



Tận dụng tối đa chương trình của quý vị

NHẬN BẢN TÓM TẮT QUYỀN LỢI VÀ BẢO HIỂM CỦA QUÝ VỊ

Cảm ơn quý vị đã nộp đơn đăng ký tham gia chương trình Ambetter HMO. Vui lòng đọc **Bảng tóm lược về quyền lợi và quyền lợi bảo hiểm** (Summary of Benefits and Coverage, SBC) của quý vị. Bản tóm tắt quyền lợi và bảo hiểm (SBC) cung cấp cho quý vị một số điều cơ bản về chương trình của quý vị và cách để nhận được dịch vụ chăm sóc khi cần, bao gồm:

- Cách thức chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị hoạt động.
- Danh sách những dịch vụ y tế thông thường được đài thọ và chi phí của những dịch vụ này trong chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị.
- Quyền nộp khiếu nại và kháng cáo của quý vị. Đây là quy trình quý vị dùng để gửi đơn than phiền đến chương trình của mình hoặc yêu cầu sự hỗ trợ của cơ quan quản lý.
- Danh sách các dịch vụ khác được đài thọ hoặc loại bỏ khỏi chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị.
- Ví dụ về cách mà chương trình của quý vị có thể chi trả cho dịch vụ chăm sóc y tế đối với một số tình trạng y tế.
- Cách nhận được sự giúp đỡ bằng ngôn ngữ chính của quý vị.
- Các câu hỏi và câu trả lời (questions and answers, Q&A) thông dụng.



Hiểu rõ bản Tóm tắt quyền lợi và bảo hiểm (SBC) của quý vị rất quan trọng trong việc tận dụng tối đa bảo hiểm sức khỏe của quý vị.

Để xem bản Tóm tắt, tải xuống hoặc in bản sao của bản Tóm tắt quyền lợi và bảo hiểm (SBC) dành cho chương trình năm 2022 của quý vị:

- 1 Hãy truy cập www.myhealthnetca.com/sbc.
- 2 Chọn 2022 Summary of Benefits and Coverage (Bản Tóm tắt quyền lợi và bảo hiểm năm 2022) (Trực tiếp thông qua Health Net).
- 3 Trong phần Các chương trình Ambetter HMO, hãy tìm bản Tóm tắt quyền lợi và bảo hiểm (SBC) để biết chương trình quý vị nộp đơn đăng ký.

Nếu quý vị quan tâm, quý vị có thể gọi đến Trung tâm Liên lạc Hội viên theo số **1-800-839-2172 (TTY: 711)** để nhận bản sao.

Ambetter của chương trình bảo hiểm sức khỏe Health Net HMO được cung cấp bởi Health Net of California, Inc. Health Net of California, Inc. là công ty chi nhánh của Health Net, LLC. Health Net là nhãn hiệu dịch vụ đã đăng ký của Health Net, LLC. Mọi quyền được bảo lưu.

FLY0311423VH01w (1/22)



Đơn ghi danh chương trình bảo hiểm dành cho cá nhân và gia đình

Ambetter HMO



Ngày hiệu lực được yêu cầu

 / /

ĐƠN GHI DANH PHẢI ĐƯỢC ĐÁNH MÁY HOẶC ĐIỀN BẰNG MỰC XANH HOẶC MỰC ĐEN.

Ngày quyền lợi bảo hiểm có hiệu lực: Bảo hiểm chỉ được cung cấp khi ghi danh trong giai đoạn ghi danh tự do thường niên, từ ngày 1 tháng 11, 2021, đến hết ngày 31 tháng 1, 2022, hoặc trong giai đoạn ghi danh đặc biệt. Các đơn ghi danh phải được gửi đến trong vòng 60 ngày kể từ ngày diễn ra sự kiện đủ điều kiện. Thông thường, đối với các đơn nhận được từ ngày 1 đến ngày 15, quyền lợi bảo hiểm sẽ có hiệu lực vào ngày đầu tiên của tháng sau khi nộp đơn. Đối với các đơn nhận được từ ngày 16 đến cuối tháng, quyền lợi bảo hiểm sẽ có hiệu lực vào ngày đầu tiên của tháng thứ hai sau khi nộp đơn.

Nếu hiện tại quý vị đang ghi danh vào một chương trình Medicare, quý vị sẽ không đủ tiêu chuẩn để nộp đơn tham gia Chương trình bảo hiểm dành cho cá nhân và gia đình.

Health Net yêu cầu cung cấp **số An sinh xã hội (Social Security number, SSN)** đối với tất cả những người ghi danh nhận quyền lợi bảo hiểm sức khỏe, bao gồm cả vợ/chồng và con cái phụ thuộc, hoặc **Mã số thuế (Tax Identification Number, TIN)** đối với người nộp đơn chính. Điều này được yêu cầu để chúng tôi có thể xác minh quyền lợi bảo hiểm cho tờ khai thuế của quý vị, theo quy định của Đạo luật chăm sóc y tế vừa khả năng và Dự luật thượng viện 78. Quý vị vẫn có thể nộp đơn đăng ký quyền lợi bảo hiểm và quyền lợi bảo hiểm sẽ không bị từ chối, nếu quý vị không thể cung cấp số An sinh xã hội (SSN) hoặc Mã số thuế (TIN) cho bản thân quý vị hoặc số An sinh xã hội (SSN) cho các thành viên khác trong gia đình. Health Net sẽ không sử dụng số An sinh xã hội (SSN) hoặc Mã số thuế (TIN) của quý vị cho các mục đích khác hoặc sẽ không chia sẻ với bất cứ ai khác ngoại trừ theo quy định của pháp luật. Đối với trẻ sơ sinh, quý vị có sáu tháng để cung cấp số An sinh xã hội (SSN) của trẻ sơ sinh.

ĐẠI DIỆN/NHÀ MÔI GIỚI KHÔNG ĐƯỢC KÝ VÀO ĐƠN NÀY VÀ THỎA THUẬN THAY MẶT CHO NGƯỜI NỘP ĐƠN.

LƯU Ý QUAN TRỌNG: Vui lòng xem Phần VI nếu người nộp đơn không đọc/viết tiếng Anh. Đơn ghi danh chương trình bảo hiểm dành cho cá nhân và gia đình Ambetter HMO được cung cấp bằng các phiên bản ngôn ngữ tiếng Tây Ban Nha, tiếng Trung Quốc, tiếng Hàn Quốc và tiếng Việt. Quý vị cũng có thể nhờ ai đó giúp đọc cho quý vị nghe. Để được trợ giúp miễn phí, vui lòng gọi 1-877-609-8711. Nếu quý vị cần hỗ trợ điền đơn này, đại diện/nhà môi giới có thể hỗ trợ quý vị. Đại diện/nhà môi giới đã giúp quý vị đọc và hoàn thành đơn ghi danh này phải ký tên vào đơn (xem Phần VII).

Tôi (và những người phụ thuộc của tôi, nếu có) làm đơn trong thời gian: ☐ Thời hạn ghi danh tự do thường niên

☐ Thời hạn ghi danh đặc biệt (xem Phần IV)

Phần I. Thông tin của người nộp đơn

☐ Đơn mới (Đánh dấu vào kiểu gia đình bên dưới)

- ☐ Bản thân ☐ Bản thân và vợ/chồng ☐ Bản thân và người yêu sống chung ☐ Bản thân và một người con
☐ Bản thân và hai người con trở lên ☐ Bản thân, vợ/chồng và con cái ☐ Bản thân, người yêu sống chung và con cái
☐ Chỉ một người con¹ ☐ Yêu cầu thay đổi

☐ Thêm người phụ thuộc (Điền vào phần thông tin của người ghi danh bảo hiểm chính bên dưới, sau đó điền phần thông tin của người phụ thuộc trong Phần III.)

Họ của người nộp đơn chính:	Tên:	Tên đệm viết tắt: ☐ Nam ☐ Nữ
-----------------------------	------	---

Địa chỉ đường phố thường trú:²

Thành phố:	Tiểu bang:	Mã ZIP:	Quận mà người nộp đơn hiện đang cư trú:
------------	------------	---------	---

Địa chỉ lập hóa đơn / gửi thư:

Số điện thoại di động: ()	Số điện thoại bổ sung: ☐ Nhà ☐ Nơi làm việc ()	Địa chỉ email:
-------------------------------	--	----------------

Ngày sinh của người nộp đơn chính (tháng dạng hai chữ số/ngày dạng hai chữ số/năm dạng hai chữ số): / /	Số An sinh xã hội của người nộp đơn chính: - -	Mã số thuế của người nộp đơn chính:
---	---	-------------------------------------

Hiện tại quý vị có đang là hội viên của Health Net không? ☐ Có ☐ Không
 Nếu "Có," vui lòng cung cấp ID hội viên của người ghi danh bảo hiểm chính:

ID bác sĩ gia đình:	ID nhóm chính:	Bệnh nhân hiện tại: ☐ Có ☐ Không
---------------------	----------------	--

Vui lòng chọn ngôn ngữ ưu tiên của quý vị (tùy chọn): ☐ Tiếng Anh ☐ Tiếng Tây Ban Nha
☐ Tiếng Trung Quốc ☐ Tiếng Hàn Quốc ☐ Tiếng Việt

(tiếp)

¹Những người nộp đơn trong các chương trình bảo hiểm chỉ dành cho trẻ em phải dưới 18 tuổi vào ngày quyền lợi bảo hiểm được yêu cầu có hiệu lực. Mỗi trẻ từ 18 tuổi trở lên phải nộp đơn ghi danh cá nhân riêng.

²Xem trang 9, Phần V. "Yêu cầu cung cấp bằng chứng về tình trạng thường trú."



Phần I. Thông tin của người nộp đơn (tiếp)

Vui lòng chọn dân tộc và/hoặc chủng tộc của người nộp đơn chính:

Dân tộc:

- ☐ Người gốc Tây Ban Nha, Latinh hoặc người Tây Ban Nha (nếu đúng, vui lòng đánh dấu người nước nào, nếu có):
- ☐ Người Mexico ☐ Người Cuba
- ☐ Người El Salvador ☐ Người Puerto Rico
- ☐ Người Guatemala

Chủng tộc:

- ☐ Người da trắng ☐ Người Hawaii bản địa ☐ Người Trung Quốc ☐ Người Lào
- ☐ Người da đen hoặc người Mỹ gốc Phi ☐ Người Guam hoặc người Chamorro ☐ Người Philippines ☐ Người Việt Nam
- ☐ Người Mỹ bản địa hoặc người Alaska bản địa ☐ Người Samoa ☐ Người H'mông ☐ Chủng tộc khác
- ☐ Người châu Á bản địa ☐ Người Nhật Bản
- ☐ Người Campuchia ☐ Người Hàn Quốc

☐ Từ chối trả lời dân tộc/chủng tộc của người nộp đơn.

