

Đơn đăng ký tham gia 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 tham gia chương trình Kaiser Permanente for Individuals and Families (KPIF). - Nếu quý vị muốn tham gia bảo hiểm dành cho gia đình trong cùng chương trình KPIF, vui lòng điền thông tin vào một đơn đăng ký dành cho gia đình. Nếu người nào đó trong gia đình quý vị muốn tham gia một chương trình bảo hiểm sức khỏe khác, họ phải hoàn tất 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 tại California.
 Ai không nên sử dụng đơn đăng ký này?	- Nếu quý vị hoặc bất cứ người phụ thuộc nào mà quý vị nộp đơn đăng ký được hưởng Medicare Phần A hoặc được ghi danh vào Medicare Phần B, người nộp đơn đó không đủ điều kiện được đăng ký bảo hiểm KPIF mới. Vui lòng truy cập kp.org/medicare (bằng tiếng Anh) để tìm hiểu thêm về các lựa chọn chương trình Medicare của quý vị hoặc để nộp đơn đăng ký tham gia bảo hiểm Medicare. - 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 13 để tìm thông tin về chương trình HICAP tại địa phương của quý vị. - Nếu quý vị đủ tiêu chuẩn 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 hoàn tất đơn đăng ký này. Quý vị phải nộp đơn đăng ký tham gia bảo hiểm thông qua Covered California trên trang CoveredCA.com. - Để thay đổi tài khoản KPIF hiện có, hãy gọi 1-800-464-4000 (TTY 711).
 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 có hiệu lực – đó thường sẽ là ngày 1 tháng 1 nếu quý vị đăng ký chậm nhất vào ngày 31 tháng 12. Vui lòng gửi lại đơn đăng ký này trong thời gian sớm nhất có thể – hoặc quý vị có thể nộp đơn đăng ký trực tuyến nhanh hơn trên trang buykp.org (bằng tiếng Anh). - Nếu quý vị đang nộp đơn đăng ký trong giai đoạn ghi danh đặc biệt, hãy truy cập kp.org/specialenrollment (bằng tiếng Anh) hoặc gọi số 1-800-494-5314 (TTY 711) để biết hướng dẫn. - Vui lòng trả lời tất cả các câu hỏi và chỉ đánh máy 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 việc ghi danh tham gia chương trình mới không tự động hủy bỏ bất kỳ bảo hiểm nào khác mà quý vị có. Để tránh phải trả tiền cho 2 chương trình hoặc giai đoạn không bảo hiểm, hãy nhớ hủy bất kỳ bảo hiểm nào khác kể từ ngày trước thời điểm bảo hiểm mới của quý vị bắt đầu có hiệu lực. Nếu sự kiện đủ tiêu chuẩn trong cuộc đời quý vị là mất bảo hiểm Kaiser Permanente, chúng tôi có thể xem xét hồ sơ hội viên của quý vị để kiểm tra xem khi nào và tại sao quý vị mất bảo hiểm. 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 thông tin, trong đó có tất cả các chữ ký được yêu cầu, khoản thanh toán của tháng đầu tiên và bằng chứng về sự kiện đủ tiêu chuẩn trong cuộc đời quý vị. Bắt buộc điền vào tất cả các trường nếu có thông tin. Việc quý vị cung cấp số điện thoại và email sẽ giúp chúng tôi dễ dàng liên hệ hơn để xử lý đơn đăng ký 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 qua fax bảo mật đến số: 1-855-355-5334 Lưu ý: Quý vị 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 số 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 bên 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 của quý vị

Chọn một tùy chọn: ☐ Giai đoạn ghi danh mở (chuyển đến Bước 2) ☐ 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 và 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 tìm thấy sự kiện đủ tiêu chuẩn trong cuộc đời mình bên dưới.

