KAISER PERMANENTE®

Individual and Family Plans

帳戶變更表

加州

說明

- 如果您是直接投保進入KPIF帳戶的現有Kaiser Permanente for Individuals and Families (KPIF) 會員，您可以使用本表格進行計劃變更或帳戶變更。只有兒童專用帳戶的投保人或父母／法定監護人可以填寫此表格。
- 如果您是透過Covered California投保的現有KPIF會員，您現有承保的所有帳戶和計劃變更必須透過CoveredCA.com申請。如果您不確定自己的投保方式或需要其他支援，請致電**1-800-255-5169** (TTY **711**)。
- 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訊。然後在B部分選擇您想進行的變更，並繼續填寫與該等變更相關的所有其他部分。
- 如果您是終止保險的投保人，您的受撫養人的保險也會自動終止。您可以選擇讓21歲以下的孩子使用兒童專用帳戶。如果您因為新符合團體保險或Medicare資格而終止KPIF保險，您的受扶養人可在特別投保期投保新的KPIF保險。請造訪**kp.org/specialenrollment**或聯絡會員服務部以瞭解更多資訊。
- 如果您將受撫養人加入您的計劃中，除非本表格另有指明，否則他們的任何其他保險都不會自動取消。若要避免支付2份計劃或要避免保險發生中斷，請在其新保險開始生效之日前取消其所享有的任何其他保險。
- 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KPIF計劃。如果您的某位家人有權享有Medicare A部分或已經入保Medicare B部分，則他們沒有資格變更KPIF計劃或以新受撫養人的身分新增至您的KPIF計劃中。
- 請注意，健康保險輔導及倡導計劃 (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) 可為加州居民提供免費健康保險諮詢。請致電1-800-434-0222與HICAP聯絡以瞭解詳情。請參閱第8頁以找到您當地的HICAP計劃資訊。

A. 填寫您的資訊

如果您想更改資訊，請利用下方的方框更新您的資訊。

名字　　中間名縮寫　　出生日期（月月／日日／年年年年）

姓氏

醫療記錄編號（若有）

性別：☐ 男性 ☐ 女性 ☐ 拒絕透露

社會安全號碼（若有）

街道地址（不可填寫郵政信箱）

城市

州　　郵遞區號　　縣

主要電話（手機，若有）

電子信件地址

郵寄地址　☐ 與家庭住址相同，請勾選此處

城市

州　　郵遞區號

B. 您想要進行什麼變更？

請在下方針對您想要進行的變更勾選對應的方框，並列出會受到該變更影響的每位家人。我們將不會針對您沒有列出的任何家庭成員進行任何變更。

您可在開放入保期或特殊入保期內進行以下變更。若要針對下列以外的項目進行變更，您可致電**1-800-464-4000**（TTY **711**）**與會員服務部聯絡。**

- ☐ 變更計劃。
- ☐ 為一位家庭成員添加醫療保險。
- ☐ 將本人的兒童專用帳戶變更為以本人自己為投保人的家庭帳戶。
- ☐ 新增可選成人牙科保險（對我的保險計畫中19歲及以上的成員適用）。
- ☐ 新增可選成人牙科保險（對我的保險計畫中19歲及以上的成員適用）。

（特殊入保期有限制。請參閱**kp.org/specialenrollment**[英文]，瞭解更多資訊。）

合併KPIF帳戶

帳戶可以在開放入保期或特殊入保期的期間合併。

☐ 我希望將已加入Kaiser Permanente計劃的家人加入我的帳戶。這麼做將會終止他們現有的計劃。
（請在C部分註明哪些家人要轉至您的帳戶。）

帳戶終止

名字

中間名縮寫

姓氏

用來辦理銷戶的投保人醫療記錄編號

X

日期（月月／日日／年年年年）
/ /

辦理帳戶終止的投保人或父母／法定監護人

您可在一年當中隨時進行下列變更。若要進行這些變更，您可跳過*D*部分和*E*部分。）

- ☐ 終止我本人和所有家庭成員的所有保險。
- ☐ 終止一個家庭成員的所有保險。
- ☐ 終止我的保險，保留21歲以下子女的兒童專用帳戶。
- ☐ 終止我自己和我的配偶／同居伴侶的保險，保留21歲以下子女的兒童專用帳戶。
- ☐ 進行A部分所示的變更。（如果您要更改您的姓名，請附上更改的合法文件。）

