



Tài liệu Tóm Lược Quyền Lợi và Bảo Hiểm (Summary of Benefits and Coverage, SBC) sẽ giúp quý vị chọn một chương trình bảo hiểm sức khỏe. SBC cho quý vị biết quý vị và chương trình sẽ chia sẻ chi phí như thế nào đối với những dịch vụ chăm sóc sức khỏe được đòi thò.

**LƯU Ý:** Thông tin về chi phí của chương trình này (được gọi là phí bảo hiểm) sẽ được cung cấp riêng. Đây chỉ là phần tóm lược. Để biết thêm thông tin về bảo hiểm của quý vị hoặc để nhận một bản sao toàn bộ điều khoản bảo hiểm, vui lòng truy cập <https://kp.org/plandocuments> hoặc gọi số 1-800-278-3296 (TTY: 711). Để biết định nghĩa chung của những thuật ngữ thông thường như số tiền được cho phép, lập hóa đơn số tiền chênh lệch, tiền đồng bảo hiểm, tiền đồng trả, tiền khấu trừ, nhà cung cấp hoặc các thuật ngữ được gạch dưới khác, hãy xem Bảng Chú Giải Thuật Ngữ. Quý vị có thể xem Bảng Chú Giải Thuật Ngữ tại <https://www.HealthCare.gov/sbc-glossary/> hoặc gọi số 1-800-278-3296 (TTY: 711) để yêu cầu một bản sao.

Những Câu Hỏi Quan Trọng	Trả Lời	Tại sao điều này Quan Trọng:
<b>Tổng số tiền khấu trừ là bao nhiêu?</b>	\$6,300 Cá Nhân / \$12,600 Gia Đình	Thông thường, quý vị phải trả mọi chi phí từ các <u>nhà cung cấp</u> cho đến khi đạt đến số <u>tiền khấu trừ</u> trước khi <u>chương trình</u> này bắt đầu chi trả. Nếu quý vị có thành viên khác trong gia đình tham gia <u>chương trình</u> , mỗi thành viên trong gia đình phải đạt đến số <u>tiền khấu trừ</u> cá nhân của riêng mình cho đến khi tổng chi phí <u>tiền khấu trừ</u> được trả bởi mọi thành viên trong gia đình đạt đến tổng số <u>tiền khấu trừ</u> của gia đình.
<b>Có dịch vụ được đòi thò trước khi quý vị đạt đến số tiền khấu trừ của mình không?</b>	Có. <u>Dịch vụ chăm sóc phòng ngừa</u> và những dịch vụ được xác định trong bảng bắt đầu tại trang 2.	<u>Chương trình</u> này đòi thò một số vật dụng và dịch vụ ngay cả khi quý vị chưa đạt đến số <u>tiền khấu trừ</u> . Nhưng có thể áp dụng <u>tiền đồng trả</u> hoặc <u>tiền đồng bảo hiểm</u> . Ví dụ, <u>chương trình</u> này đòi thò một số <u>dịch vụ phòng ngừa</u> mà không có khoản <u>chia sẻ chi phí</u> và trước khi quý vị đạt đến số <u>tiền khấu trừ</u> của mình. Xem danh sách dịch vụ phòng ngừa được đòi thò tại <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> .
<b>Có tiền khấu trừ khác cho những dịch vụ cụ thể không?</b>	Có. <u>Thuốc theo toa</u> : \$500 Cá Nhân / \$1,000 Gia Đình trong mạng lưới. Không có <u>tiền khấu trừ</u> cụ thể nào khác.	Quý vị phải trả tất cả chi phí cho các dịch vụ này cho đến khi đạt đến số <u>tiền khấu trừ</u> cụ thể trước khi <u>chương trình</u> này bắt đầu thanh toán cho các dịch vụ này.
<b>Mức giới hạn chi phí tự trả cho chương trình này là bao nhiêu?</b>	\$9,100 Cá Nhân / \$18,200 Gia Đình	<u>Mức giới hạn chi phí tự trả</u> là số tiền cao nhất mà quý vị có thể trả trong một năm cho những dịch vụ được đòi thò. Nếu quý vị có thành viên khác trong gia đình tham gia <u>chương trình</u> này, họ phải đạt đến các <u>mức giới hạn chi phí tự trả</u> của riêng mình cho đến khi đạt được tổng <u>mức giới hạn chi phí tự trả</u> của gia đình.
<b>Những gì không bao gồm trong mức giới hạn chi phí tự trả?</b>	<u>Phí bảo hiểm</u> và các dịch vụ chăm sóc sức khỏe mà <u>chương trình</u> này không đòi thò, được xác định trong bảng bắt đầu tại trang 2.	Mặc dù quý vị chi trả những chi phí này nhưng chúng không được tính vào <u>mức giới hạn chi phí tự trả</u> .

Những Câu Hỏi Quan Trọng	Trả Lời	Tại sao điều này Quan Trọng:
<b>Quý vị có trả ít hơn nếu quý vị sử dụng một nhà cung cấp trong mạng lưới không?</b>	Có. Truy cập <a href="http://www.kp.org">www.kp.org</a> hoặc gọi số 1-800-278-3296 (TTY: 711) để lấy danh sách nhà cung cấp trong mạng lưới.	Chương trình này sử dụng một mạng lưới nhà cung cấp. Quý vị sẽ trả ít hơn nếu quý vị sử dụng một nhà cung cấp trong mạng lưới của chương trình. Quý vị sẽ trả nhiều nhất nếu quý vị sử dụng một nhà cung cấp ngoài mạng lưới và quý vị có thể nhận được một hóa đơn từ một nhà cung cấp về khoản chênh lệch giữa khoản phí của nhà cung cấp đó và số tiền mà chương trình của quý vị thanh toán (lập hóa đơn số tiền chênh lệch). Lưu ý, nhà cung cấp trong mạng lưới của quý vị có thể sử dụng một nhà cung cấp ngoài mạng lưới để cung cấp một số dịch vụ (như xét nghiệm). Kiểm tra với nhà cung cấp của quý vị trước khi quý vị nhận dịch vụ.
<b>Quý vị có cần giấy giới thiệu để đến khám với bác sĩ chuyên khoa không?</b>	Có, nhưng quý vị có thể tự giới thiệu với một số bác sĩ chuyên khoa.	Chương trình sẽ trả một số hoặc tất cả các chi phí để quý vị đến khám với một bác sĩ chuyên khoa để nhận dịch vụ được đài thọ, nhưng chỉ nếu quý vị có giấy giới thiệu trước khi quý vị đến khám với bác sĩ chuyên khoa đó.



