



## Hướng Dẫn

- Thông qua mẫu đơn này, quý vị có thể thực hiện nhiều loại thay đổi về chương trình và tài khoản. Vui lòng điền thông tin cá nhân của quý vị vào Phần A và chọn ngày mà quý vị muốn sự thay đổi về tài khoản hoặc chương trình của mình có hiệu lực (chúng tôi không đảm bảo về ngày có hiệu lực). Sau đó, hãy chọn những thay đổi mà quý vị muốn thực hiện trong Phần B.
- Lưu ý: Nếu được tham gia Medicare Phần A hoặc được ghi danh tham gia Medicare Phần B, quý vị không đủ điều kiện để thay đổi các chương trình Kaiser Permanente for Individuals and Families (KPIF). Nếu thành viên gia đình được tham gia Medicare Phần A hoặc được ghi danh tham gia Medicare Phần B, thành viên đó không đủ điều kiện để thay đổi các chương trình KPIF hoặc được thêm vào làm người phụ thuộc mới ở chương trình KPIF của quý vị.

### A. Điền thông tin của quý vị

Vui lòng chọn một: Tôi là  người ghi danh,  vợ/chồng/bạn đời sống chung hoặc người phụ thuộc từ 18 tuổi trở lên hoặc  cha mẹ hay người giám hộ hợp pháp. Nếu quý vị thay đổi, vui lòng cập nhật thông tin mới của quý vị vào các ô bên dưới.

Tên		Số An Sinh Xã Hội (nếu có)	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Họ		Ngày sinh (mm/dd/yyyy)	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
MI	Số hồ sơ y tế (nếu có)	Giới tính:	Điện thoại
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	<input type="text"/>
Địa chỉ nhà (vui lòng không ghi số hòm thư)		<input type="checkbox"/> Không khai	
<input type="text"/>			
Thành phố		Tiểu bang	Mã ZIP
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Địa chỉ thanh toán	<input type="checkbox"/> Đánh dấu vào ô này nếu giống với địa chỉ nhà.		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Tỉnh/Thành phố		Tiểu bang	Mã ZIP
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ngày có hiệu lực trong tương lai như yêu cầu (đây phải là ngày đầu tiên của tháng)			
<input type="text"/>			

### B. Quý vị muốn thay đổi (các) mục nào?

Người ghi danh (hoặc cha mẹ hay người giám hộ hợp pháp cho người ghi danh dưới 18 tuổi) có thể thay đổi tất cả các mục bên dưới đối với bất kỳ thành viên nào trong gia đình. Người phụ thuộc chỉ có thể thay đổi một số mục dành cho chính mình —xem những mục có đánh dấu hoa thị (\*) bên dưới.

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tôi sẽ kết thúc bảo hiểm của mình và muốn để vợ/chồng/bạn đời sống chung làm người ghi danh.   | <input type="checkbox"/> Tôi sẽ kết thúc chương trình bảo hiểm của mình và vợ/chồng/bạn đời sống chung nhưng muốn (các) con mình tiếp tục tham gia chương trình.   |
| <input type="checkbox"/> Tôi sẽ kết thúc chương trình bảo hiểm gia đình và muốn tiếp tục chương trình bảo hiểm cá nhân.*  | <input type="checkbox"/> Tôi muốn thay đổi chương trình.* (Vui lòng xem các quy tắc thay đổi chương trình bảo hiểm ở trang 3, sau đó chọn chương trình quý vị muốn tiếp tục tham gia dựa trên những hạn chế đó.) |
| <input type="checkbox"/> Tôi muốn thay đổi người ghi danh.  | <input type="checkbox"/> Tôi muốn bổ sung chương trình bảo hiểm y tế cho trẻ sơ sinh hoặc trẻ mới nhặn nuôi.   |
| <input type="checkbox"/> Tôi muốn thay đổi cha mẹ/người giám hộ hợp pháp ở tài khoản chỉ dành cho trẻ em.   | <input type="checkbox"/> Tôi muốn kết thúc chương trình bảo hiểm y tế của mình* hoặc của thành viên gia đình.  |
| <input type="checkbox"/> Tôi muốn kết hợp các tài khoản. (Vui lòng xem các quy tắc thay đổi chương trình bảo hiểm ở trang 3, sau đó chọn chương trình quý vị muốn tiếp tục tham gia dựa trên những hạn chế đó.) | <input type="checkbox"/> Tôi muốn kết thúc chương trình bảo hiểm nha khoa không bắt buộc.*   |
| <input type="checkbox"/> Tôi sẽ kết thúc chương trình bảo hiểm của tôi nhưng muốn (các) con mình tiếp tục tham gia chương trình này.  |  |
| <input type="checkbox"/> Tôi muốn thay đổi các mục ở Phần A. (Nếu quý vị muốn thay đổi tên, vui lòng cung cấp giấy tờ hợp pháp về việc thay đổi.)*  |  |