Phần II. Lựa chọn quyền lợi bảo hiểm và thông tin thanh toán

A. Lựa chọn quyền lợi bảo hiểm

Các chương trình Ambetter HMO của Health Net of California, Inc. sử dụng hệ thống nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe CommunityCare HMO.

- ☐ **Platinum 90 Ambetter PPO**
- ☐ **Gold 80 Ambetter HMO**
- ☐ **Silver 70 Off Exchange Ambetter HMO**

Quyền lợi bảo hiểm tùy chọn: Chương trình bảo hiểm nha khoa/nhân khoa cho người lớn (từ 19 tuổi trở lên).

- ☐ **Dental and Vision Plus** – Nếu chương trình bảo hiểm Dental and Vision Plus được mua cho người nộp đơn chính, tất cả các thành viên trong gia đình từ 19 tuổi trở lên cũng sẽ được ghi danh vào chương trình bảo hiểm Dental and Vision Plus. Dental and Vision Plus chỉ có thể được mua cùng với, hoặc thêm vào, quyền lợi bảo hiểm y tế trong thời hạn ghi danh tự do hoặc thời hạn ghi danh đặc biệt.

Lưu ý: Tất cả các chương trình bảo hiểm y tế bao gồm bảo hiểm nha khoa trẻ em và bảo hiểm nhân khoa trẻ em. Các cá nhân sẽ nhận được bảo hiểm nha khoa và nhân khoa trẻ em theo các chương trình bảo hiểm y tế cho đến ngày cuối cùng của tháng mà cá nhân bước sang tuổi 19.

B. Thông tin thanh toán (Yêu cầu thanh toán lệ phí bảo hiểm đầy đủ hàng tháng đầu tiên để đơn của quý vị được xem xét.)

Khoản thanh toán lệ phí bảo hiểm đầu tiên

- ☐ Thanh toán bằng séc, séc ngân hàng hoặc ngân phiếu (Số tiền phải khớp với lệ phí bảo hiểm hàng tháng). Thanh toán bằng thẻ ghi nợ trả trước, thẻ ghi nợ ngân hàng, tài khoản ngân hàng hoặc thẻ tín dụng của quý vị được chấp nhận nếu quý vị ghi danh trực tuyến. Để ghi danh trực tuyến, vui lòng truy cập www.myhealthnetca.com

Gửi đơn qua đường bưu điện

Gửi đơn đã hoàn thành qua đường bưu điện tới:

Health Net Individual & Family
Enrollment
PO Box 989731
West Sacramento, CA 95798-9731

Gửi đơn bằng fax

Gửi fax đơn đã hoàn thành tới:
1-800-977-4161

Gửi séc, séc ngân hàng hoặc ngân phiếu của quý vị qua đường bưu điện

Hoàn thành mẫu đơn trên trang 15 và gửi cùng với séc, séc ngân hàng hoặc ngân phiếu của quý vị tới:

Health Net CA Individual
PO Box 748705
Los Angeles, CA 90074-8705

Các hội viên hiện tại có thể đăng nhập vào www.myhealthnetca.com và chọn *Pay My Bill* (Thanh toán hóa đơn của tôi) trong phần "For Members" (Dành cho hội viên).

Thanh toán lệ phí ghi danh bảo hiểm

Người ghi danh bảo hiểm chịu trách nhiệm thanh toán lệ phí ghi danh bảo hiểm cho Health Net.



Phần III. (Các) thành viên trong gia đình sẽ được ghi danh

Liệt kê tất cả các thành viên gia đình đủ tiêu chuẩn sẽ được ghi danh ngoài quý vị. Nếu họ của một thành viên trong gia đình được liệt kê khác với họ của quý vị, vui lòng giải thích vào một tờ giấy riêng. Đối với những người phụ thuộc bổ sung, vui lòng đính kèm một tờ khác có điền thông tin được yêu cầu.

☐ Đánh dấu vào đây nếu đính kèm một trang bổ sung. Vui lòng viết số An sinh xã hội hoặc Mã số thuế của người nộp đơn chính ở góc trên bên phải của trang bổ sung.

Lưu ý: Nếu một thành viên gia đình đang yêu cầu một chương trình bảo hiểm y tế khác với người ghi danh bảo hiểm chính, cần điền và nộp một đơn riêng cho mỗi thành viên gia đình yêu cầu một chương trình khác. Tham gia một chương trình khác có nghĩa là mỗi người sẽ phải chịu khoản khấu trừ và chi phí tự trả tối đa cá nhân của chương trình đã chọn và gia đình không thể gộp chung vào khoản khấu trừ và/hoặc chi phí tự trả tối đa của gia đình.

Để được hưởng quyền lợi bảo hiểm cho đối tượng người yêu sống chung, phải đáp ứng tất cả các yêu cầu về tính hội đủ tiêu chuẩn, theo quy định của luật pháp hiện hành của Tiểu bang California, và phải nộp Tuyên bố chung về tình trạng chung sống không hôn nhân cho Chánh văn phòng Tiểu bang California.

Lựa chọn nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe:

Quý vị phải chọn một nhóm bác sĩ và một bác sĩ gia đình. Quý vị có thể chọn cùng một hoặc khác nhóm bác sĩ và bác sĩ gia đình cho mỗi thành viên trong gia đình mà quý vị đang ghi danh. Nếu quý vị không chọn bác sĩ gia đình, chúng tôi sẽ chọn cho quý vị một bác sĩ gia đình trong khu vực của quý vị.

Để tìm danh sách cập nhật nhất về các bác sĩ ký hợp đồng với Health Net, hãy đăng nhập vào www.myhealthnetca.com sau đó truy cập *Find a Doctor* (Tìm một bác sĩ). Quý vị sẽ tìm thấy một danh sách đầy đủ các bác sĩ thuộc hệ thống của Chương trình bảo hiểm dành cho cá nhân và gia đình của chúng tôi và quý vị có thể tìm kiếm theo tên chuyên khoa, thành phố, quận hoặc tên bác sĩ. Quý vị cũng có thể gọi đến số 1-877-609-8711 để yêu cầu thông tin của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc liên lạc với đại diện/nhà môi giới được Health Net ủy quyền.

Nếu quý vị mua bảo hiểm Dental and Vision Plus tùy chọn, vui lòng cung cấp số nha sĩ cho nha sĩ thuộc Tổ chức duy trì sức khỏe (Health maintenance organization, HMO) mà quý vị đã chọn. Quý vị có thể chọn một nha sĩ khác cho từng thành viên trong gia đình. Nếu quý vị không chọn một văn phòng nha khoa, thì chúng tôi sẽ chọn cho quý vị một văn phòng nha khoa trong khu vực của quý vị. Để biết tên, địa chỉ, số nha sĩ chính và số điện thoại của các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe nha khoa tham gia, hoặc để được trợ giúp trong việc lựa chọn nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, hãy gọi cho Health Net theo số 1-866-249-2382 hoặc truy cập www.yourdentalplan.com/healthnet.

Mối quan hệ	Họ	Tên	TÊN ĐỆM VIẾT TẮT
☐ Vợ/chồng ☐ Người yêu sống chung	☐ Nam ☐ Nữ		
Số An sinh xã hội		Ngày sinh	
- -		/ /	
ID bác sĩ gia đình của CommunityCare HMO (Yêu cầu đối với các chương trình Ambetter HMO)		ID nhóm bác sĩ của CommunityCare HMO	
Nếu mua chương trình bảo hiểm Dental and Vision Plus dành cho người lớn, xin lưu ý số của nha sĩ chính HMO			
Mối quan hệ: Người con 1	Họ	Tên	TÊN ĐỆM VIẾT TẮT
☐ Con trai ☐ Con gái			
Số An sinh xã hội		Ngày sinh	
- -		/ /	
ID bác sĩ gia đình của CommunityCare HMO (Yêu cầu đối với các chương trình Ambetter HMO)		ID nhóm bác sĩ của CommunityCare HMO	
Nếu mua chương trình bảo hiểm Dental and Vision Plus dành cho người lớn, xin lưu ý số của nha sĩ chính HMO			

(tiếp)



Phần III. (Các) thành viên gia đình sẽ được ghi danh (tiếp)

Mối quan hệ: Người con 2	Họ	Tên	TÊN ĐỆM VIẾT TẮT
☐ Con trai ☐ Con gái			

Số An sinh xã hội	Ngày sinh
- -	/ /

ID bác sĩ gia đình của CommunityCare HMO (Yêu cầu đối với các chương trình Ambetter HMO)	ID nhóm bác sĩ của CommunityCare HMO

Nếu mua chương trình bảo hiểm Dental and Vision Plus dành cho người lớn, xin lưu ý số của nha sĩ chính HMO

Mối quan hệ: Người con 3	Họ	Tên	TÊN ĐỆM VIẾT TẮT
☐ Con trai ☐ Con gái			

Số An sinh xã hội	Ngày sinh
- -	/ /

ID bác sĩ gia đình của CommunityCare HMO (Yêu cầu đối với các chương trình Ambetter HMO)	ID nhóm bác sĩ của CommunityCare HMO

Nếu mua chương trình bảo hiểm Dental and Vision Plus dành cho người lớn, xin lưu ý số của nha sĩ chính HMO

Bổ sung trẻ sơ sinh hoặc trẻ nhận nuôi vào hợp đồng bảo hiểm hiện có

Họ của trẻ sơ sinh/trẻ nhận nuôi:	Tên:	Tên đệm viết tắt:
-----------------------------------	------	-------------------

Ngày hiệu lực: ³ (tháng dạng hai chữ số/ngày dạng hai chữ số/năm dạng hai chữ số): / /	Ngày sinh của trẻ sơ sinh/con nuôi (tháng dạng hai chữ số/ngày dạng hai chữ số/năm dạng hai chữ số): / /	Ngày nhận con nuôi/sắp xếp nhận con nuôi (tháng dạng hai chữ số/ngày dạng hai chữ số/năm dạng hai chữ số): / /	☐ Nam ☐ Nữ
--	---	---	---

Số An sinh xã hội: - -	ID hội viên của người ghi danh bảo hiểm chính:
---------------------------	--

Nếu quý vị thêm một trẻ sơ sinh/con nuôi đủ tiêu chuẩn vào một chương trình Ambetter HMO, quý vị phải chọn một bác sĩ gia đình đến từ Hệ thống CommunityCare HMO. Nếu quý vị không chọn bác sĩ gia đình, chúng tôi sẽ chọn cho quý vị một bác sĩ gia đình trong khu vực của quý vị.

ID bác sĩ gia đình:	Bệnh nhân hiện tại: ☐ Có ☐ Không
---------------------	--

ĐIỀU KIỆN CHUNG: Nếu đơn của quý vị không được gửi đến trong vòng 60 ngày kể từ ngày sinh con hoặc ngày nhận con nuôi, Health Net of California, Inc. (Health Net) sẽ yêu cầu hoàn thành đơn tiêu chuẩn. Không có phòng ban, cán bộ, đại diện hoặc nhân viên nào khác của Health Net được phép cấp ghi danh. Nhà môi giới hoặc đại diện của người ghi danh bảo hiểm không thể cấp phê duyệt, thay đổi điều khoản hoặc miễn trừ các yêu cầu của đơn này. Đơn này sẽ trở thành một phần của Hợp đồng chương trình.

