

B. Quý vị muốn thay đổi (các) mục nào?

Vui lòng đánh dấu vào các ô bên dưới cho những mục quý vị muốn thay đổi và ghi rõ từng thành viên gia đình bị ảnh hưởng ở trang tiếp theo. Chúng tôi sẽ không thực hiện bất kỳ thay đổi nào đối với những thành viên gia đình quý vị không ghi rõ.

Quý vị có thể thay đổi các mục sau trong giai đoạn ghi danh mở hoặc giai đoạn ghi danh đặc biệt.

(Có áp dụng hạn chế đối với giai đoạn ghi danh đặc biệt. Truy cập kp.org/specialenrollment (bằng tiếng Anh) để biết thêm thông tin.)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tôi muốn thay đổi các chương trình. | <input type="checkbox"/> Tôi muốn thêm chương trình bảo hiểm nha khoa tùy chọn cho người trưởng thành (dành cho mọi thành viên từ 19 tuổi trở lên tham gia chương trình bảo hiểm của tôi). |
| <input type="checkbox"/> Tôi muốn thêm chương trình bảo hiểm y tế cho thành viên gia đình. | <input type="checkbox"/> Tôi muốn kết thúc chương trình bảo hiểm nha khoa tùy chọn cho người trưởng thành (dành cho mọi thành viên từ 19 tuổi trở lên tham gia chương trình bảo hiểm của tôi). |
| <input type="checkbox"/> Tôi muốn thay đổi tài khoản chỉ dành cho trẻ em thành tài khoản dành cho gia đình khi bản thân tôi là người đăng ký. | |

Kết Hợp Các Tài Khoản

Các tài khoản có thể được kết hợp trong giai đoạn ghi danh mở hoặc thời hạn ghi danh đặc biệt.

- Tôi muốn thêm một thành viên gia đình đã tham gia chương trình Kaiser Permanente vào tài khoản của mình. Việc này sẽ khiến chương trình hiện tại của họ kết thúc. (Vui lòng cho biết thành viên gia đình nào sẽ chuyển sang tài khoản của quý vị trong Phần C.)

Kết Thúc Tài Khoản

Tên

Tên đệm

Họ

Số hồ sơ y tế của Người Đăng Ký để kết thúc tài khoản

X

Ngày (tt/nn/nnnn)

Người Đăng Ký hoặc cha mẹ/người giám hộ hợp pháp để kết thúc tài khoản

Quý vị có thể thay đổi các mục sau bất kỳ lúc nào trong năm. (Lưu ý: Đối với những thay đổi này, quý vị có thể bỏ qua Phần D và E.)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Tôi muốn kết thúc chương trình bảo hiểm y tế (và chương trình bảo hiểm nha khoa, nếu có) cho một thành viên trong gia đình. | <input type="checkbox"/> Tôi sắp kết thúc chương trình bảo hiểm của tôi và của vợ/chồng/bạn đời sống chung và tôi muốn (các) con tôi tiếp tục dùng tài khoản chỉ dành cho trẻ em. |
| <input type="checkbox"/> Tôi sắp kết thúc chương trình bảo hiểm của mình và tôi muốn (các) con tôi tiếp tục dùng tài khoản chỉ dành cho trẻ em. | <input type="checkbox"/> Tôi muốn thay đổi các mục ở Phần A. (Nếu quý vị định thay đổi tên, vui lòng cung cấp giấy tờ hợp pháp về sự thay đổi đó.) |

Ngày có hiệu lực được yêu cầu (không được đảm bảo)

C. Những thành viên gia đình nào bị ảnh hưởng bởi thay đổi này? (Vui lòng ghi rõ bên dưới.)

Vợ/chồng/Bạn đời sống chung

- Bổ sung chương trình bảo hiểm y tế
 Kết thúc bảo hiểm y tế

- Thêm bảo hiểm nha khoa tùy chọn cho người trưởng thành
 Kết thúc bảo hiểm nha khoa tùy chọn cho người trưởng thành

Thay đổi tên

Tên

Tên đệm Chọn một: Vợ/chồng Bạn đời sống chung

Họ

Ngày sinh (tt/nn/nnnn)
/ /

Số hồ sơ y tế (nếu có)

Giới tính Nam Nữ Không Khai

Số An Sinh Xã Hội (nếu có)
 - -

Nếu quý vị có nhiều hơn 2 cha mẹ/cha mẹ kế có sự thay đổi, hãy đính kèm một bản sao của trang này và điền đầy đủ thông tin cho cha mẹ/cha mẹ kế đó.

