

說明

- 您可藉助本表對各類計劃和帳戶進行變更。請在A部分填寫您的個人資料。然後在B部分選擇您想進行的變更，並繼續填寫與該等變更相關的所有其他部分。
- 只有兒童專用帳戶的投保人或父母/法定監護人可以填寫此表格。
- 如果您將受撫養人加入您的計劃中，除非本表格另有指明，否則他們的任何其他保險都不會自動取消。若要避免支付2份計劃或要避免保險發生中斷，請在其新保險開始生效之前取消其所有的任何其他保險。
- 注意：如果您有權享有Medicare A部分或已經入保Medicare B部分，則您沒有資格變更至Kaiser Permanente for Individuals and Families (KPIF) 計劃。如果家庭成員有權享有Medicare A部分或已經入保Medicare B部分，則他們沒有資格變更至KPIF計劃或作為新受撫養人加入您的KPIF計劃。
- 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8頁以了解當地HICAP計劃資訊。

A. 填寫您的資訊

如果您想更改資訊，請利用下方的欄位更新您的資訊。

名字 中間名字首 出生日期 (月月/日日/年年年年) / /

姓

醫療記錄編號(若有) 性別： 男性 女性 性別不明 社會安全號碼(若有) - -

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) - -

郵寄地址 與家庭住址相同, 請勾選此處。

城市

州 郵遞區號

電子郵件地址

B. 您想要進行什麼變更？

請勾選您想要進行的變更所對應的下列方框，在下一頁列出變更所影響到的各個家庭成員。我們將不會針對您沒有列出的任何家庭成員進行任何變更。

您可在開放入保期間或特殊入保期內進行以下變更。

(特殊入保期有限制。請參閱kp.org/specialenrollment (英文) 了解更多資訊。)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 本人想要更換計劃。 | <input type="checkbox"/> 我想要新增可選成人牙科保險（對我的保險計畫中19歲及以上的成員適用）。 |
| <input type="checkbox"/> 本人想要為一位家庭成員新增醫療保險。 | <input type="checkbox"/> 我想要結束可選成人牙科保險（對我的保險計畫中19歲及以上的成員適用）。 |
| <input type="checkbox"/> 我希望將我的兒童專用帳戶更改為以我自己為投保人的家庭帳戶。 | |

合併帳戶

帳戶可以在開放入保期或特殊入保期合併。

- 我希望將已加入Kaiser Permanente計劃的家人加入我的帳戶。這樣會終止他們現有的計劃。（請在C部分註明哪些家人要轉至您的帳戶。）

銷戶

名字

中間名字首

姓氏

用來辦理銷戶的投保人醫療記錄編號

X

日期（月月/日日/年年年年）

辦理銷戶的父母/法定監護人

您可在一年當中隨時進行下列變更。（注意：若要進行這些變更，您可跳過D部分和E部分。）

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 我希望終止家人的醫療保險（以及牙科保險（如果適用））。 | <input type="checkbox"/> 我要終止我自己和我的配偶/同居伴侶的保險，我希望保留子女的兒童專用帳戶。 |
| <input type="checkbox"/> 我要終止我的保險，我希望保留子女的兒童專用帳戶。 | <input type="checkbox"/> 本人想要變更A部分所示的資訊。（如果您想要變更您的姓名，請附上變更姓名的法律文件。） |

要求的生效日期（不保證）

 (月月/日日/年年年年)