Thay đổi 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)
- ☐ Tư cách đủ điều kiện mua chương trình bảo hiểm sức khỏe cá nhân thông qua thỏa thuận bồi hoàn chi phí chăm sóc sức khỏe của bảo hiểm dành cho cá nhân (individual coverage health reimbursement arrangement, ICHRA) hoặc thỏa thuận bồi hoàn chi phí chăm sóc sức khỏe của hãng sở nhỏ đủ tiêu chuẩn (qualified small employer health reimbursement arrangement, QSEHRA)
- ☐ Hãng sở 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

- ☐ 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 ở vĩnh viễn với quyền tiếp cận các chương trình mới

Các sự kiện đủ tiêu chuẩn khác trong cuộc đời

- ☐ Quyết định của Covered California về những trường hợp ngoại lệ
- ☐ Chứng minh rằng chương trình đủ tiêu chuẩn đã vi phạm đáng kể một điều khoản quan trọng trong hợp đồng của chương trình liên quan đến người được ghi danh
- ☐ Ra tù

Thay đổi 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

Vui lòng ghi ngày diễn ra sự kiện đủ tiêu chuẩn trong cuộc đời quý vị. / / (ngày/tháng/năm)

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

Chọn một chương trình bảo hiểm sức khỏe. Nếu bất kỳ thành viên nào trong gia đình đăng ký tham gia các chương trình bảo hiểm 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 7500/0% PCP	☐ Kaiser Permanente – Silver 70 HMO Off Exchange ☐ Kaiser Permanente – Silver 70 HMO 2850/50 PCP ☐ Kaiser Permanente – Silver 70 HDHP HMO 3600/25% 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 2250/15% PCP	☐ Kaiser Permanente – Platinum 90 HMO

Đối với người nộp đơn dưới 30 tuổi hoặc được miễn trừ do hoàn cảnh khó khăn

Có các chương trình bảo hiểm tối thiểu dành cho những người nộp đơn dưới 30 tuổi vào ngày hiệu lực hoặc những 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 nếu quý vị từ 30 tuổi trở lên mà không có giấy chứng nhận miễn trừ.** Để xem quý vị có đủ tiêu chuẩn hay không, vui lòng truy cập CoveredCA.com/exemptions và làm theo hướng dẫn.

- ☐ Kaiser Permanente – Minimum Coverage HMO

Để biết thông tin về quyền lợi và 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 cung cấp bản sao của *Tài Liệu Kết Hợp Giữa Thỏa Thuận Tư Cách Hội Viên, Chứng Từ Bảo Hiểm và Bản Điều Lệ Chương Trình* đối với một chương trình cụ thể, vui lòng truy cập kp.org/plandocuments (bằng tiếng Anh), hãy gọi số 1-800-464-4000 (TTY 711) hoặc liên hệ với bên môi giới của quý vị.

BƯỚC 3: Chọn chương trình bảo hiểm nha khoa dành cho người lớn tùy chọn của quý vị

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. Bảo hiểm nha khoa dành cho người lớn tùy chọn của chúng tôi được bảo lãnh bởi Kaiser Permanente Insurance Company (KPIC), một công ty con của Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (KFHP) được quản lý bởi Delta Dental of California, một trong những nhà cung cấp quyền lợi nha khoa lớn nhất và giàu 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).

Vui lòng chọn một tùy chọn bên dưới.

- ☐ Có. Tôi đang yêu cầu ghi danh tham gia chương trình bảo hiểm nha khoa KPIC, hiện được cung cấp cho tôi dưới dạng lựa chọn bổ sung bên cạnh bảo hiểm sức khỏe của tôi. Kaiser Permanente Insurance Company, một công ty con của Kaiser Foundation Health Plan, Inc., là đơn vị bảo lãnh cho chương trình bảo hiểm nha khoa KPIC. Một khi đã ghi danh, tôi hiểu rằng tôi không thể hủy bảo hiểm nha khoa của tôi 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.
- ☐ Không. Tôi không quan tâm đến bảo hiểm nha khoa tùy chọn.

BƯỚC 4: Nhập thông tin của quý vị (Bắt buộc điền vào tất cả các trường, nếu có)

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

Tên

Tên đệm

Ngày sinh (ngày/tháng/năm)

Họ

Số hồ sơ y tế cũ (nếu có)

Tiểu bang (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

Ngôn ngữ nói ưu tiên (nếu không phải tiếng Anh)

Ngôn ngữ đọc ưu tiên (nếu không phải tiếng Anh)

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, loại nào: ☐ ICHRA ☐ QSEHRA

Theo thỏa thuận bồi hoàn chi phí y tế của bảo hiểm dành cho cá nhân (ICHRA) hoặc thỏa thuận bồi hoàn chi phí y tế dành cho hãng sở nhỏ đủ tiêu chuẩn (QSEHRA), hãng sở của quý vị sẽ thiết lập và gửi tiền vào một tài khoản để giúp quý vị thanh toán phí bảo hiểm hàng tháng cho chương trình cá nhân và các chi phí tự trả như một lựa chọn thay thế cho bảo hiểm sức khỏe theo 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.