Cha mẹ/Cha mẹ kế 1

- Bổ sung chương trình bảo hiểm y tế
 Kết thúc bảo hiểm y tế

- Thêm bảo hiểm nha khoa tùy chọn cho người trưởng thành
 Kết thúc bảo hiểm nha khoa tùy chọn cho người trưởng thành

Thay đổi tên

Tên

Tên đệm Ngày sinh (tt/nn/nnnn) / /

Họ

Số hồ sơ y tế (nếu có)

Giới tính Nam Nữ Không Khai

Số An Sinh Xã Hội (nếu có)
 - -

Cha mẹ/Cha mẹ kế 2

- Bổ sung chương trình bảo hiểm y tế
 Kết thúc bảo hiểm y tế

- Thêm bảo hiểm nha khoa tùy chọn cho người trưởng thành
 Kết thúc bảo hiểm nha khoa tùy chọn cho người trưởng thành

Thay đổi tên

Tên

Tên đệm Ngày sinh (tt/nn/nnnn) / /

Họ

Số hồ sơ y tế (nếu có)

Giới tính Nam Nữ Không Khai

Số An Sinh Xã Hội (nếu có)
 - -

C. Những thành viên gia đình nào bị ảnh hưởng bởi thay đổi này? (Vui lòng ghi rõ bên dưới.)

Nếu quý vị có nhiều hơn 3 người phụ thuộc có thay đổi, hãy đính kèm một bản sao của trang này và điền thông tin cho những người phụ thuộc đó.

Người Phụ Thuộc 1

- Bổ sung chương trình bảo hiểm y tế
- Thêm bảo hiểm nha khoa tùy chọn cho người trưởng thành
- Kết thúc bảo hiểm y tế
- Kết thúc bảo hiểm nha khoa tùy chọn cho người trưởng thành

Thay đổi tên

Tên Tên đệm Ngày sinh (tt/nn/nnnn) / /

Họ

Số hồ sơ y tế (nếu có) Giới tính Nam Nữ Không Khai Số An Sinh Xã Hội (nếu có) - -

Người Phụ Thuộc 2

- Bổ sung chương trình bảo hiểm y tế
- Thêm bảo hiểm nha khoa tùy chọn cho người trưởng thành
- Kết thúc bảo hiểm y tế
- Kết thúc bảo hiểm nha khoa tùy chọn cho người trưởng thành

Thay đổi tên

Tên Tên đệm Ngày sinh (tt/nn/nnnn) / /

Họ

Số hồ sơ y tế (nếu có) Giới tính Nam Nữ Không Khai Số An Sinh Xã Hội (nếu có) - -

Người Phụ Thuộc 3

- Bổ sung chương trình bảo hiểm y tế
- Thêm bảo hiểm nha khoa tùy chọn cho người trưởng thành
- Kết thúc bảo hiểm y tế
- Kết thúc bảo hiểm nha khoa tùy chọn cho người trưởng thành

Thay đổi tên

Tên Tên đệm Ngày sinh (tt/nn/nnnn) / /

Họ

Số hồ sơ y tế (nếu có) Giới tính Nam Nữ Không Khai Số An Sinh Xã Hội (nếu có) - -

D. Chọn giai đoạn ghi danh

Chọn một lựa chọn: Giai đoạn ghi danh mở (**chuyển tới Phần E**) Thời hạn ghi danh đặc biệt (tiếp tục bên dưới)

