

合格生活事件證明表



誰應 使用本表格？

- 合格生活事件是指您的生活發生變更，使您可以在年度開放入保期以外的時間申請健康護理保險。這稱為特殊入保期。例子包括結婚、生子、或是因為失業而失去保險。
- 如果您或一位受撫養人發生合格生活事件並且請在直接向 Kaiser Permanente 申請時，使用此合格生活事件證明表格提交您的證明。您還可以在申請科羅拉多州或華盛頓州的健康保險市集時使用此表格提交您的證明（Clark、Cowlitz 和某些其他縣*除外）。對於所有其他市集的申請，請查看您所在的市集，以瞭解如何提交市集計劃的證明資訊。此舉能夠幫助您弄清您需要為合格生活事件提供哪種類型的證明。
 - **Kaiser Permanente for Individuals and Families (KPIF) 計劃會員** 應該連同帳戶變更表提交證明。
 - **非Kaiser Permanente for Individuals and Families (KPIF) 計劃會員** 應連同健康保險申請表提交證明。



誰不應 使用本表格？

- 如果您或您為其提出申請的任何受撫養人有權享有 Medicare A 部分或已經入保 Medicare B 部分，則您不符合 KPIF 保險的入保資格。請造訪 kp.org/medicare (英文) 以瞭解有關 Medicare 計劃選項的更多資訊或申請 Medicare 保險。



如何使用此 表格

加州、科羅拉多州、喬治亞州、夏威夷州、馬里蘭州、俄勒岡州、維吉尼亞州、華盛頓州*

- 填寫第 1、2 和 3 步。
- 連同申請表或帳戶變更表 (若適用) 提交本表格和合格生活事件證明。詳情請參閱第 13 頁的「提交證明」。



何時提交 證明

加州、科羅拉多州、喬治亞州、夏威夷州、馬里蘭州、俄勒岡州、維吉尼亞州、華盛頓州*

您提交證明的時間受限。請造訪 kp.org/specialenrollment (英文) 以瞭解詳情及截止日期。

如果我們沒有及時收到您的證明，我們將必須取消您的申請或帳戶變更請求。如果您仍在特殊入保期內且有效，您也許可以再次申請。

對於在 buykp.org (英文) 提交的申請，請線上提交您的證明。



需要協助嗎？

請造訪 kp.org/specialenrollment，瞭解更多資訊。您也可以致電 **1-800-494-5314** (TTY, 致電 **711**) 聯絡我們，或是聯絡您的保險代理或保險經紀/保險仲介。

*在華盛頓州，請造訪 kp.org/specialenrollment 以瞭解 Kaiser Permanente 是否正在為您所在縣的市集合格生活事件收集證明。

主要申請人姓名



第1步：主要申請人資訊

誰是主要申請人？

- 在個人計劃中，主要申請人是將由保健計劃承保的人。
- 在家庭計劃中，主要申請人是保健計劃中獲准對帳戶做出變更的家庭成員。
- 在針對18歲以下的未成年人的僅針對兒童計劃（提供方）中，該未成年人即為主要申請人。

請注意：這不是健康護理保險申請。如要獲得健康護理保險，您需要提交申請表或帳戶變更表。

名字

社會安全號碼（若有）

姓氏

電話號碼

中間名首字母

申請識別號碼（如果您在線上申請）

出生日期（月月/日日/年年年年）

健康/醫療記錄編號（若有）

住家地址（不可填寫郵政信箱）

市

州

郵遞區號

家長/法定監護人（如果主要申請人未滿18歲）

名字

姓氏

保險代理/保險經紀/保險仲介/KPIF代表（若有）

名字

姓氏

主要申請人姓名

第2步：合格生活事件資訊

第3步的合格生活事件編號

合格事件發生日期（月月/日日/年年年年）

 / /

對於失去健康護理保險，合格事件日期是您的先前計劃所承保的最後一整天。

第3步：合格生活事件證明

- 請勾選一個合格生活事件，並勾選一份您要提交的證明（除非另有註明）。確保合格事件和證明類型適用您所在的州。
- 請提交一種類型的證明（除非另有註明）。
- 請寄送正式文件的副本，而非正本。
- 將主要申請人的資訊寫在證明的第一頁或是隨附的紙張：
 - 名字和姓氏
 - 住家地址（不可填寫郵政信箱）
 - 健康/醫療記錄編號（若有）
 - 出生日期

