

Mẫu Đơn Yêu Cầu Thay Đổi Tài Khoản

Được trợ giá
California

Hướng dẫn

- Thông qua mẫu đơn này, quý vị có thể thực hiện nhiều loại thay đổi về chương trình và tài khoản. Vui lòng điền thông tin cá nhân của quý vị vào Phần A và chọn ngày mà quý vị muốn sự thay đổi về tài khoản hoặc chương trình của mình có hiệu lực (chúng tôi không đảm bảo về ngày có hiệu lực). Sau đó, chọn mục quý vị muốn thay đổi ở Phần B. Trong các chương trình được trợ giá, quý vị chỉ có thể thêm một trẻ sơ sinh hoặc trẻ mới nhận nuôi.
- Chỉ người đăng ký hoặc cha mẹ/người giám hộ hợp pháp của tài khoản chỉ dành cho trẻ em mới có thể điền vào mẫu đơn này.
- Lưu ý: Nếu quý vị được tham gia Medicare Phần A hoặc được ghi danh tham gia Medicare Phần B, quý vị không đủ điều kiện để thay đổi các chương trình Kaiser Permanente for Individuals and Families (KPIF). Nếu thành viên gia đình được tham gia Medicare Phần A hoặc được ghi danh tham gia Medicare Phần B, thành viên đó không đủ điều kiện để thay đổi các chương trình KPIF hoặc được thêm vào làm người phụ thuộc mới ở chương trình KPIF của quý vị.

A. Điền thông tin của quý vị

Nếu quý vị muốn thay đổi, vui lòng cập nhật thông tin mới của mình vào các ô bên dưới.

Tên Tên đệm Ngày sinh (nn/tt/nnnn)

/ /

Họ

Số hồ sơ y tế (nếu có) Giới tính: Số An Sinh Xã Hội (nếu có)

Nam Nữ - -

Không khai

Địa chỉ nhà (vui lòng không ghi số hòm thư)

Thành phố

Tiểu bang Mã ZIP Điện thoại (điện thoại di động nếu có)

- -

Địa chỉ lập hóa đơn Kiểm tra xem có giống với địa chỉ nhà hay không.

Thành phố

Tiểu bang Mã ZIP Ngày có hiệu lực trong tương lai như yêu cầu (ngày phải là ngày đầu tiên của tháng)

/ 0 1 /

Địa chỉ email

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

Người đăng ký (bao gồm cha mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp của tài khoản chỉ dành cho trẻ em) có thể thực hiện mọi thay đổi ở bên dưới đối với bất kỳ thành viên nào trong gia đình.

- Tôi sẽ kết thúc chương trình bảo hiểm gia đình.
- 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.
- 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.
- 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.
- Tôi muốn thay đổi các chương trình. (Vui lòng xem các quy tắc thay đổi chương trình bảo hiểm ở trang 3, sau đó chọn chương trình quý vị muốn thay đổi dựa trên những hạn chế đó.)
- Tôi muốn thêm chương trình bảo hiểm y tế cho trẻ sơ sinh hoặc trẻ mới nhận nuôi.
- Tôi muốn kết thúc chương trình bảo hiểm nha khoa không bắt buộc.
- 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.)

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

Nếu muốn chuyển sang chương trình bảo hiểm được trợ giá khác, quý vị chỉ có thể chuyển sang chương trình có lợi ích tương đương hoặc thấp hơn. Theo danh sách bên phải, điều này có nghĩa là quý vị chỉ có thể chuyển sang chương trình được liệt kê **bên dưới** chương trình hiện tại của quý vị. Do vậy, vui lòng chọn ô bên cạnh chương trình mà quý vị muốn chuyển sang. Tất cả các thành viên gia đình đang hoạt động trong tài khoản của quý vị sẽ được chuyển sang chương trình này.

Lưu ý: Sau 30 ngày kể từ ngày chương trình được trợ giá mới có hiệu lực, quý vị sẽ không thể chuyển trở lại chương trình cũ.

- 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 0/1500 with HSA
- Deductible HMO 0/2700 with HSA
- Deductible HMO 30/2700 with HSA

E. 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 các 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.

X

Ngày (nn/tt/nnnn)

 / /

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

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)

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

Tôi hiểu rằng (ngoại trừ các vụ việc được giải quyết ở Tòa Án Giải Quyết Khiếu Khiển Nhỏ, 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 Đảm Bảo Thu Nhập Hưu Trí Cho Người Lao Động (Employee Retirement Income Security Act, ERISA) và bất kỳ yêu cầu bồi thường nào khác không thể tuân theo phân xử trọng tài có giá trị ràng buộc theo luật điều chỉnh) bất kỳ tranh chấp nào giữa một bên là tôi, người thừa kế, người thân hoặc các bên liên quan khác của tôi và bên còn lại là Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (KFHP), bất kỳ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe đã ký hợp đồng nào, nhân viên điều hành hoặc các bên liên quan khác, do cáo buộc vi phạm bất kỳ nghĩa vụ nào phát sinh từ hoặc liên quan đến tư cách hội viên ở KFHP, bao gồm bất kỳ yêu cầu bồi thường nào do hành động sơ xuất về y tế hoặc của bệnh viện (yêu cầu bồi thường rằng các dịch vụ y tế không cần thiết hoặc không được phép hoặc được thực hiện không đúng cách, cầu thả hoặc thiếu chuyên môn), do trách nhiệm pháp lý của cơ sở hoặc liên quan đến việc bảo hiểm cho các dịch vụ hay vật dụng hoặc việc cung cấp các dịch vụ hoặc vật dụng, cho dù có đúng luật hay không, phải theo phán quyết của trọng tài thẩm quyền theo luật California chứ không phải do kiện tụng hoặc đưa ra tòa, trừ khi luật áp dụng quy định duyệt xét tư pháp các thủ tục tố tụng trọng tài. 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*.

X

Người nộp đơn chính (cha mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp của trẻ dưới 18 tuổi)

Ngày (nn/tt/nnnn)

 / /

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 for writing notes.

