

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，請為家人填寫一份申請表。如果家中有人想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，則申請人不符合新KPIF保險的申請資格。請瀏覽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 (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) 可為加州居民提供免費健康保險諮詢。請致電1-800-434-0222與HICAP聯絡以瞭解詳情。請參閱第13頁以找到您當地的HICAP計劃資訊。 如果您符合資格並且您想獲得聯邦或州財務協助來幫助您支付共付額、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申請保險。 若要針對您現有的KPIF帳戶進行變更，請致1-800-464-4000 (TTY 711)。
 提醒事項	<ul style="list-style-type: none"> 如果您在開放入保期提出申請，您的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。請盡您所能盡快將本申請表寄回，或者您可透過較便捷的方式在線上提出申請，網址為buykp.org (英文)。 如果您在特殊入保期間申請，請前往kp.org/specialenrollment (英文) 或致電1-800-494-5314 (TTY 711)獲取說明。 請回答所有問題，並只能用墨水筆工整填寫或打字。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，入保一項新計劃並不會自動取消您擁有的任何其他保險。若要避免支付2項計劃的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日前取消任何其他保險。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。 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）。如果有資訊，則所有欄位均為必填項。提供您的電話號碼和電子郵件將使我們在需要時更容易與您聯繫並處理您的申請。請將這些資料郵寄至： <p style="padding-left: 20px;">Kaiser Permanente for Individuals and Families P.O.Box 23127 San Diego, CA 92193-9921</p> <p style="padding-left: 20px;">或者透過安全傳真寄送至：1-855-355-5334</p> <p style="padding-left: 20px;">注意：支票必須透過郵件發送，不得透過傳真發送。</p>
 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 (TTY 711)。 我們將免費為您提供語言協助。 如果您有保險經紀人，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）

請選擇您的合格生活事件。如果您有超過一項以上的合格生活事件，請檢視您的選項，因為生效日期會隨事件而異。還需要在10天內提供資格證明。若需瞭解有關合格生活事件的更多信息，或者如果您在下方沒有看到您的合格生活事件，請訪問 kp.org/speciaLENrollment或致電1-800-494-5314 (TTY 711)。

健康保險變化

- 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）
- 有資格透過個人保險健康還款計劃(individual coverage health reimbursement arrangement, ICHRA)或合格的小型雇主健康還款計劃(qualified small employer health reimbursement arrangement, QSEHRA)購買個人保健計劃
- 雇主停止繳納或政府停止補貼統一綜合預算協調法案(Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA)保費
- 關於您在最低基本承保入保的錯誤訊息
- 保健業者網絡變動
- 有資格獲取基於應用程式的交通服務或遞送網絡公司的醫療保健津貼

家庭變化

- 透過結婚或同居伴侶關係而新增或成為一名受撫養人
- 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
注意：在此情況下，您還必須在2個生效日期選項之間作選擇：

 - 出生、領養或接受領養安置或寄養之日期
 - 我們收到申請後次月的第一天

子女撫養令或其他承保受撫養人的法庭命令
注意：在此情況下，您還必須在2個生效日期選項之間作選擇：

- 子女撫養令或其他承保受撫養人的法庭命令的日期
 - 法庭命令日期後次月的第一天
 - 在家庭中發生家庭暴力或配偶遺棄
 - 由於離婚、同居伴侶關係解除或合法分居而失去受撫養人
 - 投保人或受撫養人死亡
- 居住地變更**
- 永久搬遷並可使用新計劃
- 其他合格生活事件**
- 由Covered California決定的例外情況
 - 證明合資格計劃實質上違反與參保人所簽訂合約中的重要條款
 - 刑滿釋放

請註明合格生活事件的日期。 / / (月月／日日／年年年年)