Người nộp đơn chính

Cha/mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp

Vui lòng hoàn tất mục 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 (ngày/tháng/năm)

/

/

Họ

Giới tính:

☐ Nam

☐ Nữ

☐ Không tiết lộ

Số An Sinh Xã Hội (nếu có)

-

-

Ngôn ngữ nói ưu tiên (nếu không phải tiếng Anh)

Ngôn ngữ đọc ưu tiên (nếu không phải tiếng Anh)

Vợ/chồng/bạn đời sống chung cần được đài thọ

Bạn đời sống chung là người đã đăng ký và được tiểu bang California công nhận về mặt pháp luật là bạn đời sống chung.

Tên

Tên đệm

Chọn một trong các mục sau:

☐ Vợ/chồng

☐ Bạn đời sống chung

Họ

Ngày sinh (ngày/tháng/năm)

/

/

Số hồ sơ y tế cũ (nếu có)

—

Tiểu bang (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

Nếu quý vị có hơn 2 cha mẹ/cha mẹ kế cần được đài thọ, vui lòng điền thêm một bản sao của trang này và nộp cùng với đơn đăng ký của quý vị.

[illegible]

--	--

$$\boxed{}\boxed{} / \boxed{}\boxed{} / \boxed{}\boxed{}\boxed{}\boxed{}$$

[illegible][illegible]

--	--	--

_____.

--	--	--	--

10 - 3 10 - 4 10 - 5

[illegible][illegible]

--	--

[illegible][illegible]

--	--

—

--	--	--	--

[illegible]

Nếu quý vị có hơn 3 người phụ thuộc cần được đài thọ, vui lòng điền thêm một bản sao của trang này và gửi cùng với đơn đăng ký của quý vị. Chỉ cung cấp số điện thoại và email cho người phụ thuộc từ 18 tuổi trở lên.

Tên

Tên đệm

Ngày sinh (ngày/tháng/năm)

/

/

Họ

Số hồ sơ y tế cũ (nếu có)

Tiểu bang (nếu có)

Giới tính:

☐ Nam
 ☐ Nữ

☐ Không tiết lộ

Số An Sinh Xã Hội (nếu có)

-

-

Mối quan hệ với người nộp đơn chính

Số điện thoại chính (điện thoại di động, nếu có)

-

-

Địa chỉ email

Tên

Tên đệm

Ngày sinh (ngày/tháng/năm)

/

/

Họ

Số hồ sơ y tế cũ (nếu có)

Tiểu bang (nếu có)

Giới tính:

☐ Nam ☐ Nữ

☐ Không tiết lộ

Số An Sinh Xã Hội (nếu có)

-

-

Mối quan hệ với người nộp đơn chính

Số điện thoại chính (điện thoại di động, nếu có)

-

-

Địa chỉ email

3 Tên

Tên đệm

Ngày sinh (ngày/tháng/năm)

 / /

Họ

Số hồ sơ y tế cũ (nếu có)

 — **Tiểu bang (nếu có)**

Giới tính:

☐ Nam ☐ Nữ

☐ Không tiết lộ

Số An Sinh Xã Hội (nếu có)

 - -

Mối quan hệ với người nộp đơn chính

Số điện thoại chính (điện thoại di động, nếu có)

 - -

Địa chỉ email

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

Quý vị có thể ủy quyền cho bạn bè đáng tin cậy hoặc người thân để trao đổi với chúng tôi về đơn đăng ký này, 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

Số điện thoại chính (điện thoại di động, nếu có)

 - -

Bằng việc ký tên, 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 (ngày/tháng/năm)

 / /

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

- Tôi xác nhận rằng không có người nộp đơn nào được liệt kê trong mẫu đơn này được hưởng Medicare Phần A hoặc được ghi danh tham gia 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 bảo hiểm từ ngày chương trình có hiệu lực.
- Nếu làm việc với bên môi giới, tôi cho phép 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 bên môi giới hoặc người 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 nộp đơn đăng ký này.
- 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.

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)

BƯỚC 7: Ký thỏa thuận trọng tài phân xử của Kaiser Foundation Health Plan, Inc.

