



說明

- 您可藉助本表對各類計劃和帳戶進行變更。請在A部分填寫您的個人資料，並選擇您希望計劃變更或帳戶變更生效的日期（我們不對生效日期作保證）。接著在B部分選擇您想進行的變更。
- 注意：如果您有權享有Medicare A部分或已經入保Medicare B部分，則您沒有資格變更至Kaiser Permanente for Individuals and Families (KPIF) 計劃。如果家庭成員有權享有Medicare A部分或已經入保Medicare B部分，則他們沒有資格變更至KPIF計劃或作為新受撫養人加入您的KPIF計劃。

A. 填寫您的資訊

請勾選一項：本人是 投保人， 配偶/同居伴侶，或年滿18歲的受撫養人子女，或 父母或法定監護人。
 如果您想更改資訊，請利用下方的欄位更新您的資訊。

名字	<input type="text"/>			社會安全號碼 (若有)	<input type="text"/>
姓氏	<input type="text"/>			出生日期 (月月/日日/年年年)	<input type="text"/>
中間名首字母	醫療記錄編號 (若有)	性別:		電話	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性			
家庭地址 (請勿用郵箱號碼)	<input type="text"/>			<input type="checkbox"/> 性別不明	
市	<input type="text"/>			州	郵遞區號
	<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>
帳單地址 <input type="checkbox"/> , 如與家庭住址相同, 請勾選此處。	<input type="text"/>				
市	<input type="text"/>			州	郵遞區號
	<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>
所申請的未來生效日期 (日期必須為各月第一天)	<input type="text"/>				
	<input type="text"/>				

B. 您想要進行什麼變更?

投保人 (或未滿18歲之投保人的父母或法定監護人) 可以為任何家庭成員進行下列所有變更。受撫養人僅可為自己進行部分變更 – 請查看下方有標註星號 (*) 的變更項目。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 本人正在申請終止本人的保險，並希望本人的配偶/同居伴侶成為投保人。 | <input type="checkbox"/> 本人正在申請終止本人與配偶/同居伴侶的保險，但希望本人的子女繼續受保於計劃。 |
| <input type="checkbox"/> 本人正在申請終止家庭計劃保險，並希望自行繼續個人計劃保險。* | <input type="checkbox"/> 本人想要變更計劃。* (請參閱第3頁的計劃變更規定，然後根據該等限制選擇您想變更的計劃。) |
| <input type="checkbox"/> 本人希望變更投保人。 | <input type="checkbox"/> 我想要為一名新生兒或新近領養的兒童添加醫療保險。 |
| <input type="checkbox"/> 本人希望變更僅針對子女的帳戶項下的父母/法定監護人。 | <input type="checkbox"/> 本人想終止本人自己*或一位家庭成員的醫療保險。 |
| <input type="checkbox"/> 本人想要合併帳戶。(請參閱第3頁的計劃變更規定，然後根據該等限制選擇您想保留的計劃。) | <input type="checkbox"/> 我想要終止選擇性牙科保險。* |
| <input type="checkbox"/> 本人正在申請終止本人的保險，但希望本人的子女繼續受保於計劃。 | |
| <input type="checkbox"/> 本人想要變更A部分所示的資訊。(如果您想要變更您的姓名，請附上變更姓名的法律文件。)* | |

C. 變更會影響到哪些家庭成員？(請在下方列示。)

如果您有超過4名以上受撫養人需要進行變更，請附上本頁面的影本並填寫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"/> 添加牙科保險	<input type="checkbox"/> 終止牙科保險
名字	<input type="text"/>			社會安全號碼(若有) <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
姓氏	<input type="text"/>			出生日期(月月／日日／年年年年) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
中間名首字母	醫療記錄編號(若有) <input type="text"/>	性別： <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 性別不明	請選擇一項： <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 同居伴侶	電話 <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>

受撫養人1		<input type="checkbox"/> 添加醫療保險	<input type="checkbox"/> 終止醫療保險	<input type="checkbox"/> 添加牙科保險	<input type="checkbox"/> 終止牙科保險
名字	<input type="text"/>				社會安全號碼(若有) <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
姓氏	<input type="text"/>				出生日期(月月／日日／年年年年) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
中間名首字母	醫療記錄編號(若有) <input type="text"/>	性別： <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 性別不明			電話 <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>

受撫養人2		<input type="checkbox"/> 添加醫療保險	<input type="checkbox"/> 終止醫療保險	<input type="checkbox"/> 添加牙科保險	<input type="checkbox"/> 終止牙科保險
名字	<input type="text"/>				社會安全號碼(若有) <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
姓氏	<input type="text"/>				出生日期(月月／日日／年年年年) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
中間名首字母	醫療記錄編號(若有) <input type="text"/>	性別： <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 性別不明			電話 <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>

