

## 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。範例包括結婚、搬到可以取得新保健計劃的Kaiser Permanente服務區，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正在直接向Kaiser Permanente提出申請，請使用此合格生活事件證明表提交證明。您還可以在科羅拉多州或華盛頓州申請您所在州的健康福利交換 (health benefit exchange) 時使用此表格提交您的證明 (Clark、Cowlitz和某些其他縣\*除外)。對於所有其他交換申請，請查看您所在州的交換條件資訊，以瞭解如何提交交換計劃的證明。此表格可幫助您確定您需要針對合格生活事件提供何種類型的證明。
  - Kaiser Permanente for Individuals and Families (KPIF) 計劃會員應該連同帳戶變更申請表提交證明。
  - 非Kaiser Permanente for Individuals and Families (KPIF)計劃會員應連同健康護理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部份或已經入保Medicare B部份，則申請人不符合新KPIF保險的申請資格。請造訪 [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare) 以瞭解您的Medicare計劃選項或申請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申請表 (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](http://kp.org/specialenrollment) 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](http://buykp.org)提交的申請，請線上提交您的證明。



### 需要幫助嗎？

請造訪[kp.org/specialenrollment](http://kp.org/specialenrollment)瞭解更多資訊。您也可以致電1-800-494-5314 (聽障及語障電話專線請致電711)，或是聯絡您的保險代理或保險經紀 / 保險仲介或Kaiser Permanente代表。

\*在華盛頓州，請造訪[kp.org/specialenrollment](http://kp.org/specialenrollment)以瞭解Kaiser Permanente是否正在為您所在縣的交換合格生活事件收集證明。

主要申請人姓名



## 步驟1：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child-only計劃（提供方）中，該未成年人即為主要申請人。

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

名字	中間名 首字母	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		電話
<input type="text"/>		<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
申請識別號碼（如果您在線上申請）		社會安全號碼（若有）
<input type="text"/>		<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
健康/醫療記錄編號（若有）		
<input type="text"/>		
住家地址（不可填寫郵政信箱）		
<input type="text"/>		
市	州	郵遞區號
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
家長 / 法定監護人（如果主要申請人未滿18歲）		
名字		
<input type="text"/>		
姓氏		
<input type="text"/>		
保險經紀人/保險仲介或Kaiser Permanente代表請注意（若有）		
名字		
<input type="text"/>		
姓氏		
<input type="text"/>		

主要申請人姓名

## 步驟2：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）

 /  / 

對於失去最低基本健康保險，合格事件日期是您的先前計劃所承保的最後一整天。

## 步驟3：合格生活事件證明

- 請勾選一個合格生活事件，並勾選一份您要寄送的證明（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）。
- 請寄送官方文件的副本，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：
  - 名和姓
  - 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. 失去最低基本健康保險 加州、哥倫比亞特區、喬治亞州、夏威夷州、馬里蘭州、奧勒岡州、維吉尼亞州、華盛頓州*	<b>來自僱主</b> <ul style="list-style-type: none"><li><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。</li><li><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。</li><li><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。</li><li><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。</li><li><input type="checkbox"/> 當受撫養子女年滿26歲且不再符合父母保健計劃的資格時，提供年齡證明和失去保險證明。</li></ul>
	<b>來自您的保險公司或Medicaid、Medi-Cal、Medicare或其他政府計劃</b> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> 來自您的保險公司，顯示保險終止日期（包括COBRA保險終止日期）的信函。</li><li><input type="checkbox"/> 來自您的學生保健計劃，陳述學生健康保險已終止或即將終止的信函。</li><li><input type="checkbox"/> 來自Medicaid、Medi-Cal或兒童健康保險計劃(CHIP)陳述Medicaid、Medi-Cal或CHIP保險已終止或即將終止的信函或通知。</li><li><input type="checkbox"/> 來自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。</li></ul>
	<b>其他</b> <ul style="list-style-type: none"><li><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。</li><li><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，請提交保險經紀 / 保險仲介或Kaiser Permanente代表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。</li></ul>

重要事項：如果是以下情況，則非合格生活事件：

- 您因為沒有支付保費而喪失保險。
- 您的計劃被撤銷。
- 您有Medicare B部份保險，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](http://kp.org/specialenrollment) 以瞭解Kaiser Permanente是否正在為您所在縣的交換合格生活事件收集證明。