步驟2：選擇您的保健計劃

請選擇一項保健計劃。如有任何家人要申請其他保健計劃，請針對每項計劃提交一份單獨的申請表。

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 PCP	<input type="checkbox"/> Kaiser Permanente – Gold 80 HMO	
<input type="checkbox"/> Kaiser Permanente – Bronze 60 HMO 7500/0% PCP	<input type="checkbox"/> Kaiser Permanente – Silver 70 HDHP HMO 3600/25% PCP	<input type="checkbox"/> Kaiser Permanente – Gold 80 HMO 0/30 PCP	

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。前往CoveredCA.com/exemptions (英文) 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，請前往 kp.org/plandocuments (英文)，致電1-800-464-4000 (TTY 711)，或與您的經紀人聯絡。

步驟3：選擇可選成人牙科計劃

您的健康計劃涵蓋了兒童成員的牙科保險，直至該成員年滿19歲的當月月底。Kaiser Permanente為成人提供可選牙科保險計劃，該計劃涵蓋了兒童牙科服務資格已經結束的個人。此項可選保險需另外收費。我們可選的成人牙科保險由Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (KFHP) 的子公司Kaiser Permanente Insurance Company (KPIC) 承保，並由全美規模最大且最有經驗的牙科福利保健業者之一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，網址kp.org/kpic-dental（英文）。

請選擇下列其中一個選項。

-
- 可以。本人想要申請入保提供給本人作為保健計劃保險補充選項的KPIC牙科保險計劃。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（如有，所有欄位均為必填項）

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針對帳戶進行變更的家庭成員。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

中間名縮寫

姓氏

原醫療記錄編號(若有)

—

州(若有)

性別：

- 男 女
拒絕透露

社會安全號碼(若有)

--

街道地址(不可填寫郵政信箱)

城市

州

郵遞區號

縣

主要電話(手機，若有)

--

電子郵件地址

郵寄地址 與家庭住址相同，請勾選此處。

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)

主要申請人是否使用健康還款計劃(Health Reimbursement Arrangement, HRA)購買此計劃？ 是

如果是，何種類別： ICHRA QSEHRA

根據個人保險健康還款計劃(ICHRA)或合格小型雇主健康還款計劃(QSEHRA)，您的雇主將建立並資助一個帳戶，以幫助您支付每月的個人計劃保費和自付費用，作為傳統團體健康保險的替代方案。

使用雇主的HRA來幫助支付保費和自付費用不會改變您獲得Kaiser Permanente個人和家庭計劃的資格。

主要申請人

父母或法定監護人

如果主要申請人是未滿18歲的兒童，則請填寫此部分。
父母或法定監護人必須年滿18歲或18歲以上。

名字

中間名縮寫

出生日期 (月月／日日／年年年年)

 / /

姓氏

性別：

男性 女性 拒絕透露

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)

需要入保的配偶／同居伴侶

同居伴侶是指在加州登記且經加州法律認可具備您同居伴侶身分的人士。

名字

中間名縮寫

請選擇一項：

配偶 同居伴侶

姓氏

出生日期 (月月／日日／年年年年)

 / /

原醫療記錄編號 (若有)

州 (若有)

性別：

男性 女性 拒絕透露

社會安全號碼 (若有)

 - -

主要電話 (手機，若有)

 - -

電子郵件地址

主要申請人

需要入保的父母／繼父母

如果您要承保的父母/繼父母超過2位，請填寫本頁的影本，連同申請表一起提交。

1 名字

中間名縮寫 出生日期 (月月／日日／年年年年)

 / /

姓氏

原醫療記錄編號 (若有)

州 (若有)

性別：

社會安全號碼 (若有)

 -

男性 女性

 - -

拒絕透露

主要電話 (手機，若有)

 - -

電子郵件地址

2 名字

中間名縮寫 出生日期 (月月／日日／年年年年)

 / /

姓氏

原醫療記錄編號 (若有)

州 (若有)

性別：

社會安全號碼 (若有)

 -

男性 女性

 - -

拒絕透露

主要電話 (手機，若有)

