

**THÔNG TIN QUAN TRỌNG**

1. Chủ hãng sở phải hoàn thành Mục 1.
2. Chủ hãng sở có trách nhiệm xác nhận tất cả các thông tin trước khi gửi. Vui lòng đảm bảo ngày có hiệu lực là chính xác vì sẽ ảnh hưởng đến phí bảo hiểm của chương trình bảo hiểm sức khỏe.
3. Nhân viên phải hoàn thành từ Mục 2 đến Mục 5, nếu phù hợp.
4. **Nhân viên phải ký tên và ghi ngày tháng vào cuối biểu mẫu.**
5. Nhân viên phải hoàn thành tất cả các mục thích hợp và giữ lại một bản sao để lưu hồ sơ của mình và cung cấp biểu mẫu đã điền đầy đủ thông tin cho chủ hãng sở.
6. Chủ hãng sở cần cung cấp biểu mẫu đã điền đầy đủ thông tin cho nhà môi giới của họ hoặc Trung Tâm Dịch Vụ California (California Service Center, CSC) của Bộ Phận Doanh Nghiệp Nhỏ (Small Business Services) qua email: [csc-sd-sba@kp.org](mailto:csc-sd-sba@kp.org)\* dưới dạng tệp đính kèm PDF hoặc qua fax: 855-355-5334.
7. Nếu chủ hãng sở muốn chấm dứt chương trình bảo hiểm của nhân viên, vui lòng sử dụng biểu mẫu **Chuyển Nhượng/Chấm Dứt Ghi Danh** có sẵn trong mục "Terminating employee coverage" (Chấm dứt chương trình bảo hiểm của nhân viên) tại [kp.org/smallbusinessforms/ca](http://kp.org/smallbusinessforms/ca) (bằng Tiếng Anh).

Tất cả những thay đổi về tài khoản, bao gồm cả ngày có hiệu lực và tình trạng người phụ thuộc, sẽ được thực hiện theo thỏa thuận trong hợp đồng giữa chủ hãng sở/khách hàng và Kaiser Permanente.

\*Địa chỉ email này chỉ được sử dụng để gửi biểu mẫu, không để gửi câu hỏi.

**1 THÔNG TIN CÔNG TY (do chủ hãng sở hoàn thành)**

Tên công ty			ID Nhóm
Điện thoại ( ) -	Số máy lẻ	Fax ( ) -	Email

**2 NHỮNG THAY ĐỔI ĐƯỢC YÊU CẦU**

Lý do thêm người phụ thuộc (chỉ liệt kê một lý do): nhận con nuôi, mất bảo hiểm, vợ/chồng mới (kết hôn/bạn đời sống chung), chuyển đến khu vực phục vụ, sinh thêm con, ghi danh mở hoặc khôi phục bảo hiểm. Những thay đổi của chương trình có hiệu lực vào ngày đầu tiên của tháng.

Nhân viên có được ghi danh tham gia Medicare (người ghi danh không được bảo hiểm) không?  Có  Không

Người ghi danh không được bảo hiểm là nhân viên không được ghi danh trong chương trình bảo hiểm theo nhóm nhưng được phép tham gia chương trình bảo hiểm cho người phụ thuộc.

Thêm người phụ thuộc (hoàn thành Mục 3, 4 và 5)

Lý do: Ngày có hiệu lực: / /

Thay đổi chương trình. Tên chương trình mới: Ngày có hiệu lực: / 01 /

Xóa người phụ thuộc (hoàn thành Mục 3, 4 và 5) Ngày có hiệu lực: / /

Thay đổi tên nhân viên (hoàn thành Mục 3 và 5)

Từ: Đến: Ngày có hiệu lực: / /

(Hoàn thành Mục 3 và 5 nếu chọn bất kỳ mục nào sau đây)

Địa chỉ của nhân viên  Số điện thoại của nhân viên  Số An Sinh Xã Hội của nhân viên  Ngày sinh của nhân viên hoặc người phụ thuộc

**3 THÔNG TIN NHÂN VIÊN (do nhân viên hoàn thành)**

Tên (tên, tên đệm, họ)		Số An Sinh Xã Hội	
Địa chỉ <input type="checkbox"/> Địa chỉ nhà <input type="checkbox"/> Địa chỉ gửi thư	Thành phố	Tiểu bang	MÃ BƯU ĐIỆN Quận
Số điện thoại gọi ban ngày ( ) -	Số điện thoại gọi buổi tối ( ) -	Ngày sinh (tt/nn/nnnn) / /	