Mọi chi phí tiền đồng trả và tiền đồng bảo hiểm được trình bày trong bảng này được áp dụng sau khi quý vị đã đạt đến số tiền khấu trừ của mình, nếu có áp dụng tiền khấu trừ.

Sự Kiện Y Khoa Thông Thường	Dịch Vụ Quý Vị Có Thể Cần	Số Tiền Quý Vị Sẽ Trả Nhà Cung Cấp Thuộc Chương Trình (Quý vị sẽ trả ít nhất)	Số Tiền Quý Vị Sẽ Trả Nhà Cung Cấp Không Thuộc Chương Trình (Quý vị sẽ trả nhiều nhất)	Các Giới Hạn, Ngoại Lệ và Thông Tin Quan Trọng Khác
<b>Nếu quý vị đi khám tại văn phòng hoặc phòng khám của một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe</b>	Thăm khám chăm sóc chính để điều trị chấn thương hay bệnh tật	\$60/lần thăm khám	Không Được Đài Thọ	Miễn tiền khấu trừ đối với ba lần thăm khám đầu tiên kết hợp đối với dịch vụ chăm sóc chính không phòng ngừa, chăm sóc chuyên khoa và <u>chăm sóc khẩn cấp</u> .
	Khám với <u>bác sĩ chuyên khoa</u>	\$95/lần thăm khám	Không Được Đài Thọ	Miễn tiền khấu trừ đối với ba lần thăm khám đầu tiên kết hợp đối với dịch vụ chăm sóc chính không phòng ngừa, chăm sóc chuyên khoa và <u>chăm sóc khẩn cấp</u> .
	<u>Chăm sóc phòng ngừa/ khám sàng lọc/ chủng ngừa</u>	Miễn phí, không áp dụng tiền khấu trừ	Không Được Đài Thọ	Quý vị có thể phải chi trả cho những dịch vụ không phải phòng ngừa. Hỏi nhà cung cấp của quý vị xem dịch vụ mà quý vị cần có phải là <u>dịch vụ phòng ngừa</u> không. Sau đó kiểm tra số tiền mà chương trình của quý vị sẽ trả.

Sự Kiện Y Khoa Thông Thường	Dịch Vụ Quý Vị Có Thể Cần	Số Tiền Quý Vị Sẽ Trả Nhà Cung Cấp Thuộc Chương Trình (Quý vị sẽ trả ít nhất)	Số Tiền Quý Vị Sẽ Trả Nhà Cung Cấp Không Thuộc Chương Trình (Quý vị sẽ trả nhiều nhất)	Các Giới Hạn, Ngoại Lệ và Thông Tin Quan Trọng Khác
<b>Nếu quý vị được kiểm tra</b>	Kiểm tra chẩn đoán (chụp X-quang, xét nghiệm máu)	Chụp X-quang: 40% <u>tiền đồng bảo hiểm</u> ; Xét nghiệm: \$40/lần thực hiện, không áp dụng <u>tiền khấu trừ</u>	Không Được Đòi Thụ	Không có
	Chụp hình (Chụp cắt lớp vi tính (Computed Tomography, CT)/Chụp cắt lớp phát xạ positron (positron emission tomography, PET), Chụp cộng hưởng từ (Magnetic Resonance Imaging, MRI))	40% <u>tiền đồng bảo hiểm</u>	Không Được Đòi Thụ	Không có
<b>Nếu quý vị cần thuốc để điều trị bệnh tật hay tình trạng của quý vị</b> Thông tin bổ sung về <u>bảo hiểm thuốc theo toa</u> hiện có tại <a href="http://www.kp.org/formulary">www.kp.org/formulary</a>	Thuốc gốc (Bậc 1)	\$17/ <u>toa thuốc</u> (mua lẻ), \$34/ <u>toa thuốc</u> (đặt mua qua đường bưu điện). Sau khi áp dụng <u>tiền khấu trừ</u> cho thuốc.	Không Được Đòi Thụ	Lượng thuốc đủ dùng trong tối đa 30 ngày khi mua lẻ và tối đa 100 ngày khi đặt mua qua đường bưu điện. Miễn phí thuốc tránh thai dành cho phụ nữ. Tuân theo quy định trong <u>danh mục thuốc</u> .
	Thuốc biệt dược ưu tiên (Bậc 2)	40% <u>tiền đồng bảo hiểm</u> , tối đa \$500/ <u>toa thuốc</u> . Sau khi áp dụng <u>tiền khấu trừ</u> cho thuốc.	Không Được Đòi Thụ	Lượng thuốc đủ dùng trong tối đa 30 ngày khi mua lẻ và tối đa 100 ngày khi đặt mua qua đường bưu điện. Miễn phí thuốc tránh thai dành cho phụ nữ. Tuân theo quy định trong <u>danh mục thuốc</u> .
	Thuốc biệt dược không ưu tiên (Bậc 3)	40% <u>tiền đồng bảo hiểm</u> , tối đa \$500/ <u>toa thuốc</u> . Sau khi áp dụng <u>tiền khấu trừ</u> cho thuốc.	Không Được Đòi Thụ	Khoản chia sẻ chi phí dành cho thuốc biệt dược không ưu tiên theo <u>chương trình</u> này phù hợp với khoản chia sẻ chi phí dành cho thuốc biệt dược ưu tiên (Bậc 2) khi được chấp thuận thông qua quy trình ngoại lệ của <u>danh mục thuốc</u> .
	<u>Thuốc chuyên khoa</u> (Bậc 4)	40% <u>tiền đồng bảo hiểm</u> , tối đa \$500/ <u>toa thuốc</u> . Sau khi áp dụng <u>tiền khấu trừ</u> cho thuốc.	Không Được Đòi Thụ	Lượng thuốc đủ dùng trong tối đa 30 ngày (khi mua lẻ). Tuân theo quy định trong <u>danh mục thuốc</u> .