要求的生效日期（不保證）

/ /（月月／日日／年年年年）

C. 變更影響到哪些家庭成員？（請在下方列示。）

配偶／同居伴侶

☐ 姓名變更 ☐ 添加醫療保險 ☐ 終止醫療保險 ☐ 添加可選成人牙科保險 ☐ 終止可選成人牙科保險

名字 中間名縮寫 請選擇一項：☐ 配偶 ☐ 同居 伴侶

姓氏

出生日期（月月／日日／年年年年） / /

性別 ☐ 男性 ☐ 女性 ☐ 拒絕透露

社會安全號碼（若有） - -

醫療記錄編號（若有）

主要電話（手機，若有） - -

電子信件地址

如果您有超過2名以上的父母／繼父母需要進行變更，請附上此頁面的副本並填妥這些父母／繼父母的資訊。

父母／繼父母1

☐ 姓名變更 ☐ 添加醫療保險 ☐ 終止醫療保險 ☐ 添加可選成人牙科保險 ☐ 終止可選成人牙科保險

名字 中間名縮寫 出生日期（月月／日日／年年年年） / /

姓氏

醫療記錄編號（若有）

性別 ☐ 男性 ☐ 女性 ☐ 拒絕透露

社會安全號碼（若有） - -

主要電話（手機，若有） - -

電子信件地址

父母／繼父母2

☐ 姓名變更 ☐ 添加醫療保險 ☐ 終止醫療保險 ☐ 添加可選成人牙科保險 ☐ 終止可選成人牙科保險

名字 中間名縮寫 出生日期（月月／日日／年年年年） / /

姓氏

醫療記錄編號（若有）

性別 ☐ 男性 ☐ 女性 ☐ 拒絕透露

社會安全號碼（若有） - -

主要電話（手機，若有） - -

電子信件地址

C. 變更影響到哪些家庭成員？（請在下方列示。）

如果您有超過3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。僅為18歲及以上的受扶養人提供電話和電子郵件。

受撫養人1

☐ 姓名變更　☐ 添加醫療保險　☐ 終止醫療保險　☐ 添加可選成人牙科保險　☐ 終止可選成人牙科保險

名字　中間名縮寫　出生日期（月月／日日／年年年年）

姓氏

醫療記錄編號（若有）

性別 ☐ 男性 ☐ 女性 ☐ 拒絕透露

社會安全號碼（若有）

主要電話（手機，若有）

電子信件地址

受撫養人2

☐ 姓名變更　☐ 添加醫療保險　☐ 終止醫療保險　☐ 添加可選成人牙科保險　☐ 終止可選成人牙科保險

名字　中間名縮寫　出生日期（月月／日日／年年年年）

姓氏

醫療記錄編號（若有）

性別 ☐ 男性 ☐ 女性 ☐ 拒絕透露

社會安全號碼（若有）

主要電話（手機，若有）

電子信件地址

受撫養人3

☐ 姓名變更　☐ 添加醫療保險　☐ 終止醫療保險　☐ 添加可選成人牙科保險　☐ 終止可選成人牙科保險

名字　中間名縮寫　出生日期（月月／日日／年年年年）

姓氏

醫療記錄編號（若有）

性別 ☐ 男性 ☐ 女性 ☐ 拒絕透露

社會安全號碼（若有）

主要電話（手機，若有）

電子信件地址

D. 選擇您的入保期

選擇一個選項： ☐ 開放入保（**請跳到E部分**） ☐ 特殊入保期（請繼續填寫以下問題）

請選擇您的合格生活事件。如果您有超過一項以上的合格生活事件，請檢視您的選項，因為生效日期會隨事件而異。**還需要在10天內提供資格證明**。若需瞭解有關合格生活事件的更多信息，或者如果您在下方沒有看到您的合格生活事件，請訪問 **kp.org/specialenrollment** 或致電**1-800-494-5314** (TTY **711**)。

健康保險變化

- ☐ 失去最低基本健康護理保險（寫下最後一整天您有保險的日期）
- ☐ 有資格透過個人保險健康還款計劃 (individual coverage health reimbursement arrangement, ICHRA)或合格的小型雇主健康還款計劃 (qualified small employer health reimbursement arrangement, QSEHRA) 購買個人保健計劃
- ☐ 雇主停止繳納或政府停止補貼統一綜合預算協調法案 (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA) 保費
- ☐ 關於您在最低基本承保入保的錯誤訊息
- ☐ 保健業者網絡變動
- ☐ 有資格獲取基於應用程式的交通服務或遞送網絡公司的醫療保健津貼

