

THÔNG TIN QUAN TRỌNG**CHỈ DÀNH CHO NHÂN VIÊN/HÃNG SỞ - KHÔNG GỬI LẠI BIỂU MẪU NÀY CHO ĐẠI DIỆN KAISER PERMANENTE CỦA QUÝ VỊ.****Nhân viên:** Vui lòng chỉ sử dụng biểu mẫu này để từ chối chương trình bảo hiểm sức khỏe theo nhóm và gửi lại cho hãng sở của quý vị.**Hãng sở:** Vui lòng giữ biểu mẫu này để lưu hồ sơ của quý vị. **Nếu quý vị muốn chấm dứt ghi danh cho một nhân viên nào đó, vui lòng sử dụng Biểu Mẫu Chấm Dứt Ghi Danh, Chuyển Nhượng và Khôi Phục Ghi Danh.****1 THÔNG TIN CÔNG TY**

Tên công ty	ID Nhóm (nếu được chỉ định)
-------------	-----------------------------

2 LÝ DO TỪ CHỐI

Tôi đã được hãng sở của mình cung cấp chương trình bảo hiểm sức khỏe theo nhóm của Kaiser Permanente. Tôi tự nguyện chọn không ghi danh tham gia chương trình bảo hiểm của Kaiser Permanente vào thời điểm này. Tôi hiểu rằng cơ hội ghi danh tiếp theo sẽ là vào giai đoạn ghi danh mở hàng năm hoặc sau khi xảy ra sự kiện đủ điều kiện.

Lý do từ chối và tên nhà cung cấp dịch vụ sẽ tác động đến yêu cầu tham gia.

Lý do từ chối (chọn một):

- ☐ Tôi đang được bảo hiểm theo chương trình bảo hiểm sức khỏe của một hãng sở khác theo vợ/chồng/bạn đời sống chung/cha mẹ của tôi.
- ☐ Tôi đang được bảo hiểm theo chương trình bảo hiểm sức khỏe khác do hãng sở này cung cấp.
- ☐ Tôi đang được bảo hiểm theo một hãng sở khác mà tôi làm việc cho.
- ☐ Tôi đang được bảo hiểm theo chương trình bảo hiểm theo nhóm thông qua COBRA hoặc Cal-COBRA.
- ☐ Tôi đang được bảo hiểm theo Medicare, Medi-Cal hoặc Tricare (phúc lợi quân đội hoặc cựu chiến binh (VA)).
- ☐ Tôi đang được bảo hiểm theo chương trình bảo hiểm sức khỏe cá nhân.
- ☐ Tôi không muốn ghi danh vào thời điểm này.

3 ĐỌC VÀ KÝ TÊN

Nếu quý vị từ chối bảo hiểm cho bản thân, quý vị cũng sẽ từ chối bảo hiểm cho (những) người phụ thuộc đủ điều kiện của mình. Quý vị chỉ có thể ghi danh hoặc thay đổi chương trình bảo hiểm của mình trong giai đoạn ghi danh mở hàng năm do hãng sở của quý vị thiết lập hoặc trong giai đoạn ghi danh đặc biệt nếu quý vị gặp sự kiện đủ điều kiện. Quý vị phải yêu cầu tham gia chương trình bảo hiểm trong vòng 60 ngày kể từ ngày xảy ra sự kiện đủ điều kiện. Các sự kiện đủ điều kiện để được ghi danh đặc biệt bao gồm:

- Tăng số giờ làm việc để quý vị đáp ứng yêu cầu của hãng sở để đủ điều kiện tham gia chương trình bảo hiểm y tế
- Trở lại làm việc sau khi nghỉ phép
- Tự nguyện chấm dứt hoặc mất quyền tham gia chương trình bảo hiểm theo nhóm khác
- Người phụ thuộc mất bảo hiểm ở nơi khác
- Kết hôn hoặc có bạn đời sống chung
- Sinh con, nhận con nuôi hoặc thu xếp nhận con nuôi
- Lệnh của tòa án
- Vợ/chồng, bạn đời sống chung hoặc người phụ thuộc qua đời

Tên nhân viên (vui lòng viết in hoa)

Chữ ký

X

Ngày