| 合格生活事件 | 證明類型 |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. 失去健康護理保險 加州、喬治亞州、夏威夷州、馬里蘭州、俄勒岡州、維吉尼亞州、華盛頓州* | 來自僱主 <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 僱主的信函或其他文件，陳述僱主已停止或即將停止您、您的配偶或受撫養家人的保險或福利，並且註明保險終止或即將終止的日期。<input type="checkbox"/> 僱主的信函或文件，陳述僱主已停止或即將停止對保險費用供款，並且註明供款終止或即將終止的日期。<input type="checkbox"/> 顯示僱主提供COBRA保險（包括生效日期）或是您的COBRA保險已終止或即將終止的信函。<input type="checkbox"/> 如果您因為工作時數減少而失去保險，請提交目前和過去時數的薪資存根。<input type="checkbox"/> 當受撫養子女年滿26歲且不再符合父母健康計劃的資格時，提供年齡證明和失去保險證明。 |
| | 來自您的保險公司或Medicaid、Medi-Cal、Medicare或其他政府計劃 <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 顯示保險終止日期（包括COBRA保險終止日期）的保險公司信函。<input type="checkbox"/> 您的學生健康計劃陳述學生健康保險已終止或即將終止的信函。<input type="checkbox"/> Medicaid、Medi-Cal或Children's Health Insurance Program (CHIP) 陳述 Medicaid、Medi-Cal或CHIP保險已終止或即將終止的信函或通知。<input type="checkbox"/> TRICARE、Peace Corps、AmeriCorps或Medicare等政府計劃陳述保險已終止或即將終止的信函或通知。 |
| | 其他 <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 如果您因為不再是現役軍人而失去保險，請提交註明日期的退伍令或退役證書(Certificate of Release)，其中包括保險已終止或即將終止的日期。<input type="checkbox"/> 如果您目前或過去入保一項即將終止的非日曆年計劃，請提交保險代理/保險經紀/保險公司註明日期和簽名的書面證明或是保險公司註明日期的信函，其中包括計劃終止的日期。<input type="checkbox"/> 證明您是家庭虐待或配偶遺棄的受害者的佐證。 |

重要提示：如果是以下情況，則非合格生活事件：

- 您因為未支付保費而失去保險。
- 您的計劃被撤銷。
- 您有Medicare計劃B部分保險，而且沒有其他任何保險。
- 您自願終止保險。
- 您有臨時的或短期的保險，如旅行者保險。

*在華盛頓州，請造訪kp.org/specialenrollment以瞭解Kaiser Permanente是否正在為您所在縣的市集合格生活事件收集證明。

第3步：合格生活事件證明（續）

| 合格生活事件 | 證明類型 |
|--|--|
| <p>失去健康護理保險 （續） 科羅拉多州†</p> <p>重要提示：如果是以下情況，則非合格生活事件：</p> <ul style="list-style-type: none">• 您因為未支付保費而失去保險。• 您的計劃被撤銷。• 您有Medicare計劃B部分保險，而且沒有其他任何保險。• 您自願終止保險。 | <p>來自僱主</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 僱主的信函或其他文件，陳述已停止或即將停止您、您的配偶或受撫養家人的保險或福利，並且註明保險終止或即將終止的日期。<input type="checkbox"/> 僱主的信函或文件，陳述已停止或即將停止對保險費用供款，並且註明供款終止或即將終止的日期。<input type="checkbox"/> 顯示僱主提供COBRA保險（包括開始日期）或是您的COBRA保險已終止或即將終止的信函。<input type="checkbox"/> 當受撫養子女年滿26歲且不再符合父母健康計劃的資格時，提供年齡證明和失去保險證明。 <p>來自您的保險公司或Medicaid、Medi-Cal、Medicare或其他政府計劃</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 來自顯示保險終止日期（包括COBRA保險終止日期）的保險公司信函。<input type="checkbox"/> 保險局確認您失去健康保險的信函。 |
| <p><input type="checkbox"/> 2. 透過婚姻添加或成為受撫養人</p> <p>共勾選2個方框。</p> <p>喬治亞州、夏威夷州、維吉尼亞州</p> <p>您必須提交先前曾為一名配偶承保至少完整一天的證明，除非您之前所居住的區域沒有可透過您的州市集提供的合格保健計劃。若沒有可用的合格保健計劃，則您的州市集將會告知您。您可以寄送一份市集網站的截圖，或是市集提供的其他文件。</p> | <p>請提供以下一項：</p> <p>在過去60天中您先前的保險公司至少有完整的一天為一名配偶提供最低基本承保的證明（只限在美國境內的申請人）：</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 在過去60天內證明保險的已付保費發票。<input type="checkbox"/> 在過去60天內證明保險的僱主福利記錄。 <p>並且提供以下一項：</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 顯示結婚日期的結婚證書/執照。<input type="checkbox"/> 婚姻的正式政府記錄，包括顯示結婚日期的外國結婚記錄。 |