Vui lòng nộp lệ phí bảo hiểm tháng đầu tiên cho trẻ sơ sinh hoặc trẻ được nhận nuôi. **Vui lòng lưu ý:** Nếu ngày quyền lợi bảo hiểm có hiệu lực của đứa trẻ đó không phải là ngày đầu tiên của tháng, quý vị sẽ phải trả thêm lệ phí bảo hiểm được chia theo tỷ lệ, sẽ được thêm vào hóa đơn tính lệ phí bảo hiểm thông thường tiếp theo của quý vị.

Người ghi danh bảo hiểm phải ký tên vào đơn và Điều khoản phân xử qua trọng tài. Người ghi danh bảo hiểm phải đích thân ký tên của mình bằng mực và đồng ý tuân thủ Điều khoản phân xử qua trọng tài và các điều khoản, điều kiện và quy định của đơn và Hợp đồng chương trình để đơn này được xử lý. Để đơn này được xem xét, người môi giới cũng như bất kỳ người nào khác đều không được ký tên vào đơn này và Điều khoản phân xử qua trọng tài.

³Ngày có hiệu lực sẽ là ngày sinh hoặc ngày nhận con nuôi (hoặc sắp xếp nhằm mục đích nhận nuôi nếu sớm hơn) nếu đơn được gửi đến trong vòng 60 ngày kể từ ngày sinh hoặc ngày nhận con nuôi.



Phần IV. Thời hạn ghi danh đặc biệt

Ngoài thời hạn ghi danh tự do, quý vị và những người phụ thuộc của quý vị có đủ tiêu chuẩn để ghi danh hoặc thay đổi chương trình trong thời hạn ghi danh đặc biệt, trong vòng 60 ngày kể từ ngày xảy ra một số sự kiện đủ điều kiện. Thông thường, đối với các đơn nhận được từ ngày 1 đến ngày 15, quyền lợi bảo hiểm sẽ có hiệu lực vào ngày đầu tiên của tháng sau khi nộp đơn. Đối với các đơn nhận được từ ngày 16 đến cuối tháng, quyền lợi bảo hiểm sẽ có hiệu lực vào ngày đầu tiên của tháng thứ hai sau khi nộp đơn. **Các trường hợp ngoại lệ đối với những ngày có hiệu lực này bao gồm sinh con, nhận con nuôi, sắp xếp để nhận con nuôi, hoặc thông qua lệnh cấp dưỡng nuôi con hoặc lệnh khác của tòa án, sẽ có hiệu lực từ ngày diễn ra sự kiện đủ điều kiện hoặc lệnh của tòa án. Hôn nhân sẽ có hiệu lực vào ngày đầu tiên của tháng sau khi nhận đơn.** Đơn ghi danh phải được gửi đến trong vòng 60 ngày⁴ từ ngày diễn ra sự kiện đủ điều kiện. Bắt buộc phải cung cấp bằng chứng về sự kiện đủ điều kiện. Vui lòng viết trong phần sự kiện đủ điều kiện áp dụng dưới đây và tên của người được áp dụng. Để bổ sung người phụ thuộc, vui lòng đính kèm một tờ giấy riêng.

Sự kiện đủ điều kiện số (xem bảng trên trang tiếp theo)	Ngày xảy ra sự kiện	Người nộp đơn chính	Vợ/chồng/Bạn đời sống chung	Người phụ thuộc 1	Người phụ thuộc 2	Người phụ thuộc 3

⁴Nếu đơn của quý vị được gửi đến trước khi mất quyền lợi bảo hiểm, ngày hiệu lực của quý vị sẽ là ngày đầu tiên của tháng sau khi mất quyền lợi bảo hiểm. Nếu đơn ghi danh được gửi đến trong thời gian 60 ngày sau khi mất quyền lợi bảo hiểm, ngày có hiệu lực sẽ là ngày đầu tiên của tháng sau khi nhận đơn.

(tiếp theo)



Phần IV. Thời hạn ghi danh đặc biệt (tiếp)

Sự kiện đủ điều kiện

Ví dụ về tài liệu California

1) Cá nhân đủ điều kiện hoặc người phụ thuộc của cá nhân đủ điều kiện mất quyền lợi bảo hiểm cần thiết tối thiểu có thể do một trong những lý do sau (không bao gồm tự nguyện chấm dứt quyền lợi bảo hiểm trước đây hoặc chấm dứt do không thanh toán lệ phí bảo hiểm). Đối với những sự kiện này, quý vị có thể có đủ tiêu chuẩn để ghi danh 60 ngày trước hoặc sau sự kiện đủ điều kiện: A. Nhân viên được đài thọ qua đời. B. Nhân viên được đài thọ chấm dứt hợp đồng lao động hoặc giảm giờ làm việc. C. Nhân viên được đài thọ ly hôn hoặc ly thân hợp pháp với vợ/chồng của nhân viên. D. Nhân viên được đài thọ được hưởng các quyền lợi theo Medicare. E. Con cái phụ thuộc không còn là con cái phụ thuộc theo các yêu cầu áp dụng chung của chương trình. F. Kiện tụng trong vụ kiện phá sản theo Tiêu đề 11, bắt đầu vào hoặc sau ngày 1 tháng 7, 1986, liên quan đến hãng sở mà nhân viên được đài thọ nghỉ hưu bất cứ lúc nào. Trong trường hợp này, việc mất quyền lợi bảo hiểm bao gồm việc loại bỏ đáng kể quyền lợi bảo hiểm đối với người hưởng đủ điều kiện (vợ/chồng/bạn đời sống chung, con cái phụ thuộc hoặc vợ/chồng/bạn đời sống chung còn sống) trong vòng một năm trước hoặc sau ngày bắt đầu kiện tụng. G. Được ghi danh vào bất kỳ chương trình bảo hiểm sức khỏe theo nhóm trong năm không tính theo lịch hoặc bất kỳ quyền lợi bảo hiểm sức khỏe cá nhân nào, ngay cả khi cá nhân đủ điều kiện hoặc người phụ thuộc của cá nhân đủ điều kiện có lựa chọn gia hạn quyền lợi bảo hiểm đó. Ngày mất quyền lợi bảo hiểm là ngày cuối cùng của chương trình bảo hiểm hoặc năm hợp đồng bảo hiểm. H. Mất quyền lợi bảo hiểm cần thiết tối thiểu vì bất kỳ lý do nào khác ngoài việc không trả lệ phí bảo hiểm hoặc các trường hợp cho phép hủy bỏ vì gian lận hoặc cố ý trình bày sai dữ kiện quan trọng. I. Chấm dứt các khoản đóng góp của hãng sở. J. Hết quyền đài thọ bảo hiểm tiếp tục Đạo luật Phân bổ ngân sách đồng bộ hợp nhất (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA). K. Cá nhân đủ điều kiện mất quyền lợi bảo hiểm cần thiết về mặt y tế theo Medi-Cal hoặc Medicaid (không bao gồm tự nguyện chấm dứt quyền lợi bảo hiểm trước đây của quý vị hoặc chấm dứt do không thanh toán lệ phí bảo hiểm). L. Cá nhân đủ điều kiện mất quyền lợi bảo hiểm liên quan đến tình trạng mang thai theo Medi-Cal hoặc Medicaid (không bao gồm tự nguyện chấm dứt quyền lợi bảo hiểm trước đây của quý vị hoặc chấm dứt do không thanh toán lệ phí bảo hiểm).	Bản sao của một trong những tài liệu sau: - Mặt trước và mặt sau của thẻ nhận dạng (ID) của công ty bảo hiểm trước đây. - Thư từ công ty bảo hiểm trước đây nêu rõ mất quyền lợi bảo hiểm. - Xác nhận chấm dứt hợp đồng lao động hoặc giảm giờ làm từ hãng sở (phải ghi trên tiêu đề thư của hãng sở và có chữ ký của ban quản trị của hãng sở). • Thư từ người nộp đơn hỗ trợ sự kiện đủ điều kiện. • Thư từ công ty bảo hiểm trước đây nêu rõ mất quyền lợi bảo hiểm. Thông báo từ hãng sở về việc chấm dứt các khoản đóng góp. Hồ sơ tài liệu COBRA phản ánh việc hết quyền lợi bảo hiểm. Tài liệu về Medi-Cal hoặc Medicaid. Tài liệu về Medi-Cal hoặc Medicaid.
2) A. Cá nhân đủ điều kiện có một người phụ thuộc hoặc trở thành người phụ thuộc thông qua hôn nhân, chung sống không hôn nhân, sinh con, nhận con nuôi, sắp xếp nhận con nuôi hoặc đảm đương mối quan hệ cha mẹ-con cái. B. Người ghi danh mất người phụ thuộc hoặc không còn được coi là người phụ thuộc thông qua ly hôn hoặc ly thân hợp pháp theo quy định của pháp luật Tiểu bang tại Tiểu bang xảy ra ly hôn hoặc ly thân hợp pháp, hoặc nếu người ghi danh, hoặc người phụ thuộc của người ghi danh qua đời.	- Giấy chứng nhận kết hôn. - Tuyên ngôn về sự chung sống không hôn nhân. - Giấy chứng nhận chung sống không hôn nhân đã đăng ký. - Bản khai có công chứng về việc đảm đương mối quan hệ cha mẹ-con cái. - Giấy khai sinh. - Hồ sơ xuất viện. - Chuẩn bị hồ sơ tài liệu theo lệnh của tòa án để nhận con nuôi. - Giấy chứng nhận quyết định ly hôn. - Thỏa thuận ly thân hợp pháp. - Giấy chứng tử.