 - -

電子郵件地址

主要申請人

需要入保的受撫養人

如果您要承保的受撫養人超過3位，請填寫本頁的影本，連同申請表一起提交。僅為18歲及以上的受扶養人提供電話和電子郵件。

1 名字

中間名縮寫 出生日期 (月月／日日／年年年年)

 / /

姓氏

原醫療記錄編號 (若有)

州 (若有)

性別：

社會安全號碼 (若有)

 - 男性 女性
 拒絕透露 - -

與主要申請人的關係

主要電話 (手機，若有)

 - -

電子郵件地址

2 名字

中間名縮寫 出生日期 (月月／日日／年年年年)

 / /

姓氏

原醫療記錄編號 (若有)

州 (若有)

性別：

社會安全號碼 (若有)

 - 男性 女性
 拒絕透露

與主要申請人的關係

主要電話 (手機，若有)

 - -

電子郵件地址

3 名字

中間名縮寫 出生日期 (月月／日日／年年年年)

 / /

姓氏

原醫療記錄編號 (若有)

州 (若有)

性別：

社會安全號碼 (若有)

 - 男性 女性
 拒絕透露

與主要申請人的關係

主要電話 (手機，若有)

 - -

電子郵件地址

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

中間名縮寫

姓氏

主要電話（手機，若有）

 - -

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

日期（月月／日日／年年年年）

 / /

主要申請人（未滿18歲的兒童由父母或法定監護人代簽）

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中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。如有超過2名以上年滿18歲及18歲以上的父母／繼父母和／或受撫養人需要簽名，請附上包含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. 會仰賴本帳戶變更表的資訊。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。
- 如果我與經紀人合作，我允許Kaiser Permanente與他們分享本申請表內列出的入保或退保資訊。本人瞭解，保險經紀人或Kaiser Permanente代表可能會因為其協助本人處理此申請而獲得Kaiser Permanente所提供的財務和／或非財務報酬。
- 提供我的電子郵件地址和電話號碼即表示我瞭解我可能會收到來自Kaiser Permanente的電子郵件和／或語音／簡訊通信。如需瞭解更多資訊，請瀏覽healthy.kaiserpermanente.org/termsconditions。

X

日期（月月／日日／年年年年）

 / /

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）

 / /

配偶／同居伴侶

X

日期（月月／日日／年年年年）

 / /

父母／繼父母

X

日期（月月／日日／年年年年）

 / /

父母／繼父母

X

日期（月月／日日／年年年年）

 / /

受撫養人（年滿18歲以上）

X

日期（月月／日日／年年年年）

 / /

受撫養人（年滿18歲以上）

步驟7：簽署Kaiser Foundation Health Plan, Inc.仲裁協議

本人瞭解（小額索賠法庭案件、受Medicare上訴程序或員工退休及收入保障法令(ERISA)索賠程序規定限制的索賠，以及根據適用法律不受具約束力的仲裁限制之任何其他索賠除外），若本人、本人的繼承人、親屬或其他相關當事方與Kaiser Foundation Health Plan, Inc.(KFHP)、任何合約保健業者、行政管理人員或其他當事方之間因任何違反職責的指控而發生任何爭議，且該指控是起因於或有關於KFHP會員資格，則不論法律理論為何，此等爭議皆必須依據加州法律透過具約束力的仲裁解決，而不透過法律訴訟或訴諸法庭程序解決，但適用法律規定仲裁程序必須經過司法審查的情況不在此限。上述爭議包括針對誤診或醫院醫療失當（在不必要、未經授權、不當、有疏失或能力不足的情況下所提供之醫療服務的索賠）、場地責任，或與服務或用品承保範圍或提供有關之事宜所提出的任何索賠。本人同意放棄要求陪審團審判的權利，並同意使用具約束力的仲裁。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)

 / /

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)

 / /

配偶／同居伴侶

X

日期 (月月／日日／年年年年)

 / /

父母／繼父母

X

日期 (月月／日日／年年年年)

 / /

父母／繼父母

X

日期 (月月／日日／年年年年)