†在科羅拉多州，Kaiser Permanente正在收集市集合格生活事件的證明。

第3步：合格生活事件證明（續）

透過結婚或同居伴侶關係登記（認可方）而新增或成為受撫養人（續）

共勾選2個方框。

加州、馬里蘭州、俄勒岡州、華盛頓州*

您必須提交先前曾為一名配偶承保至少完整一天的證明，除非您之前所居住的區域沒有可透過您的州市集提供的合格保健計劃。若沒有可用的合格保健計劃，則您的州市集將會告知您。您可以寄送一份市集網站的截圖，或是市集提供的其他文件。

請提供以下一項：

在過去60天中您先前的保險公司至少有完整的一天為一名配偶提供最低基本承保的證明（只限在美國境內的申請人）：

- 在過去60天內證明保險的已付保費發票。
- 在過去60天內證明保險的僱主福利記錄。

並提供：

- 顯示結婚日期的結婚證書/執照。
- 婚姻的正式政府記錄，包括顯示結婚日期的外國結婚記錄。
- 正式政府記錄，包括同居關係登記的日期。

透過結婚或民事結合登記（認可方）而新增或成為受撫養人

共勾選2個方框。

科羅拉多州†

您必須提交先前曾為一名配偶承保至少完整一天的證明，除非您之前所居住的區域沒有可透過您的州市集提供的合格保健計劃。若沒有可用的合格保健計劃，則您的州市集將會告知您。您可以寄送一份市集網站的截圖，或是市集提供的其他文件。

請提供以下一項：

在過去60天中您先前的保險公司至少有完整的一天為一名配偶提供最低基本承保的證明（只限在美國境內的申請人）：

- 在過去60天內證明保險的已付保費發票。
- 在過去60天內證明保險的僱主福利記錄。

如果您無法提供最低基本承保的證明，您可以遞交以下其中一項：

- 表明您是美國印第安人或阿拉斯加原住民的正式文件。
- 您在生活合格事件發生前60天內，或在您最近一次開放入保期在無法透過您的州市集獲得合格保健計劃的服務區內居住了一天或多天的證明。您可提供一份來自市集網站的截圖，或是由市集提供的其他文件。
- 您在合格生活事件發生之日前60天內在美國境外或美國境內居住了一天或多天的證明。

並且提供以下一項：

- 顯示結婚日期的結婚證書/執照/其他文件。
- 正式政府記錄，包括民事結合登記的日期。

*在華盛頓州，請造訪kp.org/specialenrollment以瞭解Kaiser Permanente是否正在為您所在縣的市集合格生活事件收集證明。

†在科羅拉多州，Kaiser Permanente正在收集市集合格生活事件的證明。

第3步：合格生活事件證明（續）

3. 因為生產、領養、寄養、領養安置或寄養安置而新增或成為受撫養人

加州、喬治亞州、夏威夷州、馬里蘭州、俄勒岡州、維吉尼亞州、華盛頓州（Clark和Cowlitz縣）*

兒童出生

- 兒童的出生證明或出生證明申請表。
- 診所、醫院、醫生、助產士、機構或其他保健業者陳述兒童出生日期的記錄。
- 顯示兒童出生日期和地點的軍事記錄。
- 顯示兒童出生日期和地點的外國出生證明的正式政府記錄。
- 顯示兒童出生日期和地點的宗教記錄。
- 保險公司的信函或其他文件，例如理賠說明書 (Explanation of Benefits)，該等文件顯示給予兒童、母親或兩者關於出生或出生後照護的服務，並且包括服務日期。

