnn)
		/ /
Họ		
Số hồ sơ y tế cũ (nếu có)	Tiểu Bang (nếu có)	Giới Tính: ☐ Nam ☐ Nữ ☐ Không Khai
		Số An Sinh Xã Hội (nếu có)
- -		
Mối quan hệ với người nộp đơn chính		

2 Tên	Tên đệm	Ngày sinh (tt/nn/nnnn)
		/ /
Họ		
Số hồ sơ y tế cũ (nếu có)	Tiểu Bang (nếu có)	Giới Tính: ☐ Nam ☐ Nữ ☐ Không Khai
		Số An Sinh Xã Hội (nếu có)
- -		
Mối quan hệ với người nộp đơn chính		

3 Tên	Tên đệm	Ngày sinh (tt/nn/nnnn)
		/ /
Họ		
Số hồ sơ y tế cũ (nếu có)	Tiểu Bang (nếu có)	Giới Tính: ☐ Nam ☐ Nữ ☐ Không Khai
		Số An Sinh Xã Hội (nếu có)
- -		
Mối quan hệ với người nộp đơn chính		

Người nộp đơn chính

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

Quý vị có thể ủy quyền cho quý vị bè tin cậy hoặc người thân nói chuyện về đơn đăng ký này với chúng tôi, 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

Điện thoại (điện thoại di động nếu có)

Khi ký tên nghĩa là 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 (tt/nn/nnnn)

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. Khi ký tên có nghĩa là cha mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp đồng ý chịu trách nhiệm thanh toán tất cả phí bảo hiểm, tiền đồng trả, tiền đồng bảo hiểm và tiền khấu trừ cho tất cả những người nộp đơn được nêu ra trên đơn đăng ký này. Bản sao của 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 quý vị có nhiều hơn 2 cha mẹ/cha mẹ kế và hoặc người phụ thuộc từ 18 tuổi trở lên cần phải ký, hãy đính kèm một bản sao của trang này có các chữ ký bổ sung. Để đủ điều kiện nhận bảo hiểm KPIF, quý vị và bất kỳ người phụ thuộc nào mà quý vị đang đăng ký không đủ điều kiện tham gia Medicare Phần A hoặc ghi danh tham gia Medicare Phần B.

- Tôi xác nhận rằng không có người nộp đơn nào được nêu ra trong mẫu đơn này đủ điều kiện tham gia Medicare Phần A hoặc được ghi danh tham gia vào 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 người môi giới, tôi đồng ý để 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 người môi giới hoặc đại diện của Kaiser Permanente có thể nhận được các khoản thanh toán tài chính và/hoặc phí tài chính từ Kaiser Permanente vì họ đã hỗ trợ tôi làm đơn này.
- Bằng cách cung cấp địa chỉ email và số điện thoại di động của mình, tôi hiểu rằng tôi có thể nhận được email và liên lạc bằng văn bản từ Kaiser Permanente.

X

Ngày (tt/nn/nnnn)

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

X

Ngày (tt/nn/nnnn)

Vợ/chồng/ban đời sống chung

X

Ngày (tt/nn/nnnn)

Cha mẹ/Cha mẹ kế

X

Ngày (tt/nn/nnnn)

Cha mẹ/Cha mẹ kế

X

Ngày (tt/nn/nnnn)

Người phụ thuộc (18 tuổi trở lên)

X

Ngày (tt/nn/nnnn)

Người phụ thuộc (18 tuổi trở lên)

Người nộp đơn chính

BƯỚC 7: Ký thỏa thuận trọng tài với 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 Năm 1974 (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 phạm 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 xuất 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 được xét xử với bồi thẩm đoàn và chấp nhận việc trọng tài phân xử có giá trị ràng buộc. Tôi hiểu rằng điều khoản đầy đủ về trọng tài có trong *Tổng Hợp Thỏa Thuận Tư Cách Hội Viên, Chứng từ Bảo hiểm và Bản Điều lệ Chương trình*.

X

Ngày (tt/nn/nnnn)

 / /

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

X

Ngày (tt/nn/nnnn)

 / /

Vợ/chồng/bạn đời sống chung

X

Ngày (tt/nn/nnnn)

 / /

Cha mẹ/Cha mẹ kế

X

Ngày (tt/nn/nnnn)

 / /

Cha mẹ/Cha mẹ kế

X

Ngày (tt/nn/nnnn)

 / /

Người phụ thuộc (18 tuổi trở lên)

X

Ngày (tt/nn/nnnn)

 / /

Người phụ thuộc (18 tuổi trở lên)

Bản sao của 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 quý vị có nhiều hơn 2 cha mẹ/cha mẹ kế và hoặc người phụ thuộc từ 18 tuổi trở lên cần phải ký, hãy đính kèm một bản sao của trang này có các chữ ký bổ sung.