Sự Kiện Y Khoa Thông Thường	Dịch Vụ Quý Vị Có Thể Cần	Số Tiền Quý Vị Sẽ Trả Nhà Cung Cấp Thuộc Chương Trình (Quý vị sẽ trả ít nhất)	Số Tiền Quý Vị Sẽ Trả Nhà Cung Cấp Không Thuộc Chương Trình (Quý vị sẽ trả nhiều nhất)	Các Giới Hạn, Ngoại Lệ và Thông Tin Quan Trọng Khác
<b>Nếu quý vị thực hiện phẫu thuật ngoại trú</b>	Phí cơ sở (như trung tâm phẫu thuật ngoại trú)	40% <u>tiền đồng bảo hiểm</u>	Không Được Đòi Thòi	Không có
	Phí bác sĩ/bác sĩ phẫu thuật	40% <u>tiền đồng bảo hiểm</u>	Không Được Đòi Thòi	Không có
<b>Nếu quý vị cần được chăm sóc y tế ngay lập tức</b>	<u>Chăm sóc tại phòng cấp cứu</u>	40% <u>tiền đồng bảo hiểm</u>	40% <u>tiền đồng bảo hiểm</u>	Miễn <u>tiền đồng bảo hiểm</u> nếu nhập viện theo chế độ bệnh nhân nội trú.
	<u>Chuyên chở y tế cấp cứu</u>	40% <u>tiền đồng bảo hiểm</u>	40% <u>tiền đồng bảo hiểm</u>	Không có
	<u>Chăm sóc khẩn cấp</u>	\$60/lần thăm khám	Không Được Đòi Thòi	Miễn <u>tiền khấu trừ</u> đối với ba lần thăm khám đầu tiên kết hợp đối với dịch vụ chăm sóc chính không <u>phòng ngừa</u> , chăm sóc chuyên khoa và <u>chăm sóc khẩn cấp</u> . <u>Các nhà cung cấp Không Thuộc Chương Trình</u> được đòi hỏi khi tạm thời ở bên ngoài khu vực dịch vụ: \$60/lần thăm khám
<b>Nếu quý vị nằm viện</b>	Phí cơ sở (như phòng bệnh viện)	40% <u>tiền đồng bảo hiểm</u>	Không Được Đòi Thòi	Không có
	Phí bác sĩ/bác sĩ phẫu thuật	40% <u>tiền đồng bảo hiểm</u>	Không Được Đòi Thòi	Không có
<b>Nếu quý vị cần dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần, sức khỏe hành vi hay điều trị tình trạng lạm dụng chất gây nghiện</b>	Dịch vụ ngoại trú	Miễn phí, không áp dụng <u>tiền khấu trừ</u>	Không Được Đòi Thòi	Không có
	Dịch vụ nội trú	40% <u>tiền đồng bảo hiểm</u>	Không Được Đòi Thòi	Không có
<b>Nếu quý vị mang thai</b>	Khám tại văn phòng	Miễn phí, không áp dụng <u>tiền khấu trừ</u>	Không Được Đòi Thòi	Tùy vào loại dịch vụ, có thể áp dụng <u>tiền đồng trả</u> , <u>tiền đồng bảo hiểm</u> hoặc <u>tiền khấu trừ</u> . Chăm sóc sản phụ có thể bao gồm các kiểm tra và dịch vụ được mô tả ở phần khác trong SBC (như siêu âm).
	Dịch vụ chuyên môn về sinh con/sinh đẻ	40% <u>tiền đồng bảo hiểm</u>	Không Được Đòi Thòi	Không có
	Dịch vụ tại cơ sở về sinh con/sinh đẻ	40% <u>tiền đồng bảo hiểm</u>	Không Được Đòi Thòi	Không có

Sự Kiện Y Khoa Thông Thường	Dịch Vụ Quý Vị Có Thể Cần	Số Tiền Quý Vị Sẽ Trả Nhà Cung Cấp Thuộc Chương Trình (Quý vị sẽ trả ít nhất)	Số Tiền Quý Vị Sẽ Trả Nhà Cung Cấp Không Thuộc Chương Trình (Quý vị sẽ trả nhiều nhất)	Các Giới Hạn, Ngoại Lệ và Thông Tin Quan Trọng Khác
<b>Nếu quý vị cần được trợ giúp phục hồi hoặc có các nhu cầu chăm sóc sức khỏe đặc biệt khác</b>	<u>Chăm sóc sức khỏe tại gia</u>	40% <u>tiền đồng bảo hiểm</u>	Không Được Đòi Thụ	Lên đến 2 giờ/lần thăm khám, lên đến 3 lần thăm khám/ngày, lên đến 100 lần thăm khám/năm.
	<u>Dịch vụ phục hồi chức năng</u>	Nội trú: 40% <u>tiền đồng bảo hiểm</u> ; Ngoại trú: \$60/lần thăm khám, không áp dụng <u>tiền khấu trừ</u>	Không Được Đòi Thụ	Không có
	<u>Dịch vụ luyện tập chức năng</u>	Nội trú: 40% <u>tiền đồng bảo hiểm</u> ; Ngoại trú: \$60/lần thăm khám, không áp dụng <u>tiền khấu trừ</u>	Không Được Đòi Thụ	Không có
	<u>Chăm sóc điều dưỡng chuyên môn</u>	40% <u>tiền đồng bảo hiểm</u>	Không Được Đòi Thụ	Tối đa 100 ngày/giai đoạn quyền lợi
	<u>Thiết bị y khoa lâu bền</u>	40% <u>tiền đồng bảo hiểm</u>	Không Được Đòi Thụ	Cần được cho phép trước
	<u>Dịch vụ chăm sóc giai đoạn cuối đời</u>	Miễn phí, không áp dụng <u>tiền khấu trừ</u>	Không Được Đòi Thụ	Không có
<b>Nếu con quý vị cần được chăm sóc nha khoa hay mắt</b>	Khám mắt cho trẻ em	Miễn phí, không áp dụng <u>tiền khấu trừ</u>	Không Được Đòi Thụ	Không có
	Mắt kính cho trẻ em	Miễn phí, không áp dụng <u>tiền khấu trừ</u>	Không Được Đòi Thụ	Giới hạn một cặp kính một năm từ mắt kính và gọng kính được chọn.
	Kiểm tra nha khoa cho trẻ em	Miễn phí, không áp dụng <u>tiền khấu trừ</u>	Không Được Đòi Thụ	Giới hạn hai lần khám sức khỏe tổng quát một năm.