## C. Những thành viên gia đình nào bị ảnh hưởng bởi thay đổi này? (Vui lòng ghi rõ bên dưới.)

Nếu quý vị có nhiều hơn 4 người phụ thuộc có thay đổi, hãy đính kèm một bản sao của trang này và điền thông tin cho những người phụ thuộc đó.

### Vợ/chồng/bạn đời sống chung

Kết thúc chương trình bảo hiểm y tế  Bổ sung chương trình bảo hiểm nha khoa  Kết thúc chương trình bảo hiểm nha khoa

Tên

Số An Sinh Xã Hội (nếu có)  
 -  -

Họ

Ngày sinh (mm/dd/yyyy)  
 /  /

MI Số hồ sơ y tế (nếu có)

Giới tính:  Nam  Nữ  Không khai  
Chọn một:  Vợ/chồng  Bạn đời sống chung

Điện thoại  
 -  -

### Người phụ thuộc 1

Bổ sung chương trình bảo hiểm y tế  Kết thúc chương trình bảo hiểm y tế  Bổ sung chương trình bảo hiểm nha khoa  Kết thúc chương trình bảo hiểm nha khoa

Tên

Số An Sinh Xã Hội (nếu có)  
 -  -

Họ

Ngày sinh (mm/dd/yyyy)  
 /  /

MI Số hồ sơ y tế (nếu có)

Giới tính:  Nam  Nữ  Không khai

Điện thoại  
 -  -

### Người phụ thuộc 2

Bổ sung chương trình bảo hiểm y tế  Kết thúc chương trình bảo hiểm y tế  Bổ sung chương trình bảo hiểm nha khoa  Kết thúc chương trình bảo hiểm nha khoa

Tên

Số An Sinh Xã Hội (nếu có)  
 -  -

Họ

Ngày sinh (mm/dd/yyyy)  
 /  /

MI Số hồ sơ y tế (nếu có)

Giới tính:  Nam  Nữ  Không khai

Điện thoại  
 -  -

### Người phụ thuộc 3

Bổ sung chương trình bảo hiểm y tế  Kết thúc chương trình bảo hiểm y tế  Bổ sung chương trình bảo hiểm nha khoa  Kết thúc chương trình bảo hiểm nha khoa

Tên

Số An Sinh Xã Hội (nếu có)  
 -  -

Họ

Ngày sinh (mm/dd/yyyy)  
 /  /

MI Số hồ sơ y tế (nếu có)

Giới tính:  Nam  Nữ  Không khai

Điện thoại  
 -  -

### Người phụ thuộc 4

Bổ sung chương trình bảo hiểm y tế  Kết thúc chương trình bảo hiểm y tế  Bổ sung chương trình bảo hiểm nha khoa  Kết thúc chương trình bảo hiểm nha khoa

Tên

Số An Sinh Xã Hội (nếu có)  
 -  -

Họ

Ngày sinh (mm/dd/yyyy)  
 /  /

MI Số hồ sơ y tế (nếu có)

Giới tính:  Nam  Nữ  Không khai

Điện thoại  
 -  -

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

- Nếu muốn chuyển sang chương trình bảo hiểm được trợ giá khác, 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. Mọi thành viên gia đình mà quý vị liệt kê ở trên cũng sẽ được chuyển sang chương trình này.
- Để chuyển bất kỳ thành viên nào trong gia đình từ chương trình được trợ giá hiện tại sang chương trình được trợ giá khác của riêng họ, quý vị cũng chỉ có thể chuyển sang chương trình có lợi ích tương đương hoặc thấp hơn. Quý vị cần phải điền và gửi một mẫu đơn riêng cho từng chương trình.

Lưu ý: Sau 30 ngày kể từ ngày chương trình được trợ giá mới có hiệu lực, quý vị sẽ không thể chuyển trở lại chương trình cũ.