Tôi hiểu rằng (ngoại trừ các vụ việc được giải quyết ở Tòa Án Giải Quyết Khiếu Kiện Nhỏ, các yêu cầu bồi thường tuân theo quy trình kháng cáo của Medicare hoặc theo quy định về quy trình xử lý yêu cầu bồi thường của ERISA và bất kỳ yêu cầu bồi thường nào khác không thể xử lý bằng phân xử qua trọng tài có giá trị ràng buộc theo luật điều chỉnh) mọi tranh chấp giữa một bên là tôi, người thừa kế, người thân hoặc các bên liên quan khác của tôi và bên còn lại là Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (KFHP), bất kỳ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe đã ký hợp đồng nào, chuyên viên quản lý hoặc các bên liên quan khác, do cáo buộc vi phạm bất kỳ nghĩa vụ nào phát sinh từ hoặc liên quan đến tư cách hội viên ở KFHP, bao gồm bất kỳ yêu cầu bồi thường nào do hành động sơ xuất về y tế hoặc của bệnh viện (yêu cầu bồi thường rằng các dịch vụ y tế không cần thiết hoặc không được phép hoặc được cung cấp không đúng cách, cấu thả hoặc thiếu chuyên môn), do trách nhiệm pháp lý của cơ sở hoặc liên quan đến việc bảo hiểm cho các dịch vụ hay vật dụng hoặc việc cung cấp các dịch vụ hoặc vật dụng, cho dù có đúng luật hay không, đều phải theo thủ tục phân xử qua trọng tài có giá trị ràng buộc theo luật California chứ không phải qua thủ tục kiện tụng hoặc đưa ra tòa, trừ khi luật áp dụng quy định duyệt xét tư pháp các thủ tục tố tụng phân xử qua trọng tài. 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*.

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)	

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

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

Thông tin thanh toán

Tên của người chịu trách nhiệm thanh toán

Tên đệm

Họ của người chịu trách nhiệm thanh toán

Địa chỉ

Thành phố

Tiểu bang Mã ZIP

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

Nếu sử dụng phương thức thanh toán điện tử, hãy chọn loại tài khoản: ☐ Tài khoản vãng lai ☐ Tài khoản tiết kiệm

Tôi ủy quyền cho Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (KFHP) và tổ chức tài chính được chỉ định chấp nhận chuyển khoản thanh toán của tháng đầu tiên này từ tài khoản vãng lai hoặc tài khoản tiết kiệm của tôi.

Tên ngân hàng

Số định tuyến Số tài khoản

Tên của chủ tài khoản Tên đệm

Họ của chủ tài khoản

X Ngày (ngày/tháng/năm) / /

Chữ ký của chủ tài khoản

Nếu sử dụng séc hoặc lệnh chuyển tiền

Viết tên của người nộp đơn chính trên tấm séc. Gửi khoản thanh toán cùng với đơn đăng ký qua đường bưu điện đến địa chỉ được ghi trên trang 1.

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

Tên của chủ thẻ như được hiển thị trên thẻ Tên đệm

Họ của chủ thẻ như được hiển thị trên thẻ

Số thẻ Ngày hết hạn (tháng/năm) /

X Ngày (ngày/tháng/năm) / /

Chữ ký của chủ thẻ

Thanh toán tự động hàng tháng (tùy chọn)

Để hủy hoặc cập nhật các tùy chọn thanh toán tự động, hãy truy cập kp.org/payonline (bằng tiếng Anh) hoặc gọi đến Trung Tâm Liên Lạc Dịch Vụ Hội Viên theo số 1-888-236-4490 (TTY 711).

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

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

Tên của người chịu trách nhiệm thanh toán

Tên đệm

Họ của người chịu trách nhiệm thanh toán

Địa chỉ thanh toán

Thành phố

Tiểu bang

Mã ZIP

Tùy chọn thanh toán tự động (chọn một mục) ☐ Thanh toán điện tử ☐ Thẻ tín dụng (không thể sử dụng thẻ ghi nợ)

Nếu sử dụng phương thức thanh toán điện tử, hãy chọn loại tài khoản: ☐ Tài khoản vãng lai ☐ Tài khoản tiết kiệm

Tôi ủy quyền cho Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (KFHP) và tổ chức tài chính được chỉ định chấp nhận giao dịch chuyển khoản này từ tài khoản vãng lai hoặc tài khoản tiết kiệm của tôi.