步驟3：合格生活事件證明（續）

合格生活事件	證明類型
<p><b>失去最低基本健康保險（續）</b> 科羅拉多州†</p> <p><b>重要事項：</b>如果是以下情況，則非合格生活事件：</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 您因為沒有支付保費而喪失保險。</li><li>• 您的計劃被撤銷。</li><li>• 您有Medicare B部份保險，而且沒有其他任何保險。</li><li>• 您自願終止保險。</li></ul>	<p><b>來自僱主</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><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。</li><li><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。</li><li><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。</li><li><input type="checkbox"/> 當受撫養子女年滿26歲且不再符合父母保健計劃的資格時，提供年齡證明和失去保險證明。</li></ul> <p><b>來自您的保險公司或Medicaid、Medi-Cal、Medicare或其他政府計劃</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> 來自您的保險公司，顯示保險終止日期（包括COBRA保險終止日期）的信函。</li><li><input type="checkbox"/> 保險局確認您失去最低基本健康保險的信函。</li></ul>
<p><input type="checkbox"/> <b>2.透過婚姻添加或成為受撫養人</b> 共勾選2個方框。</p> <p>哥倫比亞特區、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所在州的健康福利交換 (health benefit exchange) 提供的合格保健計劃。若沒有可用的合格保健計劃，則您所在州的交換資訊將會告知您。您可以寄送一份交換網站的截圖，或是交換提供的其他證明。</p>	<p><b>請提供以下一項：</b></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"><li><input type="checkbox"/> 在過去60天內證明保險的已付保費發票。</li><li><input type="checkbox"/> 在過去60天內證明保險的僱主福利記錄。</li></ul> <p><b>並且提供以下一項：</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> 顯示結婚日期的結婚證書/執照。</li><li><input type="checkbox"/> 婚姻的官方政府紀錄，包括顯示結婚日期的外國結婚紀錄。</li></ul>

†在科羅拉多州，Kaiser Permanente正在收集交換合格生活事件的證明。

步驟3：合格生活事件證明（續）

合格生活事件	證明類型
<p>透過結婚或同居伴侶關係登記而新增或自身成為一名受撫養人（續）</p> <p>共勾選2個方框。</p> <p>加州、喬治亞州、夏威夷州、馬里蘭州、奧勒岡州、華盛頓州*</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所在州的健康福利交換 (health benefit exchange) 提供的合格保健計劃。若沒有可用的合格保健計劃，則您所在州的交換資訊將會告知您。您可以寄送一份交換網站的截圖，或是交換提供的其他證明。</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"><li><input type="checkbox"/> 在過去60天內證明保險的已付保費發票。</li><li><input type="checkbox"/> 在過去60天內證明保險的僱主福利記錄。</li></ul> <p>並提供：</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> 顯示結婚日期的結婚證書/執照。</li><li><input type="checkbox"/> 婚姻的官方政府紀錄，包括顯示結婚日期的外國結婚紀錄。</li><li><input type="checkbox"/> 官方政府紀錄，包括同居關係登記的日期。</li></ul>
<p>透過婚姻或民事結合關係添加或成為受撫養人</p> <p>共勾選2個方框。</p> <p>科羅拉多州†</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所在州的健康福利交換 (health benefit exchange) 提供的合格保健計劃。若沒有可用的合格保健計劃，則您所在州的交換資訊將會告知您。您可以寄送一份交換網站的截圖，或是交換提供的其他證明。</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"><li><input type="checkbox"/> 在過去60天內證明保險的已付保費發票。</li><li><input type="checkbox"/> 在過去60天內證明保險的僱主福利記錄。</li></ul> <p>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：</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> 表明您是美國印第安人或阿拉斯加原住民的正式文件。</li><li><input type="checkbox"/> 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所在州的健康福利交換 (health benefit exchange) 獲得合格保健計劃的服務區內居住了一天或多天的證明。您可以提供一份交換網站的截圖，或是交換提供的其他證明。</li><li><input type="checkbox"/> 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。</li></ul> <p>並且提供以下一項：</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> 顯示結婚日期的結婚證書/執照/其他文件。</li><li><input type="checkbox"/> 正式政府記錄，包括民事結合的日期。</li></ul>

\*在華盛頓州，請造訪[kp.org/specialenrollment](http://kp.org/specialenrollment)以瞭解Kaiser Permanente是否正在為您所在縣的交換合格生活事件收集證明。

