

Ghi danh tham gia Kaiser Permanente bằng cách điền thông tin vào biểu mẫu này. (Bắt buộc phải điền tất cả các trường có dấu *.)

THÔNG TIN CÔNG TY & CHƯƠNG TRÌNH

Tên công ty*		ID Nhóm (nếu được chỉ định)	Ngày có hiệu lực* (chỉ có thể bắt đầu vào ngày đầu tiên của tháng) / 01 /	
Lựa chọn chương trình*	ID Nhóm phụ (nếu được chỉ định)	Phân loại nhân viên (nếu có)		
Lý do ghi danh (Đánh dấu một lựa chọn) ☐ Tài khoản nhóm mới ☐ Ghi danh mở ☐ Lý do khác:				
Nếu quý vị hiện đang có tài khoản, hãy gửi biểu mẫu đã điền đầy đủ thông tin qua email đến csc-sd-sba@kp.org dưới dạng tệp PDF đính kèm hoặc gửi fax tới số 855-355-5334 .				

THÔNG TIN NHÂN VIÊN

Quý vị có từng là hội viên hoặc đã từng nhận dịch chăm sóc sức khỏe của Kaiser Permanente tại California chưa? ☐ Có ☐ Chưa			
Số An Sinh Xã Hội*		Tên gọi cũ/Tên thời con gái	
Họ*	Tên*	Tên đệm	Ngôn ngữ ưu tiên (không bắt buộc)
Địa chỉ nhà*			Số căn hộ
Thành phố*	Tiểu bang*	Mã ZIP*	Quận
Địa chỉ gửi thư (nếu khác với địa chỉ nhà)			Số căn hộ
Thành phố	Tiểu bang	Mã ZIP	Quận
Ngày sinh (tt/ngng/nnnn)* / /	Giới tính* ☐ Nam ☐ Nữ ☐ Không tiết lộ	Số điện thoại chính - Số điện thoại di động, nếu có (###-###-####)	Địa chỉ email

Nếu quý vị từ chối bảo hiểm cho bản thân hoặc người phụ thuộc đủ điều kiện, quý vị chỉ có thể ghi danh trong giai đoạn ghi danh mở hàng năm do hãng sở của quý vị quy định hoặc trong giai đoạn ghi danh đặc biệt nếu quý vị gặp sự kiện đủ tiêu chuẩn. Quý vị phải yêu cầu bảo hiểm trong vòng 60 ngày kể từ khi gặp sự kiện đủ tiêu chuẩn. Các sự kiện đủ tiêu chuẩn để ghi danh trong giai đoạn ghi danh đặc biệt bao gồm:

- Mất bảo hiểm chăm sóc sức khỏe (thiết yếu tối thiểu) vì bất kỳ lý do nào sau đây: mất bảo hiểm do hãng sở tài trợ vì quý vị và/hoặc người phụ thuộc của quý vị không còn đáp ứng các yêu cầu đủ điều kiện, hoặc hãng sở của quý vị không còn cung cấp bảo hiểm hoặc ngừng đóng phí bảo hiểm; mất tư cách đủ điều kiện tham gia bảo hiểm COBRA (vì lý do khác ngoài việc chấm dứt hợp đồng vì lý do chính đáng hoặc không nộp phí bảo hiểm); bảo hiểm cá nhân, Medi-Cal, Medicare hoặc bảo hiểm chính phủ khác của quý vị và/hoặc của người phụ thuộc của quý vị kết thúc; hoặc vì bất kỳ lý do nào khác ngoài lý do không nộp phí bảo hiểm đúng hạn hoặc các trường hợp cho phép hủy bỏ (gian lận hoặc cố ý trình bày sai dữ kiện quan trọng); hoặc mất bảo hiểm chăm sóc sức khỏe bao gồm, nhưng không giới hạn ở việc mất bảo hiểm đó do các trường hợp mô tả trong Mục 54.9801-6(a)(3)(i) đến (iii), bao gồm, của Tiêu Đề 26 của Bộ Luật Quy Định Liên Bang và các trường hợp được mô tả trong Mục 1163 của Tiêu Đề 29 của Bộ Luật Hoa Kỳ;
- Có thêm hoặc trở thành người phụ thuộc do kết hôn, chung sống như bạn đời, sinh con, nhận con nuôi, được sắp xếp nhận con nuôi hoặc tiếp nhận quan hệ bố mẹ - con cái;
- Lệnh hợp lệ của tòa án tiểu bang hoặc liên bang yêu cầu quý vị hoặc người phụ thuộc của quý vị được bảo hiểm;
- Tái định cư vĩnh viễn, chẳng hạn như chuyển nhà đến một địa điểm mới và có lựa chọn khác về các chương trình bảo hiểm sức khỏe hoặc được thả tự do sau khi bị giam giữ;
- Hãng cấp bảo hiểm sức khỏe trước đó đã vi phạm cơ bản một điều khoản quan trọng của hợp đồng bảo hiểm sức khỏe;
- Sự tham gia của nhà cung cấp trong mạng lưới trong chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị và/hoặc người phụ thuộc của quý vị đã kết thúc khi quý vị và/hoặc (những) người phụ thuộc của quý vị đang được chăm sóc vì mắc một trong những bệnh trạng sau: bệnh trạng cấp tính (bệnh trạng cấp tính là bệnh trạng liên quan đến khởi phát đột ngột các triệu chứng do bệnh tật, chấn thương hoặc vấn đề y tế khác cần được chăm sóc y tế kịp thời và có thời gian giới hạn); bệnh trạng mạn tính nghiêm trọng (bệnh trạng mạn tính nghiêm trọng là bệnh trạng do bệnh tật, ốm đau hoặc vấn đề y tế khác hoặc tình trạng rối loạn y tế nghiêm trọng về bản chất và kéo dài mà không thể chữa khỏi hoàn toàn hoặc trở nên trầm trọng hơn trong thời gian dài hoặc cần điều trị liên tục để duy trì thuyên giảm hoặc ngăn ngừa suy giảm); mang thai; bệnh giai đoạn cuối (bệnh giai đoạn cuối là bệnh trạng không thể cứu chữa hoặc không thể hồi phục có khả năng gây tử vong cao trong vòng một năm trở xuống); chăm sóc trẻ sơ sinh từ khi sinh đến 36 tháng tuổi; hoặc tiến hành phẫu thuật hoặc thủ thuật khác theo khuyến nghị của nhà cung cấp và ghi lại bằng văn bản cần được thực hiện trong vòng 180 ngày kể từ ngày chấm dứt hợp đồng hoặc trong vòng 180 ngày kể từ ngày chương trình bảo hiểm có hiệu lực đối với người được bảo hiểm mới;
- Thành viên lực lượng dự bị của quân đội Hoa Kỳ trở về sau khi tại ngũ hoặc thành viên của Lực Lượng Vệ Binh Quốc Gia California trở về sau khi tại ngũ theo Tiêu Đề 32 của Bộ Luật Hoa Kỳ;
- Cá nhân chứng minh được với Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý hoặc Sở Bảo Hiểm, tùy từng trường hợp, liên quan đến các chương trình quyền lợi sức khỏe được cung cấp bên ngoài Sàn Giao Dịch, rằng cá nhân đó đã không ghi danh tham gia chương trình quyền lợi sức khỏe trong giai đoạn ghi danh ngay trước đó vì cá nhân đó đã được thông báo sai rằng họ được bảo hiểm theo chương trình bảo hiểm thiết yếu tối thiểu.

(Bắt buộc phải điền tất cả các trường có dấu *.)

THÔNG TIN GIA ĐÌNH: Chỉ liệt kê những thành viên gia đình cần được ghi danh. Chỉ cung cấp số điện thoại và email cho người phụ thuộc trưởng thành từ 18 tuổi trở lên.

Đánh dấu một lựa chọn ☐ Vợ/Chồng ☐ Bạn đời sống chung	Ngày sinh (tt/ngng/nnnn)*	Giới tính* ☐ Nam ☐ Nữ ☐ Không tiết lộ	Số An Sinh Xã Hội
--	---------------------------	--	-------------------

Tên (Họ, Tên, Tên Đệm)*

Tên gọi cũ (Họ, Tên, Tên Đệm)

Số điện thoại chính - Số điện thoại di động, nếu có (###-###-####)	Địa chỉ email
--	---------------

☐ Người phụ thuộc*	Ngày sinh (tt/ngng/nnnn)*	Giới tính* ☐ Nam ☐ Nữ ☐ Không tiết lộ	Số An Sinh Xã Hội
---	---------------------------	--	-------------------

Tên (Họ, Tên, Tên Đệm)

Số điện thoại chính - Số điện thoại di động, nếu có (###-###-####)	Địa chỉ email
--	---------------

☐ Người phụ thuộc*	Ngày sinh (tt/ngng/nnnn)*	Giới tính* ☐ Nam ☐ Nữ ☐ Không tiết lộ	Số An Sinh Xã Hội
---	---------------------------	--	-------------------

Tên (Họ, Tên, Tên Đệm)

Số điện thoại chính - Số điện thoại di động, nếu có (###-###-####)	Địa chỉ email
--	---------------

☐ Người phụ thuộc*	Ngày sinh (tt/ngng/nnnn)*	Giới tính* ☐ Nam ☐ Nữ ☐ Không tiết lộ	Số An Sinh Xã Hội
---	---------------------------	--	-------------------

Tên (Họ, Tên, Tên Đệm)