領養或寄養

- 顯示領養日期，並由法庭官員註明日期及簽名的領養信函或記錄。
- 顯示命令何時開始的法庭命令。必須具有提交日期印戳。
- 顯示兒童出生日期和地點的有關國內領養、安置領養或寄養的正式政府記錄。
- 關於外國領養而且包括領養日期的美國國土安全部移民文件。
- 醫療支援法庭命令。必須具有法庭提交日期印戳。
- 由法庭官員註明日期及簽名的寄養文件。

科羅拉多州†

兒童出生

- 兒童的出生證明或出生證明申請表。

領養或寄養

- 顯示領養日期，並由法庭官員註明日期及簽名的領養信函或記錄。
- 顯示命令何時開始的法庭命令。必須具有法庭提交日期印戳。
- 顯示兒童出生日期和地點的有關國內領養、安置領養或寄養的正式政府記錄。
- 關於外國領養而且包括領養日期的美國國土安全部移民文件。
- 醫療支援法庭命令。必須具有法庭提交日期印戳。
- 由法庭官員註明日期及簽名的寄養文件。

*在華盛頓州，請造訪kp.org/specialenrollment以瞭解Kaiser Permanente是否正在為您所在縣的市集合格生活事件收集證明。

†在科羅拉多州，Kaiser Permanente正在收集市集合格生活事件的證明。

主要申請人姓名

第3步：合格生活事件證明（續）

| 合格生活事件 | 證明類型 |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 4.子女撫養令或其他承保兒童的法庭命令 喬治亞州、夏威夷州、馬里蘭州、俄勒岡州、維吉尼亞州、華盛頓州* | <input type="checkbox"/> 具有法庭提交日期印戳的簽名法庭命令。 |
| 兒童撫養令或其他規定必須承保受撫養人的法庭命令 加州 | <input type="checkbox"/> 具有法庭提交日期印戳的簽名法庭命令。 |
| 科羅拉多州† | <input type="checkbox"/> 具有法庭提交日期印戳的簽名法庭命令或註明日期的指定受益人協議。 |

*在華盛頓州，請造訪kp.org/specialenrollment以瞭解Kaiser Permanente是否正在為您所在縣的市集合格生活事件收集證明。

†在科羅拉多州，Kaiser Permanente正在收集市集合格生活事件的證明。

第3步：合格生活事件證明（續）

| 合格生活事件 | 證明類型 |
|--|---|
| <p><input type="checkbox"/> 5. 永久性遷居</p> <p>加州、喬治亞州、夏威夷州、馬里蘭州、俄勒岡州、維吉尼亞州、華盛頓州*</p> <p>如果以下其中一項適用於您，請選擇永久性遷居：</p> <ul style="list-style-type: none">• 您從一個非 Kaiser Permanente 區域遷居到一個 Kaiser Permanente 區域。• 您遷居到一個新的州。• 您從外國或美國領土遷入。• 您從一個未提供合格保健計劃的縣遷入。† <p>†您必須提交您的舊保險商先前曾為所有申請人承保至少完整一天的證明，除非您之前所居住的區域沒有可透過您的州市集提供的合格保健計劃。若沒有可用的合格保健計劃，則您的州市集將會告知您。您可以寄送一份市集網站的截圖，或是市集提供的其他文件。</p> | <p>請提供以下一項：</p> <p>在過去60天中您先前的保險公司向所有申請人提供至少一整天最低基本承保的證明（只限在美國境內搬家的申請人）。</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 在過去60天內證明保險的已付保費發票。<input type="checkbox"/> 在過去60天內證明保險的僱主福利記錄。 <p>並且，在您的搬遷後的60天之內，提供以下任何一項文件——一份具有過去居住地址和一份具有新的居住地址（不可填寫郵政信箱）：</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 租約或租賃協議。<input type="checkbox"/> 保險文件，例如屋主、租戶或人壽保單或報表。<input type="checkbox"/> 房屋貸款契約，如果其中陳述所有人使用該房產作為主要住所。<input type="checkbox"/> 房屋貸款或租屋付款收據。<input type="checkbox"/> 機動車輛管理局的郵件，例如有效的駕駛執照、汽車登記記錄或地址變更卡。<input type="checkbox"/> 政府機構寄到您地址的信函，例如社會安全報表，貧窮家庭暫時性救助金或營養補充援助計劃的通知。<input type="checkbox"/> 您的有效州身份證。<input type="checkbox"/> 網路、有線或其他水電瓦斯帳單（包括瓦斯或水費的任何公用事業）或是其他服務確認（包括水電瓦斯連線或工程單）。<input type="checkbox"/> 顯示您的地址的電話帳單（手機或無線帳單都可）。<input type="checkbox"/> 金融機構的郵件，例如銀行對帳單。<input type="checkbox"/> 美國郵政服務地址變更確認信函。<input type="checkbox"/> 顯示您的地址的薪資存根。<input type="checkbox"/> 顯示您的姓名和地址的選民登記卡。<input type="checkbox"/> 懲教部門、監牢或監獄顯示最近釋放或假釋的文件，包括註明日期的假釋令、註明日期的釋放令或是地址證明。<input type="checkbox"/> 在過去60天簽名和註明日期的歸化文件，或是綠卡、教育證書或簽證（如果您從其他國家搬到美國）。 |