†在科羅拉多州，Kaiser Permanente正在收集交換合格生活事件的證明。

主要申請人姓名

**步驟3：合格生活事件證明（續）**

合格生活事件	證明類型
<input type="checkbox"/> <b>3. 因為兒童出生、領養或安置領養或寄養而獲得或成為受撫養人</b> 加州、哥倫比亞特區、喬治亞州、夏威夷州、馬里蘭州、奧勒岡州、維吉尼亞州、華盛頓州*	<b>兒童出生</b> <input type="checkbox"/> 兒童的出生證明或出生證明申請表。 <input type="checkbox"/> 診所、醫院、醫生、助產士、機構或其他醫護人員陳述兒童出生日期的紀錄。 <input type="checkbox"/> 顯示兒童出生日期和地點的軍事紀錄。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 顯示兒童出生日期和地點的宗教記錄。 <input type="checkbox"/> 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。 <b>領養或寄養</b> <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 顯示命令何時開始的法庭命令。必須具有提交日期戳。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 醫療支援法庭命令。必須具有法庭提交日期戳。 <input type="checkbox"/> 由法庭官員註明日期及簽名的寄養文件。
科羅拉多州†	<b>兒童出生</b> <input type="checkbox"/> 兒童的出生證明或出生證明申請表。 <b>領養或寄養</b> <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 顯示命令何時開始的法庭命令。必須具有法庭提交日期戳。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 醫療支援法庭命令。必須具有法庭提交日期戳。 <input type="checkbox"/> 由法庭官員註明日期及簽名的寄養文件。
<input type="checkbox"/> <b>4. 子女撫養令或其他承保受撫養人的法庭命令</b> 加州、哥倫比亞特區、喬治亞州、夏威夷州、馬里蘭州、奧勒岡州、維吉尼亞州、華盛頓州*	<input type="checkbox"/> 具有法庭提交日期戳的簽名法庭命令。
科羅拉多州†	<input type="checkbox"/> 具有法庭提交日期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](http://kp.org/specialenrollment) 以瞭解 Kaiser Permanente 是否正在為您所在縣的交換合格生活事件收集證明。

†在科羅拉多州，Kaiser Permanente 正在收集交換合格生活事件的證明。

### 步驟3：合格生活事件證明（續）

合格生活事件	證明類型
<p><input type="checkbox"/> 5. 永久性搬遷加上獲取新計劃</p> <p>加州、哥倫比亞特區、喬治亞州、夏威夷州、馬里蘭州、奧勒岡州、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（只限在美國境內搬家的申請人）。</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> 在過去60天內證明保險的已付保費發票。</li><li><input type="checkbox"/> 在過去60天內證明保險的僱主福利記錄。</li></ul> <p><b>並且，在您搬遷後的60天之內，提供以下任一文件——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）：</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> 租約或租賃協議。</li><li><input type="checkbox"/> 保險文件，例如屋主、租戶或人壽保單或報表。</li><li><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。</li><li><input type="checkbox"/> 房屋貸款或租屋付款收據。</li><li><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。</li><li><input type="checkbox"/> 政府機構寄到您地址的信函，例如社會安全報表，或是貧困家庭臨時補助 (Temporary Assistance for Needy Families) 或輔助營養協助計劃 (Supplemental Nutrition Assistance Program) 的通知。</li><li><input type="checkbox"/> 您的有效州身分證。</li><li><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）。</li><li><input type="checkbox"/> 顯示您的地址的電話帳單（手機或無線帳單都可）。</li><li><input type="checkbox"/> 金融機構的郵件，例如銀行對帳單。</li><li><input type="checkbox"/> 美國郵政服務地址變更確認信。</li><li><input type="checkbox"/> 顯示您的地址的薪資存根。</li><li><input type="checkbox"/> 顯示您的姓名和地址的選民登記卡。</li><li><input type="checkbox"/> 矯治局、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。</li><li><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）。</li></ul>

如果以下其中一項適用於您，請選擇永久性搬遷加上獲取新計劃：

- 您從一個非 Kaiser Permanente 區域遷居到一個 Kaiser Permanente 區域。
- 您搬到新的州。
- 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郡縣遷入。†

†您必須提交先前保險公司向所有申請人提供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所在州的健康福利交換 (health benefit exchange) 提供的合格保健計劃。若沒有可用的合格保健計劃，則您所在州的交換資訊將會告知您。您可以寄送一份交換網站的截圖，或是交換提供的其他證明。

\*在華盛頓州，請造訪 [kp.org/specialenrollment](http://kp.org/specialenrollment) 以瞭解 Kaiser Permanente 是否正在為您所在縣的交換合格生活事件收集證明。