Phần IV. Thời hạn ghi danh đặc biệt (tiếp)

Sự kiện đủ điều kiện	Ví dụ về tài liệu California
3) Việc ghi danh hoặc không ghi danh vào một chương trình bảo hiểm sức khỏe của cá nhân đủ điều kiện hoặc người phụ thuộc của cá nhân đủ điều kiện, là vô tình, vô ý hoặc sai lầm và là do nhầm lẫn, trình bày sai, hành vi sai trái hoặc thụ động của một cán bộ, nhân viên, thực thể không thuộc Exchange cung cấp hỗ trợ ghi danh hoặc tiến hành các hoạt động ghi danh, hoặc đại diện của Exchange hoặc Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh, hoặc các công cụ được đánh giá và xác định bởi Exchange.	- Mặt trước và mặt sau thẻ ID của công ty bảo hiểm trước đây. - Thư từ Exchange hoặc Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh (Health and Human Services, HHS) về việc nộp giấy tờ liên quan đến sự kiện đủ điều kiện.
4) Chương trình bảo hiểm sức khỏe trong đó người ghi danh, hoặc người phụ thuộc của người ghi danh được ghi danh đã vi phạm đăng ký một điều khoản quan trọng trong hợp đồng của mình.	Tài liệu giải quyết từ Exchange hoặc chương trình bảo hiểm khác.
5) Cá nhân đủ điều kiện hoặc người ghi danh, hoặc người phụ thuộc của cá nhân đủ điều kiện hoặc của người ghi danh, có quyền truy cập vào chương trình bảo hiểm sức khỏe mới do di chuyển dài hạn.	Bản sao bằng chứng cư trú được chấp nhận: - Giấy phép lái xe hoặc thẻ nhận dạng hiện hành. - Mẫu đăng ký phương tiện hiện hành và hợp lệ của tiểu bang đúng tên người nộp đơn. - Bằng chứng việc làm của người nộp đơn. - Bằng chứng người nộp đơn đã đăng ký với một cơ quan việc làm công cộng hoặc tư nhân. - Bằng chứng cho thấy người nộp đơn đã ghi danh cho con cái của người nộp đơn tại trường học. - Bằng chứng về việc người nộp đơn đang nhận được trợ cấp công cộng. - Giấy biên nhận đăng ký cử tri, thẻ thông báo cử tri hoặc bản tóm tắt đăng ký cử tri. - Hóa đơn dịch vụ tiện ích hiện tại đúng tên người nộp đơn. - Biên lai tiền thuê hoặc tiền thế chấp hiện tại đúng tên người nộp đơn. Biên lai tiền thuê được cung cấp bởi người thân sẽ không được chấp nhận. - Chứng thư thế chấp chứng minh tình trạng cư trú chính. - Hợp đồng cho thuê đúng tên người nộp đơn. - Thư gửi chính phủ đúng tên người nộp đơn (thông báo của Sở An sinh Xã hội (Social Security Administration, SSA), thông báo của Nha lộ vận (Department of Motor Vehicles, (DMV), v.v.). - Hóa đơn điện thoại di động. - Bảng sao kê thẻ tín dụng. - Bảng sao kê ngân hàng hoặc séc bị hủy có tên và địa chỉ được viết chữ in. - Thư xác nhận thay đổi địa chỉ của Cơ quan Dịch vụ Bưu chính Hoa Kỳ. - Hợp đồng hoặc biên nhận của công ty chuyển nhà có nêu địa chỉ của quý vị. - Nếu quý vị đang sống trong nhà của một người khác, như một thành viên trong gia đình, bạn bè hoặc bạn cùng phòng, quý vị có thể gửi thư/thông báo của người đó nói rằng quý vị sống với họ và không chỉ là tạm thời đến chơi. Người này phải chứng minh tình trạng cư trú của chính họ bằng cách gửi kèm một trong các tài liệu được liệt kê ở trên. - Nếu quý vị là người vô gia cư hoặc đang sống trong nhà ở chuyển tiếp, quý vị có thể gửi thư hoặc thông báo của một cư dân khác ở cùng tiểu bang, nói rằng họ biết quý vị sống ở đâu và có thể xác minh rằng quý vị sống trong khu vực này và không chỉ tạm thời đến chơi. Người này phải chứng minh tình trạng cư trú của chính họ bằng cách gửi kèm một trong các tài liệu được liệt kê ở trên. - Thư của một nhà cung cấp dịch vụ xã hội phi lợi nhuận (ngoại trừ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe phi lợi nhuận) tại địa phương hoặc cơ quan chính phủ (bao gồm nhà nường thân) có thể xác nhận rằng quý vị sống trong khu vực này và không chỉ là đến chơi.
6) Cá nhân đủ điều kiện bắt buộc phải được đòi hỏi với tư cách người phụ thuộc theo lệnh có hiệu lực của tòa án tiểu bang hoặc liên bang.	Tài liệu tòa án.
7) Cá nhân đủ điều kiện đã được ra tù.	Giấy tờ về việc quản chế hoặc tạm tha thể hiện ngày xảy ra sự kiện.

(tiếp)



Phân IV. Thời hạn ghi danh đặc biệt (tiếp)		
Sự kiện đủ điều kiện	Ví dụ về tài liệu California	
8) Cá nhân đủ điều kiện đã nhận các dịch vụ theo một chương trình quyền lợi sức khỏe khác từ một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe ký hợp đồng hiện không còn tham gia vào hệ thống của chương trình bảo hiểm sức khỏe đó vì bất kỳ điều kiện nào sau đây: (a) tình trạng cấp tính (tình trạng y tế liên quan đến sự khởi phát đột ngột của các triệu chứng do bệnh tật, chấn thương hoặc vấn đề y tế khác cần được chăm sóc y tế kịp thời và có thời gian hạn chế); (b) tình trạng mạn tính nghiêm trọng (tình trạng y tế do bệnh tật, ốm đau, hoặc vấn đề y tế khác hoặc rối loạn y tế có tính chất nghiêm trọng và kéo dài dai dẳng mà không được chữa trị đầy đủ hoặc trở nên trầm trọng hơn trong một thời gian dài hoặc cần điều trị liên tục để duy trì thuyền giảm hoặc ngăn ngừa suy giảm sức khỏe); (c) bệnh nan y (tình trạng không thể chữa khỏi hoặc không thể hồi phục có nguy cơ gây tử vong cao trong vòng một năm hoặc ít hơn); (d) tình trạng mang thai; (e) chăm sóc trẻ sơ sinh từ khi sinh đến 36 tháng; hoặc (f) phẫu thuật hoặc thủ thuật khác đã được nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khuyến nghị và ghi lại diễn ra trong vòng 180 ngày kể từ ngày chấm dứt hợp đồng hoặc trong vòng 180 ngày kể từ ngày quyền lợi bảo hiểm có hiệu lực đối với hội viên mới được đài thọ, và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe đó không còn tham gia vào chương trình bảo hiểm sức khỏe.	- Thư từ chương trình bảo hiểm sức khỏe ghi lại việc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe không còn tham gia hệ thống. VÀ - Thư của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe ghi lại tình trạng của người ghi danh.	
9) Cá nhân đủ điều kiện chứng minh với Exchange rằng cá nhân đủ điều kiện đó đã không ghi danh vào chương trình quyền lợi sức khỏe trong thời hạn ghi danh ngay trước đó dành cho cá nhân đó vì cá nhân đủ điều kiện đã hiểu sai rằng cá nhân đủ điều kiện được đài thọ theo quyền lợi bảo hiểm cần thiết tối thiểu.	- Thư của người nộp đơn chứng minh sự kiện đủ điều kiện. - Bản sao thư gia hạn chương trình.	
10) Cá nhân đủ điều kiện là thành viên của lực lượng dự bị của quân đội Hoa Kỳ trở về sau khi hoàn thành nghĩa vụ quân sự hoặc là thành viên của Lực lượng Vệ binh Quốc gia California trở về sau khi hoàn thành nghĩa vụ quân sự theo Tiêu đề 32 của Bộ luật Hoa Kỳ.	Tài liệu về việc hoàn thành nghĩa vụ quân sự.	
11) Mới đủ tiêu chuẩn hoặc không đủ tiêu chuẩn được ứng trước trong tín dụng thuế trả lệ phí bảo hiểm hoặc có sự thay đổi về tính hội đủ tiêu chuẩn để giảm khoản chia sẻ chi phí.	Giấy tờ về Tín dụng thuế ứng trước để trả lệ phí bảo hiểm (Advanced Premium Tax Credit, APTC) cho biết quý vị đủ tiêu chuẩn được nhận trợ cấp lệ phí bảo hiểm nào.	
12) Cá nhân hoặc người ghi danh đủ điều kiện là nạn nhân của tình trạng lạm dụng gia đình hoặc bỏ rơi vợ/chồng, bao gồm nạn nhân là người phụ thuộc hoặc chưa kết hôn trong một hộ gia đình, được ghi danh vào quyền lợi bảo hiểm cần thiết tối thiểu và tìm cách ghi danh hưởng quyền lợi bảo hiểm tách biệt với người gây ra tình trạng lạm dụng hoặc bỏ bê; hoặc là người phụ thuộc của nạn nhân thuộc trường hợp lạm dụng trong gia đình hoặc bỏ bê vợ/chồng, trên cùng một đơn với tư cách là nạn nhân.	Một tuyên bố bằng văn bản có chữ ký theo hình phạt khai man nêu rõ tên quý vị và tên của các nạn nhân chịu tình trạng lạm dụng trong gia đình đã ghi danh nhận quyền lợi bảo hiểm.	
13) Cá nhân hoặc người phụ thuộc nộp đơn nhận quyền lợi bảo hiểm thông qua Covered California trong thời hạn ghi danh tự do thường niên hoặc do một sự kiện đủ điều kiện diễn ra, được Covered California đánh giá là có thể đủ tiêu chuẩn tham gia Medi-Cal, và được xác định không đủ tiêu chuẩn tham gia Medi-Cal sau khi thời hạn ghi danh tự do kết thúc hoặc hơn 60 ngày sau khi sự kiện đủ điều kiện diễn ra; hoặc nộp đơn đăng ký quyền lợi bảo hiểm với Medi-Cal trong thời hạn ghi danh tự do thường niên và được xác định không đủ tiêu chuẩn sau khi thời hạn ghi danh tự do kết thúc.	Thư từ chối tính hội đủ tiêu chuẩn từ Covered California hoặc Medi-Cal.	
14) Cá nhân đủ điều kiện chứng minh đầy đủ cho Covered California rằng lỗi dữ kiện liên quan đến các quyền lợi trong chương trình, khu vực phục vụ hoặc lệ phí bảo hiểm đã ảnh hưởng đến quyết định mua bảo hiểm của cá nhân đủ điều kiện thông qua Covered California.	Một tuyên bố bằng văn bản có chữ ký theo hình phạt khai man nêu rõ tên của quý vị, tên của chương trình bảo hiểm sức khỏe, lỗi gì đã xảy ra và ngày xảy ra lỗi.	
15) Cá nhân hoặc người ghi danh đủ điều kiện, hoặc người phụ thuộc của cá nhân hoặc người ghi danh đủ điều kiện, mới có đủ tính hội đủ tiêu chuẩn để mua một chương trình bảo hiểm sức khỏe cá nhân thông qua HRA bảo hiểm cá nhân (Individual Coverage HRA, ICHRA) hoặc một thỏa thuận bồi hoàn sức khỏe của hãng sở nhỏ đủ điều kiện (qualified small employer health reimbursement arrangement, QSEHRA).	Thư từ người nộp đơn chứng thực rằng họ đã được cung cấp HRA bảo hiểm cá nhân (ICHRA) hoặc thỏa thuận bồi hoàn sức khỏe của hãng sở nhỏ đủ điều kiện (QSEHRA) và bao gồm ngày bắt đầu HRA bảo hiểm cá nhân (ICHRA) hoặc thỏa thuận bồi hoàn sức khỏe của hãng sở nhỏ đủ điều kiện (QSEHRA).	
16) Cá nhân đó đã được ghi danh vào bảo hiểm tiếp tục COBRA mà hãng sở đang thanh toán toàn bộ hoặc một phần phí bảo hiểm, hoặc cơ quan chính phủ đang cung cấp các khoản trợ cấp và hãng sở đã hoàn toàn chấm dứt các khoản đóng góp cho bảo hiểm tiếp tục COBRA hoặc các khoản trợ cấp của chính phủ hoàn toàn chấm dứt.	Thư của người nộp đơn chứng thực sự kiện đủ điều kiện.	