# THAY ĐỔI VỀ NHÂN VIÊN/NGƯỜI PHỤ THUỘC

Tên công ty (vui lòng ghi tên in hoa): \_\_\_\_\_

Tên nhân viên (vui lòng ghi tên in hoa): \_\_\_\_\_

## 4 NGƯỜI PHỤ THUỘC BỊ ẢNH HƯỞNG

<input type="checkbox"/> Vợ/chồng <input type="checkbox"/> Bạn đời sống chung	Ngày sinh (tt/nn/nnnn) /   /	Giới tính <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/> Không tiết lộ	Số An Sinh Xã Hội
---	---------------------------------	--	-------------------

Tên (tên, tên đệm, họ)

Tên gọi cũ

<input type="checkbox"/> Người phụ thuộc	Ngày sinh (tt/nn/nnnn) /   /	Giới tính <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/> Không tiết lộ	Số An Sinh Xã Hội
--	---------------------------------	--	-------------------

Tên (tên, tên đệm, họ)

<input type="checkbox"/> Người phụ thuộc	Ngày sinh (tt/nn/nnnn) /   /	Giới tính <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/> Không tiết lộ	Số An Sinh Xã Hội
--	---------------------------------	--	-------------------

Tên (tên, tên đệm, họ)

<input type="checkbox"/> Người phụ thuộc	Ngày sinh (tt/nn/nnnn) /   /	Giới tính <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/> Không tiết lộ	Số An Sinh Xã Hội
--	---------------------------------	--	-------------------

Tên (tên, tên đệm, họ)

Nếu bất kỳ người phụ thuộc nào nêu trên sống ở địa chỉ khác, hãy hoàn thành các mục sau:

Tên (tên, tên đệm, họ)	Địa chỉ
Tên (tên, tên đệm, họ)	Địa chỉ

## 5 ĐỌC VÀ KÝ TÊN

### KAISER FOUNDATION HEALTH PLAN, INC., THỎA THUẬN TRỌNG TÀI

Tôi hiểu rằng (ngoại trừ các vụ việc được giải quyết ở Tòa Án Giải Quyết Khiếu Kiến Nhỏ, 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 Đạo Luật Đảm Bảo Thu Nhập Hưu Trí Người Lao Động (Employee Retirement Income Security Act, 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) bất kỳ tranh chấp nào giữa một bên là tôi, người thừa kế, người thân hoặc các bên liên quan khác của tôi và bên còn lại là Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (KFHP), bất kỳ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe đã ký hợp đồng nào, nhân viên điều hành hoặc các bên liên quan khác, do cáo buộc vi phạm bất kỳ nghĩa vụ nào phát sinh từ hoặc liên quan đến tư cách hội viên ở KFHP, bao gồm bất kỳ yêu cầu bồi thường nào do hành động sơ suất về y tế hoặc của bệnh viện (yêu cầu bồi thường rằng các dịch vụ y tế không cần thiết hoặc không được phép hoặc được thực hiện không đúng cách, cấu thả hoặc thiếu chuyên môn), do trách nhiệm pháp lý của cơ sở hoặc liên quan đến việc bảo hiểm cho các dịch vụ hay vật dụng hoặc việc cung cấp các dịch vụ hoặc vật dụng, cho dù có đúng luật hay không, phải theo phán quyết của trọng tài thẩm quyền theo luật California chứ không phải do kiện tụng hoặc đưa ra tòa, trừ khi luật áp dụng quy định duyệt xét tư pháp các thủ tục tố tụng trọng tài. Tôi đồng ý từ bỏ quyền ra tòa có bồi thẩm đoàn và chấp nhận việc áp dụng trọng tài thẩm quyền phân xử. Tôi hiểu rằng điều khoản trọng tài đầy đủ có trong *Chứng Từ Bảo Hiểm*.

Tên nhân viên (vui lòng ghi tên in hoa)

Chữ ký của nhân viên ( <b>bắt buộc</b> )  <b>X</b>	Ngày
--	------

Lưu ý: Những tranh chấp phát sinh từ bất kỳ sản phẩm KPIC nào sau đây sẽ không áp dụng phân xử trọng tài có giá trị ràng buộc: 1) Các chương trình Preferred Provider Organization (PPO) và 2) Các chương trình KPIC Dental.

## 6 THÔNG TIN LIÊN LẠC

 Gửi biểu mẫu đã điền đầy đủ qua email đến [csc-sd-sba@kp.org](mailto:csc-sd-sba@kp.org) dưới dạng tệp đính kèm PDF hoặc fax tới số 855-355-5334.

Để biết thêm thông tin, vui lòng liên hệ với Trung Tâm Dịch Vụ California của Bộ Phận Doanh Nghiệp Nhỏ của chúng tôi theo số 800-790-4661, nhấn phím 1.