

健康保險申請表

Individual and Family Plans

 哪些人可以使用這份申請表？	<p>您可以使用這份申請表來申請Kaiser Permanente for Individuals and Families (KPIF) 計劃。</p> <ul style="list-style-type: none">• 如果您想為家人申請同樣的KPIF計劃，請為家人填寫申請表。家中如果有人要加入不同的保健計劃，其必須另外填寫一份申請表。• 您必須居住在我們的加州服務區中才符合KPIF保險的入保資格。
 哪些人不應使用這份申請表？	<ul style="list-style-type: none">• 如果您或您為其提出申請的任何受撫養人有權享有Medicare A部分或已經入保Medicare B部分，則申請人便不符合新KPIF保險的申請資格。請造訪kp.org/medicare (英文) 以瞭解您的Medicare計劃選項或申請Medicare保險。• 請注意，健康保險輔導及倡導計劃 (HICAP) 可為加州居民提供免費健康保險諮詢。致電HICAP (1-800-434-0222) 以了解更多資訊。請參閱第12頁以了解當地HICAP計劃資訊。• 如果您符合資格，且想獲得聯邦或州立財務援助以協助您支付共付額、共保額、免賠額或保費，請勿填寫此申請表。您必須透過Covered California網站CoveredCA.com (英文) 申請保險。• 如果您已經是KPIF的會員，請勿使用本表格。若要變更您的帳戶，請致電1-800-464-4000。
 提醒事項	<ul style="list-style-type: none">• 如果您在開放入保期間提出申請，生效日期可能會依我們收到您申請的日期而異，如果您在12月31日之前提出申請，生效日期通常是1月1日。• 如果您在特殊入保期間申請，請造訪kp.org/specialenrollment (英文) 或致電1-800-494-5314取得說明。• 請盡快寄回本申請表，或您也可透過較便捷的方式在線上提出申請，網址為buykp.org/apply (英文)。• 請回答所有問題，並只能打字或用墨水筆工整填寫。請在每個詞彙之間留一個空格，對於有連字號的名字則在格子中填入連字號。• 請謹記，如果您入保一項新計劃，這將不會自動取消您現有的任何其他保險。若要避免支付2項計劃費用或要避免保險發生中斷，請務必在您的新保險開始生效之前取消任何其他保險。• 為了確保您的申請能夠及時得到處理且不會遭到取消，請複閱申請書的每一頁，填寫完整，並附上所有必要的簽名、第一個月的付款以及合格的生活事件證明（如有需要）。請將這些資料郵寄至： Kaiser Permanente for Individuals and Families P.O. Box 23127 San Diego, CA 92193-9921 或者透過安全傳真寄送至：1-866-816-5139 註：支票必須透過郵件發送，不得透過傳真發送。
 需要幫助嗎？	<ul style="list-style-type: none">• 如需協助填寫此申請表，請致電 1-800-494-5314 (聽障及語障電話專線 711)。• 我們將免費為您提供語言協助。• 如果您有保險經紀，請致電向您的保險經紀尋求協助。

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

步驟1：選擇您的入保期

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

選擇合格生活事件。如果您有超過一項，請仔細檢視您的選項，因為生效日期會依事件而不同。還需要在10天內提供資格證明。請造訪kp.org/specialenrollment (英文) 或致電1-800-494-5314，瞭解更多合格生活事件的相關資訊。

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 失去最低基本健康護理保險 (寫下最後一整天您有保險的日期) * | <input type="checkbox"/> 由Covered California決定的例外情況 |
| <input type="checkbox"/> 透過結婚或同居伴侶關係而新增或成為一名受撫養人 | <input type="checkbox"/> 有資格透過個人保險健康還款計劃 (ICHRA) 或合格的小型僱主健康還款計劃 (QSEHRA) 購買個人健康計劃 |
| <input type="checkbox"/> 因為兒童出生、領養或安置領養或寄養而獲得或成為受撫養人
註：在此情況下，您還必須在2個生效日期選項之間作選擇： | <input type="checkbox"/> 在家庭中發生家庭暴力或配偶遺棄 |
| <input type="checkbox"/> 出生、領養或接受領養安置或寄養之日期 | <input type="checkbox"/> 停止僱主對COBRA保費的供款 |
| <input type="checkbox"/> 我們收到申請後次月的第一天 | <input type="checkbox"/> 刑滿釋放 |
| <input type="checkbox"/> 由於離婚、同居伴侶關係解除或合法分居而失去受撫養人 | <input type="checkbox"/> 關於您在最低基本承保入保的錯誤訊息 |
| <input type="checkbox"/> 投保人或受撫養人死亡 | <input type="checkbox"/> 保健業者網絡變動 |
| <input type="checkbox"/> 子女撫養令或其他承保受撫養人的法庭命令
註：在此情況下，您還必須在2個生效日期選項之間作選擇： | <input type="checkbox"/> 違反合約 |
| <input type="checkbox"/> 子女撫養令或其他承保受撫養人的法庭命令的日期 | <input type="checkbox"/> 基於應用程序的交通或遞送網絡公司健康醫護津貼的獲取資格 |
| <input type="checkbox"/> 法庭命令日期後次月的第一天 | |
| <input type="checkbox"/> 永久性搬遷加上獲取新計劃 | |