 / /

受撫養人（年滿18歲以上）

X

日期 (月月／日日／年年年年)

 / /

受撫養人（年滿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。如有超過2名以上年滿18歲及18歲以上的父母／繼父母和／或受撫養人需要簽名，請附上包含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

中間名縮寫

付款人的姓氏

地址

城市

州 郵遞區號

付款方式 (請選擇一項) 電子轉帳 支票 汇票 信用卡 借記卡

如果是電子轉帳，請選擇帳戶類型： 支票帳戶 儲蓄帳戶

我授權Kaiser Foundation Health Plan, Inc.(KFHP) 和指定的金融機構從我的支票或儲蓄帳戶接受第一個月付款金額的轉帳。

銀行名稱

匯款路徑代碼

帳號

帳戶持有人名字

中間名縮寫

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

如使用支票或匯票

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

欲使用信用卡或借記卡付款，請填寫以下部分。

持卡人名字 (如卡上所示)

中間名縮寫

持卡人姓氏 (如卡上所示)

卡號

到期日期 (月/年)

 /

X

日期 (月月／日日／年年年年)

 / /

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，請瀏覽 kp.org/payonline (英文) 或致電 1-888-236-4490 (TTY 711) 與會員服務聯絡中心聯絡。

您要註冊每月自動付款嗎？

是

否，我不想使用每月自動付款。(請跳過此頁。)

我想在此處輸入新的付款方式。(請填寫此頁。)

請使用與我支付第一個月款項相同的付款方式。(跳過此頁。)

付款人的名字

中間名字首

付款人的姓氏

帳單地址

城市

州 郵遞區號

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)

如果是電子轉帳，請選擇帳戶類型： 支票帳戶 儲蓄帳戶

我授權 Kaiser Foundation Health Plan, Inc.(KFHP) 和指定的金融機構從我的支票或儲蓄帳戶接受這筆轉帳。

銀行名稱

匯款路徑代碼

帳號

帳戶持有人名字

中間名縮寫

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

如欲使用信用卡付款，請填寫以下部分。

持卡人名字 (如卡上所示)

中間名縮寫

持卡人姓氏 (如卡上所示)

卡號

到期日期 (月/年)

 /

X

日期 (月月／日日／年年年年)

 / /

持卡人簽名

使用保險經紀人或Kaiser Permanente代表的申請人

如果保險經紀人或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。保險經紀人可能可因為您購買本保險而獲得Kaiser Permanente所提供的現金報酬或其他津貼。

我們的標準報酬是每位會員每月\$14，外加可能的獎金。請瀏覽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，保費均是相同的。

本申請表在您填寫後，此部分應由您的的保險經紀人或代表填寫：

保險經紀人或Kaiser Permanente代表注意事項：如果您曾協助申請人提出申請，法律規定您必須證明您所提供的此項協助。在提供此項證明時，如果您在知道任何重要資訊不屬實的情況下表示該資訊屬實，根據《加州健康與安全法》第1389.8(c)節或《保險法》第10119.3節的規定，您將被處以最高一萬美元(\$10,000)的民事罰款，以及現行法律所規定的任何其他適用罰款或賠償。

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

加州縣郡當地HICAP辦事處

Alameda縣

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

Alpine, Amador, Calaveras, Mariposa及Tuolumne縣

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

Butte, Colusa, Glenn, Plumas及Tehama縣

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Contra Costa
縣內地區：
1-800-510-2020
州外：925-655-1393

Del Norte縣

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

El Dorado, Nevada, Placer, Sacramento, San Joaquin, Sierra, Sutter, Yolo及Yuba縣

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

Fresno與Madera縣

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

Humboldt縣

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

Imperial及San Diego縣

5151 Murphy Canyon Road, Suite 110
San Diego, CA 92123
Imperial: 760-353-0223
San Diego: 858-565-8772

Inyo, Mono, Riverside及San Bernardino縣

Council on Aging Southern California
2280 Market Street, Suite 140
Riverside, CA 92501
909-256-8369

