



### C. 變更會影響到哪些家人？（請在下方列出。）

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。僅為18歲及以上的受扶養人提供電話和電子郵件。

#### 配偶／同居伴侶

姓名變更  終止醫療保險  添加牙科保險  終止牙科保險

名字

中間名縮寫

出生日期（月月／日日／年年年年）

姓氏

醫療記錄編號（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

#### 受撫養人1

姓名變更  添加醫療保險  終止醫療保險  添加牙科保險  終止牙科保險

名字

中間名縮寫

出生日期（月月／日日／年年年年）

姓氏

醫療記錄編號（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

#### 受撫養人2

姓名變更  添加醫療保險  終止醫療保險  添加牙科保險  終止牙科保險

名字

中間名縮寫

出生日期（月月／日日／年年年年）

姓氏

醫療記錄編號（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

### C. 變更會影響到哪些家人？（請在下方列出。）（續）

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。僅為18歲及以上的受扶養人提供電話和電子郵件。

受撫養人3	<input type="checkbox"/> 姓名變更	<input type="checkbox"/> 添加醫療保險	<input type="checkbox"/> 終止醫療保險	<input type="checkbox"/> 添加牙科保險	<input type="checkbox"/> 終止牙科保險
名字	中間名縮寫		出生日期（月月／日日／年年年年）		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
姓氏	<input type="text"/>				
醫療記錄編號（若有）	性別	社會安全號碼（若有）			
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> 拒絕透露				
主要電話（手機，若有）	<input type="text"/>				
電子郵件地址	<input type="text"/>				

### D. 選擇您的健康計劃

如果您想將您的保險更換至其他不受新法約束的計劃，您僅可更換至擁有同等福利或較少福利的計劃。換而言之，若根據右方的列表，您僅可更換至列於您現有計劃下方的計劃。請謹記這一點並勾選您想變更之計劃旁的方框。您帳戶中所有具備有效會員資格的家人都將轉至此計劃。

註：在您的不溯及既往的新計劃生效滿30天後，您將無法再轉回原先的計劃。

- Copayment 25 HMO
- Deductible HMO 20/500
- Copayment 40 HMO
- Deductible HMO 25/1000
- Copayment 50 HMO
- Deductible HMO 30/1500
- Deductible HMO 40/2000
- Deductible HMO 0/1700 with HSA
- Deductible HMO 0/2700 with HSA
- Deductible HMO 30/2700 with HSA

### E. 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增添為受撫養人的人，沒有人是有權享有Medicare A部分或已經入保Medicare B部分的。
- 如本人與保險經紀合作，本人瞭解，保險經紀人可能會因為本保險而獲得Kaiser Permanente所提供的現金或其他報酬。我們的標準報酬是每位會員每月\$14，外加可能的獎金。請瀏覽[kp.org/brokercompensation](http://kp.org/brokercompensation)（英文）瞭解更多資訊。
- 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](http://healthy.kaiserpermanente.org/termsconditions)。

注意：投保人必須在本表格上簽名。

X <input type="text"/>	日期（月月／日日／年年年年） <input type="text"/>
投保人／新投保人（未滿18歲之投保人的父母或法定監護人）	

### 聯絡資訊

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

或免費傳真至：  
會員資格管理處  
1-855-355-5334

有疑問嗎？  
請致電1-800-464-4000 (TTY 711)

## F. 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）

 /  / 

主要申請人（未滿18歲的兒童由父母或法定監護人代簽）

## 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](http://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版本的版本，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](http://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](http://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](http://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](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx)

- **线上：**发送电子邮件至 [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto: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](http://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 bááhilinjígoó há ata' hane.** Ata' halne'í há shónáot'eeh dóo naaltsoos táá hazaad bee bik'i' asch'jigo hach'i' yidóoltah biniyé hach'i' anál'jìh feh. Shíká i'doolwoł nínizingo nihich'i' hodíilnih 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'jigo éi íáá bił 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 ਦੁਭਾਸ਼ੀਆ 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 ਕਰਨ। Punjabi

**សេវាភាសាភក្ដិភីតឡែ។** អ្នកអាចទទួលបានអ្នកបកប្រែ និងឱ្យគេអានឯកសារជូនអ្នក ជាភាសាប្តេរ។ សំរាប់ជំនួយ  
សូមទូរស័ព្ទមកកម្រើង តាមគលមលេខដែលមានកែតលើប័ណ្ណ ID របស់អ្នក ឬ 1-800-788-0710។ សំរាប់ជំនួយថែមកទៀត  
ទូរស័ព្ទគេរកស្តងធានារ៉ាប់រង រ៉ែបកាលីហ្វ័រនីញ៉ា តាមគលម 1-800-927-4357។ អ្នកកមរើ TTY កែតលេខ 711។ Khmer

خدمات اللغة بدون تكلفة. يمكنك الحصول على مترجم شفوي وخدمة قراءة المستندات لك بلغتك. 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

**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** คุณสามารถรับคำและรับการอ่านเอกสารให้คุณฟังในภาษาของคุณได้ หากต้องการความช่วยเหลือ  
โปรดโทรหาเราตามหมายเลขที่ระบุในบัตรประจำตัวประชาชน หรือ 1-800-788-0710 หากต้องการความช่วยเหลือเพิ่มเติม  
โปรดติดต่อฝ่ายประกันภัยของ CA ที่หมายเลข 1-800-927-4357 ผู้ใช้ TTY โทร 711 ภาษาอังกฤษ Thai