Phần V. Yêu cầu cung cấp bằng chứng về tình trạng thường trú

Health Net yêu cầu rằng, với tư cách là người nộp đơn, quý vị hiện phải là thường trú nhân ở California và rằng lệ phí bảo hiểm ban đầu của quý vị phải được thanh toán trước khi xem xét đơn ghi danh của quý vị.

Sau khi xem xét đơn của quý vị, Health Net có quyền yêu cầu bổ sung thêm thông tin để thiết lập tình trạng cư trú của người nộp đơn.

Xin lưu ý rằng tình trạng thường trú không bao gồm việc di chuyển đến cơ sở y tế để được điều trị y tế hoặc thăm khám trong khu vực phục vụ nhằm mục đích nhận chăm sóc y tế.

Tài liệu chứng minh được chấp nhận bao gồm:

- Giấy phép lái xe hoặc thẻ nhận dạng hiện hành ở California.
- Mẫu đăng ký phương tiện hiện hành và hợp lệ ở California đứng tên người nộp đơn.
- Bảng chứng người nộp đơn được tuyển dụng làm việc ở California.
- Bảng chứng người nộp đơn đã đăng ký với một cơ quan việc làm công cộng hoặc tư nhân ở California.
- Bảng chứng cho thấy người nộp đơn đã ghi danh cho con cái của người nộp đơn tại một trường học ở California.
- Bảng chứng về việc người nộp đơn đang nhận được hỗ trợ công cộng ở California.
- Giấy biên nhận đăng ký cử tri, thẻ thông báo cử tri hoặc bản tóm tắt đăng ký cử tri.
- Hóa đơn dịch vụ tiện ích hiện hành của California đứng tên người nộp đơn.
- Biên lai thanh toán tiền thuê hoặc thế chấp hiện hành ở California đứng tên người nộp đơn. Biên lai tiền thuê được cung cấp bởi người thân sẽ không được chấp nhận.
- Chứng thư thế chấp chứng minh tình trạng cư trú chính.
- Hợp đồng cho thuê đứng tên người nộp đơn.
- Thư gửi chính phủ đứng tên người nộp đơn (thông báo của Sở An sinh Xã hội (Social Security Administration, SSA), thông báo của Nha lộ vận (Department of Motor Vehicles, (DMV), v.v.).
- Hóa đơn điện thoại di động.
- Bảng sao kê thẻ tín dụng.
- Bảng sao kê ngân hàng hoặc séc bị hủy có tên và địa chỉ được viết chữ in.
- Thư xác nhận thay đổi địa chỉ của Cơ quan Dịch vụ Bưu chính Hoa Kỳ.
- Hợp đồng hoặc biên nhận của công ty chuyển nhà có nêu địa chỉ của quý vị.
- Nếu quý vị đang sống trong nhà của một người khác, như một thành viên trong gia đình, bạn bè hoặc bạn cùng phòng, quý vị có thể gửi thư/thông báo của người đó nói rằng quý vị sống với họ và không chỉ là tạm thời đến chơi. Người này phải chứng minh tình trạng cư trú của chính họ bằng cách gửi kèm một trong các tài liệu được liệt kê ở trên.
- Nếu quý vị là người vô gia cư hoặc đang sống trong nhà ở chuyển tiếp, quý vị có thể gửi thư hoặc thông báo của một cư dân khác ở cùng tiểu bang, nói rằng họ biết quý vị sống ở đâu và có thể xác minh rằng quý vị sống trong khu vực này và không chỉ tạm thời đến chơi. Người này phải chứng minh tình trạng cư trú của chính họ bằng cách gửi kèm một trong các tài liệu được liệt kê ở trên.
- Thư của một nhà cung cấp dịch vụ xã hội phi lợi nhuận (ngoại trừ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe phi lợi nhuận) tại địa phương hoặc cơ quan chính phủ (bao gồm nhà nường thân) có thể xác nhận rằng quý vị sống trong khu vực này và không chỉ là đến chơi.

Nếu đơn ghi danh dành cho hợp đồng bảo hiểm chỉ dành cho trẻ em, bắt buộc phải cung cấp bằng chứng cư trú về nơi trẻ cư trú bởi cha mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp.



Phần VI. Các chương trình bảo hiểm dành cho cá nhân và gia đình – Trường hợp ngoại lệ với ghi danh tiêu chuẩn – Tuyên bố chịu trách nhiệm liên quan đến hỗ trợ ngôn ngữ

Hướng dẫn cho Phần VI: Quy trình sau đây sẽ được sử dụng khi người nộp đơn không thể hoàn thành đơn vì người nộp đơn không thể đọc, viết và/hoặc nói ngôn ngữ có trong đơn. Health Net yêu cầu rằng nếu quý vị cần hỗ trợ điền đơn này, quý vị phải sử dụng dịch vụ thông dịch viên có trình độ. Vui lòng liên lạc với Health Net theo số 1-877-609-8711 để biết thông tin về các dịch vụ thông dịch viên có trình độ và cách thức nhận dịch vụ. Mẫu đơn này phải được nộp cùng với đơn ghi danh vào Chương trình bảo hiểm dành cho cá nhân và gia đình khi áp dụng.

Thông dịch viên có trình độ của Health Net – Vui lòng hoàn thành các bước sau khi được thông dịch viên có trình độ của Health Net hỗ trợ.

Tôi, _____, đã được hỗ trợ điền đơn ghi danh này bởi một thông dịch viên có trình độ được ủy quyền bởi Health Net vì tôi:

☐ Không đọc được ngôn ngữ có trong đơn này. ☐ Không nói được ngôn ngữ có trong đơn này.

☐ Không viết được ngôn ngữ có trong đơn này. ☐ Khác (giải thích): _____

Một thông dịch viên có trình độ đã hỗ trợ tôi điền: ☐ Toàn bộ đơn.

☐ Khác (giải thích): _____

Một thông dịch viên có trình độ đã đọc đơn này cho tôi bằng ngôn ngữ sau: _____

Chữ ký và ngày (yêu cầu viết bằng mực)

Chữ ký của người nộp đơn:	Ngày hôm nay: / /
Ngày đơn ghi danh được thông dịch: / /	Thời gian đơn ghi danh được thông dịch:
Mã số của thông dịch viên có trình độ: ()	

Thông dịch viên có trình độ không phải thông dịch viên có trình độ của Health Net – Vui lòng hoàn thành các bước sau khi được hỗ trợ bởi thông dịch viên có trình độ không phải thông dịch viên có trình độ của Health Net.

Nếu một thông dịch viên có trình độ, không phải thông dịch viên có trình độ do Health Net cung cấp, đã hỗ trợ quý vị hoàn thành đơn ghi danh này, thông dịch viên đó phải hoàn thành các bước sau:

Tôi, _____, hiểu rằng một thông dịch viên có trình độ cần: (a) có vốn từ vựng tương đương với người bản ngữ đã nhận được một nền giáo dục tiên tiến (tương đương trình độ đại học hoặc cao đẳng) bằng ngôn ngữ không phải tiếng Anh; (b) có thể thể hiện sự nhạy cảm về văn hóa trong giao tiếp của họ, xem xét rằng mọi ngôn ngữ đều bao gồm rất nhiều các biến thể; (c) có kỹ năng ngôn ngữ của người bản ngữ (kỹ năng ngôn ngữ của người bản ngữ được phát triển bằng cách lớn lên hoặc hoạt động trong một cộng đồng ngôn ngữ); và (d) có kỹ năng đọc và viết tương ứng bằng ngôn ngữ không phải tiếng Anh (kỹ năng đọc và viết sẽ được thể hiện qua nền giáo dục tiên tiến bằng ngôn ngữ bản địa).

Là một thông dịch viên có trình độ, đích thân tôi đã đọc và hoàn thành đơn ghi danh cho người nộp đơn có tên ở trên vì:

☐ Người nộp đơn không đọc được ngôn ngữ có trong đơn này. ☐ Người nộp đơn không nói được ngôn ngữ có trong đơn này.

☐ Người nộp đơn không viết được ngôn ngữ có trong đơn này. ☐ Khác (giải thích): _____

Theo quy định về hình phạt khai man, tôi tuyên bố rằng tôi đã đọc cho người nộp đơn:

☐ Toàn bộ đơn. ☐ Khác (giải thích): _____

Tôi đã đọc đơn này cho người nộp đơn bằng ngôn ngữ sau: _____

Vui lòng cung cấp các thông tin sau về thông dịch viên có trình độ đã hỗ trợ người nộp đơn và người không phải là thông dịch viên có trình độ của Health Net:

Họ:	Tên:		
Địa chỉ của thông dịch viên có trình độ:			
Thành phố:	Tiểu bang:	Mã ZIP:	Điện thoại: ()
Chữ ký của thông dịch viên có trình độ:		Ngày: / /	



Phần VII. Thông tin về đại diện/nhà môi giới của người nộp đơn

Cần có đầy đủ tên và địa chỉ của đại diện/nhà môi giới để thư được gửi đến đại diện/nhà môi giới.

Số nhà sản xuất quốc gia (National Producer Number, NPN) của cơ quan hoặc nhà môi giới ký hợp đồng với Health Net:	ID của đại diện bán hàng trực tiếp của Health Net:
Tên (viết in hoa):	Số điện thoại: ()
Địa chỉ:	
Địa chỉ email:	
Chữ ký/mã số của đại diện/nhà môi giới của người nộp đơn (bắt buộc):	Ngày ký tên (bắt buộc): / /

Chứng nhận đại diện/nhà môi giới

Tôi, _____ (tên của đại diện/nhà môi giới),

(LƯU Ý: Quý vị phải chọn ô thích hợp. Quý vị chỉ có thể chọn một ô.)

() đã không hỗ trợ (những) người nộp đơn dưới bất kỳ hình thức nào trong việc điền hoặc nộp đơn này. Tất cả thông tin đã được điền bởi (những) người nộp đơn mà không có sự trợ giúp hay tư vấn nào từ tôi. Tôi hiểu rằng nếu bất kỳ phần nào trong tuyên bố này của tôi là sai, tôi có thể phải chịu hình phạt dân sự, bao gồm nhưng không giới hạn ở mức phạt lên tới \$10,000.