請註明合格生活事件的日期。 / / (月/日日/年年年)

*如果您的合格生活事件是失去Kaiser Permanente保險，我們可能會審查會員資格記錄，以確認您失去保險的時間和理由。

步驟2：選擇您的健康計劃

選擇一項健康計劃。如有任何家庭成員正在申請其他保健計劃，請另行提交每項計劃的申請表。

Bronze	Silver	Gold	Platinum
<input type="checkbox"/> Kaiser Permanente - Bronze 60 HDHP HMO	<input type="checkbox"/> Kaiser Permanente - Silver 70 HMO Off Exchange	<input type="checkbox"/> Kaiser Permanente - Gold 80 HMO Coinsurance	<input type="checkbox"/> Kaiser Permanente - Platinum 90 HMO
<input type="checkbox"/> Kaiser Permanente - Bronze 60 HMO	<input type="checkbox"/> Kaiser Permanente - Silver 70 HMO 2850/50	<input type="checkbox"/> Kaiser Permanente - Gold 80 HMO	
<input type="checkbox"/> Kaiser Permanente - Bronze 60 HMO 8200/0%	<input type="checkbox"/> Kaiser Permanente - Silver 70 HDHP HMO 3600/20%		

適用於 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。造訪CoveredCA.com/exemptions/以及按照說明查看您是否符合資格。

- Kaiser Permanente - Minimum Coverage HMO

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

步驟3：選擇可選成人牙科計劃

您的保健計劃包含為兒童會員提供的牙科保險，提供至會員年滿19歲的當月月底為止。Kaiser Permanente為成人提供可選牙科保險計劃，其中包括針對兒童牙科服務資格已經結束的個人。此項自選保險需另外收費。我們的自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小結 (SDBC) 披露表，以獲取 KPIC 牙科計劃的詳細資訊，kp.org網址為/[kpic-dental](http://kp.org/kpic-dental) (英文)。

請選擇下列其中一個選項。

-
- 是。本人想要申請入保適用於本人的KPIC牙科保險計劃，以作為本人保健計劃保險的補充選項。KPIC牙科保險計劃是由Kaiser Foundation Health Plan, Inc.的子公司Kaiser Permanente Insurance Company承銷。在入保後，本人瞭解，若要取消牙科保險，則本人的保健計劃保險也必須一併取消，除非本人是在開放入保期或特殊入保期申請取消。
 - 不，我對額外牙科保險不感興趣。
-

主要申請人

步驟4：輸入您的資訊

主要申請人

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

名字

中間名字首

出生日期（年/月/日）

姓氏

原醫療記錄編號（若有）

州（若有）

性別：

男性 女性

社會安全號碼（若有）

未公開

家庭地址（請勿用郵箱號碼）

城市

州

郵遞區號

郡縣

電話（手機，若有）

郵遞地址（如與家庭地址不同）

城市

州

郵遞區號

慣用口頭語言（若非英語）

慣用閱讀語言（若非英語）

電子郵件地址

父母或法定監護人

如果主申請人是18歲以下的兒童，請填寫此部分。

父母或法定監護人必須年滿18歲。

名字

中間名字首

出生日期（年/月/日）

姓氏

性別：

男性 女性 未公開

社會安全號碼（若有）

慣用口頭語言（若非英語）

慣用閱讀語言（若非英語）

主要申請人

需要入保的配偶／同居伴侶

同居伴侶是指在加州登記且經法律認可具備您同居伴侶身分的人士。

名字

中間名字首 請選擇一項：

配偶

同居
伴侶

姓氏

出生日期 (年/月/日)