家庭變化

- ☐ 透過結婚或同居伴侶關係而新增或成為一名受撫養人
- ☐ 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
  注意：在此情況下，您還必須在2個生效日期選項之間作選擇：
  - ☐ 出生、領養或接受領養安置或寄養之日期
  - ☐ 我們收到表格後次月的第一天
- ☐ 子女撫養令或其他承保受撫養人的法庭命令
  注意：在此情況下，您還必須在2個生效日期選項之間作選擇：
  - ☐ 子女撫養令或其他承保受撫養人的法庭命令的日期
  - ☐ 法庭命令日期後次月的第一天
- ☐ 在家庭中發生家庭暴力或配偶遺棄
- ☐ 由於離婚、同居伴侶關係解除或合法分居而失去受撫養人
- ☐ 投保人或受撫養人死亡

居住地變更

- ☐ 永久搬遷並可使用新計劃

其他合格生活事件

- ☐ 由Covered California決定的例外情況
- ☐ 證明合資格計劃實質上違反與參保人所簽訂合約中的重要條款
- ☐ 刑滿釋放

請註明合格生活事件的日期。 ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐ （月月／日日／年年年年）

E. 選擇您的健康計劃

如果您表示您想要為某位家人變更計劃或新增保險，請在此處選擇您想要選取的計劃。您在C部分所列的每位家人均會轉至您所選取的計劃。如果您想要讓家人入保不同的計劃，請針對每項計劃提交一份單獨的表格。

- ☐ Kaiser Permanente – Bronze 60 HDHP HMO
- ☐ Kaiser Permanente – Bronze 60 HMO
- ☐ Kaiser Permanente – Bronze 60 HMO 7500/0% PCP
- ☐ Kaiser Permanente – Silver 70 HMO Off Exchange
- ☐ Kaiser Permanente – Silver 70 HMO 2850/50 PCP
- ☐ Kaiser Permanente – Silver 70 HDHP HMO 3600/25% PCP
- ☐ Kaiser Permanente – Gold 80 HMO Coinsurance
- ☐ Kaiser Permanente – Gold 80 HMO
- ☐ Kaiser Permanente – Gold 80 HMO 0/30 PCP
- ☐ Kaiser Permanente – Gold 80 HMO 750/35 PCP
- ☐ Kaiser Permanente – Gold 80 HDHP HMO 2250/15% PCP
- ☐ Kaiser Permanente – Platinum 90 HMO
- ☐ Kaiser Permanente – Minimum Coverage HMO*

***對於 30 歲以下或有困難豁免的申請人**最低基本承保計劃可提供給在生效日期當日未滿30歲的申請人，或者提供豁免證明的申請人，證實其有經濟困難或缺乏可負擔的保險。**如果您已年滿30歲以上且您未提供豁免證明，我們將不會受理您的申請。**前往 **CoveredCA.com/exemptions**（英文）以及按照說明查看您是否符合資格。

主要申請人是否使用健康還款計劃 (Health Reimbursement Arrangement，HRA) 購買此計劃？ ☐ 是
如果是，何種類別： ☐ ICHRA ☐ QSEHRA

根據個人保險健康還款計劃 (ICHRA) 或合格小型雇主健康還款計劃 (QSEHRA)，您的雇主將建立並資助一個帳戶，以幫助您支付每月的個人計劃保費和自付費用，作為傳統團體健康保險的替代方案。

使用雇主的HRA來幫助支付保費和自付費用不會改變您獲得Kaiser Permanente個人和家庭計劃的資格。

F. 選擇可選成人牙科計劃

您的健康計劃涵蓋了兒童成員的牙科保險，直至該成員年滿19歲的當月月底。Kaiser Permanente為成人提供可選牙科保險計劃，該計劃涵蓋了兒童牙科服務資格已經結束的個人。此項可選保險需另外收費。

您可在開放入保期、年度會員續保期或特殊入保期的期間入保或終止可選牙科保險計劃中的成人牙科保險。我們可選的成人牙科保險由Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (KFHP) 的子公司Kaiser Permanente Insurance Company (KPIC) 承保，並由全美規模最大且最有經驗的牙科福fi利保健業者之一Delta Dental of California管理。

