

C. 變更會影響到哪些家人？（請在下方列出。）

如果您有超過3名以上的受撫養人需要進行變更，請附上此頁面的副本並填妥這些受撫養人的資訊。

配偶／同居伴侶	<input type="checkbox"/> 終止醫療保險	<input type="checkbox"/> 新增牙科保險	<input type="checkbox"/> 終止牙科保險
<input type="checkbox"/> 姓名變更			
名字	中間名縮寫	出生日期 (月月／日日／年年年年)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
姓氏	<input type="text"/>		
醫療記錄號碼 (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"/> 未公開	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	
電話 (若有手機，請填手機號碼)	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>		

受撫養人1	<input type="checkbox"/> 新增醫療保險	<input type="checkbox"/> 終止醫療保險	<input type="checkbox"/> 新增牙科保險	<input type="checkbox"/> 終止牙科保險
<input type="checkbox"/> 姓名變更				
名字	中間名縮寫	出生日期 (月月／日日／年年年年)		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		
姓氏	<input type="text"/>			
醫療記錄號碼 (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"/> 未公開	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>		
電話 (若有手機，請填手機號碼)	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>			

受撫養人2	<input type="checkbox"/> 新增醫療保險	<input type="checkbox"/> 終止醫療保險	<input type="checkbox"/> 新增牙科保險	<input type="checkbox"/> 終止牙科保險
<input type="checkbox"/> 姓名變更				
名字	中間名縮寫	出生日期 (月月／日日／年年年年)		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		
姓氏	<input type="text"/>			
醫療記錄號碼 (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"/> 未公開	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>		
電話 (若有手機，請填手機號碼)	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>			

受撫養人3	<input type="checkbox"/> 新增醫療保險	<input type="checkbox"/> 終止醫療保險	<input type="checkbox"/> 新增牙科保險	<input type="checkbox"/> 終止牙科保險
<input type="checkbox"/> 姓名變更				
名字	中間名縮寫	出生日期 (月月／日日／年年年年)		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		
姓氏	<input type="text"/>			
醫療記錄號碼 (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"/> 未公開	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>		
電話 (若有手機，請填手機號碼)	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>			

D. 選擇您的保健計劃

如果您想將您的保險變更為其他不溯及既往的計劃，您僅可更換到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，您僅可更換到列於您現有計劃**下方**的計劃。請謹記這一點並勾選您想變更之計劃旁的方框。您帳戶中所有具備有效會員資格的家人都將轉至此計劃。

註：在您不溯及既往的新計劃生效滿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 0/1600 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，且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，列在本表格中要變更計劃或被新增為受撫養人的人當中，沒有人有權享有Medicare A部分或已經入保Medicare B部分。
- 如本人有與保險經紀人合作，本人瞭解，保險經紀人可能可因為本保險而獲得Kaiser Permanente所提供的現金報酬或其他津貼。我們的標準津貼範圍是每位會員每月\$9-\$11，外加可能的獎金。如欲瞭解詳情，請瀏覽kp.org/brokercompensation (英文)。
- 提供本人的電子郵件地址和手機號碼即代表本人瞭解，本人可能會收到來自Kaiser Permanente的電子郵件和簡訊通信。

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/新投保人 (未滿18歲之投保人的父母或法定監護人)

聯絡資訊

郵寄地址：Kaiser Permanente
P.O. Box 23127
San Diego, CA 92193-9921

或免費傳真至：
會員資格管理處
1-855-355-5334

有疑問嗎？請致電
1-800-464-4000 (TTY 711)

F. 簽署Kaiser Foundation Health Plan, Inc. 仲裁協議

本人瞭解，除小額索賠法庭案件、適用於Medicare上訴程序的索賠或必須遵守《員工退休及收入保障法令》(Employee Retirement Income Security Act, ERISA) 索賠程序條例的索賠，以及根據適用法律無法透過具約束力的仲裁解決的任何其他索賠之外，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、管理機構或其他相關當事方之間，因為涉嫌違反因KFHP會員資格而產生或與此有關的任何職責而發生任何爭議，包括任何醫療失當或醫院誤醫的索賠（針對不具有必要性、沒有獲得授權或在不當、疏忽或能力無法勝任之情況下提供的醫療服務所提出的索賠）、場地責任的索賠，或與服務或用品的承保範圍或提供方式有關的索賠，無論法理基礎為何，都必須根據加州法律透過具約束力的仲裁裁定，而非經由訴訟或訴諸法庭程序解決，但適用法律規定必須進行仲裁程序司法審查的情況除外。本人同意放棄要求陪審團審判的權利，並同意使用具約束力的仲裁。本人瞭解，《整合會員資格協議、承保範圍說明書與披露表》(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)

/ /

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 網站的保健業者名錄上查詢地址）
- **線上**：使用 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>。