原醫療記錄編號 (若有)

州 (若有)

性別：

男性 女性

未公開

社會安全號碼 (若有)

承保的父母/繼父母

如果您要承保的父母/繼父母超過兩位，請填寫本頁的影本，連同申請表一起提交。

1 名字

中間名字首 出生日期 (年/月/日)

姓氏

原醫療記錄編號 (若有)

州 (若有)

性別：

男性 女性

未公開

社會安全號碼 (若有)

2 名字

中間名字首 出生日期 (年/月/日)

姓氏

原醫療記錄編號 (若有)

州 (若有)

性別：

男性 女性

未公開

社會安全號碼 (若有)

主要申請人

[Empty input box for main applicant name]

需要入保的受撫養人

如果您要承保的受撫養人超過兩位，請填寫本頁的影本，連同申請表一起提交。

1 名字

中間名字首 出生日期 (年/月/日)

[Name input boxes] [Middle name initial input box] [Date of birth input boxes]

姓氏

[Last name input boxes]

原醫療記錄編號 (若有)

州 (若有)

性別：

男性 女性

社會安全號碼 (若有)

[Medical record number input boxes] [State input box] [Gender checkboxes] [Social Security number input boxes]

與主要申請人的關係

[Relationship input boxes]

2 名字

中間名字首 出生日期 (年/月/日)

[Name input boxes] [Middle name initial input box] [Date of birth input boxes]

姓氏

[Last name input boxes]

原醫療記錄編號 (若有)

州 (若有)

性別：

男性 女性

社會安全號碼 (若有)

[Medical record number input boxes] [State input box] [Gender checkboxes] [Social Security number input boxes]

與主要申請人的關係

[Relationship input boxes]

3 名字

中間名字首 出生日期 (年/月/日)

[Name input boxes] [Middle name initial input box] [Date of birth input boxes]

姓氏

[Last name input boxes]

原醫療記錄編號 (若有)

州 (若有)

性別：

男性 女性

社會安全號碼 (若有)

[Medical record number input boxes] [State input box] [Gender checkboxes] [Social Security number input boxes]

與主要申請人的關係

[Relationship input boxes]

主要申請人

步驟5：選擇授權代表（若有）

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

名字

姓氏

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

X

主要申請人（未滿18歲的兒童由父母或法定監護人代簽）

中間名字首

電話（手機，若有）

日期（月月/日日/年年年年）

步驟6：簽署申請協議

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

- 本人確認列在本表格的申請人，沒有人是有權享有Medicare A部分或已經入保Medicare B部分的。
- 我知道Kaiser Foundation Health Plan, Inc. 會仰賴本申請表的資訊。如果發現任何資訊虛假或蓄意不實，Kaiser Foundation Health Plan, Inc.可能會將承保回溯終止到承保生效日期。
- 如果我與保險經紀合作，我允許Kaiser Permanente與其分享本申請表內列出的入保或退保資訊。我了解因為保險經紀或Kaiser Permanente代表協助我完成此申請表，因此可能會從Kaiser Permanente獲得財務和/或非財務付款。
- 透過提供我的電子郵件地址和手機號碼，我瞭解我可能會收到來自Kaiser Permanente的電子郵件和文本通信。

X

主要申請人（未滿18歲的兒童由父母或法定監護人代簽）

日期（月月/日日/年年年年）

X

配偶/同居伴侶

日期（月月/日日/年年年年）

X

父母/繼父母

日期（月月/日日/年年年年）

X

父母/繼父母

日期（月月/日日/年年年年）

X

受撫養人（18歲及18歲以上）

日期（月月/日日/年年年年）

X

受撫養人（18歲及18歲以上）

日期（月月/日日/年年年年）

主要申請人

步驟7：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程序司法審查的情況除外。我同意放棄我們要求陪審團審判的權利，並接受使用具約束力的仲。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。

X		日期（月月/日日/年年年年） <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
	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） <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
	配偶/同居伴侶	
X		日期（月月/日日/年年年年） <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
	父母/繼父母	
X		日期（月月/日日/年年年年） <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
	父母/繼父母	
X		日期（月月/日日/年年年年） <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
	受撫養人（18歲及18歲以上）	
X		日期（月月/日日/年年年年） <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
	受撫養人（18歲及18歲以上）	