請參閱牙科福利承保小結 (SDBC)披露表，以獲取 KPIC 牙科計劃的詳細資訊，網址 **kp.org/kpic-dental**（英文）。

☐ 添加可選成人牙科保險。†

☐ 終止可選成人牙科保險。†

†在入保後，本人瞭解，若要取消牙科保險，則本人的保健計劃保險也必須一併取消，除非本人是在開放入保期或特殊入保期申請取消。

G. 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。
- 如本人與保險經紀合作，本人瞭解，保險經紀人可能會因為本保險而獲得Kaiser Permanente所提供的現金或其他報酬。我們的標準報酬是每位會員每月$14，外加可能的獎金。請瀏覽**kp.org/brokercompensation**（英文）瞭解更多資訊。
- 提供我的電子郵件地址和電話號碼即表示我瞭解我可能會收到來自Kaiser Permanente的電子郵件和／或語音／簡訊通信。如需瞭解更多資訊，請瀏覽**healthy.kaiserpermanente.org/termsconditions**。

注意：投保人必須在本表格上簽名。所有18歲及18歲以上的新受撫養人（包括父母／繼父母）也必須在表格上簽名。如有超過2名以上年滿18歲及18歲以上的受撫養人以及2名以上的父母／繼父母需要簽名，請附上包含其他簽名的本頁副本。

X _____ 日期（月月／日日／年年年年）__ / __ / ____

投保人／新投保人（未滿18歲之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

X _____ 日期（月月／日日／年年年年）__ / __ / ____

父母／繼父母

X _____ 日期（月月／日日／年年年年）__ / __ / ____

父母／繼父母

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）

所有計劃均由Kaiser Foundation Health Plan, Inc.提供及承保，其地址是：One Kaiser Plaza, Oakland, CA 94612。

H. 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)索賠程序規定限制的索賠，以及根據適用法律不受具約束力的仲裁限制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（在不必要、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，或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、承保範圍說明書與披露表》(Membership Agreement, Disclosure Form, and Evidence of Coverage)包含完整的仲裁規定。

投保人必須在本表格上簽名。所有18歲及18歲以上的新受撫養人（包括父母／繼父母）也必須在表格上簽名。如有超過2名以上年滿18歲及18歲以上的受撫養人以及2名以上的父母／繼父母需要簽名，請附上包含其他簽名的本頁副本。

X _____ 日期（月月／日日／年年年年） __ / __ / ____

主要申請人（未滿18歲的兒童由父母或法定監護人代簽）

X _____ 日期（月月／日日／年年年年） __ / __ / ____

配偶／同居伴侶

X _____ 日期（月月／日日／年年年年） __ / __ / ____

父母／繼父母

X _____ 日期（月月／日日／年年年年） __ / __ / ____

父母／繼父母

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）

申請人或其授權代表可索取一份已填妥的表格副本。如需詳情，請致電**1-800-464-4000**(TTY **711**)。

聯絡資訊

郵寄： Kaiser Permanente P.O.Box 23127 San Diego, CA 92193-9921	**或免費傳真至：** 會員資格管理處 **1-855-355-5334**	**有疑問嗎？** **請致電1-800-464-4000** (TTY **711**)

加州縣郡當地HICAP辦事處

Alameda縣
333 Hegenberger Road, Suite 850
Oakland, CA 94621
510-839-0393

Alpine, Amador, Calaveras, Mariposa及Tuolumne縣
19074 Standard Road, Suite A
Sonora, CA 95370
209-532-6272分機226

Butte, Colusa, Glenn, Plumas及Tehama縣
25 Main Street, Room 202
Chico, CA 95929-0799
530-898-6716

Contra Costa縣
400 Ellinwood Way
Pleasant Hill, CA 94523
透過室內電話聯絡Contra Costa縣內地區：
1-800-510-2020
州外：925-655-1393

Del Norte縣
1765 Northcrest Drive
Crescent City, CA 95531
707-464-7876

El Dorado, Nevada, Placer, Sacramento, San Joaquin, Sierra, Sutter, Yolo及Yuba縣
505 12th Street
Sacramento, CA 95814
1-800-434-0222
916-376-8915