#### Dịch Vụ Loại Trừ và Các Dịch Vụ Được Đòi Thụ Khác:

<b>Những dịch vụ mà <u>Chương Trình</u> của Quý Vị Thường KHÔNG đòi thụ (Xem hợp đồng bảo hiểm hoặc tài liệu <u>chương trình</u> của quý vị để biết thêm thông tin và danh sách bất cứ <u>dịch vụ loại trừ</u> nào khác).</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Chăm sóc nắn khớp xương</li> <li>● Phẫu thuật thẩm mỹ</li> <li>● Chăm sóc nha khoa (Người lớn)</li> <li>● Dụng cụ trợ thính</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Điều trị vô sinh</li> <li>● Chăm sóc dài hạn</li> <li>● Chăm sóc không cấp cứu khi đi ra bên ngoài Hoa Kỳ</li> <li>● Chăm sóc điều dưỡng riêng</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Chăm sóc mắt định kỳ (Người lớn)</li> <li>● Chăm sóc bàn chân định kỳ</li> <li>● Chương trình giảm cân</li> </ul>
<b>Các Dịch Vụ Được Đòi Thụ Khác (Có thể áp dụng các giới hạn cho những dịch vụ này. Đây không phải là danh sách đầy đủ. Vui lòng xem tài liệu <u>chương trình</u> của quý vị).</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Phá Thai</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Châm cứu (được nhà cung cấp thuộc chương trình giới thiệu)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Phẫu thuật giảm cân</li> </ul>

**Quyền Tiếp Tục Được Bảo Hiểm của Quý Vị:** Có những cơ quan có thể hỗ trợ nếu quý vị muốn tiếp tục bảo hiểm sau khi bảo hiểm của quý vị kết thúc. Thông tin liên lạc của những cơ quan đó có trong bảng bên dưới. Cũng có thể có những lựa chọn bảo hiểm khác dành cho quý vị, bao gồm việc mua bảo hiểm cá nhân thông qua Thị Trường Bảo Hiểm Sức Khỏe. Để biết thêm thông tin về Thị Trường, hãy truy cập [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) hoặc gọi số 1-800-318-2596.

**Quyền Phàn Nàn và Khiếu Nại của Quý Vị:** Có những cơ quan có thể trợ giúp nếu quý vị than phiền về chương trình của mình vì bị từ chối yêu cầu thanh toán. Than phiền này được gọi là phàn nàn hay khiếu nại. Để biết thêm thông tin về quyền của quý vị, hãy xem phần giải thích quyền lợi mà quý vị sẽ nhận được cho yêu cầu thanh toán y tế đó. Tài liệu chương trình của quý vị cũng cung cấp thông tin đầy đủ về cách nộp yêu cầu thanh toán, khiếu nại hoặc phàn nàn vì bất cứ lý do gì cho chương trình của quý vị. Để biết thêm thông tin về các quyền của quý vị, thông báo này hoặc được trợ giúp, hãy liên lạc cơ quan trong bảng dưới đây. Ngoài ra, chương trình hỗ trợ khách hàng có thể giúp quý vị nộp đơn khiếu nại. Hãy liên hệ với Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý và Sở Bảo Hiểm của California tại 980 9th St, Suite #500 Sacramento, CA 95814, 1-888-466-2219 hoặc [www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov).

#### Thông Tin Liên Lạc về Quyền Tiếp Tục Được Bảo Hiểm và Quyền Phàn Nàn và Khiếu Nại của Quý Vị:

Ban Dịch Vụ Hội Viên Kaiser Permanente	1-800-278-3296 (TTY: 711) hoặc <a href="http://www.kp.org/memberservices">www.kp.org/memberservices</a>
California Department of Insurance (Sở Bảo Hiểm California)	1-800-927-HELP (4357) hoặc <a href="http://www.insurance.ca.gov">www.insurance.ca.gov</a>
Cơ Quan Quản Lý Bảo Hiểm Y Tế California	1-888-466-2219 hoặc <a href="http://www.dmhc.ca.gov">www.dmhc.ca.gov</a>

#### Chương trình này có cung cấp Bảo Hiểm Cần Thiết Tối Thiểu không? Có.

Bảo Hiểm Cần Thiết Tối Thiểu thường bao gồm các chương trình, bảo hiểm y tế được cung cấp thông qua Thị Trường hoặc các hợp đồng bảo hiểm cá nhân khác trên thị trường, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE và một số bảo hiểm khác. Nếu quý vị đủ điều kiện hưởng một số loại Bảo Hiểm Cần Thiết Tối Thiểu, quý vị có thể đủ điều kiện hưởng tín thuế phí bảo hiểm.

#### Chương trình này có đáp ứng các Tiêu Chuẩn Giá Trị Tối Thiểu không? Không áp dụng.

Nếu chương trình của quý vị không đáp ứng Tiêu Chuẩn Giá Trị Tối Thiểu, quý vị có thể hội đủ điều kiện hưởng tín thuế phí bảo hiểm để giúp quý vị thanh toán cho chương trình thông qua Thị Trường.

#### Dịch Vụ Tiếp Cận Ngôn Ngữ:

SPANISH (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-800-788-0616 (TTY: 711)

TAGALOG (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-278-3296 (TTY: 711)

CHINESE (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-800-757-7585 (TTY: 711)

NAVAJO (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-278-3296 (TTY: 711)

*Để xem các ví dụ về cách thức chương trình này có thể đài thọ các chi phí cho một trường hợp y tế mẫu, hãy xem mục tiếp theo.*

## Giới Thiệu về Các Ví Dụ Bảo Hiểm này:



**Đây không phải là một công thức ước tính chi phí.** Những biện pháp điều trị được đưa ra chỉ là ví dụ về cách chương trình này có thể đài thọ dịch vụ chăm sóc y tế. Chi phí thực tế của quý vị sẽ khác tùy vào dịch vụ chăm sóc thực tế mà quý vị nhận được, các mức giá được tính bởi nhà cung cấp của quý vị và nhiều yếu tố khác. Tập trung vào các khoản chia sẻ chi phí (tiền khấu trừ, tiền đồng trả và tiền đồng bảo hiểm) và các dịch vụ loại trừ theo chương trình. Dùng thông tin này để so sánh phần chi phí mà quý vị có thể trả theo các chương trình bảo hiểm sức khỏe khác nhau. Xin lưu ý những ví dụ về bảo hiểm này được dựa trên bảo hiểm chỉ dành cho bản thân.