HOẶC

() đã hỗ trợ (những) người nộp đơn nộp đơn này. Tôi đã tư vấn cho (những) người nộp đơn rằng người nộp đơn nên trả lời tất cả các câu hỏi một cách đầy đủ và trung thực và rằng không nên từ chối trả lời thông tin nào được yêu cầu trong đơn. Tôi đã giải thích rằng việc từ chối trả lời thông tin có thể dẫn đến việc hủy bỏ hoặc cắt bỏ quyền lợi bảo hiểm trong tương lai. (Những) người nộp đơn đã cho tôi biết rằng người nộp đơn hiểu các hướng dẫn và cảnh báo này. Theo hiểu biết của tôi, thông tin trên đơn ghi danh là đầy đủ và chính xác. Tôi hiểu rằng nếu bất kỳ phần nào trong tuyên bố này của tôi là sai, tôi có thể phải chịu hình phạt dân sự, bao gồm nhưng không giới hạn ở mức phạt lên tới \$10,000.

Vui lòng trả lời tất cả các câu hỏi từ 1 đến 3.

1. Ai điền thông tin và hoàn thành đơn ghi danh? (tên đầy đủ viết in hoa)

2. Quý vị có tận mắt chứng kiến (những) người nộp đơn ký tên vào đơn không? ☐ Có ☐ Không

3. Quý vị có xem lại đơn sau khi (những) người nộp đơn đã ký tên vào đơn không? ☐ Có ☐ Không



Phần VIII. Điều kiện ghi danh

ĐIỀU KIỆN CHUNG: Health Net có quyền từ chối bất kỳ đơn ghi danh nào nếu người nộp đơn không đủ tiêu chuẩn nhận quyền lợi bảo hiểm do không đáp ứng các điều kiện về tính hội đủ tiêu chuẩn. Không có quyền lợi bảo hiểm nào trừ khi đơn này được chấp nhận bởi Ban Tư cách hội viên của Health Net, và Thông báo chấp nhận được gửi cho người nộp đơn mặc dù quý vị đã nộp tiền cho Health Net để thanh toán lệ phí bảo hiểm tháng đầu tiên. Không có phòng ban, cán bộ, đại diện hoặc nhân viên nào khác của Health Net được phép cấp ghi danh. Đại diện hoặc nhà môi giới của người nộp đơn không thể phê duyệt, thay đổi các điều khoản hoặc miễn trừ các yêu cầu của đơn này. Đơn này sẽ trở thành một phần của Hợp đồng chương trình.

THỜI ĐIỂM HEALTH NET CÓ THỂ HỦY BỎ HỢP ĐỒNG CHƯƠNG TRÌNH

Trong vòng 24 tháng đầu tiên được quyền lợi bảo hiểm, Health Net có thể hủy bỏ Hợp đồng chương trình đối với bất kỳ hành vi hoặc thực hành nào cấu thành gian lận, hoặc đối với bất kỳ hành vi cố ý trình bày sai dữ kiện quan trọng trong thông tin bằng văn bản do quý vị gửi, hoặc được gửi thay mặt quý vị, trên hoặc cùng với đơn ghi danh của quý vị.

Dữ kiện quan trọng là thông tin mà nếu Health Net biết được, sẽ khiến Health Net từ chối phát hành bảo hiểm.

Nếu Hợp đồng chương trình bị hủy bỏ, Health Net sẽ không có trách nhiệm cung cấp quyền lợi bảo hiểm theo Hợp đồng chương trình.

Bằng cách ký tên vào đơn này, quý vị tuyên bố rằng tất cả các phản hồi là đúng, đầy đủ và chính xác và rằng đơn ghi danh sẽ trở thành một phần của Hợp đồng chương trình giữa Health Net và quý vị. Bằng cách ký tên vào đơn này, quý vị cũng đồng ý tuân thủ các điều khoản của Hợp đồng chương trình.

Nếu, sau khi ghi danh, Health Net điều tra thông tin trên đơn ghi danh của quý vị, Health Net phải thông báo cho quý vị về cuộc điều tra này, cơ sở tiến hành điều tra và tạo cho quý vị cơ hội phản hồi.

Nếu Health Net đưa ra quyết định hủy bỏ quyền lợi bảo hiểm của quý vị, quyết định đó sẽ được gửi đến một kiểm toán viên bên thứ ba độc lập do Health Net ký hợp đồng để xem xét trước tiên.

Nếu Hợp đồng chương trình bị hủy bỏ, Health Net sẽ cung cấp thông báo bằng văn bản 30 ngày trước ngày hủy bỏ có hiệu lực sẽ:

1. giải thích cơ sở đưa ra quyết định;
2. cung cấp ngày hủy bỏ có hiệu lực;
3. làm rõ rằng tất cả các hội viên được đài thọ trong phạm vi bảo hiểm của quý vị ngoài cá nhân có quyền lợi bảo hiểm bị hủy bỏ có thể tiếp tục được đài thọ;
4. giải thích rằng lệ phí bảo hiểm hàng tháng của quý vị sẽ được sửa đổi để phản ánh số lượng hội viên còn lại theo Hợp đồng chương trình;
5. giải thích quyền của quý vị và các tùy chọn quý vị có trong cả Health Net và/hoặc Cơ quan Quản trị Chăm sóc Sức khỏe nếu quý vị không đồng ý với quyết định của Health Net; và
6. bao gồm mẫu Quyền yêu cầu duyệt xét. Quý vị có 180 ngày kể từ ngày nhận Thông báo hủy bỏ, bãi bỏ hoặc không gia hạn để nộp mẫu Quyền yêu cầu cho Health Net và/hoặc Bộ Quản trị Chăm sóc Sức khỏe.

Nếu Hợp đồng chương trình bị hủy bỏ:

1. Health Net có thể thu hồi quyền lợi bảo hiểm của quý vị như thể chưa từng tồn tại, và quý vị sẽ mất các quyền lợi sức khỏe bao gồm quyền lợi bảo hiểm cho việc điều trị đã nhận được;
2. Health Net sẽ hoàn trả tất cả các khoản lệ phí bảo hiểm mà quý vị đã thanh toán, trừ mọi chi phí y tế do Health Net thanh toán thay cho quý vị và có thể thu hồi từ quý vị bất kỳ khoản tiền nào được thanh toán theo Hợp đồng chương trình kể từ ngày bắt đầu quyền lợi bảo hiểm ban đầu; và
3. Health Net có quyền có được bất kỳ biện pháp pháp lý nào khác phát sinh từ việc hủy bỏ phù hợp với luật pháp California.

Nếu Health Net từ chối kháng cáo của quý vị, quý vị có quyền tìm kiếm sự trợ giúp từ Bộ Quản trị Chăm sóc Sức khỏe California.

SỬ DỤNG VÀ TIẾT LỘ THÔNG TIN SỨC KHỎE ĐƯỢC BẢO VỆ: Tôi thừa nhận và hiểu rằng các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe có thể tiết lộ thông tin sức khỏe về tôi hoặc những người phụ thuộc của tôi với Health Net. Health Net sử dụng và có thể tiết lộ những thông tin này nhằm các mục đích điều trị, thanh toán và thực hiện các hoạt động của chương trình bảo hiểm sức khỏe, bao gồm nhưng không giới hạn ở việc quản lý sử dụng, cải thiện chất lượng và các chương trình quản lý bệnh tật hoặc trường hợp. Thông báo về thủ tục bảo vệ quyền riêng tư của Health Net có trong Hợp đồng chương trình, và tôi cũng có thể nhận một bản sao của Thông báo này trên trang web tại www.myhealthnetca.com hoặc qua Trung tâm Liên lạc Hội viên của Health Net. Việc cho phép sử dụng và tiết lộ thông tin sức khỏe được bảo vệ sẽ có hiệu lực trong vòng 24 tháng kể từ ngày tôi ký tên ở trang tiếp theo.

NẾU NGƯỜI NỘP ĐƠN DUY NHẤT LÀ TRẺ VỊ THÀNH NIÊN: Nếu người nộp đơn duy nhất theo đơn này dưới 18 tuổi, cha mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp của người nộp đơn phải ký tên vào đơn. Bằng cách ký tên, người nộp đơn đồng ý chịu trách nhiệm pháp lý về tính chính xác của thông tin trong đơn ghi danh này và các khoản thanh toán lệ phí bảo hiểm. Nếu bên chịu trách nhiệm đó không phải là cha mẹ đẻ của người nộp đơn, bản sao của các giấy tờ tòa án ủy quyền giám hộ phải được nộp cùng với đơn này.

NẾU NGƯỜI NỘP ĐƠN KHÔNG THỂ ĐỌC ĐƯỢC NGÔN NGỮ CÓ TRONG ĐƠN NÀY: Nếu người nộp đơn không đọc được ngôn ngữ có trong đơn này và thông dịch viên hỗ trợ hoàn thành đơn ghi danh, người nộp đơn phải ký tên và gửi Tuyên bố về trách nhiệm (xem Phần VI của đơn này, "Các chương trình bảo hiểm dành cho cá nhân và gia đình – Trường hợp ngoại lệ với ghi danh tiêu chuẩn – Tuyên bố về trách nhiệm liên quan đến hỗ trợ ngôn ngữ").



Phần IX. Các điều khoản quan trọng

LƯU Ý: Để bảo vệ quý vị, luật pháp California yêu cầu những điều sau đây phải được trình bày trong mẫu đơn này. Bất kỳ người nào cố tình trình bày sai hoặc gian lận đối với yêu cầu thanh toán tổn thất đều phạm tội và có thể bị phạt tiền và giam giữ trong nhà tù tiểu bang.

CẤM THỰC HIỆN XÉT NGHIỆM HIV: Luật pháp California cấm thực hiện xét nghiệm HIV được yêu cầu hoặc sử dụng bởi các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, chương trình hoặc công ty bảo hiểm như một điều kiện để có được quyền lợi bảo hiểm.