Fresno與Madera縣
5363 N. Fresno Street
Fresno, CA 93710
559-224-9117

Humboldt縣
333 J Street
Eureka, CA 95501
707-444-3000

Imperial及San Diego縣
5151 Murphy Canyon Road, Suite 110
San Diego, CA 92123
Imperial: 760-353-0223
San Diego: 858-565-8772

Inyo, Mono, Riverside及San Bernardino縣
Council on Aging Southern California
2280 Market Street, Suite 140
Riverside, CA 92501
909-256-8369

Kern縣
5357 Truxtun Ave.
Bakersfield, CA 93301
661-868-1000

Kings及Tulare縣
3350 W. Mineral King
Visalia, CA 93291
559-713-2875
1-800-434-0222

Lake, Marin, Mendocino, Napa, Solano及Sonoma縣
1129 Industrial Ave., Suite 201
Petaluma, CA 94954
1-800-434-0222
707-526-4108

Lassen, Modoc, Shasta, Siskiyou, 及Trinity縣
1647 Hartnell Ave., Suite 8
Redding, CA 96002
530-223-0999

Los Angeles縣
4601 Wilshire Blvd., Suite 160
Los Angeles, CA 90010
213-383-4519
L.A.縣境內：1-800-824-0780

Merced縣
851 West 23rd Street
Merced, CA 95340
209-385-7550

Monterey縣
247 Main Street
Salinas, CA 93901
831-655-1334

Orange縣
2 Executive Circle, Suite 175
Irvine, CA 92614
714-560-0424

San Benito及Santa Cruz縣
3333 Soquel Drive, Suite A
Soquel, CA 95073
831-462-5510

San Francisco縣
601 Jackson Street, 2nd Floor
San Francisco, CA 94133
415-677-7520

San Luis Obispo 及Santa Barbara縣
528 South Broadway
Santa Maria, CA 93454
805-928-5663

San Mateo縣
1710 S. Amphlett Blvd., Suite 100
San Mateo, CA 94402
650-627-9350

Santa Clara縣
3100 De La Cruz Blvd., Suite 310
San Jose, CA 95054
408-350-3200，選項2

Stanislaus縣
3500 Coffee Road, Suite 19
Modesto, CA 95355
209-558-4540

Ventura縣
4651 Telephone Road
Ventura, CA 93003
805-477-7310

反歧视声明

在本文件中，“我们”或“我们的”是指 Kaiser Permanente（Kaiser Foundation Health Plan, Inc、Kaiser Foundation Hospitals、The Permanente Medical Group, Inc. 以及 Southern California Medical Group）。本通知可在我们的网站 **kp.org** 上查阅。

歧视违反法律。我们遵守州和联邦的民权法律。

我们不因年龄、人种、族群认同、肤色、国籍、文化背景、血统、宗教、性别、性别认同、性别表现、性取向、婚姻状况、身体或精神残疾、医疗状况、付款来源、遗传信息、公民身份、主要语言或移民身份而非法歧视、排斥或区别对待任何人。

Kaiser Permanente 提供以下服务：

- 为残障人士提供免费援助和服务，帮助他们更好地与我们沟通，例如：
  - 合格的手语翻译员
  - 其他格式的书面信息，例如盲文、大字体版本、音频、通用电子格式和其它格式
- 为主要语言非英语的人士提供免费语言服务，例如：
  - 合格的口译员
  - 其他语言的文字信息

如果您需要这些服务，请拨打下方的电话联系会员服务部。此电话不收取任何费用。重要节假日期间会员服务不开放。

- Medicare，包括 D-SNP：**1-800-443-0815**（TTY **711**），每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点。
- Medi-Cal：**1-855-839-7613**（TTY **711**），每周 7 天，每天 24 小时。
- 所有其他会员：**1-800-757-7585**（TTY **711**），每周 7 天，每天 24 小时。

根据您的要求，我们可以为您提供本文件的盲文版、大字版、音频或电子格式。如需获取这些替代格式或其他格式的版本，请打电话给我们的会员服务部，索取您需要的格式。

如何向 Kaiser Permanente 递交投诉

如果您认为我们未能提供这些服务或有其他形式的非法歧视，您可以向我们提出歧视投诉。您可以通过电话、邮件、面谈或在线提出投诉。详情请见《承保范围说明书》或《保险证明》。您可以打电话给会员服务部，进一步了解适用于您的选项，或寻求帮助提交投诉。您可以通过以下方式提出歧视投诉：