### Peg Sắp Có Con

(9 tháng chăm sóc tiền sản trong mạng lưới và sinh con tại bệnh viện)

- **Tổng tiền khấu trừ của chương trình** \$6,300
- **Tiền đồng trả cho bác sĩ chuyên khoa** \$95
- **Tiền đồng bảo hiểm cho bệnh viện (cơ sở)** 40%
- **Tiền đồng trả khác (xét nghiệm máu)** \$40

Trường hợp **MẪU** này bao gồm những dịch vụ như:

Khám tại văn phòng của bác sĩ chuyên khoa (chăm sóc tiền sản)

Dịch Vụ Chuyên Môn về Sinh Con/Sinh Đẻ

Dịch Vụ tại Cơ Sở về Sinh Con/Sinh Đẻ

Kiểm tra chẩn đoán (siêu âm và xét nghiệm máu)

Khám với bác sĩ chuyên khoa (thuốc gây mê/tê)

### Kiểm Soát Bệnh Tiểu Đường Loại 2 của Joe

(một năm chăm sóc thường kỳ trong mạng lưới cho tình trạng được kiểm soát tốt)

- **Tổng tiền khấu trừ của chương trình** \$6,300
- **Tiền đồng trả cho bác sĩ chuyên khoa** \$95
- **Tiền đồng bảo hiểm cho bệnh viện (cơ sở)** 40%
- **Tiền đồng trả khác (xét nghiệm máu)** \$40

Trường hợp **MẪU** này bao gồm những dịch vụ như:

Khám tại văn phòng của bác sĩ chăm sóc chính

(bao gồm hướng dẫn về bệnh)

Kiểm tra chẩn đoán (xét nghiệm máu)

Thuốc theo toa

Thiết bị y khoa lâu bền (máy đo glucose)

### Tình Trạng Gãy Xương Nhẹ của Mia

(thăm khám tại phòng cấp cứu và chăm sóc theo dõi trong mạng lưới)

- **Tổng tiền khấu trừ của chương trình** \$6,300
- **Tiền đồng trả cho bác sĩ chuyên khoa** \$95
- **Tiền đồng bảo hiểm cho bệnh viện (cơ sở)** 40%
- **Tiền đồng bảo hiểm khác (chụp X-quang)** 40%

Trường hợp **MẪU** này bao gồm những dịch vụ như:

Chăm sóc tại phòng cấp cứu (bao gồm vật tư y tế)

Kiểm tra chẩn đoán (chụp X-quang)

Thiết bị y khoa lâu bền (nạng)

Dịch vụ phục hồi chức năng (vật lý trị liệu)

<b>Tổng Chi Phí Mẫu</b>	<b>\$12,700</b>
<b>Trong ví dụ này, Peg sẽ trả:</b>	
<i>Khoản Chia Sẻ Chi Phí</i>	
<u>Tiền Khấu Trừ</u>	\$6,300
<u>Tiền đồng trả</u>	\$100
<u>Tiền Đồng Bảo Hiểm</u>	\$0
<i>Những gì không được đài thọ</i>	
Các giới hạn hoặc loại trừ	\$60
<b>Tổng số tiền Peg sẽ trả là</b>	<b>\$6,460</b>

<b>Tổng Chi Phí Mẫu</b>	<b>\$5,600</b>
<b>Trong ví dụ này, Joe sẽ trả:</b>	
<i>Khoản Chia Sẻ Chi Phí</i>	
<u>Tiền Khấu Trừ</u>	\$1,400
<u>Tiền đồng trả</u>	\$400
<u>Tiền Đồng Bảo Hiểm</u>	\$1,400
<i>Những gì không được đài thọ</i>	
Các giới hạn hoặc loại trừ	\$0
<b>Tổng số tiền Joe sẽ trả là</b>	<b>\$3,200</b>

<b>Tổng Chi Phí Mẫu</b>	<b>\$2,800</b>
<b>Trong ví dụ này, Mia sẽ trả:</b>	
<i>Khoản Chia Sẻ Chi Phí</i>	
<u>Tiền Khấu Trừ</u>	\$2,400
<u>Tiền đồng trả</u>	\$200
<u>Tiền Đồng Bảo Hiểm</u>	\$0
<i>Những gì không được đài thọ</i>	
Các giới hạn hoặc loại trừ	\$0
<b>Tổng số tiền Mia sẽ trả là</b>	<b>\$2,600</b>

Chương trình sẽ chịu trách nhiệm về các chi phí còn lại của những dịch vụ được đài thọ **MẪU** này.

## Nondiscrimination Notice

Discrimination is against the law. Kaiser Permanente follows State and Federal civil rights laws.

Kaiser Permanente does not unlawfully discriminate, exclude people, or treat them differently because of age, race, ethnic group identification, color, national origin, cultural background, ancestry, religion, sex, gender, gender identity, gender expression, sexual orientation, marital status, physical or mental disability, medical condition, source of payment, genetic information, citizenship, primary language, or immigration status.

Kaiser Permanente provides the following services:

- No-cost aids and services to people with disabilities to help them communicate better with us, such as:
  - ◆ Qualified sign language interpreters
  - ◆ Written information in other formats (braille, large print, audio, accessible electronic formats, and other formats)
- No-cost language services to people whose primary language is not English, such as:
  - ◆ Qualified interpreters
  - ◆ Information written in other languages

If you need these services, call our Member Service Contact Center at **1 800-464-4000 (TTY 711)**, 24 hours a day, 7 days a week (except closed holidays). If you cannot hear or speak well, please call **711**.

Upon request, this document can be made available to you in braille, large print, audiocassette, or electronic form. To obtain a copy in one of these alternative formats, or another format, call our Member Service Contact Center and ask for the format you need.

### How to file a grievance with Kaiser Permanente

You can file a discrimination grievance with Kaiser Permanente if you believe we have failed to provide these services or unlawfully discriminated in another way. Please refer to your *Evidence of Coverage or Certificate of Insurance* for details. You may also speak with a Member Services representative about the options that apply to you. Please call Member Services if you need help filing a grievance.

You may submit a discrimination grievance in the following ways:

- **By phone:** Call member services at **1-800-464-4000 (TTY 711)** 24 hours a day, 7 days a week (except closed holidays)
- **By mail:** Call us at **1-800-464-4000 (TTY 711)** and ask to have a form sent to you
- **In person:** Fill out a Complaint or Benefit Claim/Request form at a member services office located at a Plan Facility (go to your provider directory at [kp.org/facilities](http://kp.org/facilities) for addresses)
- **Online:** Use the online form on our website at [kp.org](http://kp.org)

You may also contact the Kaiser Permanente Civil Rights Coordinators directly at the addresses below:



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

**How to file a grievance with the California Department of Health Care Services Office of Civil Rights** *(For Medi-Cal Beneficiaries Only)*

You can also file a civil rights complaint with the California Department of Health Care Services Office of Civil Rights in writing, by phone or by email:

- **By phone:** Call DHCS Office of Civil Rights at 916-440-7370 (TTY 711)
- **By mail:** Fill out a complaint form or send a letter to:

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

Complaint forms are available at: [http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx)

- **Online:** Send an email to [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov)

**How to file a grievance with the U.S. Department of Health and Human Services Office of Civil Rights**

You can file a discrimination complaint with the U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights. You can file your complaint in writing, by phone, or online:

- **By phone:** Call 1-800-368-1019 (TTY 711 or 1-800-537-7697)
- **By mail:** Fill out a complaint form or send a letter to:

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

Complaint forms are available at:  
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

- **Online:** Visit the Office of Civil Rights Complaint Portal at:  
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

## Aviso de no discriminación

La discriminación es ilegal. Kaiser Permanente cumple con las leyes de los derechos civiles federales y estatales.