經您簽名的協議副本與正本具有相同效力。如果沒有簽名，我們將會取消申請。如有多於2名的年滿18歲的父母/繼父母和/或受撫養人需要簽名，請附上帶有其他簽名的本頁副本。

主要申請人

步驟8：填寫第一個月保費支付詳情

付款資訊

付款人的名字

中間名字首

付款人的姓氏

地址

城市

州

郵遞區號

電子郵件地址

付款方式 (請選擇一項)

電子轉帳

支票

匯票

信用卡

簽帳卡

若為電子付款，請選擇帳戶類型： 支票帳戶 儲蓄帳戶

本人授權Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (KFHP)及指定金融機構接受來自我的支票帳戶或儲蓄帳戶的第一個月支付款項之轉帳。

銀行名稱

匯款路徑代碼

帳號

帳戶持有人名字

中間名字首

帳戶持有人姓氏

X

日期 (月月/日日/年年年)

帳戶持有人簽名

如使用支票或匯票

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

欲使用信用卡或簽帳卡付款，請填寫以下部分。

持卡人名字 (如卡上所示)

中間名首字母

持卡人姓氏 (如卡上所示)

卡號

到期日期 (月月/年年年)

X

日期 (月月/日日/年年年)

持卡人簽名

主要申請人

每月自動付款（選擇性）

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

您要註冊每月自動付款嗎？

- 是 不，我不想要每月自動付款。（跳過此頁）
- 我想在這裡輸入新的付款方式。（請填寫此頁。）
- 請使用與我支付第一個月保費相同的方式。（跳過此頁。）

付款人的名字

中間名首字母

付款人的姓氏

帳單地址

城市

州 郵遞區號

電子郵件地址

自動付款選項（請選擇一項） 電子轉帳 信用卡（不得使用金融簽帳卡）

若為電子付款，請選擇帳戶類型： 支票帳戶 儲蓄帳戶

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

銀行名稱

匯款路徑代碼

帳號

帳戶持有人名字

中間名字首

帳戶持有人姓氏

X 日期（月月/日日/年年年年）

帳戶持有人簽名

欲使用信用卡付款，請填寫以下部分。

持卡人名字（如卡上所示）

中間名首字母

持卡人姓氏（如卡上所示）

卡號

到期日期（月月/年年年年）

X 日期（月月/日日/年年年年）

持卡人簽名

主要申請人

使用保險經紀或Kaiser Permanente代表的申請人

如果保險經紀或Kaiser Permanente代表（員工）曾協助您決定入保何項計劃或曾協助您填寫申請表，請務必請其填寫此頁。保險經紀可能會因為您購買本保險而獲得Kaiser Permanente所提供的現金或其他補貼。

我們的標準報酬範圍是每位會員每月\$13-\$19，外加可能的獎金。請造訪kp.org/brokercompensation（英文），瞭解更多資訊。

註：無論您是否使用保險經紀人或Kaiser Permanente代表，保費不變。

本申請表在您填寫後，此部分應由您的保險經紀或代表填寫：

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

Agency name

Agency ID number

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

Address

City

State

ZIP code

Kaiser Permanente-appointed ID number

National producer number (NPN)

