

您符合特殊入保期的資格嗎？

在開放入保期之外，您唯一可以申請或更改健康保險的時間是在若您有合格生活事件，該事件可以讓您在合格生活事件之前或之後的有限時間內變更或申請保險。這稱為特殊入保期。

要符合特殊入保期的資格，您必須：

- 有合格生活事件
- 有合格生活事件證明
- 在您的合格生活事件的60天內申請。對於某些合格生活事件，您可在合格生活事件發生日期之前入保。

如果我發生合格生活事件時沒有健康保險怎麼辦？

如果發生合格生活事件時您沒有健康保險，您可以直接透過Kaiser Permanente或透過您所在州的健康福利交換 (health benefit exchange) 入保新的計劃。合格生活事件，例如婚姻、永久性搬遷加上獲取新計劃，或者雇主健康保險變更，均使您符合保費抵稅額的資格（需要先前保險的證明）。請造訪kp.org/specialenrollment（英文），瞭解更多資訊。

如果發生合格生活事件時我需要聯邦財務補助怎麼辦？

如果您有資格獲得並希望獲得聯邦財務補助，您必須透過健康福利交換 (health benefit exchange) 提出申請。

如果發生合格生活事件時，我是直接透過 Kaiser Permanente 購買計劃的會員，該怎麼辦？

如果您目前是直接透過Kaiser Permanente 購買計劃的現籍會員，則可以隨時在開放入保期間變更計劃。在某些情況下，如果您有合格生活事件，則可以在特殊入保期間變更計劃。請造訪kp.org/specialenrollment（英文），瞭解更多資訊。

如果發生合格生活事件時，我是透過所在州的健康福利交換 (health benefit exchange) 購買計劃的會員怎麼辦？

如果您目前是透過所在州的健康福利交換 (health benefit exchange) 購買計劃的會員，則可以隨時在開放入保期間變更計劃。在某些情況下，如果您有合格生活事件，則可以在特殊入保期間變更計劃。造訪健康福利交換 (health benefit exchange) 以獲取更多資訊。

特殊入保期會持續多久？

從合格生活事件的發生日期起，特殊入保期通常持續60天。例如，如果您於6月1日結婚，您有60天 – 或直到7月30日 – 可申請保險。某些合格生活事件可允許在合格生活事件發生日期前超過60天。請造訪 kp.org/specialenrollment (英文)，瞭解更多資訊。

如果開放入保期間發生合格生活事件怎麼辦？

即使開放入保期間發生合格生活事件，您仍然有特殊入保期。

如果我事先知道合格生活事件該怎麼辦？

如果您事先知道合格生活事件是失去最低基本健康保險，則您也許可以提前申請新的保險。在這種情況下，您可在發生合格生活事件前後60天內提出申請。

合格生活事件有哪些？

以下是一些合格生活事件的列表，這些事件使您符合特殊入保期資格：

- 失去最低基本健康保險
- 新添、自身成為受撫養人或失去受撫養人
- 子女撫養令或其他承保受撫養人的法庭命令
- 永久性搬遷加上獲取新計劃（搬遷）
- 僱主健康保險的變動讓您符合保費稅項抵免的資格
- 由您所在州的健康福利交換 (health benefit exchange) 決定的例外情況

如果您透過交換獲得健康保險，這些合格生活事件也適用：

- 由於收入變更引起透過健康福利交換 (health benefit exchange) 獲取聯邦財務補助資格的變更
- 移民身份變動
- 以美國印第安人/阿拉斯加原住民身份享受保險

一些合格生活事件需要先前的健康保險，使您符合特殊入保期資格。欲了解更多有關合格生活事件的資訊、開始日期和先前的保險要求，請造訪 kp.org/specialenrollment。



我該如何申請？

在特殊入保期間，您可以直接透過 Kaiser Permanente 或您所在州的健康福利交換 (health benefit exchange) 申請。

透過健康福利交換 (health benefit exchange) 申請

如果您正在透過所在州的健康福利交換 (health benefit exchange) 申請，請線上參閱說明，以了解如何提交申請或變更帳戶以及是否需要提供合格生活事件證明。您也將找到有關如何提交證明的說明。

透過 Kaiser Permanente 申請

您可以透過多種方式申請 Kaiser Permanente：

- **線上：**前往 buykp.org/apply 並提交您的健康保險申請表，以及上傳合格生活事件證明。
- **郵件或傳真：**發送您的申請表或帳戶變更申請表、合格生活事件證明表（您可以在 kp.org/specialenrollment 找到所有3份表格），以及合格生活事件證明，前往下一頁找到列出您所在地區的地址或傳真號碼。

提交合格生活事件證明

無論您是線上申請或是透過郵寄或傳真申請，您將需要發送合格生活事件證明。要了解可接受什麼類型的證明，請造訪 kp.org/specialenrollment。

如果您透過郵寄或傳真申請，請發送合格生活事件表和您的申請或帳戶變更申請表的證明。

何時提交合格生活事件證明

您提交合格生活事件證明的時間有限。請造訪 kp.org/specialenrollment 查看證明要求和期限。如果我們沒有及時收到您的證明，可能需要取消您的申請或帳戶變更請求，並且您將必須再次提出申請。如果您的60天特殊入保期已到期，您可能必須等到下次開放入保期。



地址和傳真號碼（針對透過 Kaiser Permanente 購買或正在申請保險的人士）

發送申請表以獲得新的保險和證明：

郵寄

加州、科羅拉多州、喬治亞州、夏威夷州、俄勒岡州和華盛頓州西南部（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 (會員資格管理處)
P.O. Box 34750, Seattle, WA 98124-1750

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
華盛頓州西南部（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

發送帳戶變更申請表以獲取現有的保險和證明： 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部 （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 (會員資格管理處)
P.O. Box 34750, Seattle, WA 98124-1750

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、華盛頓州西南部（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

要了解有關特殊入保期的更多資訊，請造訪 kp.org/specialenrollment（英文）。

在加州，KFHP計劃是由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，全部計劃由Kaiser Foundation Health Plan, Inc.提供及承保，其地址是：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7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服務，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。您可免費索取翻譯成您的語言的資料。您還可免費索取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 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。

您可透過以下方式提出申訴：

- **透過電話**：請致電**1-800-757-7585**（TTY 711）與會員服務部聯絡，服務時間為每週7天，每天24小時（節假日除外）。
- **透過郵件**：請致電**1-800-757-7585**（TTY 711）與我們聯絡並請我們將表格寄給您。
- **親自遞交**：在計劃設施的會員服務辦事處填寫投訴或福利理索賠／申請表（請參閱 kp.org/facilities 上的保健業者名錄以查看地址）
- **線上**：使用我們網站上的線上表格，網址為 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 (Civil Rights Coordinator)。您也可與Kaiser Permanente的民權事務協調員直接聯絡，地址：

Northern California
Civil Rights/ADA Coordinator
1800 Harrison St.
16th Floor
Oakland, CA 94612

Southern California
Civil Rights/ADA Coordinator
SCAL Compliance and Privacy
393 East Walnut St.,
Pasadena, CA 91188

您還可以電子方式透過民權辦公室的投訴入口網站 (Office for Civil Rights Complaint Portal) 向美國衛生與民眾服務部 (U.S. Department of Health and Human Services) 民權辦公室 (Office for Civil Rights) 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 Ave. SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TTY)。投訴表可從網站 hhs.gov/ocr/office/file/index.html 下載。