Kaiser Permanente no discrimina ilícitamente, excluye ni trata a ninguna persona de forma distinta por motivos de edad, raza, identificación de grupo étnico, color, país de origen, antecedentes culturales, ascendencia, religión, sexo, género, identidad de género, expresión de género, orientación sexual, estado civil, discapacidad física o mental, condición médica, fuente de pago, información genética, ciudadanía, lengua materna o estado migratorio.

Kaiser Permanente ofrece los siguientes servicios:

- Ayuda y servicios sin costo a personas con discapacidades para que puedan comunicarse mejor con nosotros, como lo siguiente:
  - ◆ intérpretes calificados de lenguaje de señas,
  - ◆ información escrita en otros formatos (braille, impresión en letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).
- Servicios de idiomas sin costo a las personas cuya lengua materna no es el inglés, como:
  - ◆ intérpretes calificados,
  - ◆ información escrita en otros idiomas.

Si necesita nuestros servicios, llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000 (TTY 711)** las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). Si tiene deficiencias auditivas o del habla, llame al **711**.

Este documento estará disponible en braille, letra grande, casete de audio o en formato electrónico a solicitud. Para obtener una copia en uno de estos formatos alternativos o en otro formato, llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros y solicite el formato que necesita.

### Cómo presentar una queja ante Kaiser Permanente

Usted puede presentar una queja por discriminación ante Kaiser Permanente si siente que no le hemos ofrecido estos servicios o lo hemos discriminado ilícitamente de otra forma. Consulte su *Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage)* o *Certificado de Seguro (Certificate of Insurance)* para obtener más información. También puede hablar con un representante de Servicio a los Miembros sobre las opciones que se apliquen a su caso. Llame a Servicio a los Miembros si necesita ayuda para presentar una queja.

Puede presentar una queja por discriminación de las siguientes maneras:

- **Por teléfono:** llame a Servicio a los Miembros al **1 800-464-4000 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos).
- **Por correo postal:** llámenos al **1 800-464-4000 (TTY 711)** y pida que se le envíe un formulario.
- **En persona:** llene un formulario de Queja o reclamación/solicitud de beneficios en una oficina de Servicio a los Miembros ubicada en un centro del plan (consulte su directorio de proveedores en [kp.org/facilities](http://kp.org/facilities) [cambie el idioma a español] para obtener las direcciones).
- **En línea:** utilice el formulario en línea en nuestro sitio web en [kp.org/espanol](http://kp.org/espanol).

También puede comunicarse directamente con el coordinador de derechos civiles (Civil Rights Coordinator) de Kaiser Permanente a la siguiente dirección:

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

**Cómo presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Atención Médica de California** *(Solo para beneficiarios de Medi-Cal)*

También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles (Office of Civil Rights) del Departamento de Servicios de Atención Médica de California (California Department of Health Care Services) por escrito, por teléfono o por correo electrónico:

- **Por teléfono:** llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Atención Médica (Department of Health Care Services, DHCS) al **916-440-7370** (TTY **711**).
- **Por correo postal:** llene un formulario de queja o envíe una carta a:

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

Los formularios de queja están disponibles en: [http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx) (en inglés).

- **En línea:** envíe un correo electrónico a [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov).

**Cómo presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.**

Puede presentar una queja por discriminación ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services). Puede presentar su queja por escrito, por teléfono o en línea:

- **Por teléfono:** llame al **1-800-368-1019** (TTY **711** o al **1-800-537-7697**).
- **Por correo postal:** llene un formulario de queja o envíe una carta a:

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

Los formularios de quejas están disponibles en  
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> (en inglés).

- **En línea:** visite el Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles en:  
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> (en inglés).

## 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](http://kp.org/facilities) 網站的保健業者名錄上查詢地址）
- **線上：** 使用 [kp.org](http://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](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](mailto: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

- **郵寄：**訪問民權辦公室投訴入口網站：  
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>。

## Thông Báo Không Phân Biệt Đối Xử

Phân biệt đối xử là trái với pháp luật. Kaiser Permanente tuân thủ các luật dân quyền của Tiểu Bang và Liên Bang.

Kaiser Permanente không phân biệt đối xử trái pháp luật, 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 để 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 Trung Tâm Liên Lạc ban Dịch Vụ Hội Viên của chúng tôi theo số **1-800-464-4000 (TTY 711)**, 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần (đóng cửa ngày lễ). Nếu quý vị không thể nói hay nghe rõ, vui lòng gọi **711**.

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 thu âm hay dạng điện tử. Để lấy một bản sao theo một trong những định dạng thay thế này hay định dạng khác, xin gọi đến Trung Tâm Liên Lạc 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 Kaiser Permanente 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. 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 cũng có thể nói chuyện với nhân viên ban Dịch Vụ Hội Viên về những lựa chọn áp dụng cho quý vị. Vui lòng gọi đến ban Dịch Vụ Hội Viên nếu quý vị cần được trợ giúp để 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 theo số **1-800-464-4000 (TTY 711)** 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần (đóng cửa ngày lễ)
- **Qua thư tín:** Gọi chúng tôi theo số **1-800-464-4000 (TTY 711)** và yêu cầu gửi mẫu đơn cho quý vị
- **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](http://kp.org/facilities) để biết địa chỉ)
- **Trực tuyến:** Sử dụng mẫu đơn trực tuyến trên trang mạng của chúng tôi tại [kp.org](http://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 và hay gửi thư đến:

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

Mẫu đơn than phiền hiện có tại: [http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx)

- **Trực tuyến:** Gửi email đến [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto: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  
<http://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/portal/lobby.jsf>.

