

## 說明

- 您可藉助本表對各類計劃和帳戶進行變更。請在A部分填寫您的個人資料，並選擇您希望計劃變更或帳戶變生效的日期（我們不對生效日期作保證）。然後在B部分選擇您要進行的更改。在「祖父地位」計劃中，您只能添加新生兒或新收養的孩子。
- 只有兒童專用帳戶的投保人或父母／法定監護人可以填寫此表格。
- 注意：如果您有權享有Medicare A部分或已經入保Medicare B部分，則您沒有資格變更至 Kaiser Permanente for Individuals and Families (KPIF) 計劃。如果家庭成員有權享有Medicare A部分或已經入保Medicare B部分，則他們沒有資格變更至KPIF計劃或作為新受撫養人加入您的KPIF計劃。

## A. 填寫您的資訊

如果您想更改資訊，請利用下方的欄位更新您的資訊。

名字	中間名首字母	出生日期（月月/日日/年年年）
<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 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 性別不明	<input type="text"/>
家庭地址（請勿用郵箱號碼）		
<input type="text"/>		
市		
<input type="text"/>		
州	郵遞區號	電話（手機，若有）
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
帳單地址 <input type="checkbox"/> 如與家庭住址相同，請勾選此處。		
<input type="text"/>		
市		
<input type="text"/>		
州	郵遞區號	所申請的未來生效日期（日期必須為各月第一天）
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
電子郵件地址：		
<input type="text"/>		

## B. 您想要進行什麼變更？

投保人（包括兒童專用帳戶的父母或法定監護人）可以為任何家庭成員進行以下所有更改。

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 我要終止家庭計劃保險。<br><input type="checkbox"/> 我要終止我的保險，我希望保留子女的兒童專用帳戶。<br><input type="checkbox"/> 我希望終止家人的醫療保險（以及牙科保險（如果適用））。<br><input type="checkbox"/> 我要終止我自己和我的配偶／同居伴侶的保險，我希望保留子女的兒童專用帳戶。 | <input type="checkbox"/> 本人想要更換計劃。（請參閱第3頁的計劃變更規定，然後根據該等限制選擇您想更換成哪一個計劃。）<br><input type="checkbox"/> 我想要為一名新生兒或新近領養的兒童添加醫療保險。<br><input type="checkbox"/> 我想要終止選擇性牙科保險。<br><input type="checkbox"/> 本人想要變更A部分所示的資訊。（如果您想要變更您的姓名，請附上變更姓名的法律文件。） |
|--|---|

### C. 變更會影響到哪些家庭成員？（請在下方列示。）

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

#### 配偶/同居伴侶

 終止醫療保險 添加牙科保險 終止牙科保險 姓名變更

名字

中間名首字母

出生日期（月月/日日/年年年）

姓氏

醫療記錄編號（若有）

性別

 男性  女性  性別不明

社會安全號碼（若有）

電話（手機，若有）

#### 受撫養人1

 添加醫療保險 終止醫療保險 添加牙科保險 終止牙科保險 姓名變更

名字

中間名首字母

出生日期（月月/日日/年年年）

姓氏

醫療記錄編號（若有）

性別

 男性  女性  性別不明

社會安全號碼（若有）

電話（手機，若有）

#### 受撫養人2

 添加醫療保險 終止醫療保險 添加牙科保險 終止牙科保險 姓名變更

名字

中間名首字母

出生日期（月月/日日/年年年）

姓氏

醫療記錄編號（若有）

性別

 男性  女性  性別不明

社會安全號碼（若有）

電話（手機，若有）

#### 受撫養人3

 添加醫療保險 終止醫療保險 添加牙科保險 終止牙科保險 姓名變更

名字

中間名首字母

出生日期（月月/日日/年年年）

姓氏

醫療記錄編號（若有）

性別

 男性  女性  性別不明

社會安全號碼（若有）

電話（手機，若有）

## D. 選擇您的保健計劃

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更換之計劃旁的方框。您帳戶中的所有家人，只要其仍具有效的會員資格，都將轉至此計劃。

註：在您的新法約束的新計劃生效滿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 0/1500 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。我們的標準報酬範圍是每位會員每月\$9-\$11，外加可能的獎金。請造訪[kp.org/brokercompensation](http://kp.org/brokercompensation)（英文）瞭解更多資訊。
- 透過提供我的電子郵件地址和手機號碼，我瞭解我可能會收到來自Kaiser Permanente的電子郵件和文本通信。

註：投保人必須在本表格上簽名。

X

日期（月月/日日/年年年年）

 /  / 

投保人/新增投保人（未滿18歲投保人的父母或法定監護人）

## 聯絡資訊

請郵寄至：Kaiser Permanente

P.O. Box 23127

San Diego, CA 92193-9921

或是免費傳真到：

會員資格管理處

**1-855-355-5334**

有疑問嗎？致電

**1-800-464-4000 (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相關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，以及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。我同意放棄我們要求陪審團審判的權利，並接受使用具約束力的仲。 本人瞭解，聯合《會員協議》、《承保範圍說明書》和《披露表》(Combined Membership Agreement, Evidence of Coverage, and Disclosure Form) 包含完整的仲裁規定。

X

日期（月月/日日/年年年年）

 /  / 

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

如何向美國健康與民眾服務部民權辦公室投訴

您可向美國健康與民眾服務部民權辦公室提出歧視投訴。您可透過書面、電話或線上提出投訴：

- **電話：**打電話**1-800-368-1019 (TTY 711或1-800-537-7697)**
- **郵寄：**填寫投訴表或寄信至：

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

您可在網站上取得投訴表：

<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>取得投訴表

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