Kern縣

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

Kings及Tulare縣

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

Lake, Marin, Mendocino, Napa, Solano及Sonoma縣

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

Lassen, Modoc, Shasta, Siskiyou, 及Trinity縣

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

Los Angeles縣

4601 Wilshire Blvd., Suite 160
Los Angeles, CA 90010
213-383-4519
L.A.縣境內：1-800-824-0780

Merced縣

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

Monterey縣

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

Orange縣

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

San Benito及Santa Cruz縣

3333 Soquel Drive, Suite A
Soquel, CA 95073
831-462-5510

San Francisco縣

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

San Luis Obispo

及Santa Barbara縣
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

Santa Clara縣

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

Stanislaus縣

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

Ventura縣

4651 Telephone Road
Ventura, CA 93003
805-477-7310

反歧视声明

在本文件中，“我们”或“我们的”是指 Kaiser Permanente (Kaiser Foundation Health Plan, Inc、Kaiser Foundation Hospitals、The Permanente Medical Group, Inc. 以及 Southern California Medical Group)。本通知可在我们的网站 **kp.org** 上查阅。

歧视违反法律。我们遵守州和联邦的民权法律。

我们不因年龄、人种、族群认同、肤色、国籍、文化背景、血统、宗教、性别、性别认同、性别表现、性取向、婚姻状况、身体或精神残疾、医疗状况、付款来源、遗传信息、公民身份、主要语言或移民身份而非法歧视、排斥或区别对待任何人。

Kaiser Permanente 提供以下服务：

- 为残障人士提供免费援助和服务，帮助他们更好地与我们沟通，例如：
 - ◆ 合格的手语翻译员
 - ◆ 其他格式的书面信息，例如盲文、大字体版本、音频、通用电子格式和其它格式
- 为主要语言非英语的人士提供免费语言服务，例如：
 - ◆ 合格的口译员
 - ◆ 其他语言的文字信息

如果您需要这些服务，请拨打下方的电话联系会员服务部。此电话不收取任何费用。重要节假日日期间会员服务不开放。

- Medicare，包括 D-SNP: **1-800-443-0815** (TTY 711)，每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点。
- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY 711)，每周 7 天，每天 24 小时。
- 所有其他会员: **1-800-757-7585** (TTY 711)，每周 7 天，每天 24 小时。

根据您的要求，我们可以为您提供本文件的盲文版、大字版、音频或电子格式。如需获取这些替代格式或其他格式的版本，请打电话给我们的会员服务部，索取您需要的格式。

如何向 Kaiser Permanente 递交投诉

如果您认为我们未能提供这些服务或有其他形式的非法歧视，您可以向我们提出歧视投诉。您可以通过电话、邮件、面谈或在线提出投诉。详情请见《承保范围说明书》或《保险证明》。您可以打电话给会员服务部，进一步了解适用于您的选项，或寻求帮助提交投诉。您可以通过以下方式提出歧视投诉：

- **电话：**打电话给我们的会员服务部，电话号码列于上方。
- **邮寄：**从 **kp.org** 下载表格，或打电话给会员服务部，请他们给您寄一份表格，以供填写后寄回。
- **亲自提交：**在计划设施内的会员服务办公室填写投诉表或福利索赔表格（请在 **kp.org/facilities** 上的保健业者目录中查找设施地址）
- **在线提交：**在我们的网站 **kp.org** 上使用线上表格

您也可以直接联系 Kaiser Permanente 民权事务协调员，地址为：

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

如何向加州医疗保健服务部民权办公室投诉（仅适用于 *Medi-Cal* 受益人）

您也可以通过书面、电话或电子邮件向加州医疗保健服务部民权办公室提出民权投诉：

- **电话：**拨打 **916-440-7370 (TTY 711)** 联系加州医疗保健服务部(Department of Health Care Services, DHCS) 民权办公室
- **邮寄：**填写投诉表或寄信到以下地址：