Tên ngân hàng

Số định tuyến

Số tài khoản

Tên của chủ tài khoản

Tên đệm

Họ của chủ tài khoản

X

Ngày (ngày/tháng/năm)

Chữ ký của chủ tài khoản

Để thanh toán bằng thẻ tín dụng, vui lòng điền thông tin vào mục bên dưới.

Tên của chủ thẻ như được hiển thị trên thẻ

Tên đệm

Họ của chủ thẻ như được hiển thị trên thẻ

Số thẻ

Ngày hết hạn (tháng/năm)

X

Ngày (ngày/tháng/năm)

Chữ ký của chủ thẻ

Đối với người nộp đơn thông qua bên môi giới hoặc người đại diện của Kaiser Permanente

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

Bên môi giới có thể nhận được tiền hoặc các khoản thù lao khác từ Kaiser Permanente khi giúp quý vị mua 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).

Lưu ý: Phí bảo hiểm không thay đổi cho dù quý vị có thông qua bên môi giới hoặc người đại diện của Kaiser Permanente hay không.

Phần này dành cho bên môi giới hoặc người đại diện của quý vị sau khi quý vị hoàn tất đơn đăng ký này:

Thông báo cho bên môi giới hoặc người đại diện của Kaiser Permanente: Nếu quý vị đã hỗ trợ người nộp đơn để nộp đơn đăng ký, luật quy định quý vị phải xác thực sự hỗ trợ này. Khi xác thực, nếu quý vị tuyên bố bất kỳ thông tin quan trọng nào trong đây là đúng nhưng quý vị biết thông tin đó sai, quý vị sẽ phải chịu phạt dân sự lên đến mười nghìn đô la (\$10,000), theo quy định của Bộ Luật An Toàn và Sức Khỏe California, mục 1389.8(c) hoặc Bộ Luật Bảo Hiểm, mục 10119.3, ngoài bất kỳ hình phạt hoặc biện pháp khắc phục được áp dụng nào khác theo luật hiện hành.

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)					
Primary phone (mobile phone, if available)										Fax									
Email address																			

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

I (the broker/Kaiser Permanente representative) have not made any representations to the applicant about any provisions, benefits, conditions, or limitations of the *Combined Membership Agreement, Evidence of Coverage, and Disclosure Form* except through written materials furnished by KPIF. The applicant has been informed that the effective date of coverage is assigned by KPIF. I certify that the information supplied to me by the applicant has been truly and accurately recorded.

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 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, số máy lẻ: 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
Gọi từ điện thoại cố định trong khu vực
Contra Costa:
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 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 San Bernardino**

Hội Đồng Người Cao Tuổi Miền Nam 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**

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
Trong khu vực 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, phím 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:

- 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 các 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 cho 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 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 hay gửi thư đến:
 Office of Civil Rights
 Department of Health Care Services
 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 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 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
<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

Kaiser Permanente Insurance Company (KPIC) does not discriminate based on race, color, national origin, ancestry, religion, sex, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age, or disability.

Language assistance services are available from our Member Services Contact Center 24 hours a day, seven days a week (except closed holidays). We can provide no cost aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as: qualified sign language interpreters and written information in other formats; large print, audio, and accessible electronic formats. We also provide no cost language services to people whose primary language is not English, such as: qualified interpreters and information written in other languages. To request these services, please call **1-800-788-0710** (TTY users call **711**).

If you believe that KPIC failed to provide these services or there is a concern of discrimination based on race, color, national origin, ancestry, religion, sex, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age, or disability you can file a complaint by phone or mail with the KPIC Civil Rights Coordinator. If you need help filing a grievance, the KPIC Civil Rights Coordinator is able to help you.

KPIC Civil Rights Coordinator
P.O. Box 1809
Pleasanton, CA 94566
Phone: 1-800-788-0710

You may also contact the California Department of Insurance regarding your complaint.

By Phone:
California Department of Insurance
1-800-927-HELP
(1-800-927-4357)
TDD: 1-800-482-4
TDD (1-800-482-4833)

By Mail:
California Department of Insurance
Consumer Communications Bureau
300 S. Spring Street
Los Angeles, CA 90013

Electronically:
www.insurance.ca.gov

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights if there is a concern of discrimination based on race, color, national origin, age, disability, or sex. You can file the complaint electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at:

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>,

or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services,
200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building,
Washington, DC 20201
Phone: 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD).