*在華盛頓州，請造訪 kp.org/specialenrollment 以瞭解 Kaiser Permanente 是否正在為您所在縣的市集合格生活事件收集證明。

第3步：合格生活事件證明（續）

永久性搬遷（續）

科羅拉多州†

如果以下其中一項適用於您，請選擇永久性遷居：

- 您從一個非 Kaiser Permanente 區域遷居到一個 Kaiser Permanente 區域。
- 您遷居到一個新的州。
- 您從外國或美國領土遷入。
- 您從一個未提供合格保健計劃的縣遷入。‡

†您必須提交您的舊保險商先前曾為所有申請人承保至少完整一天的證明，除非您之前所居住的區域沒有可透過您的市集提供的合格保健計劃。若沒有可用的合格保健計劃，則您的州市集將會告知您。您可以寄送一份市集網站的截圖，或是市集提供的其他文件。

請提供以下一項：

在過去60天中您先前的保險公司向所有申請人提供至少一整天最低基本承保的證明（只限在美國境內搬家的申請人）。

- 在過去60天內證明保險的已付保費發票。
- 在過去60天內證明保險的僱主福利記錄。

並且，在您搬遷後的60天之內，提供以下任何一項文件——一份具有過去居住地址和一份具有新的居住地址（不可填寫郵政信箱）：

- 租約或租賃協議。
- 房屋貸款契約，如果其中陳述所有人使用該房產作為主要住所。
- 機動車輛管理局的有效駕駛執照。
- 網路、有線或其他水電瓦斯帳單（包括瓦斯或水費的任何公用事業）或是其他服務確認（包括水電瓦斯連線或工程單）。
- 顯示您的地址的電話帳單（手機或無線帳單都可）。
- 美國郵政服務地址變更確認信。

第3步：合格生活事件證明（續）

| 合格生活事件 | 證明類型 |
|--|--|
| <p><input type="checkbox"/> 6. 透過您的州市集獲得聯邦財務協助的資格變更</p> <p>加州、科羅拉多州[†]、喬治亞州、夏威夷州、馬里蘭州、俄勒岡州、維吉尼亞州、華盛頓州*</p> | <p>請提供以下一項：</p> <p>在過去60天中您先前的保險公司向所有申請人提供至少一整天最低基本承保的證明。</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 在過去60天內證明保險的已付保費發票。<input type="checkbox"/> 在過去60天內證明保險的僱主福利記錄。 <p>並提供：</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 您的州市集顯示決定日期的最新資格決定。 |
| <p><input type="checkbox"/> 7. 獲取僱主健康保險的資格變動</p> <p>加州、喬治亞州、夏威夷州、馬里蘭州、俄勒岡州、維吉尼亞州、華盛頓州*</p> | <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 僱主陳述最低基本健康保險變更並且顯示決定日期的信函。<input type="checkbox"/> 僱主的信函或其他文件，陳述變更或即將變更您或配偶或受撫養家人的保險或福利，因此不再被視為合格健康保險，其中包括該保險或福利變更或即將變更的日期。 |
| <p><input type="checkbox"/> 8. 您的州市集的決定</p> <p>加州、喬治亞州、夏威夷州、馬里蘭州、俄勒岡州、維吉尼亞州、華盛頓州*</p> | <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 您的州市集陳述您符合特殊入保期資格並且顯示決定日期的信函或通知。 |