- 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. 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 cho chấm dứt chương trình bảo hiểm của tôi từ ngày chương trình có hiệu lực.
- Tôi xác nhận rằng không người nào sẽ thay đổi chương trình hoặc được thêm vào làm người phụ thuộc như nêu ra trong mẫu đơn này được tham gia Medicare Phần A hoặc được ghi danh tham gia Medicare Phần B.

Lưu ý: Người ghi danh và tất cả người phụ thuộc từ 18 tuổi trở lên có thay đổi phải ký vào mẫu đơn này. Nếu quý vị có nhiều hơn 4 người phụ thuộc từ 18 tuổi trở lên cần phải ký, hãy đính kèm một bản sao của trang này có các chữ ký bổ sung.

X

Ngày (mm/dd/yyyy)

/  /

Người ghi danh/người ghi danh mới (cha mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp của người ghi danh dưới 18 tuổi)

X

Ngày (mm/dd/yyyy)

/  /

Vợ/chồng/bạn đời sống chung (18 tuổi trở lên)

X

Ngày (mm/dd/yyyy)

/  /

Người phụ thuộc (18 tuổi trở lên)

X

Ngày (mm/dd/yyyy)

/  /

Người phụ thuộc (18 tuổi trở lên)

X

Ngày (mm/dd/yyyy)

/  /

Người phụ thuộc (18 tuổi trở lên)

X

Ngày (mm/dd/yyyy)

/  /

Người phụ thuộc (18 tuổi trở lên)

## Thông tin liên lạc

Gửi thư tới: Kaiser Permanente  
P.O. Box 23127  
San Diego, CA 92193-9921

Hoặc gửi fax theo số miễn phí:  
Ban Quản Lý Tư Cách Hội Viên  
1-855-355-5334

Quý vị có thắc mắc? Vui lòng gọi  
1-800-464-4000 (TTY 711)

## F. Ký thỏa thuận trọng tài với Kaiser Foundation Health Plan, Inc.

Tôi hiểu rằng một mặt (ngoại trừ các vụ việc được giải quyết ở Tòa Tiểu Tụng, các yêu cầu bồi thường tuân theo quy trình khiếu nại của Medicare hoặc theo quy định về quy trình yêu cầu bồi thường của ERISA và bất kỳ yêu cầu bồi thường nào khác không thể xử lý theo phân xử trọng tài có giá trị ràng buộc của luật điều chỉnh) là bất kỳ tranh chấp nào giữa tôi, người thừa kế của tôi, họ hàng hoặc các bên liên quan khác và mặt khác 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 phạm sự phát sinh nào hoặc liên quan tới tư cách hội viên ở KFHP, bao gồm bất kỳ yêu cầu bồi thường nào do hành động sơ xuất của bệnh viện (yêu cầu bồi thường về các dịch vụ y tế hoặc các vật phẩm không cần thiết hoặc không được phép hoặc được cung cấp không đúng cách, vô ý 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 do phân xử trọng tài có giá trị ràng buộc theo luật California quyết định và không phải kiện tụng hoặc đưa ra tòa thì mới quyết định được, ngoại trừ luật áp dụng quy định đối với giám sát tư pháp gồm các thủ tục tố tụng phân xử. Tôi đồng ý từ bỏ quyền ra tòa có bồi thẩm đoàn và chấp nhận việc sử dụng trọng tài ràng buộc. Tôi hiểu rằng điều khoản đầy đủ về trọng tài 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	<input type="text"/>	Ngày (mm/dd/yyyy) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
	Người nộp đơn chính (cha mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp của trẻ dưới 18 tuổi)	
X	<input type="text"/>	Ngày (mm/dd/yyyy) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
	Vợ/chồng/bạn đời sống chung	
X	<input type="text"/>	Ngày (mm/dd/yyyy) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
	Người phụ thuộc (18 tuổi trở lên)	
X	<input type="text"/>	Ngày (mm/dd/yyyy) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
	Người phụ thuộc (18 tuổi trở lên)	
X	<input type="text"/>	Ngày (mm/dd/yyyy) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
	Người phụ thuộc (18 tuổi trở lên)	
X	<input type="text"/>	Ngày (mm/dd/yyyy) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
	Người phụ thuộc (18 tuổi trở lên)	

## Thông Báo Không Kỳ Thị

Kaiser Permanente không phân biệt đối xử dựa trên tuổi tác, chủng tộc, sắc tộc, màu da, nguyên quán, hoàn cảnh văn hóa, tổ tiên, tôn giáo, giới tính, nhận dạng giới tính, cách thể hiện giới tính, khuynh hướng tình dục, gia cảnh, khuyết tật về thể chất hoặc tinh thần, nguồn tiền thanh toán, thông tin di truyền, quốc tịch, ngôn ngữ chính, hay tình trạng di trú.