Complaint forms are available at:

<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

KAISER PERMANENTE®
Kaiser Permanente Insurance Company
Notice of Language Assistance

No Cost Language Services. You can get an interpreter. You can get documents read to you and some sent to you in your language. For help, call us at the number listed on your ID card or 1-800-788-0710 For more help call the CA Dept. of Insurance at 1-800-927-4357. TTY users call 711. English

Servicios en otros idiomas sin ningún costo. Puede conseguir un intérprete. Puede conseguir que le lean los documentos y que algunos se le envíen en su idioma. Para obtener ayuda, llámenos al número que aparece en su tarjeta de identificación o al 1-800-788-0710. Para obtener más ayuda, llame al Departamento de Seguro de CA al 1-800-927-4357. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 711. Spanish

免費語言服務。 您可使用口譯員。您可請人將文件唸給您聽，並且您可請我們將您的語言版本文件寄給您。如需協助，請致電列於您會員卡上的電話號碼或致電1-800-788-0710與我們聯絡。如需進一步協助，請致電1-800-927-4357與加州保險局聯絡。聽障及語障電話專線使用者請致電711。Chinese

No Cost Language Services. You can get an interpreter and get documents read to you in your language. For help, call us at the number listed on your ID card or 1-800-788-0710. For more help call the CA Dept. of Insurance at 1-800-927-4357. TTY users call 711. English

Doo bááhílníngóó há ata' hane. Ata' halne'í há shónáot'eeh dóo naaltsoos táá hazaad bee bik'i' aschíjigo hach'i' yídóoltah biniyé hach'i' anál'íh leh. Shíká í'doolwoł nínizingo nihich'i' hodílnih koji' 1-800-788-0710 éi bee nééhózin biniyé neiyítánígí bikáá'. Áká e'élyeed jinízingo CA Dept. of Insurance bich'i' hojilnih kwe'é 1-800-927-4357. TTY chojool'íjigo éi íáá bíł azhdilchi'. Navajo

Dịch Vụ Ngôn Ngữ Miễn Phí. Quý vị có thể được cấp thông dịch viên và được người đọc tài liệu cho quý vị bằng ngôn ngữ của quý vị. Để được giúp đỡ, xin gọi cho chúng tôi theo số điện thoại ghi trên thẻ ID của quý vị hoặc số 1-800-788-0710. Để được giúp đỡ thêm, xin gọi Bộ Bảo Hiểm CA theo số 1-800-927-4357. Người sử dụng TTY gọi số 711. Vietnamese

무료 언어 서비스. 한국어 통역 서비스 및 한국어로 서류를 낭독해 드리는 서비스를 제공하고 있습니다. 도움이 필요하신 분은 귀하의 ID 카드에 나와 있는 전화번호 또는 1-800-788-0710번으로 문의하십시오. 보다 자세한 사항은 캘리포니아 주 보험국, 전화번호 1-800-927-4357번으로 문의하십시오. TTY 사용자 번호 711. Korean

Mga Libreng Serbisyo kaugnay sa Wika. Maaari kayong kumuha ng tagasalin-wika at hingin na basahin sa inyo ang mga dokumento sa sarili ninyong wika. Para humingi ng tulong, tawagan kami sa numerong nakasulat sa inyong ID card o sa 1-800-788-0710. Para sa karagdagang tulong tawagan ang CA Dept. of Insurance sa 1-800-927-4357. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 711. Tagalog

Անվճար լեզվական ծառայություններ. Դուք կարող եք օգտվել բանավոր թարգմանչի ծառայություններից և խնդրել, որ փաստաթղթերը Ձեր լեզվով կարդան Ձեզ համար: Օգնության համար զանգահարեք մեզ՝ Ձեր ID քարտի վրա նշված կամ 1-800-788-0710 հեռախոսահամարով: Լրացուցիչ օգնության համար զանգահարեք Կալիֆոռնիայի ապահովագրության դեպարտամենտ՝ 1-800-927-4357 հեռախոսահամարով: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 711: Armenian