您必須透過 您的州市集提出申請。市集可能會要求您直接向市集提交收入變動證明。

由於您透過您的僱主獲得的保險發生了變更，您現在符合保費稅項抵免的資格。

*在華盛頓州，請造訪kp.org/specialenrollment以瞭解Kaiser Permanente是否正在為您所在縣的市集合格生活事件收集證明。

[†]在科羅拉多州，Kaiser Permanente正在收集市集合格生活事件的證明。

主要申請人姓名

第3步：合格生活事件證明（續）

| 合格生活事件 | 證明類型 |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 9.由於離婚、同居伴侶關係解除或合法分居而失去受撫養人 加州、馬里蘭州 | <input type="checkbox"/> 顯示法庭提交日期印戳的離婚證書、解散協議或分居協議。 |
| 因為離婚、已登記的民事結合解除或法定分居而失去受撫養人 科羅拉多州† | <input type="checkbox"/> 顯示法庭提交日期印戳的離婚證書、解散協議或分居協議。 |
| <input type="checkbox"/> 10.投保人或受撫養人死亡 加州、馬里蘭州 | <input type="checkbox"/> 死亡證明。 |
| 科羅拉多州† | <input type="checkbox"/> 死亡證明或訃告。 |
| <input type="checkbox"/> 11.刑滿釋放 加州、科羅拉多州 | <input type="checkbox"/> 懲教部門、監牢或監獄顯示最近釋放或假釋的文件，包括註明日期的假釋令、註明日期的釋放令，或是地址證明。 |
| <input type="checkbox"/> 12.關於保險的錯誤訊息 加州 | <input type="checkbox"/> 市集陳述您符合特殊入保期資格並且顯示決定日期的通知。 |
| <input type="checkbox"/> 13.保健業者網絡變動 加州 | <input type="checkbox"/> 保健業者不再參與相關保健計劃並且顯示決定日期的通知。 |
| <input type="checkbox"/> 14.違反合約 加州 | <input type="checkbox"/> 保健計劃管理局註明日期的書面證明，陳述您入保的保健計劃實質上違反了您合約的重大條款。 |
| 科羅拉多州 | <input type="checkbox"/> 保險局註明日期的書面證明，陳述您入保的保健計劃實質上違反了您合約的重大條款。 |
| <input type="checkbox"/> 15.家庭暴力或配偶遺棄 科羅拉多州 | <input type="checkbox"/> 證明您是家庭虐待或配偶遺棄的受害者的佐證。科羅拉多州以外地區，您必須選擇 (1. 失去保健計劃)作為合格生活事件而入保。 |
| <input type="checkbox"/> 16.移民身分變動† 您必須透過您的州市集提出申請 | <input type="checkbox"/> 有關公民身份或移民身份變動的正式文件。 |

†在科羅拉多州，Kaiser Permanente正在收集市集合格生活事件的證明。

主要申請人姓名

第3步：合格生活事件證明（續）

| 合格生活事件 | 證明類型 |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 17. 以美國印第安人/阿拉斯加原住民身份享受保險 [†] 科羅拉多州——您必須透過您的州市集提出申請 | <input type="checkbox"/> 顯示您身份的正式文件。 |
| <input type="checkbox"/> 18. 保險專員部的決定 科羅拉多州 [†] | <input type="checkbox"/> 保險專員部陳述您符合特殊入保期資格並且顯示決定日期的信函或通知。 |
| <input type="checkbox"/> 19. 由保健執業人員確認的懷孕 馬里蘭州 | <input type="checkbox"/> 一份由保健執業人員在過去90天內註明日期的、確認您初次懷孕的文件。 |
| <input type="checkbox"/> 20. 失去短期健康保險 科羅拉多州 [†] | <input type="checkbox"/> 如果您目前或過去入保一項2019年4月1日即將終止或之後的短期保健計劃，請提交保險代理/保險經紀註明日期和簽名的書面證明或是保險公司註明日期的信函（包括計劃終止的日期）。 |
| <input type="checkbox"/> 21. 健康還款賬戶 (Health Reimbursement Account, HRA) 的資格變更 加州、科羅拉多州 [†] 、喬治亞州、夏威夷州、馬里蘭州、俄勒岡州、維吉尼亞州、華盛頓州 [*] | <input type="checkbox"/> 說明您現在有資格獲得健康還款賬戶、包括表明您第一次有資格獲得HRA的日期的信函或其他文件。 |