XÁC NHẬN VÀ ĐỒNG Ý: Tôi, người nộp đơn, hiểu và đồng ý rằng bằng cách ghi danh hoặc chấp nhận các dịch vụ từ Health Net, tôi và bất kỳ người phụ thuộc nào đã ghi danh đều phải tuân thủ các điều khoản, điều kiện và quy định của Hợp đồng chương trình. Để có bản sao Hợp đồng chương trình, vui lòng gọi cho Health Net theo số 1-877-609-8711. **Tôi, người nộp đơn, đã đọc và hiểu các điều khoản của đơn này và chữ ký của tôi dưới đây cho biết rằng thông tin được ghi trong đơn này là đầy đủ, đúng sự thật và chính xác và tôi chấp nhận các điều khoản này.**

THỎA THUẬN PHÂN XỬ QUA TRỌNG TÀI RÀNG BUỘC: Tôi, người nộp đơn, hiểu và đồng ý rằng bất kỳ và tất cả các tranh chấp giữa tôi (bao gồm bất kỳ thành viên gia đình hoặc người thừa kế hoặc đại diện cá nhân nào đã ghi danh của tôi) và Health Net phải được đưa ra phân xử qua trọng tài có giá trị chung thẩm và ràng buộc thay vì xét xử bởi bồi thẩm đoàn hoặc quan tòa. Thỏa thuận phân xử qua trọng tài này bao gồm mọi tranh chấp phát sinh từ hoặc liên quan đến Hợp đồng chương trình hoặc quyền lợi bảo hiểm Health Net của tôi, được nêu trong bất kỳ lý luận pháp lý nào. Áp dụng thỏa thuận phân xử qua trọng tài đối với bất kỳ tranh chấp nào ngay cả khi các bên khác, chẳng hạn như các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc đại diện hoặc nhân viên của họ có liên quan đến tranh chấp. Tôi hiểu rằng, việc đồng ý đệ trình tất cả các tranh chấp để được giải quyết bằng phân xử qua trọng tài có giá trị pháp lý và chung thẩm, tất cả các bên bao gồm cả Health Net đều từ bỏ quyền hiến định để có tranh chấp được đưa ra giải quyết tại tòa án bởi bồi thẩm đoàn. Tôi cũng từ bỏ tất cả các quyền được tham gia vào bất kỳ vụ khởi kiện tập thể hoặc phân xử qua trọng tài tập thể nào. Tôi cũng hiểu rằng các tranh chấp mà tôi có thể có với Health Net liên quan đến yêu cầu thanh toán về sự sai sót trong y tế (nghĩa là, bất kỳ dịch vụ y tế nào được cung cấp không cần thiết hoặc không được ủy quyền, hoặc được cung cấp không đúng cách, bất cẩn hoặc không đủ năng lực) cũng phải được phân xử qua trọng tài có giá trị pháp lý và chung thẩm. Tôi hiểu rằng một điều khoản phân xử qua trọng tài chỉ tiết hơn được bao gồm trong Hợp đồng chương trình. Phân xử trọng tài bắt buộc có thể không áp dụng cho một số tranh chấp nếu Hợp đồng chương trình tuân theo ERISA, 29 U.S.C. §§ 1001-1461. Chữ ký của tôi dưới đây cho thấy rằng tôi hiểu và đồng ý với các điều khoản của Thỏa thuận phân xử qua trọng tài có giá trị pháp lý này và đồng ý gửi bất kỳ tranh chấp nào để phân xử qua trọng tài có giá trị pháp lý thay vì tòa án.

Người nộp đơn, hoặc cha mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp nếu người nộp đơn dưới 18 tuổi: Viết in hoa tên: _____ Chữ ký: _____	Ngày ký tên: _____	Chữ ký của người phụ thuộc của người nộp đơn (18 tuổi trở lên): _____	Ngày ký tên: _____
Chữ ký của vợ/chồng/bạn đời sống chung hoặc người phụ thuộc của người nộp đơn (từ 18 tuổi trở lên): _____	Ngày ký tên: _____	Chữ ký của người phụ thuộc của người nộp đơn (18 tuổi trở lên): _____	Ngày ký tên: _____
Chữ ký của người phụ thuộc của người nộp đơn (18 tuổi trở lên): _____	Ngày ký tên: _____	Chữ ký của người phụ thuộc của người nộp đơn (18 tuổi trở lên): _____	Ngày ký tên: _____

(tiếp theo)



4 chữ số cuối của số An sinh xã hội hoặc Mã số thuế (TIN) của người nộp đơn chính: ____

Đơn ghi danh và Điều khoản phân xử qua trọng tài này phải có chữ ký của (những) người nộp đơn. (Những) người nộp đơn phải đích thân ký tên của người nộp đơn bằng mực và đồng ý tuân thủ Điều khoản phân xử qua trọng tài cũng như các điều khoản, điều kiện và quy định của đơn ghi danh và Hợp đồng chương trình để đơn này được xử lý. Để đơn này được xem xét, đại diện/nhà môi giới hoặc bất kỳ người nào khác đều không được ký tên vào đơn này và Điều khoản phân xử qua trọng tài.

Quý vị có thể gửi bản sao hoặc bản fax của đơn ghi danh và giấy ủy quyền. Health Net khuyến nghị quý vị nên giữ lại một bản sao của đơn ghi danh này và các giấy ủy quyền để lưu hồ sơ của quý vị.

Tất cả các tham chiếu đến “Health Net” trong tài liệu này bao gồm các chi nhánh và công ty con của Health Net thẩm định bảo hiểm hoặc quản lý quyền lợi bảo hiểm mà đơn ghi danh này áp dụng. “Hợp đồng chương trình” đề cập đến Hợp đồng chương trình kết hợp với Chứng từ bảo hiểm của Health Net of California, Inc.



Phần X. Hướng dẫn gửi đơn ghi danh, tài liệu bằng chứng về tình trạng thường trú và séc, séc ngân hàng hoặc ngân phiếu tới Health Net.

- **Gửi đơn đã hoàn thành của quý vị qua đường bưu điện tới:**
Health Net Individual and Family Enrollment
PO Box 989731
West Sacramento, CA 95798-9731
- **Hoặc, gửi FAX đơn đã hoàn thành và tài liệu bằng chứng về tình trạng thường trú của quý vị tới số 1-800-977-4161.**
- **Và, gửi séc, séc ngân hàng hoặc ngân phiếu và mẫu đơn đã hoàn thành dưới đây qua đường bưu điện đến:**
Health Net CA Individual
PO BOX 748705
Los Angeles, CA 90074-8705

✂ Cắt ở đây

Để giúp đảm bảo khoản thanh toán của quý vị được áp dụng cho đơn đăng ký, hãy gửi séc, séc ngân hàng hoặc ngân phiếu cùng với mẫu đơn đã hoàn thành của quý vị qua đường bưu điện tới:

Health Net CA Individual
PO BOX 748705
Los Angeles, CA 90074-8705

Thông tin người nộp đơn

Tên của người nộp đơn:

Địa chỉ của người nộp đơn

Ngày sinh của người nộp đơn (tháng dạng hai chữ số/ngày dạng hai chữ số/năm dạng hai chữ số):
/ /

Số An sinh xã hội của người nộp đơn:
- -

✂ Cắt ở đây



Thông báo không kỳ thị

Ngoài các yêu cầu không kỳ thị của Tiểu bang California (như được mô tả trong các tài liệu về quyền lợi bảo hiểm), Health Net of California, Inc. (Health Net) tuân thủ các luật dân quyền hiện hành của liên bang và không kỳ thị, loại trừ hoặc đối xử với mọi người khác nhau dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tổ tiên, tôn giáo, tình trạng hôn nhân, giới, bản dạng giới tính, khuynh hướng tình dục, tuổi tác, tình trạng khuyết tật hoặc giới tính.

HEALTH NET:

- Cung cấp các trợ giúp và dịch vụ miễn phí cho người khuyết tật để họ giao tiếp hiệu quả với chúng tôi, ví dụ như thông dịch viên ngôn ngữ ký hiệu có trình độ và thông tin bằng văn bản ở các định dạng khác (bản in cỡ lớn, định dạng điện tử có thể truy cập, các định dạng khác).
- Cung cấp các dịch vụ ngôn ngữ miễn phí cho người có ngôn ngữ chính không phải tiếng Anh, ví dụ như các thông dịch viên có trình độ và văn bản thông tin bằng các ngôn ngữ khác.

Nếu quý vị cần những dịch vụ này, vui lòng liên hệ với Trung tâm Liên lạc Hội viên của Health Net theo số:

Các hội viên của Chương trình bảo hiểm dành cho cá nhân và gia đình (viết tắt trong tiếng Anh là IFP) của On Exchange/Covered California 1-888-926-4988 (TTY: 711)

Các hội viên của Chương trình bảo hiểm dành cho cá nhân và gia đình (viết tắt trong tiếng Anh là IFP) của Off Exchange 1-800-839-2172 (TTY: 711)

Những người nộp đơn của Chương trình bảo hiểm dành cho cá nhân và gia đình (viết tắt trong tiếng Anh là IFP) 1-877-609-8711 (TTY: 711)

Chương trình theo nhóm thông qua Health Net 1-800-522-0088 (TTY: 711)

Nếu quý vị cho rằng Health Net đã không cung cấp các dịch vụ này hoặc kỳ thị theo cách khác dựa trên một trong những đặc điểm liệt kê ở trên, quý vị có thể gửi khiếu nại bằng cách gọi cho Trung tâm Liên lạc Hội viên của Health Net theo số điện thoại ở trên và cho họ biết quý vị cần giúp đỡ nộp đơn khiếu nại. Trung tâm Liên lạc Hội viên của Health Net luôn sẵn sàng giúp quý vị nộp đơn khiếu nại. Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại qua đường bưu điện, fax hoặc email theo địa chỉ:

Health Net of California, Inc. Appeals & Grievances
PO Box 10348
Van Nuys, CA 91410-0348

Fax: 1-877-831-6019

Email: Member.Discrimination.Complaints@healthnet.com (đối với Hội viên) hoặc
Non-Member.Discrimination.Complaints@healthnet.com (đối với Người nộp đơn)

Nếu vấn đề sức khỏe của quý vị là khẩn cấp, nếu quý vị đã nộp đơn than phiền cho Health Net of California, Inc. và không hài lòng với quyết định này hoặc đã hơn 30 ngày kể từ khi quý vị nộp đơn than phiền cho Health Net of California, Inc., quý vị có thể nộp Mẫu đơn khiếu nại/Mẫu duyệt xét y khoa độc lập cho Bộ Quản trị Chăm sóc Sức khỏe (viết tắt trong tiếng Anh là DMHC). Quý vị có thể gửi đơn than phiền bằng cách gọi cho Bộ phận Trợ giúp của DMHC theo số 1-888-466-2219 (TDD: 1-877-688-9891) hoặc trực tuyến tại địa chỉ www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint.

Nếu quý vị cho rằng mình đã bị kỳ thị vì lý do chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tuổi tác, tình trạng khuyết tật hoặc giới tính, quý vị cũng có thể gửi đơn than phiền về dân quyền cho Văn phòng Dân Quyền (viết tắt trong tiếng Anh là OCR) thuộc Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ, theo đường điện tử qua Cổng than phiền của OCR, tại địa chỉ <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> hoặc qua đường bưu điện hoặc số điện thoại: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019 (TDD: 1-800-537-7697).

Các mẫu đơn than phiền có sẵn tại địa chỉ <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.



English

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, if you have an ID card, please call the Customer Contact Center number. Employer group applicants please call Health Net's Commercial Contact Center at 1-800-522-0088 (TTY: 711). Individual & Family Plan (IFP) applicants please call 1-877-609-8711 (TTY: 711).