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

投诉表可在此网址下载： http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

- **线上：**发送电子邮件至 CivilRights@dhcs.ca.gov

如何向美国卫生和民众服务部民权办公室提出申诉

您可以向美国卫生和民众服务部民权办公室提出歧视投诉。您可以通过书面、电话或在线方式投诉：

- **电话：**拨打 **1-800-368-1019 (TTY 711 或 1-800-537-7697)**
- **邮寄：**填写投诉表或寄信到以下地址：

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

投诉表可在此网址下载：

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

- **在线：**访问民权办公室投诉门户网站：
<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>



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 báqhínigóó há ata' hane. Ata' halne'i há shónáot'eeh dóó naaltsoos táá hazaad bee bik'í' aschjíigo hach'í' yídóoltah biniiyé hach'í' ánál'íjih tleh. Shíká i'doolwoł nínízingo nihich'í' hodíílnih kojí' 1-800-788-0710 éí bee néehózin biniiyé neiyítánigíí bikáá'. Áká e'élyeed jinízingo CA Dept. of Insurance bich'í' hojilnih kwe'é 1-800-927-4357. TTY chojool'íjigo éí íáá bił azhdilchí'. 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: Լրացնելով 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 تسهيلات 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 1-800-0710-788-1 تماش بگیرید. برای کسب راهنمایی بیشتر، با اداره بیمه کالیفرنیا به شماره 1-800-927-4357 تماش بگیرید. کاربران TTY می‌توانند با 711 تماش بگیرند. Farsi

ਬਿਨਾ ਲਾਗਤ ਦੀ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ। ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਦੁਭਾਸੀਆ ਲੈ ਸਕਦੇ ਹੋ ਅਤੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਕਿਸੇ ਤੋਂ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਪੜਾ 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 ਕਰਨਾ। Punjabi

ເໝັນການສະໜັບຕົວໃໝ່ ໜູ້ອາໄຫດແລ້ວລັດທີ່ກັບປະປຸປ ສີຂົງເຄືອກຟະຫຼາດທີ່ ດ້ວຍການເປັນປຸງ ດ້ວຍການເປັນປຸງ ສຳກັບຜົ່ນຍິນ
ສູ່ມະຊຸມສັ່ນຕູ້ມະຄາເພື່ອ ຕາມຄະລາມເລີຍເຈັ້ນຄ້າເບີບໍ່ລູ ID ປະມຸນ ປູ 1-800-788-0710 ສຳກັບຜົ່ນຍິນເຂົ້າເຂົ້າ

ຂໍ້ຮັບສັ່ນຕູ້ເຄີຍກັບຄູ່ມັງກອນ ຕາມຄະລາມ 1-800-927-4357 ມູນຄາຣີເປີ TTY ຕາມຄະລາມ 711 Khmer
خدمات اللغة بدون تكلفة. يمكنك الحصول على مترجم شفوي وخدمة قراءة المستندات لك باللغة التي تختارها للحصول على المساعدة، اتصل بنا على الرقم المدرج في بطاقة الهوية الخاصة بك أو برقم 1-800-788-0710. لمزيد من المساعدة، اتصل بقسم التأمين بولاية كاليفورنيا على الرقم 1-800-927-4357. مستخدمو TTY يمكنهم الاتصال برقم 711 Arabic . 711

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

निःशुल्क भाषा सेवाएं। आप एक दुभाषिया को ले सकते हैं और दस्तावेजों को अपनी भाषा में पढ़वा सकते हैं। सहायता के लिए, हमें अपने आईडी कार्ड पर दर्ज नंबर या 1-800-788-0710 पर कॉल करें। अधिक सहायता के लिए सीए बीमा विभाग को 1-800-927-4357 पर कॉल करें। टीटीवाई उपयोगकर्ता 711 पर कॉल करें। Hindi

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

此頁特意留白。

1684571928 California 2026