Chọn sự kiện cuộc sống hội đủ điều kiện. Nếu quý vị có nhiều sự kiện, hãy xem lại các lựa chọn của mình vì ngày hiệu lực thay đổi theo sự kiện. **Quý vị cũng cần có giấy tờ chứng minh hội đủ điều kiện trong vòng 10 ngày.** Truy cập kp.org/specialenrollment (bằng tiếng Anh) hoặc gọi **1-800-494-5314** để biết thêm về các sự kiện cuộc sống hội đủ điều kiện.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Mất bảo hiểm sức khỏe tối thiểu cần thiết (viết ngày tháng đầy đủ cuối cùng quý vị có bảo hiểm)* | <input type="checkbox"/> Chuyển chỗ ở vĩnh viễn khi tham gia chương trình mới |
| <input type="checkbox"/> Được hoặc trở thành người phụ thuộc thông qua kết hôn hoặc sống chung với bạn đời | <input type="checkbox"/> Quyết định của Covered California về những trường hợp ngoại lệ |
| <input type="checkbox"/> Được hoặc trở thành người phụ thuộc thông qua việc sinh con, nhận con nuôi, cho con nuôi hoặc chăm sóc nuôi dưỡng tạm thời | <input type="checkbox"/> Hội đủ điều kiện để mua chương trình bảo hiểm sức khỏe cá nhân qua thỏa thuận hoàn trả chi phí về sức khỏe của bảo hiểm cá nhân (ICHRA) hoặc thỏa thuận hoàn trả chi phí về sức khỏe của hãng sở nhỏ đủ điều kiện (QSEHRA) |
| Lưu ý: Trong trường hợp này, quý vị cũng sẽ cần phải chọn giữa 2 lựa chọn ngày hiệu lực: | <input type="checkbox"/> Xuất hiện bạo lực gia đình hoặc có vợ chồng bỏ đi trong một gia đình |
| <input type="checkbox"/> Ngày sinh con, nhận nuôi hoặc cho con nuôi hoặc chăm sóc nuôi dưỡng tạm thời | <input type="checkbox"/> Ngừng đóng góp của chủ hãng sở cho phí bảo hiểm COBRA |
| <input type="checkbox"/> Ngày đầu tiên của tháng sau khi chúng tôi nhận được mẫu đơn này | <input type="checkbox"/> Ra tù |
| <input type="checkbox"/> Mất tư cách người phụ thuộc do ly hôn, hủy quan hệ bạn đời sống chung hoặc ly thân | <input type="checkbox"/> Khai sai thông tin về ghi danh của quý vị ở bảo hiểm thiết yếu tối thiểu |
| <input type="checkbox"/> Người ghi danh hoặc người phụ thuộc qua đời | <input type="checkbox"/> Mạng lưới nhà cung cấp thay đổi |
| <input type="checkbox"/> Lệnh cấp dưỡng nuôi con hoặc lệnh khác của tòa án để bao trả cho người phụ thuộc | <input type="checkbox"/> Vi phạm hợp đồng |
| Lưu ý: Trong trường hợp này, quý vị cũng sẽ cần phải chọn giữa 2 lựa chọn ngày hiệu lực: | <input type="checkbox"/> Đủ điều kiện nhận tiền trợ cấp chăm sóc sức khỏe của công ty giao hàng và vận chuyển dựa trên ứng dụng |
| <input type="checkbox"/> Ngày có lệnh cấp dưỡng nuôi con hoặc lệnh khác của tòa án để bao trả cho người phụ thuộc | |
| <input type="checkbox"/> Ngày đầu tiên của tháng sau ngày có lệnh của tòa án | |

Vui lòng ghi ngày diễn ra sự kiện cuộc sống hội đủ điều kiện. / / (tt/nn/nnnn)

*Nếu sự kiện cuộc sống hội đủ điều kiện của quý vị là mất bảo hiểm của Kaiser Permanente, chúng tôi có thể xem lại hồ sơ hội viên để kiểm tra xem khi nào và tại sao quý vị mất bảo hiểm.

E. Chọn chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị

Nếu quý vị đã nêu rõ là mình muốn thay đổi các chương trình hoặc thêm bảo hiểm cho thành viên gia đình, vui lòng chọn chương trình quý vị muốn ở đây. Từng thành viên gia đình quý vị đã nêu ra ở Phần C sẽ được chuyển tới chương trình quý vị chọn. Nếu quý vị muốn ghi danh cho các thành viên gia đình tham gia vào các chương trình khác nhau, vui lòng nộp mẫu đơn riêng cho từng chương trình.