# Language Assistance Services

**English:** Language assistance is available at no cost to you, 24 hours a day, 7 days a week. You can request interpreter services, materials translated into your language, or in alternative formats. You can also request auxiliary aids and devices at our facilities. Just call us at **1-800-464-4000**, 24 hours a day, 7 days a week (closed holidays). TTY users call **711**.

**Arabic:** خدمات الترجمة الفورية متوفرة لك مجاناً على مدار الساعة كافة أيام الأسبوع. بإمكانك طلب خدمة الترجمة الفورية أو ترجمة وثائق للغتك أو لصيغ أخرى. يمكنك أيضاً طلب مساعدات على مدار إضافية وأجهزة في مرافقنا. ما عليك سوى الاتصال بنا على الرقم **1-800-464-4000** الساعة كافة أيام الأسبوع (مغلق أيام العطلات). لمستخدمي خدمة الهاتف النصي يرجى الاتصال على الرقم **711**.

**Armenian:** Ձեզ կարող է անվճար օգնություն տրամադրվել լեզվի հարցում՝ օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: Դուք կարող եք պահանջել բանավոր թարգմանչի ծառայություններ, Ձեր լեզվով թարգմանված կամ այլընտրանքային ձևաչափով պատրաստված նյութեր: Դուք նաև կարող եք խնդրել օժանդակ օգնություններ և սարքեր մեր հաստատություններում: Պարզապես զանգահարեք մեզ **1-800-464-4000** հեռախոսահամարով՝ օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր (տոն օրերին փակ է): TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն **711**:

**Khmer:** ជំនួយភាសា គឺត្រូវបានផ្តល់ឱ្យអ្នកទៀត 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកអាចស្នើសុំសេរីអ្នកបកប្រែឯកសារដែលបានបញ្ជូនទៅជាភាសាខ្មែរ ឬជាទម្រង់ជំនួសផ្សេងៗទៀត។ អ្នកក៏អាចស្នើសុំឧបករណ៍ និងបរិក្ខារជំនួយទំនាក់ទំនងសម្រាប់អ្នកពិការនៅទីតាំងរបស់យើងផងដែរ។ គ្រាន់តែទូរស័ព្ទមកយើងតាមលេខ **1-800-464-4000** បាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ (បើថ្ងៃបុណ្យ)។ អ្នកប្រើ TTY ហៅលេខ **711**។

**Korean:** 요일 및 시간에 관계없이 언어지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 귀하는 통역 서비스, 귀하의 언어로 번역된 자료 또는 대체 형식의 자료를 요청할 수 있습니다. 또한 저희 시설에서 보조기구 및 기기를 요청하실 수 있습니다. 요일 및 시간에 관계없이 **1-800-464-4000** 번으로 전화하십시오 (공휴일 휴무). TTY 사용자번호 **711**

**Chinese:** 您每週 7 天，每天 24 小時均可獲得免費語言協助。您可以申請口譯服務、要求將資料翻譯成您所用語言或轉換為其他格式。您還可以在我們的場所內申請使用輔助工具和設備。我們每週 7 天，每天 24 小時均歡迎您打電話 **1-800-757-7585** 前來聯絡（節假日休息）。聽障及語障專線 (TTY) 使用者請撥 711。

**Farsi:** خدمات زبانی در 24 ساعت شبانروز و 7 روز هفته بدون اخذ هزینه در اختیار شما است. شما می توانید برای خدمات مترجم شفاهی، ترجمه مدارک به زبان شما و یا به صورت های دیگر درخواست کنید. شما همچنین می توانید کمک های جانبی و وسایل کمکی برای محل اقامت خود درخواست کنید. کفایت در 24 ساعت شبانروز و 7 روز هفته (به استثنای روز های تعطیل) با ما به شماره **1-800-464-4000** تماس بگیرید. کاربران ناشنوا (TTY) با شماره 711 تماس بگیرند.

**Hindi:** बिना किसी लागत के दुभाषिया सेवाएँ, दिन के 24 घंटे, सप्ताह के सातों दिन उपलब्ध हैं। आप एक दुभाषिये की सेवाओं के लिए, बिना किसी लागत के सामग्रियों को अपनी भाषा में अनुवाद करवाने के लिए, या वैकल्पिक प्रारूपों के लिए अनुरोध कर सकते हैं। आप हमारे सुविधा-स्थलों में सहायक साधनों और उपकरणों के लिए भी अनुरोध कर सकते हैं। बस केवल हमें **1-800-464-4000** पर, दिन के 24 घंटे, सप्ताह के सातों दिन (छुट्टियों वाले दिन बंद रहता है) कॉल करें। TTY उपयोगकर्ता **1-800-464-4000** पर कॉल करें।

**Hmong:** Muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj, 24 teev ib hnuv twg, 7 hnuv ib lim tiam twg. Koj thov tau cov kev pab txhais lus, muab cov ntaub ntawv txhais ua koj hom lus, los yog ua lwm hom. Koj kuj thov tau lwm yam kev pab thiab khoom siv hauv peb tej tsev hauj lwm. Tsuas hu rau **1-800-464-4000**, 24 teev ib hnuv twg, 7 hnuv ib lim tiam twg (cov hnuv caiv kaw). Cov neeg siv TTY hu **711**.

**Japanese:** 当院では、言語支援を無料で、年中無休、終日ご利用いただけます。通訳サービス、日本語に翻訳された資料、あるいは資料を別の書式でも依頼できます。補助サービスや当施設の機器についてもご相談いただけます。お気軽に **1-800-464-4000** までお電話ください (祭日を除き年中無休)。TTY ユーザーは 711 にお電話ください。

**Navajo:** Doo bik'é asiníłáágóó saad bee ata' hane' bee áká e'elyeed nich'í' áą'át'é, t'áá áłahjí' jį́igo dóó t'ée'go áádóó tsosts'íjí áą'át'é. Ata' hane' yidíikił, naaltsoos t'áá Diné bizaad bee bik'i' ashchíigo, éi doodago hane' bee didíits'íłgíí yidíikił. Hane' bee bik'i' di'díitíłgíí dóó bee hane' didíits'íłgíí bina'idíłkíidgo yidíikił. Kojí hodiilnih **1-800-464-4000**, t'áá áłahjí', jį́igo dóó t'ée'go áádóó tsosts'íjí áą'át'é. (Dahodíłzingóne' doo nida'anish dago éi da'deelkaal). TTY chodayool'ínígíí kojí dahalne' **711**.