透過提交簽名的申請表或帳戶變更表以及您的合格生活事件證明，即表示您證實發生了合格生活事件。我們必須收到您的合格生活事件證明。我們會使用您的簽名和證明來決定您是否可以在特殊入保期入保。如果我們判定某件合格生活事件並未發生，或是我們瞭解到申請、帳戶變更表或是您提交的任何其他資訊中所包含的資訊存在任何其他不準確之處，我們可能會採取法律措施。包括但不限於從您的保險日期起回溯取消您的保險。您可能還需要為您所接受的任何服務承擔全部收費。

*在華盛頓州，請造訪kp.org/specialenrollment以瞭解Kaiser Permanente是否正在為您所在縣的市集合格生活事件收集證明。

[†]在科羅拉多州，Kaiser Permanente正在收集市集合格生活事件的證明。

提交證明

您如何提出申請？

- 如果您線上提出申請：請登入buykp.org（英文）並上傳證明。您不需要上傳本表格。
- 在華盛頓州（Clark、Cowlitz和其他特定縣除外）：
 - 如果您透過Washington Healthplanfinder線上申請：登入kp.org/wa/if-exchange（英文）並上傳您的證明。您不需要上傳本表格以及您的證明。
 - 如果您直接透過Kaiser Permanente線上申請：登入kp.org/wa/if-myaccount（英文）並上傳您的證明。
- 如果您透過郵寄或傳真提出申請：請使用此頁的資訊，將您的證明和此表格發送至適用於您區域的地址或傳真號碼。

請將申請表和證明連同此表一同提交：

透過郵寄

加州、科羅拉多州、喬治亞州、夏威夷州、俄勒岡州以及華盛頓州西南地區（Clark和Cowlitz縣）：

Kaiser Permanente for Individuals and Families
P.O. Box 23219
San Diego, CA 92193-9921

馬里蘭州和維吉尼亞州：

Employer Services Dept./KPIF 5W
Kaiser Permanente for Individuals and Families
2101 East Jefferson St.
Rockville, MD 20852-9995

華盛頓州（Clark、Cowlitz和其他特定縣除外）：

Kaiser Foundation Health Plan of Washington
Membership Administration
P.O. Box 34750
Seattle, WA 98124-1750

透過傳真

加州 1-866-816-5139
科羅拉多州 1-866-920-6471
喬治亞州 1-866-920-6476
夏威夷州 1-866-920-6470
馬里蘭州和維吉尼亞州 1-855-414-2796
俄勒岡州 1-866-920-6473
華盛頓州
（Clark和Cowlitz縣） 1-866-920-6475
華盛頓州（Clark、Cowlitz和其他特
定縣除外） 206-630-7001

要索取帳戶變更表，請致電
1-800-494-5314 (TTY 711)。

（續）

提交證明 (續)

請將帳戶變更表和證明連同此表一同提交：

透過郵寄

加州：

Kaiser Permanente for Individuals and Families
P.O. Box 23127
San Diego, CA 92193-9921

科羅拉多州：

Kaiser Permanente for Individuals and Families
P.O. Box 203004
Denver, CO 80220-9004

喬治亞州：

Kaiser Permanente for Individuals and Families
P.O. Box 203005
Denver, CO 80220-9005

夏威夷州：

Kaiser Permanente for Individuals and Families
P.O. Box 203006
Denver, CO 80220-9006

馬里蘭州和維吉尼亞州：

Employer Services Dept./KPIF 5W
Kaiser Permanente for Individuals and Families
2101 East Jefferson St.
Rockville, MD 20852-9995

俄勒岡州和華盛頓州西南地區 (Clark和Cowlitz縣)：

Kaiser Permanente for Individuals and Families
P.O. Box 203007
Denver, CO 80220-9007

華盛頓州 (Clark、Cowlitz和其他特定縣除外)：

Kaiser Foundation Health Plan of Washington
Membership Administration
P.O. Box 34750
Seattle, WA 98124-1750

