

THÔNG TIN QUAN TRỌNG

Sử dụng biểu mẫu này để ghi danh tham gia Kaiser Permanente. Nếu quý vị đã là hội viên, vui lòng sử dụng biểu mẫu **Thay Đổi Người Phụ Thuộc của Nhân Viên**.

Vui lòng ghi tên in hoa rõ ràng.

Đảm bảo điền đầy đủ thông tin vào biểu mẫu. Điền thiếu thông tin hoặc thông tin không chính xác sẽ trì hoãn quy trình ghi danh.

Các nhóm hiện có: Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi số **800-790-4661, nhấn phím 1**. Gửi biểu mẫu đã điền đầy đủ qua email đến csc-sd-sba@kp.org dưới dạng tệp đính kèm PDF hoặc fax tới số **855-355-5334**.

Chủ hãng sở

1. Hoàn thành mục 1.

Nếu lý do ghi danh là *mất bảo hiểm* hoặc *lý do khác*, sự kiện phải là một trong những sự kiện đủ điều kiện ghi danh đặc biệt được liệt kê dưới đây:

- Nhân viên mới
- Tăng số giờ làm việc của nhân viên để họ đáp ứng yêu cầu của quý vị để đủ điều kiện tham gia chương trình bảo hiểm y tế.
- Trở lại làm việc sau khi nghỉ phép
- Tự nguyện chấm dứt hoặc mất quyền tham gia chương trình bảo hiểm theo nhóm khác
- Người phụ thuộc mất bảo hiểm ở nơi khác (nếu nhân viên đã được ghi danh, vui lòng sử dụng **Biểu Mẫu Thay Đổi Người Phụ Thuộc của Nhân Viên** để thêm người phụ thuộc của quý vị)
- Kết hôn hoặc có bạn đời sống chung
- Sinh con, nhận con nuôi hoặc thu xếp nhận con nuôi
- Lệnh của tòa
- Vợ/chồng, bạn đời sống chung hoặc người phụ thuộc đã tử vong

2. Cấp cho mỗi nhân viên một biểu mẫu để hoàn thành.
3. Xác nhận rằng thông tin được cung cấp trên biểu mẫu đã đầy đủ và chính xác.
4. Gửi lại biểu mẫu ghi danh đã điền đầy đủ thông tin cho nhà môi giới của quý vị hoặc Kaiser Permanente.

Nhân viên

1. Hoàn thành các mục từ 2 đến 4.
2. Ký tên và ghi rõ ngày tháng trên biểu mẫu.
3. Tạo một bản sao biểu mẫu này để lưu hồ sơ của quý vị.

Nếu quý vị là hội viên mới, biểu mẫu này có chức năng như một ID hội viên Kaiser Permanente tạm thời của quý vị. Vui lòng tạo một bản sao và lưu giữ cho đến khi quý vị nhận được ID hội viên chính thức của mình. Nếu quý vị là hội viên được chuyển từ một Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe Kaiser Permanente khác (trong cùng khu vực), hãy giữ lại thẻ hội viên hiện tại vì số hồ sơ y tế của quý vị vẫn không thay đổi.

Xem hướng dẫn trên trang 1 trước khi hoàn thành biểu mẫu này. Tạo một bản sao để lưu hồ sơ của quý vị.

1 DO CHỦ HÃNG SỞ HOÀN THÀNH

Tên công ty*	ID Nhóm (nếu được chỉ định)	Ngày có hiệu lực* (chỉ có thể bắt đầu vào ngày đầu tiên của tháng) / 01 /
Lựa chọn chương trình/ID nhóm phụ (nếu được chỉ định)*		Phân loại nhân viên (nếu có)
Lý do ghi danh (Vui lòng chọn một) <input type="checkbox"/> Tài khoản nhóm mới <input type="checkbox"/> Ghi danh mở <input type="checkbox"/> Lý do khác:		
Nếu quý vị có tài khoản hiện hữu , vui lòng gửi biểu mẫu đã điền đầy đủ qua email đến csc-sd-sba@kp.org dưới dạng tệp đính kèm PDF hoặc fax tới số 855-355-5334 .		