Arabic

خدمات لغوية مجانية. يمكننا أن نوفر لك مترجم فوري. ويمكننا أن نقرأ لك الوثائق بلغتك. للحصول على المساعدة، يرجى الاتصال برقم مركز خدمة العملاء المبين على بطاقتك. فيما يتعلق بمقدمي طلبات مجموعة صاحب العمل، يرجى التواصل مع مركز الاتصال التجاري في Health Net عبر الرقم: 1-800-522-0088 (TTY: 711). فيما يتعلق بمقدمي طلبات خطة الأفراد والعائلة، يرجى الاتصال بالرقم 1-877-609-8711 (TTY: 711).

Armenian

Անվճար լեզվական ծառայություններ: Դուք կարող եք բանավոր թարգմանիչ ստանալ: Փաստաթղթերը կարող են կարդալ ձեր լեզվով: Եթե ID քարտ ունեք, օգնության համար խնդրում ենք զանգահարել Հաճախորդների սպասարկման կենտրոնի հեռախոսահամարով: Գործատուի խմբի դիմորդներին խնդրում ենք զանգահարել Health Net-ի Կոմերցիոն սպասարկման կենտրոն՝ 1-800-522-0088 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711): Individual & Family Plan (IFP) դիմորդներին խնդրում ենք զանգահարել 1-877-609-8711 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711):

Chinese

免費語言服務。您可使用口譯員服務。您可請人將文件唸給您聽並請我們將某些文件翻譯成您的語言寄給您。如需協助且如果您有會員卡，請撥打客戶聯絡中心電話號碼。雇主團保計畫的申請人請撥打 1-800-522-0088（聽障專線：711）與 Health Net 私人保險聯絡中心聯絡。Individual & Family Plan (IFP) 的申請人請撥打 1-877-609-8711（聽障專線：711）。

Hindi

बिना शुल्क भाषा सेवाएं। आप एक दुभाषिया प्राप्त कर सकते हैं। आप दस्तावेजों को अपनी भाषा में पढ़वा सकते हैं। मदद के लिए, यदि आपके पास आईडी कार्ड है तो कृपया ग्राहक संपर्क केंद्र के नंबर पर कॉल करें। नियोजित सामूहिक आवेदक कृपया हेल्थ नेट के कमर्शियल संपर्क केंद्र को 1-800-522-0088 (TTY: 711) पर कॉल करें। व्यक्तिगत और फैमिली प्लान (आईएफपी) आवेदक कृपया 1-877-609-8711 (TTY: 711) पर कॉल करें।

Hmong

Tsis Muaj Tus Nqi Pab Txhais Lus. Koj tuaj yeem tau txais ib tus kws pab txhais lus. Koj tuaj yeem muaj ib tus neeg nyeem cov ntaub ntauv rau koj ua koj hom lus hais. Txhawm rau pab cuam, yog tias koj muaj daim npav ID, thov hu rau Neeg Qhua Lub Chaw Tiv Toj tus npawb. Tus tswv ntiav neeg ua haujlwm pab pawg sau ntauv thov ua haujlwm thov hu rau Health Net Qhov Chaw Tiv Toj Kev Lag Luam ntawm 1-800-522-0088 (TTY: 711). Tus Neeg thiab Tsev Neeg Qhov Kev Npaj (IFP) cov neeg thov ua haujlwm thov hu rau 1-877-609-8711 (TTY: 711).

Japanese

無料の言語サービスを提供しております。通訳者もご利用いただけます。日本語で文書をお読みすることも可能です。ヘルプについては、IDカードをお持ちの場合は顧客連絡センターまでお電話ください。雇用主を通じた団体保険の申込者の方は、Health Netの顧客連絡センター（1-800-522-0088、TTY: 711）までお電話ください。個人・家族向けプラン（IFP）の申込者の方は、1-877-609-8711（TTY: 711）までお電話ください。



Khmer

សេវាភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ។ លោកអ្នកអាចទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់។ លោកអ្នកអាចស្តាប់គេអានឯកសារឱ្យ
លោកអ្នកជាភាសារបស់លោកអ្នក។ សម្រាប់ជំនួយ ប្រសិនបើលោកអ្នកមានប័ណ្ណសម្គាល់ខ្លួន សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់
លេខរបស់មជ្ឈមណ្ឌលទំនាក់ទំនងអតិថិជន។ អ្នកដាក់ពាក្យសុំគម្រោងជាក្រុមដែលជាបុគ្គលិក សូមហៅទូរស័ព្ទទៅ
កាន់មជ្ឈមណ្ឌលទំនាក់ទំនងរបស់ Health Net តាមរយៈលេខ 1-800-522-0088 (TTY: 711)។ អ្នកដាក់ពាក្យសុំ
គម្រោងជាលក្ខណៈបុគ្គល និងក្រុមគ្រួសារ (IFP) សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-609-8711 (TTY: 711)។

Korean

무료 언어 서비스입니다. 통역 서비스를 받으실 수 있습니다. 문서 낭독 서비스를 받으실 수 있으며
일부 서비스는 귀하가 구사하는 언어로 제공됩니다. 도움이 필요하시면 ID 카드에 수록된 번호로
고객서비스 센터에 연락하십시오. 고용주 그룹 신청인의 경우 Health Net의 상업 고객서비스 센터에
1-800-522-0088(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 개인 및 가족 플랜(IFP) 신청인의 경우
1-877-609-8711(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

Navajo

Doo bą́ąh ílínígóó saad bee háká ada'iiyeed. Ata' halne'ígíí da ła' ná hádídóot'íjł. Naaltsoos da t'áá
shí shizaad k'éhjí shichí' yídooltah nínízingo t'áá ná ákódoolníł. Ákót'éego shíká a'doowoł nínízingo
Customer Contact Center hoolyéhíjį' hodíílnih ninaaltsoos nanitingo bee néého'dolzinígíí hodoonihjį'
bikáá'. Naaltsoos nehiltsóosgo naanish bá dahikahígíí éí kojį' hodíílnih Health Net's Commercial
Contact Center 1-800-522-0088 (TTY: 711). T'áá hó dóó ha'áłchíní (IFP) báhígíí éí kojį' hojilnih
1-877-609-8711 (TTY: 711).

Persian (Farsi)

خدمات زبان بدون هزینه. می توانید یک مترجم شفاهی بگیرید. می توانید درخواست کنید اسناد به زبان شما برایتان خوانده شوند. برای
دریافت کمک، اگر کارت شناسایی دارید، لطفاً با شماره مرکز تماس مشتریان تماس بگیرید. متقاضیان گروه کارفرما لطفاً با مرکز تماس
تجاری Health Net به شماره 1-800-522-0088 (TTY: 711) تماس بگیرید. متقاضیان طرح فردی و خانوادگی (IFP) لطفاً با
شماره 1-877-609-8711 (TTY: 711) تماس بگیرید.

Panjabi (Punjabi)

ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਲਾਗਤ ਵਾਲੀਆਂ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ। ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦੀ ਸੇਵਾ ਹਾਸਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਤੁਹਾਡੀ ਭਾਸ਼ਾ
ਵਿੱਚ ਪੜ੍ਹ ਕੇ ਸੁਣਾਏ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਮਦਦ ਲਈ, ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਇੱਕ ਆਈਡੀ ਕਾਰਡ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਗਾਹਕ ਸੰਪਰਕ
ਕੇਂਦਰ ਨੰਬਰ ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਮਾਲਕ ਦਾ ਗਰੁੱਪ ਬਿਨੈਕਾਰ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਹੈਲਥ ਨੈੱਟ ਦੇ ਵਪਾਰਕ ਸੰਪਰਕ ਕੇਂਦਰ ਨੂੰ
1-800-522-0088 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਅਤੇ ਪਰਿਵਾਰਕ ਯੋਜਨਾ (IFP) ਬਿਨੈਕਾਰਾਂ ਨੂੰ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ
1-877-609-8711 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Russian

Бесплатная помощь переводчиков. Вы можете получить помощь переводчика. Вам могут прочесть
документы на Вашем родном языке. Если Вам нужна помощь и у Вас при себе есть карточка
участника плана, звоните по телефону Центра помощи клиентам. Участники коллективных планов,
предоставляемых работодателем: звоните в коммерческий центр помощи Health Net по телефону
1-800-522-0088 (TTY: 711). Участники планов для частных лиц и семей (IFP): звоните по телефону
1-877-609-8711 (TTY: 711).



Spanish

Servicios de idiomas sin costo. Puede solicitar un intérprete, obtener el servicio de lectura de documentos y recibir algunos en su idioma. Para obtener ayuda, si tiene una tarjeta de identificación, llame al número del Centro de Comunicación con el Cliente. Los solicitantes del grupo del empleador deben llamar al Centro de Comunicación Comercial de Health Net, al 1-800-522-0088 (TTY: 711). Los solicitantes de planes individuales y familiares deben llamar al 1-877-609-8711 (TTY: 711).

Tagalog

Walang Bayad na Mga Serbisyo sa Wika. Makakakuha kayo ng interpreter. Makakakuha kayo ng mga dokumento na babasahin sa inyo sa inyong wika. Para sa tulong, kung mayroon kayong ID card, mangyaring tumawag sa numero ng Customer Contact Center. Para sa mga grupo ng mga aplikante ng tagapag-empleyo, mangyaring tumawag sa Commercial Contact Center ng Health Net sa 1-800-522-0088 (TTY: 711). Para sa mga aplikante ng Planong Pang-indibiduwal at Pampamilya (Individual & Family Plan, IFP), mangyaring tumawag sa 1-877-609-8711 (TTY: 711).

Thai

ไม่มีค่าบริการด้านภาษา คุณสามารถใช้ล่ามได้ คุณสามารถให้อ่านเอกสารให้ฟังเป็นภาษาของคุณได้ หากต้องการความช่วยเหลือ และคุณมีบัตรประจำตัว โปรดโทรหมายเลขศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ ผู้สมัครกลุ่มนายจ้าง โปรดโทรหาศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์เชิงพาณิชย์ของ Health Net ที่หมายเลข 1-800-522-0088 (โหมด TTY: 711) ผู้สมัครแผนบุคคลและครอบครัว (Individual & Family Plan: IFP) โปรดโทร 1-877-609-8711 (โหมด TTY: 711)

Vietnamese

Các Dịch Vụ Ngôn Ngữ Miễn Phí. Quý vị có thể có một phiên dịch viên. Quý vị có thể yêu cầu được đọc cho nghe tài liệu bằng ngôn ngữ của quý vị. Để được giúp đỡ, nếu quý vị có thẻ ID, vui lòng gọi đến số điện thoại của Trung Tâm Liên Lạc Khách Hàng. Những người nộp đơn xin bảo hiểm nhóm qua hãng sở vui lòng gọi Trung Tâm Liên Lạc Thương Mại của Health Net theo số 1-800-522-0088 (TTY: 711). Người nộp đơn thuộc Chương Trình Cá Nhân & Gia Đình (IFP), vui lòng gọi số 1-877-609-8711 (TTY: 711).

CA Commercial On and Off-Exchange Member Notice of Language Assistance

FLY017550EH00 (12/17)