C. 變更會影響到哪些家庭成員？（請在下方列示。）

配偶/同居伴侶

- 新增醫療保險
 終止醫療保險

- 新增可選成人牙科保險
 終止可選成人牙科保險

姓名變更

名字

中間名字首 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）

醫療記錄號（如果已知）

性別

男性 女性 未公開

社會安全號碼（若有）

如果變更的父母/繼父母超過2名，請附上此頁面的副本並填妥這些父母/繼父母的相關資訊。

父母/繼父母1

- 新增醫療保險
 終止醫療保險

- 新增可選成人牙科保險
 終止可選成人牙科保險

姓名變更

名字

中間名字首

出生日期（月月/日日/年年年年）

姓氏

醫療記錄號（如果已知）

性別

男性 女性 未公開

社會安全號碼（若有）

父母/繼父母2

- 新增醫療保險
 終止醫療保險

- 新增可選成人牙科保險
 終止可選成人牙科保險

姓名變更

名字

中間名字首

出生日期（月月/日日/年年年年）

姓氏

醫療記錄號（如果已知）

性別

男性 女性 未公開

社會安全號碼（若有）

C. 變更會影響到哪些家庭成員？（請在下方列示。）

如果您有超過3名以上受撫養人需要進行變更，請附上本頁面的影本並填寫這些受撫養人的資訊。

受撫養人1

- 新增醫療保險
 終止醫療保險

- 新增可選成人牙科保險
 終止可選成人牙科保險

姓名變更

名字 中間名字首 出生日期（月月/日日/年年年年）
 / /

姓氏

醫療記錄號（如果已知） 性別 男性 女性 未公開 社會安全號碼（若有）
 - -

受撫養人2

- 新增醫療保險
 終止醫療保險

- 新增可選成人牙科保險
 終止可選成人牙科保險

姓名變更

名字 中間名字首 出生日期（月月/日日/年年年年）
 / /

姓氏

醫療記錄號（如果已知） 性別 男性 女性 未公開 社會安全號碼（若有）
 - -

受撫養人3

- 新增醫療保險
 終止醫療保險

- 新增可選成人牙科保險
 終止可選成人牙科保險

姓名變更

名字 中間名字首 出生日期（月月/日日/年年年年）
 / /

姓氏

醫療記錄號（如果已知） 性別 男性 女性 未公開 社會安全號碼（若有）
 - -

D. 選擇您的入保期

選擇一個選項： 開放入保（請跳到E部分） 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"/> 永久性搬遷加上獲取新計劃 |
| <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"/> 由Covered California決定的例外情況 |
| <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 | <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 |
| 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"/> 我們收到表格後次月的第一天 | <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 | <input type="checkbox"/> 違反合約 |
| 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"/> 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"/> 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"/> 法庭命令日期後次月的第一天 | |

請註明合格生活事件的日期。 / / (月月/日日/年年年年)

*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。

E. 選擇您的健康計劃

如果您表示您想要為某位家庭成員變更計劃或新增保險，請在此處選擇您想要選取的計劃。您在C部分所列的所有家庭成員將會轉入您所選取的計劃。如果您想要讓家庭成員投保於不同的計劃，請針對每一個計劃提交一份單獨的表格。

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

*對於30歲以下或有困難豁免的申請人

最低基本承保計劃可提供給在生效日期當日未滿30歲的申請人，或者提供豁免證明的申請人，證實其有經濟困難或缺乏可負擔的保險。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以及按照說明查看您是否符合資格。

F. 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。

您可以在開放入保期、年度會員續保期或特殊入保期入保或終止自選牙科保險計劃中的成人牙科保險。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，網址為 kp.org/kpic-dental (英文)。

- 新增可選成人牙科保險†
- 終止可選的成人牙科保險。†

†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間或特殊入保期申請取消。

G. 在表格上簽名

- 本人瞭解，Kaiser Foundation Health Plan, Inc. 將會相信本人在本表格中所提供的資訊。如發現本人捏造或蓄意陳述不實資訊，Kaiser Foundation Health Plan, Inc. 可選擇終止保險且該決定可回溯至保險生效日期。
 - 本人確認列在本表格正在變更計劃或新增為受撫養人的人，沒有任何一位是有權享有 Medicare A 部分或為已入保 Medicare B 部分者。
 - 如本人與保險經紀合作，本人瞭解，保險經紀可能會因為本保險而獲得 Kaiser Permanente 所提供的現金或其他報酬。我們的標準報酬範圍是每位會員每月 \$9-\$11，外加可能的獎金。請造訪 kp.org/brokercompensation (英文)，瞭解更多資訊。
 - 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。
- 註：投保人必須在本表格上簽名。所有18歲及以上的新納入受撫養人（包括父母/繼父母）也必須在表格上簽名。如有2名以上年滿18歲的父母/繼父母需要簽名，請附上帶有其他簽名的本頁副本。

X

日期 (月月/日日/年年年年)

/ /

投保人/新增投保人 (未滿18歲投保人的父母或法定監護人)

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 (18歲及18歲以上)

X

日期 (月月/日日/年年年年)

/ /

受撫養人 (18歲及18歲以上)

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。

H. 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，無論法律基礎為何，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》和《披露表》(Combined Membership Agreement, Evidence of Coverage, and Disclosure Form) 包含完整的仲裁規定。

投保人必須在本表格上簽名。所有18歲及以上的新納入受撫養人（包括父母/繼父母）也必須在表格上簽名。如有2名以上年滿18歲的父母/繼父母需要簽名，請附上帶有其他簽名的本頁副本。

X	<input type="text"/>	日期 (月月/日日/年年年年) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input 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	<input type="text"/>	日期 (月月/日日/年年年年) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
	配偶/同居伴侶	
X	<input type="text"/>	日期 (月月/日日/年年年年) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
	父母/繼父母	
X	<input type="text"/>	日期 (月月/日日/年年年年) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
	父母/繼父母	
X	<input type="text"/>	日期 (月月/日日/年年年年) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
	受撫養人 (18歲及18歲以上)	
X	<input type="text"/>	日期 (月月/日日/年年年年) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
	受撫養人 (18歲及18歲以上)	

申請人或其授權代表可索取一份已填妥的表格副本。如需詳情，請致電1-800-464-4000。

聯絡資訊

請郵寄至：Kaiser Permanente
P.O.Box 23127
San Diego, CA 92193-9921

或是免費傳真到：
會員資格管理處1-855-355-5334

有疑問嗎？致電
1-800-464-4000（聽障及語障
電話專線711）

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>。