Бесплатные переводческие услуги. Вы можете воспользоваться услугами устного переводчика. Вам могут зачитать документы, а некоторые могут быть отправлены вам на вашем языке. Если вам нужна помощь, позвоните нам по номеру, указанному на вашей идентификационной карточке или 1-800-788-0710. За дополнительной помощью обращайтесь в Департамент страхования штата Калифорния (CA Dept. of Insurance) по телефону 1-800-927-4357. Пользователи TTY, звоните по номеру 711. Russian

言語サービス（無料）。 通訳に日本語で書類を読んでもらうことができます。通訳サービスが必要な際は、IDカードに記載の番号、または1-800-788-0710にお電話ください。さらにヘルプが必要な場合は、カリフォルニア州保険庁（1-800-927-4357）にお電話ください。TTYユーザーの方は、711までお電話にてご連絡ください。Japanese

خدمات تسهیلات زبانی رایگان. شما می‌توانید مترجم شفاهی بگیرید. می‌توانید درخواست کنید که اسناد برایتان خوانده و بعضی از آن‌ها به زبان خودتان به شما ارسال شود. برای دریافت راهنمایی، با ما به شماره مندرج در زیر یا شماره روی کارت شناسایی‌تان یا 1-800-788-0710 تماس بگیرید. برای کسب راهنمایی بیشتر، با اداره بیمه کالیفرنیا به شماره 1-800-927-4357 تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند با 711 تماس بگیرند. Farsi

ਬਿਨਾ ਲਾਗਤ ਦੀ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ। ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਦੁਬਾਸੀਆ ਲੈ ਸਕਦੇ ਹੋ ਅਤੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਕਿਸੇ ਤੋਂ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਪੜ੍ਹਾ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਮਦਦ ਲਈ, ਸਾਨੂੰ ਤੁਹਾਡੇ

ਆਈਡੀ ਕਾਰਡ 'ਤੇ ਸੂਚੀਬੱਧ ਨੰਬਰ 'ਤੇ ਜਾਂ 1-800-788-0710 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਹੋਰ ਮਦਦ ਲਈ CA ਬੀਮਾ ਵਿਭਾਗ ਨੂੰ 1-800-927-4357 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

TTY ਵਰਤੋਂਕਾਰ 711 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰਨ। Punjabi

សេវាភាសាភីតិថ្លៃ៖ អ្នកអាចទទួលបានអ្នកបកប្រែ និងឲ្យគេអានឯកសារជូនអ្នក ជាភាសាប្តេរ្យ សំរាប់ជំនួយ
សូមទូរស័ព្ទមកកលើង តាមគលលេខដែលមាននៅកលើប័ណ្ណ ID របស់អ្នក ឬ 1-800-788-0710។ សំរាប់ជំនួយថែមទៀត
ទូរស័ព្ទកៅរកស្ទង់ធានារ៉ាប់រង បែកាលីហ្វ័រនីញ៉ា តាមគលលេខ 1-800-927-4357។ អ្នកគរហើ TTY កៅគលលេខ 711។ Khmer

Cov Kev Pab Cuam Txhais Lus Dawb. Koj tuaj yeem tau txais ib tus neeg txhais lus thiab txais tau cov ntaub ntawv uas nyeem tag ntawd xa tuaj rau koj muab sau ua koj hom lus xa tuaj Yog xav tau kev pab, hu rau peb ntawm tus xov tooj teev muaj nyob rau ntawm koj daim yuaj ID los yog 1-800-788-0710 Yog xav tau kev pab ntxiv hu rau CA Chaw Ua Hauj Lwm Tswj Kev Tuav Pov Hwm ntawm 1 800-927-4357. Cov neeg siv TTY hu rau 711. Hmong

บริการด้านภาษาโดยไม่ค่าใช้จ่าย คุณสามารถรับล่ามและรับการอ่านเอกสารให้คุณฟังในภาษาของคุณได้ หากต้องการความช่วยเหลือโปรดโทรหาเราตามหมายเลขที่ระบุในบัตรประจำตัวประชาชน หรือ 1-800-788-0710 หากต้องการความช่วยเหลือเพิ่มเติมโปรดติดต่อฝ่ายประกันภัยของ CA ที่หมายเลข 1-800-927-4357 ผู้ใช้ TTY โทร 711 ภาษาอังกฤษ Thai

Trang này được cố ý để trống.