- **电话：**打电话给我们的会员服务部，电话号码列于上方。
- **邮寄：**从 **kp.org** 下载表格，或打电话给会员服务部，请他们给您寄一份表格，以供填写后寄回。
- **亲自提交：**在计划设施内的会员服务办公室填写投诉表或福利索赔表格（请在 kp.org/facilities 上的保健业者目录中查找设施地址）
- **在线提交：**在我们的网站 **kp.org** 上使用线上表格

您也可以直接联系 Kaiser Permanente 民权事务协调员，地址为：

Attn: Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator
Member Relations Grievance Operations
P.O. Box 939001
San Diego CA 92193

如何向加州医疗保健服务部民权办公室投诉（仅适用于 *Medi-Cal* 受益人）

您也可以通过书面、电话或电子邮件向加州医疗保健服务部民权办公室提出民权投诉：

- **电话：**拨打 **916-440-7370** (TTY **711**) 联系加州医疗保健服务部（Department of Health Care Services, DHCS）民权办公室
- **邮寄：**填写投诉表或寄信到以下地址：

  Office of Civil Rights
  Department of Health Care Services
  P.O. Box 997413, MS 0009
  Sacramento, CA 95899-7413

  投诉表可在此网址下载：**http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx**
- **线上：**发送电子邮件至 CivilRights@dhcs.ca.gov

如何向美国卫生和民众服务部民权办公室提出申诉

您可以向美国卫生和民众服务部民权办公室提出歧视投诉。您可以通过书面、电话或在线方式投诉：

- **电话：**拨打 **1-800-368-1019** (TTY **711** 或 **1-800-537-7697**)
- **邮寄：**填写投诉表或寄信到以下地址：

  U.S. Department of Health and Human Services
  200 Independence Avenue, SW
  Room 509F, HHH Building
  Washington, D.C. 20201

  投诉表可在此网址下载：
  https://www.hhs.gov/ocr/ office/file/index.html

- **在线：**访问民权办公室投诉门户网站：
  https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf

Nondiscrimination Notice

Kaiser Permanente Insurance Company (KPIC) does not discriminate based on race, color, national origin, ancestry, religion, sex, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age, or disability.

Language assistance services are available from our Member Services Contact Center 24 hours a day, seven days a week (except closed holidays). We can provide no cost aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as: qualified sign language interpreters and written information in other formats; large print, audio, and accessible electronic formats. We also provide no cost language services to people whose primary language is not English, such as: qualified interpreters and information written in other languages. To request these services, please call **1-800-788-0710** (TTY users call **711**).

If you believe that KPIC failed to provide these services or there is a concern of discrimination based on race, color, national origin, ancestry, religion, sex, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age, or disability you can file a complaint by phone or mail with the KPIC Civil Rights Coordinator. If you need help filing a grievance, the KPIC Civil Rights Coordinator is able to help you.

KPIC Civil Rights Coordinator
P.O. Box 1809
Pleasanton, CA 94566
Phone: 1-800-788-0710

You may also contact the California Department of Insurance regarding your complaint.

By Phone:
California Department of Insurance
1-800-927-HELP
(1-800-927-4357)
TDD: 1-800-482-4
TDD (1-800-482-4833)

By Mail:
California Department of Insurance
Consumer Communications Bureau
300 S. Spring Street
Los Angeles, CA 90013

Electronically:
www.insurance.ca.gov

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights if there is a concern of discrimination based on race, color, national origin, age, disability, or sex. You can file the complaint electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at:

https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf,

or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services,
200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building,
Washington, DC 20201
Phone:1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD).

Complaint forms are available at:

http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

KAISER PERMANENTE®

Kaiser Permanente Insurance Company
Notice of Language Assistance

No Cost Language Services. You can get an interpreter. You can get documents read to you and some sent to you in your language. For help, call us at the number listed on your ID card or 1-800-788-0710 For more help call the CA Dept. of Insurance at 1-800-927-4357. TTY users call 711. English

Servicios en otros idiomas sin ningún costo. Puede conseguir un intérprete. Puede conseguir que le lean los documentos y que algunos se le envíen en su idioma. Para obtener ayuda, llámenos al número que aparece en su tarjeta de identificación o al 1-800-788-0710. Para obtener más ayuda, llame al Departamento de Seguro de CA al 1-800-927-4357. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 711. Spanish