Các dịch vụ trợ giúp ngôn ngữ hiện có từ Trung Tâm Liên Lạc ban Dịch Vụ Hội Viên của chúng tôi 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần (ngoại trừ ngày lễ). Dịch vụ thông dịch, kể cả ngôn ngữ ký hiệu, được cung cấp miễn phí cho quý vị trong giờ làm việc. Các phương tiện trợ giúp và dịch vụ bổ sung cho những người khuyết tật được cung cấp miễn phí cho quý vị trong giờ làm việc. Chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị, gia đình và bạn bè quý vị mọi hỗ trợ đặc biệt cần thiết để sử dụng cơ sở và dịch vụ của chúng tôi. Quý vị có thể yêu cầu miễn phí tài liệu được dịch ra ngôn ngữ của quý vị. Quý vị cũng có thể yêu cầu miễn phí các tài liệu này dưới dạng chữ lớn hoặc dưới các dạng khác để đáp ứng nhu cầu của quý vị. Để biết thêm thông tin, gọi **1-800-464-4000 (TTY 711)**.

Một phàn nàn là bất cứ thể hiện bất mãn nào được quý vị hay vị đại diện được ủy quyền của quý vị trình bày qua thủ tục phàn nàn. Ví dụ, nếu quý vị tin rằng chúng tôi đã kỳ phân biệt đối xử với vị, quý vị có thể đệ đơn phàn nàn. Vui lòng tham khảo *Chứng Từ Bảo Hiểm (Evidence of Insurance)* hay *Chứng Nhận Bảo Hiểm (Certificate of Insurance)*, hoặc nói chuyện với một nhân viên ban Dịch Vụ Hội Viên để biết các lựa chọn giải quyết tranh chấp có thể áp dụng cho quý vị.

Quý vị có thể nộp đơn phàn nàn bằng các hình thức sau đây:

- **Qua điện thoại:** Gọi cho ban dịch vụ hội viên theo số **1-800-464-4000 (TTY 711)** 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần (ngoại trừ đóng cửa ngày lễ).
- **Qua bưu điện:** Gọi cho chúng tôi theo số **1-800-464-4000 (TTY 711)** và yêu cầu được gửi một mẫu đơn.
- **Trực tiếp:** Điền một mẫu đơn Than Phiền hay Yêu Cầu Quyền Lợi/Yêu Cầu tại một văn phòng ban dịch vụ hội viên tại một Cơ Sở Thuộc Chương Trình (xem danh mục nhà cung cấp của quý vị tại **kp.org/facilities** để biết địa chỉ)
- **Trực tuyến:** Sử dụng mẫu đơn trực tuyến trên trang mạng của chúng tôi tại **kp.org**

Xin gọi Trung Tâm Liên Lạc ban Dịch Vụ Hội Viên của chúng tôi nếu quý vị cần trợ giúp nộp đơn phàn nàn.

Điều Phối Viên Dân Quyền (Civil Rights Coordinator) Kaiser Permanente sẽ được thông báo về tất cả phàn nàn liên quan tới việc kỳ thị trên cơ sở chủng tộc, màu da, nguyên quán, giới tính, tuổi tác, hay tình trạng khuyết tật. Quý vị cũng có thể liên lạc trực tiếp với Điều Phối Viên Dân Quyền Kaiser Permanente tại:

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

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

Quý vị cũng có thể đệ đơn than phiền về dân quyền với Bộ Y Tế và Nhân Sinh Hoa Kỳ (U.S. Department of Health and Human Services), Phòng Dân Quyền (Office of Civil Rights) bằng đường điện tử thông qua Cổng Thông Tin Phòng Phụ Trách Khiếu Nại về Dân Quyền (Office for Civil Rights Complaint Portal), hiện có tại [ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf](https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf), hay bằng đường bưu điện hoặc điện thoại tại: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Ave. SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TTY).  
Mẫu đơn than phiền hiện có tại [hhs.gov/ocr/office/file/index.html](https://hhs.gov/ocr/office/file/index.html).