2 DO CHỦ HÃNG SỞ HOÀN THÀNH (Tất cả các trường có dấu * là trường bắt buộc.)

Quý vị có từng là hội viên hoặc từng nhận dịch chăm sóc sức khỏe của Kaiser Permanente tại California không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không			
Số An Sinh Xã Hội*	Tên gọi cũ/Tên thời con gái		
Họ*	Tên*	Tên đệm	Ngôn ngữ ưu tiên (không bắt buộc)
Địa chỉ nhà*			Số căn hộ
Thành phố*	Tiểu bang*	MÃ BƯU ĐIỆN*	Quận
Địa chỉ gửi thư (nếu khác với địa chỉ nhà)			Số căn hộ
Thành phố	Tiểu bang	MÃ BƯU ĐIỆN	Quận
Ngày sinh (tt/nn/nnnn)* / /	Giới tính* <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/> Không tiết lộ	Số điện thoại gọi ban ngày () -	Số điện thoại gọi buổi tối () -

Nếu quý vị từ chối chương trình bảo hiểm cho bản thân hoặc người phụ thuộc đủ điều kiện, quý vị chỉ có thể ghi danh trong giai đoạn ghi danh mở hàng năm do chủ hãng sở của quý vị thiết lập hoặc trong giai đoạn ghi danh đặc biệt nếu quý vị gặp phải sự kiện đủ điều kiện. Quý vị phải yêu cầu tham gia chương trình bảo hiểm trong vòng 60 ngày kể từ khi gặp sự kiện đủ điều kiện. Các sự kiện đủ điều kiện ghi danh đặc biệt bao gồm:

- Mất chương trình bảo hiểm chăm sóc sức khỏe (thiết yếu tối thiểu), vì bất kỳ lý do nào sau đây: mất chương trình bảo hiểm do chủ hãng sở tài trợ vì quý vị và/hoặc người phụ thuộc của quý vị không còn đáp ứng các yêu cầu hội đủ điều kiện hoặc chủ hãng sở của quý vị không còn cung cấp chương trình bảo hiểm hoặc dừng thanh toán phí bảo hiểm; mất tư cách hội đủ điều kiện tham gia chương trình bảo hiểm COBRA (không phải do chấm dứt vì bất kỳ nguyên nhân nào hoặc không thanh toán phí bảo hiểm); chương trình bảo hiểm cá nhân, Medi-Cal, Medicare hoặc của chính phủ khác của quý vị và/hoặc người phụ thuộc của quý vị đã chấm dứt hoặc vì bất kỳ lý do nào không phải do không thanh toán phí bảo hiểm đúng hạn hoặc các tình huống cho phép hủy bỏ (gian lận hoặc cố tình trình bày sai thông tin quan trọng) hoặc mất chương trình bảo hiểm chăm sóc sức khỏe bao gồm nhưng không giới hạn mất chương trình bảo hiểm đó do các trường hợp được quy định trong Mục 54.9801-6(a)(3)(i) đến (iii) của Tiêu Đề 26, Bộ Luật Các Quy Định Liên Bang và các trường hợp được quy định trong Mục 1163 của Tiêu Đề 29, Bộ Luật Hoa Kỳ;
- Có được tư cách hoặc trở thành người phụ thuộc do kết hôn, có bạn đời sống chung, sinh con, nhận con nuôi, thu xếp nhận con nuôi hoặc tiếp nhận quan hệ cha mẹ-con cái;
- Lệnh của tòa án tiểu bang hoặc liên bang có hiệu lực mà quý vị hoặc người phụ thuộc của quý vị phải tuân thủ;
- Tái định cư vĩnh viễn, chẳng hạn như chuyển nhà đến một địa điểm mới và có lựa chọn các chương trình chăm sóc sức khỏe khác hoặc được thả tự do sau khi bị giam giữ;
- Hãng cấp bảo hiểm sức khỏe trước đó đã vi phạm cơ bản một điều khoản quan trọng của hợp đồng bảo hiểm sức khỏe;
- Sự tham gia của nhà cung cấp trong mạng lưới trong chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị và/hoặc người phụ thuộc của quý vị đã kết thúc khi quý vị và/hoặc (những) người phụ thuộc của quý vị đang được chăm sóc cho một trong những bệnh trạng sau: bệnh trạng cấp tính (bệnh trạng cấp tính là bệnh trạng liên quan đến sự khởi phát đột ngột của các triệu chứng do bệnh tật, chấn thương hoặc các vấn đề y tế khác cần được chăm sóc y tế kịp thời và có thời gian giới hạn); bệnh trạng mạn tính nghiêm trọng (bệnh trạng mạn tính nghiêm trọng là bệnh trạng do bệnh tật, ốm đau hoặc vấn đề y tế khác hoặc rối loạn y tế nghiêm trọng về bản chất và kéo dài mà không thể chữa khỏi hoàn toàn hoặc trở nên trầm trọng hơn trong thời gian dài hoặc cần điều trị liên tục để duy trì thuyên giảm hoặc ngăn ngừa suy giảm); mang thai; bệnh giai đoạn cuối (bệnh giai đoạn cuối là bệnh trạng không thể cứu chữa hoặc không thể hồi phục có khả năng tử vong cao trong vòng một năm trở xuống); chăm sóc trẻ sơ sinh từ khi sinh đến 36 tháng tuổi hoặc tiến hành phẫu thuật hoặc thủ thuật khác đã được nhà cung cấp khuyến nghị và ghi lại bằng văn bản cần được thực hiện trong vòng 180 ngày kể từ ngày chấm dứt hợp đồng hoặc trong vòng 180 ngày kể từ ngày chương trình bảo hiểm có hiệu lực đối với người được bảo hiểm mới;
- Thành viên lực lượng dự bị của quân đội Hoa Kỳ trở về sau khi tại ngũ hoặc thành viên của Lực Lượng Vệ Binh Quốc Gia California trở về sau khi tại ngũ theo Tiêu Đề 32 của Bộ Luật Hoa Kỳ;
- Cá nhân chứng minh được với Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý hoặc Sở Bảo Hiểm, tùy từng trường hợp, liên quan đến các chương trình quyền lợi sức khỏe được cung cấp bên ngoài Sàn Giao Dịch, rằng cá nhân đó đã không ghi danh tham gia chương trình quyền lợi sức khỏe trong giai đoạn ghi danh ngay trước đó vì cá nhân đó đã được thông báo sai rằng họ được bảo hiểm theo chương trình bảo hiểm thiết yếu tối thiểu.

(Tất cả các trường có dấu * là trường bắt buộc.)

3 THÔNG TIN GIA ĐÌNH (Vui lòng chỉ liệt kê những thành viên gia đình cần được ghi danh.)

Chọn một <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 (Họ, Tên, Tên Đệm)*

Tên gọi cũ (Họ, Tên, Tên Đệm)

<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 (Họ, Tên, Tên Đệm)

<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 (Họ, Tên, Tên Đệm)

<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 (Họ, Tên, Tên Đệm)

<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 (Họ, Tên, Tên Đệm)

<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 (Họ, Tên, Tên Đệm)

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

Tên (Họ, Tên, Tên Đệm)	Địa chỉ
Tên (Họ, Tên, Tên Đệm)	Địa chỉ

4 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 bằng trọng tài thẩm quyền 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 xuất 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 có thẩm quyền theo luật California quyết định 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 có thẩm quyền. 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*	Ngày
X	

(Tất cả các trường có dấu * là trường bắt buộc.)

*Các tranh chấp phát sinh từ chương trình bảo hiểm của Kaiser Permanente Insurance Company (KPIC) được bảo hiểm đầy đủ sẽ không áp dụng phân xử bằng trọng tài có thẩm quyền: 1) Các chương trình Preferred Provider Organization (PPO) và 2) Các chương trình KPIC Dental.

 Gửi biểu mẫu đã điền đầy đủ qua email đến csc-sd-sba@kp.org hoặc fax tới số 855-355-5334.