免費語言服務。您可使用口譯員。您可請人將文件唸給您聽，並且您可請我們將您的語言版本文件寄給您。如需協助，請致電列於您會員卡上的電話號碼或致電1-800-788-0710與我們聯絡。如需進一步協助，請致電1-800-927-4357與加州保險局聯絡。聽障及語障電話專線使用者請致電711。Chinese

****

No Cost Language Services. You can get an interpreter and get documents read to you in your language. For help, call us at the number listed on your ID card or 1-800-788-0710. For more help call the CA Dept. of Insurance at 1-800-927-4357. TTY users call 711. English

Doo bą́ą́hílínı́góó há ata' hane. Ata' halne'í há shónáot'eeh dóó naaltsoos táá hazaad bee bik'i' aschı́ı́go hach'ı́' yídóoltah biniiyé hach'ı́' ánál'ı́ı́h łeh. Shíká i'doolwoł nínízingo nihich'ı́' hodíílnih kojı́' 1-800-788-0710 éí bee néehózin biniiyé neiyítánígíí bikáá'. Áká e'élyeed jinízingo CA Dept. of Insurance bich'ı́' hojilnih kwe'é 1-800-927-4357. TTY chojooł'ı́ı́go éí íáá bił azhdilchi'. Navajo

Dịch Vụ Ngôn Ngữ Miễn Phí. Quý vị có thể được cấp thông dịch viên và được người đọc tài liệu cho quý vị bằng ngôn ngữ của quý vị. Để được giúp đỡ, xin gọi cho chúng tôi theo số điện thoại ghi trên thẻ ID của quý vị hoặc số 1-800-788-0710. Để được giúp đỡ thêm, xin gọi Bộ Bảo Hiểm CA theo số 1-800-927-4357. Người sử dụng TTY gọi số 711. Vietnamese

무료 언어 서비스. 한국어 통역 서비스 및 한국어로 서류를 낭독해 드리는 서비스를 제공하고 있습니다. 도움이 필요하신 분은 귀하의 ID 카드에 나와 있는 전화번호 또는 1-800-788-0710번으로 문의하십시오. 보다 자세한 사항은 캘리포니아 주 보험국, 전화번호 1-800-927-4357번으로 문의하십시오. TTY 사용자 번호 711. Korean

Mga Libreng Serbisyo kaugnay sa Wika. Maaari kayong kumuha ng tagasalin-wika at hingin na basahin sa inyo ang mga dokumento sa sarili ninyong wika. Para humingi ng tulong, tawagan kami sa numerong nakasulat sa inyong ID card o sa 1-800-788-0710. Para sa karagdagang tulong tawagan ang CA Dept. of Insurance sa 1-800-927-4357. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 711. Tagalog

Անվճար լեզվական ծառայություններ. Դուք կարող եք օգտվել բանավոր թարգմանչի ծառայություններից և խնդրել, որ փաստաթղթերը Ձեր լեզվով կարդան Ձեզ համար: Օգնության համար զանգահարեք մեզ՝ Ձեր ID քարտի վրա նշված կամ 1-800-788-0710 հեռախոսահամարով: Լրացուցիչ օգնության համար զանգահարեք Կալիֆորնիայի ապահովագրության դեպարտամենտ՝ 1-800-927-4357 հեռախոսահամարով: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 711: Armenian

Бесплатные переводческие услуги. Вы можете воспользоваться услугами устного переводчика. Вам могут зачитать документы, а некоторые могут выть отправлены вам на вашем языке. Если вам нужна помощь, позвоните нам по номеру, указанному на вашей идентификационной карточке или 1-800-788-0710. За дополнительной помощью обращайтесь в Департамент страхования штата Калифорния (CA Dept. of Insurance) по телефону 1-800-927-4357. Пользователи TTY, звоните по номеру 711. Russian

言語サービス（無料）。通訳に日本語で書類を読んでもらうことができます。通訳サービスが必要な際は、IDカードに記載の番号、または1-800-788-0710にお電話ください。さらにヘルプが必要な場合は、カリフォルニア州保険庁（1-800-927-4357）にお電話ください。TTYユーザーの方は、711までお電話にてご連絡ください。Japanese