- | | |
|--|--|
| <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% | |

*Đối với người làm đơn dưới 30 tuổi hoặc được miễn trừ bảo hiểm do hoàn cảnh khó khăn

Có các chương trình bảo hiểm tối thiểu dành cho những người làm đơn sẽ dưới 30 tuổi vào ngày hiệu lực hoặc người cung cấp chứng nhận miễn trừ cho thấy hoàn cảnh khó khăn hoặc không có bảo hiểm hợp túi tiền. **Chúng tôi sẽ không thể xử lý đơn đăng ký của quý vị mà không có chứng nhận miễn trừ nếu quý vị từ 30 tuổi trở lên.** Để xem quý vị có đủ điều kiện không, vui lòng truy cập CoveredCA.com/exemptions và làm theo các hướng dẫn.

F. Chọn chương trình nha khoa không bắt buộc cho người trưởng thành

Bảo hiểm nha khoa được đưa vào chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị cho các hội viên trẻ em cho đến hết tháng hội viên đó đủ 19 tuổi. Kaiser Permanente cung cấp chương trình bảo hiểm nha khoa không bắt buộc cho người trưởng thành bao gồm những cá nhân đã kết thúc tình trạng hội đủ điều kiện nhận các dịch vụ nha khoa nhi. Bảo hiểm không bắt buộc này không cần thêm phí.

Quý vị có thể ghi danh tham gia hoặc kết thúc bảo hiểm nha khoa dành cho người trưởng thành ở chương trình bảo hiểm nha khoa không bắt buộc trong giai đoạn ghi danh mở, gia hạn hội viên hàng năm hoặc giai đoạn ghi danh đặc biệt. Bảo hiểm nha khoa không bắt buộc dành cho người trưởng thành của chúng tôi được tài trợ bởi Kaiser Permanente Insurance Company (KPIC), một công ty con của Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (KFHP) và được quản lý bởi Delta Dental of California, một trong những nhà cung cấp các quyền lợi nha khoa lớn nhất và nhiều kinh nghiệm nhất trên toàn quốc.

Vui lòng tham khảo *Bảng Điều Lệ Tóm Lược Quyền Lợi và Bảo Hiểm (SDBC)* để biết thông tin chi tiết đầy đủ về chương trình nha khoa KPIC bằng cách truy cập vào kp.org/kpic-dental (bằng tiếng Anh).

- Thêm bảo hiểm nha khoa tùy chọn cho người trưởng thành.[†]
- Kết thúc bảo hiểm nha khoa tùy chọn cho người trưởng thành.[†]

[†]Khi đã ghi danh tham gia, tôi hiểu rằng tôi không thể hủy bảo hiểm nha khoa của tôi mà không hủy bảo hiểm trong chương trình bảo hiểm sức khỏe của tôi, ngoại trừ ở giai đoạn ghi danh mở hoặc giai đoạn ghi danh đặc biệt.

G. Ký mẫu đơn

- Tôi hiểu rằng Kaiser Foundation Health Plan, Inc. sẽ dựa vào thông tin tôi cung cấp trong mẫu đơn này và nếu phát hiện có bất kỳ thông tin nào là gian dối hoặc cố tình khai sai, Kaiser Foundation Health Plan, Inc. có thể cho chấm dứt bảo hiểm của tôi từ ngày có hiệu lực của bảo hiểm.
- Tôi xác nhận rằng không người nào sẽ thay đổi chương trình hoặc được thêm vào làm người phụ thuộc như nêu ra trong mẫu đơn này được tham gia Medicare Phần A hoặc được ghi danh tham gia Medicare Phần B.
- Nếu làm việc với người môi giới, tôi hiểu rằng họ có thể nhận được tiền hoặc khoản thù lao khác từ Kaiser Permanente liên quan đến bảo hiểm này. Phạm vi thù lao tiêu chuẩn của chúng tôi là \$9-\$11 mỗi hội viên mỗi tháng cộng với khoản tiền thưởng có thể có. Để tìm hiểu thêm, hãy truy cập kp.org/brokercompensation (bằng tiếng Anh).
- Bằng cách cung cấp địa chỉ email và số điện thoại di động của mình, tôi hiểu rằng tôi có thể nhận được email và liên lạc bằng văn bản từ Kaiser Permanente.