步驟3：合格生活事件證明（續）

合格生活事件	證明類型
<p>永久性搬遷加上獲取新計劃（續） 科羅拉多州†</p> <p>如果以下其中一項適用於您，請選擇永久性搬遷加上獲取新計劃：</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 您從一個非 Kaiser Permanente 區域遷居到一個 Kaiser Permanente 區域。</li><li>• 您搬到新的州。</li><li>• 您從外國或美國領土遷入。</li><li>• 您從一個未提供合格保健計劃的郡縣遷入。‡</li></ul> <p>†您必須提交先前保險公司向所有申請人提供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所在州的健康福利交換 (health benefit exchange) 提供的合格保健計劃。若沒有可用的合格保健計劃，則您所在州的交換資訊將會告知您。您可以寄送一份交換網站的截圖，或是交換提供的其他證明。</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"><li><input type="checkbox"/> 在過去60天內證明保險的已付保費發票。</li><li><input type="checkbox"/> 在過去60天內證明保險的僱主福利記錄。</li></ul> <p>並且，在您的搬遷後的60天之內，提供以下任一文件——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"><li><input type="checkbox"/> 租約或租賃協議。</li><li><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。</li><li><input type="checkbox"/> 機動車輛管理局的有效駕駛執照。</li><li><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）。</li><li><input type="checkbox"/> 顯示您的地址的電話帳單（手機或無線帳單都可）。</li><li><input type="checkbox"/> 美國郵政服務地址變更確認信。</li></ul>

†在科羅拉多州，Kaiser Permanente正在收集交換合格生活事件的證明。



步驟3: 合格生活事件證明 (續)

合格生活事件	證明類型
<p><input type="checkbox"/> 6.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</p> <p>加州、科羅拉多州<sup>†</sup>、哥倫比亞特區、喬治亞州、夏威夷州、馬里蘭州、奧勒岡州、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> <p><input type="checkbox"/> 在過去60天內證明保險的已付保費發票。</p> <p><input type="checkbox"/> 在過去60天內證明保險的僱主福利記錄。</p> <p>並提供:</p> <p><input type="checkbox"/> 您所在州的健康福利交換 (health benefit exchange) 顯示決定日期的最新資格決定。</p>
<p><input type="checkbox"/> 7.僱主健康保險的變動讓您有符合保費稅項抵免的資格</p> <p>針對以下州別, 您必須透過健康福利交換申請: 加州、喬治亞州、夏威夷州和奧勒岡州。針對以下州別/轄區, 您可以透過健康福利交換或直接向Kaiser Permanente申請: 科羅拉多州<sup>†</sup>、哥倫比亞特區、馬里蘭州、維吉尼亞州、華盛頓州*。</p>	<p><input type="checkbox"/> 僱主陳述最低必要健康保險變更並且顯示決定日期的信函。</p> <p><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>

您必須透過您在州的健康福利交換 (health benefit exchange) 申請。交換可能會要求您直接向交換提交收入變動證明。

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](http://kp.org/specialenrollment) 以瞭解Kaiser Permanente是否正在為您所在縣的交換合格生活事件收集證明。

<sup>†</sup>在科羅拉多州, Kaiser Permanente正在收集交換合格生活事件的證明。

主要申請人姓名

### 步驟3：合格生活事件證明（續）

合格生活事件	證明類型
<input type="checkbox"/> 8.由您所在州的健康福利交換 (health benefit exchange) 決定的例外情況 加州、科羅拉多州 <sup>†</sup> 、哥倫比亞特區、喬治亞州、夏威夷州、馬里蘭州、奧勒岡州、維吉尼亞州、華盛頓州*	<input type="checkbox"/> 您所在州的健康福利交換 (health benefit exchange) 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"/> 9.由於離婚、同居伴侶終止關係或法定分居而失去受撫養人 加州、馬里蘭州	<input type="checkbox"/> 顯示法庭提交日期戳的離婚證書、解散協議或分居協議。
因離婚、民事結伴伴侶關係破滅或法定分居而失去受撫養人 科羅拉多州 <sup>†</sup>	<input type="checkbox"/> 顯示法庭提交日期戳的離婚證書、解散協議或分居協議。
<input type="checkbox"/> 10.投保人或受撫養人去世 加州、馬里蘭州	<input type="checkbox"/> 死亡證書。
科羅拉多州 <sup>†</sup>	<input type="checkbox"/> 死亡證明或訃告。
<input type="checkbox"/> 11.釋放出獄 只限加州、科羅拉多州 <sup>†</sup>	<input type="checkbox"/> 矯治局、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.關於您在最低基本承保入保的錯誤訊息 加州	<input type="checkbox"/> 您所在州的健康福利交換 (health benefit exchange) 或保健管理局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.醫護人員網絡變更 加州	<input type="checkbox"/> 請注意，服務提供者不再參與健康福利計劃並顯示確定日期。

\*在華盛頓州，請造訪 [kp.org/specialenrollment](http://kp.org/specialenrollment) 以瞭解Kaiser Permanente是否正在為您所在縣的交換合格生活事件收集證明。