Người nộp đơn chính

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

Thông tin thanh toán

Tên người chịu trách nhiệm thanh toán

Tên đệm

Họ người chịu trách nhiệm thanh toán

Địa chỉ

Thành phố

Tiểu Bang

Mã ZIP

Địa chỉ email

Các lựa chọn thanh toán (chọn một) ☐ Thanh toán điện tử ☐ Séc ☐ Lệnh chuyển tiền ☐ Thẻ tín dụng ☐ Thẻ ghi nợ

Nếu là thanh toán điện tử, hãy chọn loại tài khoản: ☐ Tài khoản séc ☐ 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 thanh toán cho tháng đầu tiên từ tài khoản séc hoặc tài khoản tiết kiệm của tôi.

Tên ngân hàng

Số định tuyến

Số tài khoản

Tên chủ tài khoản

Tên đệm

Họ chủ tài khoản

X

Ngày (tt/nn/nnnn)

Chữ ký của chủ tài khoản

Nếu là séc hoặc lệnh chuyển tiền

Viết tên của người nộp đơn chính trên séc. Gửi tiền với đơn đăng ký theo đường bưu điện đến địa chỉ ghi ở trang 1.

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

Tên chủ thẻ như ở trên thẻ

Tên đệm

Họ chủ thẻ như ở trên thẻ

Số thẻ

Ngày hết hạn (tt/nnnn)

X

Ngày (tt/nn/nnnn)

Chữ ký của chủ thẻ

Thanh toán tự động hàng tháng (tùy chọn)

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

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

- ☐ Có
- ☐ Tôi muốn nhập một phương thức thanh toán mới ở đây. (Vui lòng điền vào trang này.)
- ☐ Vui lòng sử dụng cùng phương thức thanh toán mà tôi đã cung cấp khi thanh toán tiền cho tháng đầu tiên của mình. (Bỏ qua trang này.)
- ☐ Không, tôi không muốn thanh toán tự động hàng tháng. (Bỏ qua trang này)

Tên người chịu trách nhiệm thanh toán

Tên đệm

Họ người chịu trách nhiệm thanh toán

Địa chỉ thanh toán

Thành phố

Tiểu Bang

Mã ZIP

Địa chỉ email

Các lựa chọn thanh toán tự động (chọn một)

☐ Thanh toán điện tử

☐ Thẻ tín dụng (không sử dụng được thẻ ghi nợ)

Nếu là thanh toán điện tử, hãy chọn loại tài khoản:

☐ Tài khoản séc

☐ 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 từ tài khoản séc hoặc tài khoản tiết kiệm của tôi.

Tên ngân hàng

Số định tuyến

Số tài khoản

Tên chủ tài khoản

Tên đệm

Họ chủ tài khoản

X

Ngày (tt/nn/nnnn)

Chữ ký của chủ tài khoản

Để thanh toán bằng thẻ tín dụng, vui lòng điền vào phần bên dưới.

Tên chủ thẻ như ở trên thẻ

Tên đệm

Họ chủ thẻ như ở trên thẻ

Số thẻ

Ngày hết hạn (tt/nnnn)

X

Ngày (tt/nn/nnnn)

Chữ ký của chủ thẻ

Người nộp đơn chính

Đối với người nộp đơn có tư vấn của người môi giới hoặc đại diện Kaiser Permanente

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

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

Phạm vi thù lao tiêu chuẩn của chúng tôi là \$13-\$19 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 được tư vấn của người môi giới hoặc đại diện Kaiser Permanente hay không.

Phần dành cho người môi giới hoặc đại diện của quý vị hoàn thành sau khi quý vị hoàn thành 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)

Phone (mobile phone if available)

Fax

Email address

You must answer the following question by selecting Yes or No:

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

Date (mm/dd/yyyy)

Broker or Kaiser Permanente representative

Văn Phòng HICAP Địa Phương Của Quận California

Quận Alameda

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

Quận Alpine, Amador, Calaveras, Mariposa và Quận Toulumne

19074 Standard Road, Suite A
Sonora, CA 95370
209-532-6272 số máy lẻ 226

Quận Butte, Colusa, Glenn, Plumas và Quận 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 từ điện thoại cố định:
1-800-510-2020
Ngoài tiểu bang: 925-655-1393

Quận Del Norte

1765 Northcrest Drive
Thành phố Crescent, CA 95531
707-464-7876

Quận El Dorado, Nevada, Placer, Sacramento, San Joaquin, Sierra, Sutter, Yolo và Quận Yuba

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 Quận San Bernardino

9121 Haven Ave., Suite 220
Rancho Cucamonga, CA 91739
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 Quận Sonoma
1129 Industrial Ave., Suite 201
Petaluma, CA 94954
1-800-434-0222
707-526-4108

Quận Lassen, Modoc, Shasta, Siskiyou, và Quận Trinity

1647 Hartnell Ave., Suite 8
Redding, CA 96002
530-223-0999

Quận Los Angeles

520 S. Lafayette Park Place, Suite 214
Los Angeles, CA 90057
213-383-4519
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

1777 A Capitola Road
Santa Cruz, CA 95062
831-462-5510

Quận San Francisco

601 Jackson Street, Tầng 2
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, lựa chọn 2

Quận Stanislaus

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

Quận Ventura

646 County Square Drive, Suite 100
Ventura, CA 93003
805-477-7310

Thông Báo Không Phân Biệt Đối Xử

Phân biệt đối xử là trái với pháp luật. Kaiser Permanente tuân thủ các luật dân quyền của Tiểu Bang và Liên Bang.

