



### C. Những thành viên gia đình nào bị ảnh hưởng bởi thay đổi này? (Vui lòng liệt kê 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 đầy đủ thông tin cho những người phụ thuộc đó.

<b>Vợ/chồng/Bạn đời sống chung</b>	<input type="checkbox"/> Kết thúc bảo hiểm y tế	<input type="checkbox"/> Thêm bảo hiểm nha khoa	<input type="checkbox"/> Kết thúc bảo hiểm nha khoa
<input type="checkbox"/> Thay đổi tên			
Tên	Chữ cái đầu tên lót	Ngày sinh (tt/nn/nnnn)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
Họ	<input type="text"/>		
Số hồ sơ y tế (nếu có)	Giới tính	Số An Sinh Xã Hội (nếu có)	
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/> Không khai	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	
Điện thoại (điện thoại di động nếu có)	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>		

<b>Người Phụ Thuộc 1</b>	<input type="checkbox"/> Thêm bảo hiểm y tế	<input type="checkbox"/> Kết thúc bảo hiểm y tế	<input type="checkbox"/> Thêm bảo hiểm nha khoa	<input type="checkbox"/> Kết thúc bảo hiểm nha khoa
<input type="checkbox"/> Thay đổi tên				
Tên	Chữ cái đầu tên lót	Ngày sinh (tt/nn/nnnn)		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		
Họ	<input type="text"/>			
Số hồ sơ y tế (nếu có)	Giới tính	Số An Sinh Xã Hội (nếu có)		
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/> Không khai	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>		
Điện thoại (điện thoại di động nếu có)	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>			

<b>Người Phụ Thuộc 2</b>	<input type="checkbox"/> Thêm bảo hiểm y tế	<input type="checkbox"/> Kết thúc bảo hiểm y tế	<input type="checkbox"/> Thêm bảo hiểm nha khoa	<input type="checkbox"/> Kết thúc bảo hiểm nha khoa
<input type="checkbox"/> Thay đổi tên				
Tên	Chữ cái đầu tên lót	Ngày sinh (tt/nn/nnnn)		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		
Họ	<input type="text"/>			
Số hồ sơ y tế (nếu có)	Giới tính	Số An Sinh Xã Hội (nếu có)		
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/> Không khai	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>		
Điện thoại (điện thoại di động nếu có)	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>			

<b>Người Phụ Thuộc 3</b>	<input type="checkbox"/> Thêm bảo hiểm y tế	<input type="checkbox"/> Kết thúc bảo hiểm y tế	<input type="checkbox"/> Thêm bảo hiểm nha khoa	<input type="checkbox"/> Kết thúc bảo hiểm nha khoa
<input type="checkbox"/> Thay đổi tên				
Tên	Chữ cái đầu tên lót	Ngày sinh (tt/nn/nnnn)		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		
Họ	<input type="text"/>			
Số hồ sơ y tế (nếu có)	Giới tính	Số An Sinh Xã Hội (nếu có)		
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/> Không khai	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>		
Điện thoại (điện thoại di động nếu có)	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>			

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

Nếu quý vị muốn chuyển bảo hiểm của mình sang chương trình miễn trừ khác thì 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: Quý vị sẽ không thể chuyển trở lại chương trình cũ sau 30 ngày kể từ ngày chương trình miễn trừ mới có hiệu lực.

- 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 0/1600 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 chọn chấm dứt bảo hiểm của tôi, trở ngược lại từ ngày bảo hiểm có hiệu lực.
- Tôi xác nhận rằng không người nào được liệt kê trong mẫu đơn này mà đang thay đổi chương trình hoặc được thêm vào làm người phụ thuộc sẽ được hưởng Medicare Phần A hoặc được ghi danh vào 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 theo 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](http://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 qua tin nhắn từ Kaiser Permanente.

Lưu ý: Người đăng ký phải ký vào mẫu đơn này.

X

Ngày (tt/nn/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 fax miễn phí tới:**  
Ban Quản Lý Tư Cách Hội  
Viên **1-855-355-5334**

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

## F. Ký thỏa thuận trọng tài phân xử của Kaiser Foundation Health Plan, Inc.

Tôi hiểu rằng (ngoại trừ các vụ việc được giải quyết ở Tòa Án Chuyên Xử Các Vụ Khiếu Khiện Nhỏ, các yêu cầu bồi thường tuân theo thủ tục khiếu nại của Medicare hoặc theo quy định về thủ tục yêu cầu bồi thường của Employee Retirement and Income Security Act (Đạo Luật Bảo Đảm Thu Nhập và Hưu Trí Cho Nhân Viên, ERISA) và bất kỳ yêu cầu bồi thường nào khác không thể xử lý theo trọng tài phân xử có giá trị ràng buộc của luật áp dụng) bất kỳ tranh chấp nào giữa một bên là tôi, người thừa kế của tôi, họ hàng hoặc các bên liên quan khác và bên kia 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 nghĩa vụ phát sinh từ hoặc liên quan tới tư cách hội viên trong KFHP, bao gồm bất kỳ yêu cầu bồi thường nào do hành động sơ xuất của người hành nghề y hay của bệnh viện (yêu cầu bồi thường về các dịch vụ y tế không cần thiết hoặc không được phép, hoặc được cung cấp không đúng cách, cầu thả hoặc thiếu chuyên môn), trách nhiệm pháp lý của chủ sở hữu 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 được quyết định theo trọng tài phân xử có giá trị ràng buộc theo luật California và không theo việc kiện tụng hoặc đưa ra tòa, ngoại trừ luật áp dụng quy định để duyệt xét tư pháp đối với các thủ tục trọng tài phân xử. Tôi đồng ý từ bỏ quyền được xét xử với bồi thẩm đoàn và chấp nhận sử dụng trọng tài phân xử có giá trị ràng buộc. Tôi hiểu rằng điều khoản đầy đủ về trọng tài phân xử có trong *Tổng Hợp Thỏa Thuận Tư Cách Hội Viên, Chứng Từ Bảo Hiểm và Bản Điều Lệ Chương Trình (Combined Membership Agreement, Evidence of Coverage, and Disclosure Form)*.

X

Ngày (tt/nn/nnnn)

/  /

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

## 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 Thu 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>.

# Ghi chú

---

A series of horizontal dashed lines for writing notes.