受撫養人3		<input type="checkbox"/> 添加醫療保險	<input type="checkbox"/> 終止醫療保險	<input type="checkbox"/> 添加牙科保險	<input type="checkbox"/> 終止牙科保險
名字	<input type="text"/>				社會安全號碼(若有) <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
姓氏	<input type="text"/>				出生日期(月月／日日／年年年年) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
中間名首字母	醫療記錄編號(若有) <input type="text"/>	性別： <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 性別不明			電話 <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>

受撫養人4		<input type="checkbox"/> 添加醫療保險	<input type="checkbox"/> 終止醫療保險	<input type="checkbox"/> 添加牙科保險	<input type="checkbox"/> 終止牙科保險
名字	<input type="text"/>				社會安全號碼(若有) <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
姓氏	<input type="text"/>				出生日期(月月／日日／年年年年) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
中間名首字母	醫療記錄編號(若有) <input type="text"/>	性別： <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 性別不明			電話 <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更換至其他不受新法約束的計劃，您僅可更換至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，您僅可更換至列於您現有計劃下方的計劃。請謹記這一點並勾選您想更換之計劃旁的方框。您在上方所列的所有家庭成員也將會轉入該計劃中。
- 若要讓任何家庭成員單獨由您目前不受新法約束的計劃轉到其他不受新法約束的計劃，該家庭成員也只能更換至擁有同等福利或較少福利的計劃。此外，您將需為每項計劃分開填寫並提交表格。

註：在您不受新法約束的新計劃生效滿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 0/1500 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。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正在變更計劃或增添為受撫養人的人，沒有人是有權享有Medicare A部分或已經入保Medicare B部分的。

註：要進行變更的投保人及所有年滿18歲以上的受撫養人皆必須在表格上簽名。如有超過4名年滿18歲以上的受撫養人需要簽名，請附上本頁面的影本並請其他受撫養人在其上簽名。

X		日期(月月/日日/年年年年) □□ / □□ / □□□□
	投保人/新增投保人(未滿18歲投保人的父母或法定監護人)	
X		日期(月月/日日/年年年年) □□ / □□ / □□□□
	配偶/同居伴侶(18歲及18歲以上)	
X		日期(月月/日日/年年年年) □□ / □□ / □□□□
	受撫養人(年滿18歲以上)	
X		日期(月月/日日/年年年年) □□ / □□ / □□□□
	受撫養人(年滿18歲以上)	
X		日期(月月/日日/年年年年) □□ / □□ / □□□□
	受撫養人(年滿18歲以上)	
X		日期(月月/日日/年年年年) □□ / □□ / □□□□
	受撫養人(年滿18歲以上)	

聯絡資訊

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

或是免費傳真到：
會員資格管理處
1-855-355-5334

有疑問嗎？致電
1-800-464-4000 (TTY 711)

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

本人瞭解(小額索賠法庭案件、受Medicare上訴程序或員工退休及收入保障法令 (ERISA) 索賠程序規定約束的索賠,以及根據適用法律不受具約束力的仲裁約束之任何其他索賠除外),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、行政管理人員或其他相關當事方之間因任何違反職責的指控而發生任何爭議,且該指控是起因於或有關於KFHP會員資格,則不論法律理論為何,此等爭議皆必須依據加州法律透過具約束力的仲裁解決,而不透過法律訴訟或訴諸法庭程序解決,但適用法律規定仲裁程序必須經過司法審查的情況不在此限。上述爭議包括針對誤診或醫院醫療失當(在非必要、未經授權、不當、有疏失或能力不足的情況下所提供之醫療服務的索賠)、場地責任,以及與服務或用品承保範圍或提供有關之事宜所提出的任何索賠。 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,聯合《會員協議》、《承保範圍說明書》和《披露表》(Combined Membership Agreement, Evidence of Coverage, and Disclosure Form) 包含完整的仲裁規定。

X	<input type="text"/>	日期(月月/日日/年年年年) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
	主要申請人 (未滿18歲的兒童由父母或法定監護人代簽)	
X	<input type="text"/>	日期(月月/日日/年年年年) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
	配偶/同居伴侶	
X	<input type="text"/>	日期(月月/日日/年年年年) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
	受撫養人(年滿18歲以上)	
X	<input type="text"/>	日期(月月/日日/年年年年) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
	受撫養人(年滿18歲以上)	
X	<input type="text"/>	日期(月月/日日/年年年年) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
	受撫養人(年滿18歲以上)	
X	<input type="text"/>	日期(月月/日日/年年年年) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
	受撫養人(年滿18歲以上)	

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。