Kaiser Permanente không phân biệt đối xử trái pháp luật, loại trừ hay đối xử khác biệt với người nào đó vì lý do tuổi tác, chủng tộc, nhận dạng nhóm sắc tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, nền tảng văn hóa, tổ tiên, tôn giáo, giới tính, nhận dạng giới tính, cách thể hiện giới tính, khuynh hướng giới tính, tình trạng hôn nhân, tình trạng khuyết tật về thể chất hoặc tinh thần, bệnh trạng, nguồn thanh toán, thông tin di truyền, quyền công dân, ngôn ngữ mẹ đẻ hoặc tình trạng nhập cư.

Kaiser Permanente cung cấp các dịch vụ sau:

- Phương tiện hỗ trợ và dịch vụ miễn phí cho người khuyết tật để giúp họ giao tiếp hiệu quả hơn với chúng tôi, chẳng hạn như:
 - ♦ Thông dịch viên ngôn ngữ ký hiệu đủ trình độ
 - ♦ Thông tin bằng văn bản theo các định dạng khác (chữ nổi braille, bản in khổ chữ lớn, âm thanh, định dạng điện tử để truy cập và các định dạng khác)
- Dịch vụ ngôn ngữ miễn phí cho những người có ngôn ngữ chính không phải là tiếng Anh, chẳng hạn như:
 - ♦ Thông dịch viên đủ trình độ
 - ♦ Thông tin được trình bày bằng các ngôn ngữ khác

Nếu quý vị cần những dịch vụ này, xin gọi đến Trung Tâm Liên Lạc ban Dịch Vụ Hội Viên của chúng tôi theo số **1-800-464-4000 (TTY 711)**, 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần (đóng cửa ngày lễ). Nếu quý vị không thể nói hay nghe rõ, vui lòng gọi **711**.

Theo yêu cầu, tài liệu này có thể được cung cấp cho quý vị dưới dạng chữ nổi braille, bản in khổ chữ lớn, băng thu âm hay dạng điện tử. Để lấy một bản sao theo một trong những định dạng thay thế này hay định dạng khác, xin gọi đến Trung Tâm Liên Lạc ban Dịch Vụ Hội Viên của chúng tôi và yêu cầu định dạng mà quý vị cần.

Cách đệ trình phàn nàn với Kaiser Permanente

Quý vị có thể đệ trình phàn nàn về phân biệt đối xử với Kaiser Permanente nếu quý vị tin rằng chúng tôi đã không cung cấp những dịch vụ này hay phân biệt đối xử trái pháp luật theo cách khác. 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 cũng có thể nói chuyện với nhân viên ban Dịch Vụ Hội Viên về những lựa chọn áp dụng cho quý vị. Vui lòng gọi đến ban Dịch Vụ Hội Viên nếu quý vị cần được trợ giúp để 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 theo số **1-800-464-4000 (TTY 711)** 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần (đóng cửa ngày lễ)
- **Qua thư tín:** Gọi chúng tôi theo số **1-800-464-4000 (TTY 711)** và yêu cầu gửi mẫu đơn cho quý vị

- **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 phản nản với Văn Phòng Dân Quyền Ban Dịch Vụ Y Tế California *(Dành Riêng Cho Người Thụ Hưởng Medi-Cal)*

Quý vị cũng có thể đệ trình than phiền về dân quyền với Văn Phòng Dân Quyền Ban Dịch Vụ Y Tế California bằng văn bản, qua điện thoại hay qua email:

- **Qua điện thoại:** Gọi đến Văn Phòng Dân Quyền Ban Dịch Vụ Y Tế (Department of Health Care Services, DHCS) theo số **916-440-7370 (TTY 711)**
- **Qua thư tín:** Điền mẫu đơn than phiền và hay gửi thư đến:

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

Mẫu đơn than phiền hiện có tại: http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

- **Trực tuyến:** Gửi email đến CivilRights@dhcs.ca.gov

Cách đệ trình phản nản với Văn Phòng Dân Quyền của Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ.

Quý vị cũng có quyền đệ trình than phiền về phân biệt đối xử với Văn Phòng Dân Quyền của Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ. Quý vị có thể đệ trình than phiền bằng văn bản, qua điện thoại hoặc trực tuyến:

- **Qua điện thoại:** Gọi **1-800-368-1019 (TTY 711 hay 1-800-537-7697)**
- **Qua thư tín:** Điền mẫu đơn than phiền và hay gửi thư đến:

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

Mẫu đơn than phiền hiện có tại

<http://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/portal/lobby.jsf>.

This image shows a full page of white paper with horizontal dashed lines, typical of primary-ruled notebook paper. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings present.