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

加州縣郡當地HICAP辦事處

Alameda 縣

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

高山縣、阿馬多縣、卡拉維拉斯縣、 馬里波薩縣和圖勒姆縣

19074 Standard Road, Suite A
Sonora, CA 95370
209-532-6272分機226

布特郡、科盧薩郡、格倫郡、 普盧默斯郡和德哈馬郡

25 Main Street, Room 202
Chico, CA 95929-0799
530-898-6716

Contra Costa 縣

400 Ellinwood Way
Pleasant Hill, CA 94523
透過室內電話聯絡康特
拉科斯塔郡內地區：
1-800-510-2020
不在州內：925-655-1393

德爾諾特郡

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

埃爾多拉多郡、內華達城、普萊瑟郡、 沙加緬度、聖華金郡、謝拉郡、 薩特郡、優洛郡和尤巴郡

505 12th Street
Sacramento, CA 95814
1-800-434-0222
916-376-8915

佛雷斯諾郡和馬德拉郡

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

洪堡縣

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

因皮里爾郡和聖地牙哥

5151 Murphy Canyon Road, Suite 110
San Diego CA 92123
因皮里爾 760-353-0223
聖地牙哥 858-565-8772

因約郡、莫諾郡、 河濱郡和聖貝納迪諾郡

9121 Haven Ave., Suite 220
Rancho Cucamonga, CA 91739
909-256-8369

Kern 縣

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

國王郡和圖萊里郡

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

萊克郡、馬林郡、門萊克多西諾郡、 納帕郡、索拉諾郡和索諾瑪郡

1129 Industrial Ave., Suite 201
Petaluma, CA 94954
1-800-434-0222
707-526-4108

拉森郡、莫多克郡、沙斯塔郡、 西斯基尤郡 和 三一郡

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

Los Angeles 縣

520 S. Lafayette Park Place, Suite 214
Los Angeles, CA 90057
213-383-4519
洛杉磯內郡：1-800-824-0780

美熹德郡

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

蒙特瑞郡

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

橙縣

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

聖貝尼托郡和聖塔克魯茲郡

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

San Francisco 縣

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

聖路易歐比斯波郡 和聖塔芭芭拉郡

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

聖塔克拉拉郡

3100 De La Cruz Blvd., Suite 310
San Jose, CA 95054
408-350-3200 (轉接選項2)

Stanislaus 縣

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

Ventura 縣

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

反歧視聲明

歧視是違反法律的行為。Kaiser Permanente遵守州政府與聯邦政府的民權法。

Kaiser Permanente不因年齡、人種、族群認同、膚色、原國籍、文化背景、祖籍、宗教、生理性別、社會性別、性認同、性表現、性取向、婚姻狀況、身體或精神殘障、病況、付款來源、遺傳資訊、公民身份、母語或移民身份而非法歧視、排斥或差別對待任何人。

Kaiser Permanente提供下列服務：

- 為殘障人士提供免費協助與服務以幫助其更好地與我們溝通，例如：
 - ◆ 合格手語翻譯員
 - ◆ 其他格式的書面資訊（盲文版、大字版、語音版、通用電子格式及其他格式）
- 為母語非英語的人士提供免費語言服務，例如：
 - ◆ 合格口譯員
 - ◆ 其他語言的書面資訊

如果您需要上述服務，請打電話**1-800-464-4000 (TTY 711)** 給會員服務聯絡中心，每週7天，每天24小時（節假日除外）。如果您有聽力或語言困難，請打電話**711**。

若您提出要求，我們可為您提供本文件的盲文版、大字版、錄音卡帶或電子格式。如要得到上述一種替代格式或其他格式的版本，請打電話給會員服務聯絡中心並索取您需要的格式。

如何向Kaiser Permanente投訴

如果您認為我們未能提供上述服務或有其他形式的非法歧視行為，您可向Kaiser Permanente提出歧視投訴。請參閱您的《承保範圍說明書》(*Evidence of Coverage*) 或《保險證明》(*Certificate of Insurance*) 瞭解詳情。您也可以向會員服務部代表諮詢適用於您的選項。如果您在投訴時需要協助，請打電話給會員服務部。

您可透過下列方式投訴歧視：

- **電話**：打電話**1 800-464-4000 (TTY 711)** 聯絡會員服務部，每週7天，每天24小時（節假日除外）
- **郵寄**：打電話**1 800-464-4000 (TTY 711)** 與我們聯絡，要求將投訴表寄給您
- **親自提出**：在保險計劃下屬設施的會員服務辦公室填寫投訴或索賠／申請表（請在 kp.org/facilities 網站的保健業者名錄上查詢地址）
- **線上**：使用 kp.org 網站上的線上表格

您也可直接與Kaiser Permanente民權事務協調員聯絡，地址如下：

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

如何向加州保健服務部民權辦公室投訴（僅限Medi-Cal受益人）

您也可透過書面方式、電話或電子郵件向加州保健服務部民權辦公室提出民權投訴：

- **電話：**打電話**916-440-7370 (TTY 711)** 聯絡保健服務部 (DHCS) 民權辦公室
- **郵寄：**填寫投訴表或寄信至：

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

您可在網站上http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx取得投訴表

- **線上：**發送電子郵件至CivilRights@dhcs.ca.gov

如何向美國健康與民眾服務部民權辦公室投訴

您可向美國健康與民眾服務部民權辦公室提出歧視投訴。您可透過書面、電話或線上提出投訴：

- **電話：**打電話**1-800-368-1019 (TTY 711或1-800-537-7697)**
- **郵寄：**填寫投訴表或寄信至：

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

您可在網站上取得投訴表：

<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>取得投訴表

- **線上：**訪問民權辦公室投訴入口網站：
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>。