<sup>†</sup>在科羅拉多州，Kaiser Permanente正在收集交換合格生活事件的證明。

主要申請人姓名

### 步驟 3: 合格生活事件證明 (續)

合格生活事件	證明類型
<input type="checkbox"/> 14. 違反合約 加州	<input type="checkbox"/> 保健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"/> 保險處註明日期的書面證明, 陳述您入保的保健計劃顯著違反了您合約的重大條款。
<input type="checkbox"/> 15. 在家庭中發生家庭暴力或配偶遺棄 加州、科羅拉多州†、哥倫比亞特區、喬治亞州、夏威夷州、馬里蘭州、奧勒岡州、維吉尼亞州、華盛頓州*	<input type="checkbox"/> 證明您是家庭虐待或配偶遺棄的受害者的佐證。
<input type="checkbox"/> 16. 移民身份改變 加州、科羅拉多州†、哥倫比亞特區、喬治亞州、夏威夷州、馬里蘭州、奧勒岡州、維吉尼亞州、華盛頓州* 您必須透過您所在州的健康福利交換 (health benefit exchange) 申請	<input type="checkbox"/> 有關公民身份或移民身份變動的正式文件。
<input type="checkbox"/> 17. 以美國印第安人/阿拉斯加原住民身份享受保險 加州、科羅拉多州†、哥倫比亞特區、喬治亞州、夏威夷州、馬里蘭州、奧勒岡州、維吉尼亞州、華盛頓州* 您必須透過您所在州的健康福利交換 (health benefit exchange) 申請	<input type="checkbox"/> 顯示您身份的正式文件。
<input type="checkbox"/> 18. 保險專員部決定的例外情況 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。

\*在華盛頓州, 請造訪 [kp.org/specialenrollment](http://kp.org/specialenrollment) 以瞭解 Kaiser Permanente 是否正在為您所在縣的交換合格生活事件收集證明。

†在科羅拉多州, Kaiser Permanente 正在收集交換合格生活事件的證明。

主要申請人姓名

### 步驟3：合格生活事件證明（續）

合格生活事件	證明類型
<input type="checkbox"/> 19. 由保健執業人員初步 確認懷孕 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、確認您為初次懷孕的文件。
<input type="checkbox"/> 20. 失去短期健康保險 科羅拉多州†	<input type="checkbox"/> 已註明日期和簽署的證據，提供終止短期保單有效期限為2019年4月1日或之後的證據，表示保險公司已停止在該州的所有短期保單銷售，或者保險公司已退出市場，包括但不限於來自保險公司、保險經紀或Kaiser Permanente代表的書面通訊。
<input type="checkbox"/> 21. 有資格透過個人保險健康還款計劃 (individual coverage health reimbursement arrangement, ICHRA) 或合格的小型僱主健康還款計劃 (qualified small employer health reimbursement arrangement, QSEHRA) 購買個人保健計劃 加州、科羅拉多州†、 哥倫比亞特區、喬治亞州、夏威夷州、馬里蘭州、奧勒岡州、 維吉尼亞州、華盛頓州*	<input type="checkbox"/> 透過個人保險健康還款計劃 (individual coverage health reimbursement arrangement, ICHRA) 或合格的小型僱主健康還款計劃 (qualified small employer health reimbursement arrangement, QSEHRA) 陳述您目前符合資格購買個人保健計劃的信函或其他文件，包括顯示您首次有資格獲得ICHRA或QSEHRA的日期。

透過提交簽名的申請表或帳戶變更申請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、帳戶變更申請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](http://kp.org/specialenrollment) 以瞭解Kaiser Permanente是否正在為您所在縣的交換合格生活事件收集證明。

†在科羅拉多州，Kaiser Permanente正在收集交換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：請登錄 [buykp.org](http://buykp.org) 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：請登錄 [kp.org/wa/if-exchange](http://kp.org/wa/if-exchange) 並上傳證明。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：請登錄 [kp.org/wa/if-myaccount](http://kp.org/wa/if-myaccount) 並上傳此表以及證明。
- 如果您正在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：

#### 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  
(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

**要索取帳戶變更申請表，請致電  
1-800-494-5314 (TTY 711)。**

(續)

## 提交證明 (續)

請將帳戶變更申請表和證明連同  
此表一同提交：

### 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 (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、  
奧勒岡州和華盛頓州西南部

(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

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。

此頁故意留白。





## 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](http://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](http://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.  
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

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](http://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](http://hhs.gov/ocr/office/file/index.html) 下載。