**Laotian:** ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາມີໃຫ້ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າແກ່ທ່ານ, ຕະຫຼອດ 24 ຊົ່ວໂມງ, 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ. ທ່ານສາມາດຮ້ອງຂໍຮັບບໍລິການນາຍພາສາ, ໃຫ້ແປເອ ກະສານເປັນພາສາຂອງທ່ານ, ຫຼື ໃນຮູບແບບອື່ນ. ທ່ານສາມາດຂໍອະນາຄອນ ຊ່ວຍເສີມ ແລະ ອຸປະກອນຕ່າງໆໃນສະຖານບໍລິການຂອງພວກເຮົາໄດ້. ພຽງ ແຕ່ໂທ ຫາພວກເຮົາ ທີ່ **1-800-464-4000**, ຕະຫຼອດ 24 ຊົ່ວໂມງ, 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ (ປິດວັນພັກຕ່າງໆ). ຜູ້ໃຊ້ສາຍ TTY ໂທ **711**.

**Mien:** Mbenc nzoih liouh wang-henh tengx nzie faan waac bun muangx maiv zuqc cuotv zinh nyaanh meih, yietc hnoi mbenc maaih 24 norm ziangh hoc, yietc norm liv baaiz mbenc maaih 7 hnoi. Meih se haih tov heuc tengx lorx faan waac mienh tengx faan waac bun muangx, dorh nyungc horngh jaa-sic mingh faan benx meih nyei waac, a'fai liouh ginv longc benx haaix hoc sou-guv daan yaac duqv. Meih corc haih tov longc benx wuotc ginc jaa-dorngx tengx aengx caux jaa-sic nzie bun yiem njiec zorc goux baengc zingh gorn zangc. Kungx douc waac mingh lorx taux yie mbuo yiem njiec naaiv **1-800-464-4000**, yietc hnoi mbenc maaih 24 norm ziangh hoc, yietc norm liv baaiz mbenc maaih 7 hnoi. (hnoi-gec se guon gorn zangc oc). TTY nyei mienh nor douc waac lorx **711**.

**Tagalog:** May magagamit na tulong sa wika nang wala kang babayaran, 24 na oras bawat araw, 7 araw bawat linggo. Maaari kang humingi ng mga serbisyo ng tagasalin sa wika, mga babasahin na isinalin sa iyong wika o sa mga alternatibong format. Maaari ka ring humiling ng mga karagdagang tulong at device sa aming mga pasilidad. Tawagan lamang kami sa **1-800-464-4000**, 24 na oras bawat araw, 7 araw bawat linggo (sarado sa mga pista opisyal). Ang mga gumagamit ng TTY ay maaaring tumawag sa **711**.

**Thai:** มีบริการช่วยเหลือด้านภาษาฟรีตลอด 24 ชั่วโมง 7 วันต่อสัปดาห์ คุณสามารถขอใช้บริการล่าม แปลเอกสารเป็นภาษาของคุณ หรือในรูปแบบอื่นได้ คุณสามารถขออุปกรณ์และเครื่องมือช่วยเหลือได้ที่ศูนย์บริการให้ความช่วยเหลือของเรา โดยโทรหาเราที่ **1-800-464-4000** ตลอด 24 ชั่วโมง 7 วันต่อสัปดาห์ (ยกเว้นวันหยุดราชการ) ผู้ใช้ TTY ให้โทร **711**

**Ukrainian:** Послуги перекладача надаються безкоштовно, цілодобово, 7 днів на тиждень. Ви можете зробити запит на послуги усного перекладача, отримання матеріалів у перекладі мовою, якою володієте, або в альтернативних форматах. Також ви можете зробити запит на отримання допоміжних засобів і пристроїв у закладах нашої мережі компанії. Просто зателефонуйте нам за номером **1-800-464-4000**. Ми працюємо цілодобово, 7 днів на тиждень (крім святкових днів). Номер для користувачів телетайпа: **711**.

**Punjabi:** ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੀ ਲਾਗਤ ਦੇ, ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ, ਦੁਭਾਸ਼ੀਆ ਸੇਵਾਵਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦੀ ਮਦਦ ਲਈ, ਸਮੱਗਰੀਆਂ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਅਨੁਵਾਦ ਕਰਵਾਉਣ ਲਈ, ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਵੱਖ ਫਾਰਮੈਟ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਸੀਂ ਸਾਡੀਆਂ ਸੁਵਿਧਾਵਾਂ ਵਿੱਚ ਵੀ ਸਹਾਇਕ ਸਾਧਨਾਂ ਅਤੇ ਉਪਕਰਣਾਂ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ। ਬਸ ਸਿਰਫ਼ ਸਾਨੂੰ **1-800-464-4000** ਤੇ, ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ (ਛੁੱਟੀਆਂ ਵਾਲੇ ਦਿਨ ਬੰਦ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ) ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ। TTY ਦਾ ਉਪਯੋਗ ਕਰਨ ਵਾਲੇ **711** 'ਤੇ ਫ਼ੋਨ ਕਰਨ।

**Russian:** Мы бесплатно обеспечиваем Вас услугами перевода 24 часа в сутки, 7 дней в неделю. Вы можете воспользоваться помощью устного переводчика, запросить перевод материалов на свой язык или запросить их в одном из альтернативных форматов. Мы также можем помочь вам с вспомогательными средствами и альтернативными форматами. Просто позвоните нам по телефону **1-800-464-4000**, который доступен 24 часа в сутки, 7 дней в неделю (кроме праздничных дней). Пользователи линии TTY могут звонить по номеру **711**.

**Spanish:** Tenemos disponible asistencia en su idioma sin ningún costo para usted 24 horas al día, 7 días a la semana. Puede solicitar los servicios de un intérprete, que los materiales se traduzcan a su idioma o en formatos alternativos. También puede solicitar recursos para discapacidades en nuestros centros de atención. Solo llame al **1-800-788-0616**, 24 horas al día, 7 días a la semana (excepto los días festivos). Los usuarios de TTY, deben llamar al **711**.

**Vietnamese:** Dịch vụ thông dịch được cung cấp miễn phí cho quý vị 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày trong tuần. Quý vị có thể yêu cầu dịch vụ thông dịch, tài liệu phiên dịch ra ngôn ngữ của quý vị hoặc tài liệu bằng nhiều hình thức khác. Quý vị cũng có thể yêu cầu các phương tiện trợ giúp và thiết bị hỗ trợ tại các cơ sở của chúng tôi. Quý vị chỉ cần gọi cho chúng tôi tại số **1-800-464-4000**, 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày trong tuần (trừ các ngày lễ). Người dùng TTY xin gọi **711**.