Lưu ý: Người đăng ký phải ký vào mẫu đơn. Tất cả những người phụ thuộc mới từ 18 tuổi trở lên bao gồm cả cha mẹ/cha mẹ kế cũng phải ký vào mẫu đơn. Nếu quý vị có nhiều hơn 2 cha mẹ/cha mẹ kế và người phụ thuộc từ 18 tuổi trở lên cần phải ký, hãy đính kèm một bản sao của trang này có các chữ ký bổ sung.

X

Ngày (tt/nn/nnnn)

Người ghi danh/người ghi danh mới (cha mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp của người ghi danh dưới 18 tuổi)

X

Ngày (tt/nn/nnnn)

Vợ/chồng/bạn đời sống chung

X

Ngày (tt/nn/nnnn)

Cha mẹ/cha mẹ kế

X

Ngày (tt/nn/nnnn)

Cha mẹ/cha mẹ kế

X

Ngày (tt/nn/nnnn)

Người phụ thuộc (18 tuổi trở lên)

X

Ngày (tt/nn/nnnn)

Người phụ thuộc (18 tuổi trở lên)

Mọi chương trình được cung cấp và tài trợ bởi Kaiser Foundation Health Plan, Inc., One Kaiser Plaza, Oakland, CA 94612.

H. Ký thỏa thuận trọng tài với Kaiser Foundation Health Plan, Inc.

Tôi hiểu rằng một mặt (ngoại trừ các vụ việc được giải quyết ở Tòa Tiểu Tụng, các yêu cầu bồi thường tuân theo quy trình khiếu nại của Medicare hoặc theo quy định về quy trình yêu cầu bồi thường của Đạo Luật Bảo Đảm Thu Nhập Hưu Trí Cho Người Lao Động Năm 1974 (ERISA) và bất kỳ yêu cầu bồi thường nào khác không thể xử lý theo phân xử trọng tài có giá trị ràng buộc của luật điều chỉnh) là bất kỳ tranh chấp nào giữa tôi, người thừa kế của tôi, họ hàng hoặc các bên liên quan khác và mặt khác là Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (KFHP), bất kỳ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe có ký hợp đồng nào, bên quản lý hoặc các bên liên quan khác, đối với bất kỳ cáo buộc vi phạm phạm sự phát sinh nào hoặc liên quan tới tư cách hội viên ở KFHP, bao gồm bất kỳ yêu cầu bồi thường nào do hành động sơ xuất khi hành nghề của bệnh viện (yêu cầu bồi thường về các dịch vụ y tế hoặc các vật phẩm không cần thiết hoặc không được phép hoặc được cung cấp không đúng cách, vô ý hoặc thiếu chuyên môn), trách nhiệm pháp lý của chủ tài sản hoặc liên quan đến việc bảo hiểm cho, hay việc cung cấp các dịch vụ hoặc vật dụng bất chấp có đúng luật hay không, phải do phân xử trọng tài có giá trị ràng buộc theo luật California quyết định và không phải kiện tụng hoặc đưa ra tòa thì mới quyết định được, ngoại trừ luật áp dụng quy định đối với giám sát tư pháp gồm các thủ tục tố tụng phân xử. Tôi đồng ý từ bỏ quyền được xét xử với bồi thẩm đoàn và chấp nhận việc trọng tài phân xử có giá trị ràng buộc. Tôi hiểu rằng điều khoản đầy đủ về trọng tài có trong **Tổng Hợp Thỏa Thuận Tư Cách Hội Viên, Chứng từ Bảo hiểm và Bản Điều lệ Chương trình**.