خدمات تسهیلات زبانی رایگان. شما می‌توانید مترجم شفاهی بگیرید. می‌توانید درخواست کنید که اسناد برایتان خوانده و بعضی از آن‌ها به زبان خودتان به شما ارسال شود. برای دریافت راهنمایی، با ما به شماره مندرج در زیر یا شماره روی کارت شناسایی‌تان یا 1-800-788-0710 تماس بگیرید. برای کسب راهنمایی بیشتر، با اداره بیمه کالیفرنیا به شماره 1-800-927-4357 تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند با 711 تماس بگیرند. Farsi

ਬਿਨਾ ਲਾਗਤ ਦੀ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ। ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਦੁਭਾਸ਼ੀਆ ਲੈ ਸਕਦੇ ਹੋ ਅਤੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਕਿਸੇ ਤੋਂ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਪੜ੍ਹਾ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਮਦਦ ਲਈ, ਸਾਨੂੰ ਤੁਹਾਡੇ ਆਈਡੀ ਕਾਰਡ 'ਤੇ ਸੂਚੀਬੱਧ ਨੰਬਰ 'ਤੇ ਜਾਂ 1-800-788-0710 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਹੋਰ ਮਦਦ ਲਈ CA ਬੀਮਾ ਵਿਭਾਗ ਨੂੰ 1-800-927-4357 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। TTY ਵਰਤੋਂਕਾਰ 711 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰਨ। Punjabi

សេវាភាសាឥតគិតថ្លៃ។ អ្នកអាចទទួលបានអ្នកបកប្រែ និងឲ្យគេអានឯកសារជូនអ្នក ជាភាសាផ្សេង។ សំរាប់ជំនួយ សូមទូរស័ព្ទមកគយើង តាមគលមលេខដែលមានគៅគលើប័ណ្ណ ID របស់អ្នក ឬ 1-800-788-0710។ សំរាប់ជំនួយថែមគទៀត ទូរស័ព្ទគៅរកសួងជានារ៉ាប់រង រ៉ែបកាលីហ្វ័រនីញ៉ា តាមគលម 1-800-927-4357។ អ្នកគរបើ TTY គៅគលខ 711។ Khmer

خدمات اللغة بدون تكلفة. يمكنك الحصول على مترجم شفوي وخدمة قراءة المستندات لك بلغتك. للحصول على المساعدة، اتصل بنا على الرقم المدرج في بطاقة الهوية الخاصة بك أو برقم 1-800-788-0710. لمزيد من المساعدة، اتصل بقسم التأمين بولاية كاليفورنيا على الرقم 1-800-927-4357. مستخدمو TTY يمكنهم الاتصال برقم 711. Arabic

Cov Kev Pab Cuam Txhais Lus Dawb. Koj tuaj yeem tau txais ib tus neeg txhais lus thiab txais tau cov ntaub ntawv uas nyeem tag ntawd xa tuaj rau koj muab sau ua koj hom lus xa tuaj Yog xav tau kev pab, hu rau peb ntawm tus xov tooj teev muaj nyob rau ntawm koj daim yuaj ID los yog 1-800-788-0710 Yog xav tau kev pab ntxiv hu rau CA Chaw Ua Hauj Lwm Tswj Kev Tuav Pov Hwm ntawm 1 800-927-4357. Cov neeg siv TTY hu rau 711. Hmong

निःशुल्क भाषा सेवाएं। आप एक दुभाषिया को ले सकते हैं और दस्तावेज़ों को अपनी भाषा में पढ़वा सकते हैं। सहायता के लिए, हमें अपने आईडी कार्ड पर दर्ज नंबर या 1-800-788-0710 पर कॉल करें। अधिक सहायता के लिए सीए बीमा विभाग को 1-800-927-4357 पर कॉल करें। टीटीवाई उपयोगकर्ता 711 पर कॉल करें। Hindi

บริการด้านภาษาโดยไม่มีค่าใช้จ่าย คุณสามารถรับล่ามและรับการอ่านเอกสารให้คุณฟังในภาษาของคุณได้ หากต้องการความช่วยเหลือ โปรดโทรหาเราตามหมายเลขที่ระบุในบัตรประจำตัวประชาชน หรือ 1-800-788-0710 หากต้องการความช่วยเหลือเพิ่มเติม โปรดติดต่อฝ่ายประกันภัยของ CA ที่หมายเลข 1-800-927-4357 ผู้ใช้ TTY โทร 711 ภาษาอังกฤษ Thai