Số điện thoại chính - Số điện thoại di động, nếu có (###-###-####)	Địa chỉ email
--	---------------

☐ Người phụ thuộc*	Ngày sinh (tt/ngng/nnnn)*	Giới tính* ☐ Nam ☐ Nữ ☐ Không tiết lộ	Số An Sinh Xã Hội
---	---------------------------	--	-------------------

Tên (Họ, Tên, Tên Đệm)

Số điện thoại chính - Số điện thoại di động, nếu có (###-###-####)	Địa chỉ email
--	---------------

☐ Người phụ thuộc*	Ngày sinh (tt/ngng/nnnn)*	Giới tính* ☐ Nam ☐ Nữ ☐ Không tiết lộ	Số An Sinh Xã Hội
---	---------------------------	--	-------------------

Tên (Họ, Tên, Tên Đệm)

Số điện thoại chính - Số điện thoại di động, nếu có (###-###-####)	Địa chỉ email
--	---------------

Nếu bất kỳ người phụ thuộc nào nêu trên sống ở địa chỉ khác, hãy hoàn thành các mục sau:

Tên (Họ, Tên, Tên Đệm)	Địa chỉ
------------------------	---------

Số điện thoại chính - Số điện thoại di động, nếu có (###-###-####)	Địa chỉ email
--	---------------

Tên (Họ, Tên, Tên Đệm)	Địa chỉ
------------------------	---------

Số điện thoại chính - Số điện thoại di động, nếu có (###-###-####)	Địa chỉ email
--	---------------

ĐỌC VÀ KÝ TÊN

KAISER FOUNDATION HEALTH PLAN, INC., THỎA THUẬN PHÂN XỬ QUA TRỌNG TÀI*

Tôi hiểu rằng (ngoại trừ các trường hợp tại Tòa Án Xử Vụ Khiếu Nại Nhỏ, các khiếu nại theo thủ tục khiếu nại của Medicare hoặc quy định về thủ tục khiếu nại theo Đạo Luật An Sinh Thu Nhập và Quỹ Hưu Trí của Nhân Viên (Employee Retirement Income Security Act, ERISA) và bất kỳ khiếu nại nào khác không được phân xử qua trọng tài có giá trị ràng buộc theo luật hiện hành), bất kỳ tranh chấp nào giữa một bên là bản thân tôi, những người thừa kế, người thân của tôi hoặc các bên liên quan khác và bên kia là Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (KFHP), bất kỳ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe nào đã ký hợp đồng, nhân viên quản lý quyền lợi hoặc các bên liên quan khác, về cáo buộc vi phạm bất kỳ nghĩa vụ nào phát sinh từ hoặc liên quan đến tư cách hội viên trong KFHP, bao gồm bất kỳ khiếu nại nào về sơ suất y tế hoặc sơ suất tại bệnh viện (là khiếu nại chống lại quyết định rằng các dịch vụ y tế là không cần thiết hoặc không được cho phép hoặc đã được cung cấp một cách không đúng đắn, cẩu thả hoặc yếu kém), về trách nhiệm đối với cơ sở, hoặc liên quan đến việc bảo hiểm cho các dịch vụ/vật dụng hoặc cung cấp các dịch vụ/vật dụng, dù theo lý thuyết pháp lý nào, đều phải được giải quyết bằng thủ tục phân xử qua trọng tài có giá trị ràng buộc theo luật California và không được đưa ra tòa hoặc thông qua thủ tục tòa án, trừ khi luật hiện hành cho phép tòa án xem xét thủ tục 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 điều khoản phân xử qua trọng tài đầy đủ được nêu trong *Chứng Từ Bảo Hiểm*.

Tên nhân viên (viết in hoa)*

Chữ ký nhân viên*

Ngày

X

(Bắt buộc phải điền tất cả các trường có dấu *.)

¹Các tranh chấp phát sinh từ chương trình bảo hiểm do Kaiser Permanente Insurance Company (KPIC) bảo hiểm đầy đủ dưới đây sẽ không áp dụng thủ tục phân xử qua trọng tài có giá trị ràng buộc: 1) chương trình của Tổ Chức Nhà Cung Cấp Ưu Tiên (Preferred Provider Organization, PPO) và phần Ngoài Mạng Lưới của các chương trình Điểm Cung Cấp Dịch Vụ (Point-of-Service Plan, POS); 2) chương trình của Tổ Chức Nhà Cung Cấp Ưu Tiên (PPO); 3) các chương trình Bồi Thường Ngoài Khu Vực (Out-of-Area Indemnity, OOA); và 4) các chương trình Nha Khoa của KPIC.

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**

Gửi biểu mẫu đã điền đầy đủ thông tin qua email đến địa chỉ **csc-sd-sba@kp.org** hoặc gửi fax đến số **855-355-5334**.