Người đăng ký phải ký vào mẫu đơn. Tất cả những người phụ thuộc mới từ 18 tuổi trở lên bao gồm cả cha mẹ/cha mẹ kế cũng phải ký vào mẫu đơn. Nếu quý vị có nhiều hơn 2 cha mẹ/cha mẹ kế và người phụ thuộc từ 18 tuổi trở lên cần phải ký, hãy đính kèm một bản sao của trang này có các chữ ký bổ sung.

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Ngày (tt/nn/nnnn) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
	Người nộp đơn chính (cha mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp của trẻ dưới 18 tuổi)	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Ngày (tt/nn/nnnn) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
	Vợ/chồng/bạn đời sống chung	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Ngày (tt/nn/nnnn) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
	Cha mẹ/cha mẹ kế	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Ngày (tt/nn/nnnn) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
	Cha mẹ/cha mẹ kế	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Ngày (tt/nn/nnnn) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
	Người phụ thuộc (18 tuổi trở lên)	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Ngày (tt/nn/nnnn) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
	Người phụ thuộc (18 tuổi trở lên)	

Người nộp đơn hoặc người đại diện được ủy quyền của họ có thể yêu cầu bản sao của đơn đã được điền đầy đủ. Để biết thêm thông tin, vui lòng gọi số **1-800-464-4000**.

Thông tin liên lạc

Gửi thư tới: Kaiser Permanente
P.O. Box 23127
San Diego, CA 92193-9921

Hoặc gửi fax theo số miễn phí:
Quản Lý Tư Cách Hội Viên 1-855-355-5334

Thắc mắc? Xin gọi
1-800-464-4000 (TTY 711)

Văn Phòng HICAP Địa Phương Của Quận California

Quận Alameda

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

Quận Alpine, Amador, Calaveras, Mariposa và Quận Toulumne

19074 Standard Road, Suite A
Sonora, CA 95370
209-532-6272 số máy lẻ 226

Quận Butte, Colusa, Glenn, Plumas và Quận Tehama

25 Main Street, Room 202
Chico, CA 95929-0799
530-898-6716

Quận Contra Costa

400 Ellinwood Way
Pleasant Hill, CA 94523
Trong Contra Costa từ
điện thoại cố định:
1-800-510-2020
Ngoài tiểu bang: 925-655-1393

Quận Del Norte

1765 Northcrest Drive
Thành phố Crescent, CA 95531
707-464-7876

Quận El Dorado, Nevada, Placer, Sacramento, San Joaquin, Sierra, Sutter, Yolo và Quận Yuba

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

Quận Fresno và Madera

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

Quận Humboldt

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

Quận Imperial và San Diego

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

Quận Inyo, Mono, Riverside và Quận San Bernardino

9121 Haven Ave., Suite 220
Rancho Cucamonga, CA 91739
909-256-8369

Quận Kern

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

Quận Kings và Tulare

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

Quận Lake, Marin, Mendocino, Napa, Solano và Quận Sonoma

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

Quận Lassen, Modoc, Shasta, Siskiyou và Quận Trinity

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

Quận Los Angeles

520 S. Lafayette Park Place, Suite 214
Los Angeles, CA 90057
213-383-4519
Trong Quận L.A. : 1-800-824-0780

Quận Merced

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

Quận Monterey

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

Quận Orange

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

Quận San Benito và Santa Cruz

1777 A Capitola Road
Santa Cruz, CA 95062
831-462-5510

Quận San Francisco

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

Quận San Luis Obispo và Quận Santa Barbara

528 South Broadway
Santa Maria, CA 93454
805-928-5663

Quận San Mateo

1710 S. Amphlett Blvd., Suite 100
San Mateo, CA 94402
650-627-9350

Quận Santa Clara

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

Quận Stanislaus

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

Quận Ventura

646 County Square Drive, Suite 100
Ventura, CA 93003
805-477-7310

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 để biết địa chỉ)
- **Trực tuyến:** Sử dụng mẫu đơn trực tuyến trên trang mạng của chúng tôi tại 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

- **Trực tuyến:** Gửi email đến 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>.

Ghi chú

A series of horizontal dashed lines provided for writing notes.