透過傳真

加州 1-855-355-5334

科羅拉多州、喬治亞州、夏威夷州、
俄勒岡州以及華盛頓州西南地區

(Clark和Cowlitz縣) 1-866-846-2650

馬里蘭州和維吉尼亞州 1-855-414-2796

華盛頓州 (Clark、Cowlitz和其他特定

縣除外) 206-630-7001

在加州，KFHP計劃由Kaiser Foundation Health Plan Inc. 提供及承保，其地址是：One Kaiser Plaza, Oakland, CA 94612
•在科羅拉多州，所有計劃皆由Kaiser Foundation Health Plan of Colorado提供及承保，其地址是：10350 E. Dakota Ave., Denver, CO 80247 •在喬治亞州，全部計劃由Kaiser Foundation Health Plan of Georgia, Inc.提供及承保，其地址是：Nine Piedmont Center, 3495 Piedmont Rd. NE, Atlanta, GA 30305 •在夏威夷州，所有計劃皆由Kaiser Foundation Health Plan, Inc.提供及承保，其地址為：711 Kapiolani Blvd., Honolulu, HI 96813 •在俄勒岡州和華盛頓州西南部 (Clark和Cowlitz縣)，所有計劃皆由Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest提供及承保，其地址是：500 NE Multnomah St., Suite 100, Portland, OR 97232 •在華盛頓州 (除Clark、Cowlitz和其他特定縣外)，所有計劃皆由Kaiser Foundation Health Plan of Washington提供及承保，其地址是：601 Union St., Suite 3100, Seattle, WA 98101
•在馬里蘭州、維吉尼亞州和哥倫比亞特區，所有計劃皆由Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc.提供及承保，其地址是：2101 E. Jefferson St., Rockville, MD 20852。

無歧視公告

Kaiser Permanente禁止以年齡、人種、族裔、膚色、原國籍、文化背景、血統、宗教、性別、性別認同、性別表達、性取向、婚姻狀況、生理或心理殘障、付款來源、遺傳資訊、公民身份、主要語言或移民身份為由而歧視任何人。

會員服務聯絡中心每週七天每天24小時提供語言協助服務（節假日除外）。本機構在全部營業時間內免費為您提供口譯，包括手語服務，以及殘障人士輔助器材和服務。我們還可為您和您的親友提供使用本機構設施與服務所需要的任何特別協助。您還可免費索取翻譯成您的語言的資料，以及符合您需求的大號字體或其他格式的版本。若需更多資訊，請致電 **1-800-757-7585**（TTY專線使用者請撥**711**）。

申訴指任何您或您的授權代表透過申訴程序來表達不滿的做法。例如，如果您認為自己受到歧視，即可提出申訴。若需瞭解適用於自己的爭議解決選項，請參閱《承保範圍說明書》(*Evidence of Coverage*)或《保險證明書》(*Certificate of Insurance*)，或諮詢會員服務代表。如果您是 Medicare、Medi-Cal、高風險醫療保險計劃 (Major Risk Medical Insurance Program, MRMIP)、Medi-Cal Access、聯邦僱員健康保險計劃 (Federal Employees Health Benefits Program, FEHBP) 或 CalPERS 會員，採取上述行動尤其重要，因為您可能有不同的爭議解決選項。

您可透過以下方式提出申訴：

- 在健康保險計劃服務設施的會員服務處填寫《投訴或福利索賠/申請表》（地址見《健康服務指南》(Your Guidebook) 或我們網站**kp.org**上的服務設施名錄）
- 將書面申訴信郵寄到健康保險計劃服務設施的會員服務處（地址見《健康服務指南》或我們網站**kp.org**上的服務設施名錄）
- 致電我們的會員服務聯絡中心，免費電話號碼是**1-800-757-7585**（TTY專線請撥**711**）
- 在我們的網站上填寫申訴表，網址是**kp.org**

如果您在提交申訴時需要協助，請致電我們的會員服務聯絡中心。

涉及人種、膚色、原國籍、性別、年齡或殘障歧視的一切申訴都將通知Kaiser Permanente的民權事務協調員。您也可與Kaiser Permanente的民權事務協調員直接聯絡，地址：
One Kaiser Plaza, 12th Floor, Suite 1223, Oakland, CA 94612。

您還可以電子方式透過民權辦公室的投訴入口網站向美國健康與公共服務部民權辦公室提出民權投訴，網址是 ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf 或者按照如下資訊採用郵寄或電話方式聯絡：U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, 1-800-368-1019, 1-800-537-7697（TDD）。投訴表可從網站 hhs.gov/ocr/office/file/index.html 下載。

