充分利用您的計畫

取得您的福利與承保範圍摘要

感謝您申請 Ambetter PPO 計畫。請閱讀您的***福利與承保範圍摘要 (Summary of Benefits and Coverage, SBC)***。福利與承保範圍摘要 (SBC) 會提供關於您計畫的一些基本資訊，並說明如何在您有需要時取得照護。相關資訊包括：

- 您健保計畫的運作方式。
- 您健保計畫承保的常見醫療服務之清單和相關費用。
- 您提出申訴和上訴的權利。您須使用這個程序向您的計畫提出投訴或請求監管機關協助。
- 您健保計畫承保或排除承保的其他服務之清單。
- 針對特定醫療病況，舉例說明您的計畫可能承保醫療保健的方式。
- 如何以您的主要語言得到幫助。
- 常見問題與答案 (questions and answers, Q&A)。

瞭解您的福利與承保範圍摘要 (SBC)
是充分利用您健康承保的關鍵。

如欲檢視，下載或列印您 2023 年計畫的福利與承保範圍摘要 (SBC)：

1. 前往 **www.myhealthnetca.com/sbc**。
2. *選擇 2023 Summary of Benefits and Coverage (Directly through Health Net) (2023 年福利與承保範圍摘要 (直接透過 Health Net))*。
3. 在 Ambetter PPO 計畫項下，找到您所申請計畫的福利與承保範圍摘要 (SBC)。

如果您想要的話，您也可以致電我們的客戶聯絡中心索取複本，電話 **800-839-2172 (聽障專線 (TTY)：711)**。

Ambetter from Health Net PPO 健保計畫由 Health Net of California, Inc. 提供。Health Net of California, Inc. 是 Health Net, LLC 和 Centene Corporation 的子公司。Health Net 是 Health Net, LLC 的註冊服務標章。保留所有權利。

FLY704592CH01w (10/22)

Health Net of California, Inc. (Health Net)

個人與家庭計畫 Ambetter PPO
投保申請表

希望生效日期

☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

申請表必須打字或用藍色或黑色墨水筆填寫。

承保生效日期：僅限於年度開放投保期間 (即 2022 年 11 月 1 日至 2023 年 1 月 31 日) 或特殊投保期間投保。於開放投保期間，必須在 12 月31 日前收到申請，承保才會在 1 月 1 日生效。如果在 1 月 1 日至 1 月 31 日期間收到申請，承保將於 2 月 1 日生效。於特殊投保期間，必須在合格事件起 60 天內收到申請表。一般而言，若在 1 號至 15 號之間收到申請，承保會在繳交申請表的次月 1 號生效。若在 16 號至月底之間收到申請，承保會在繳交申請表的次次月 1 號生效。

如果您目前投保 Medicare 計畫，您就不符合申請個人與家庭計畫的資格。

Health Net 規定須填寫要投保健康承保的每個人 (包括配偶和受撫養子女) 的**社會安全號碼 (Social Security number, SSN)**，或主要申請人的**納稅人識別號碼 (Tax Identification Number, TIN)**。這樣我們才能依照平價醫療法案和參議院第 78 號法案的規定提供承保確認書供您報稅使用。如果您無法提供您自己的社會安全號碼 (SSN) 或納稅人識別號碼 (TIN)，或其他家人的社會安全號碼 (SSN)，您還是可以申請承保且承保將不會被拒絕。除非法律規定，Health Net 不會將您的社會安全號碼 (SSN) 或納稅人識別號碼 (TIN) 用於其他目的，也不會與其他人分享。若是新生兒，您有六個月的時間可以提供新生兒的社會安全號碼 (SSN)。

代理人 / 經紀人不得代表申請人簽署本申請表和協議。

重要：如果申請人不會讀 / 寫英文，請參閱第 VI 部分。個人與家庭計畫 Ambetter PPO 投保申請表備有西班牙文版、中文版、韓文版和越南文版。您也可以請其他人唸給您聽。如需免費協助，請致電 877-609-8711。

如果您需要協助填寫本申請表，代理人 / 經紀人可以協助您。協助您閱讀和填寫本申請表的代理人 / 經紀人必須在申請表上簽名 (請參閱第 VII 部分)。

我 (和我的受撫養人，如適用) 要在以下期間提出申請： ☐ **年度開放投保期間** ☐ **特殊投保期間 (請參閱第 IV 部分)**

第 I 部分：申請人資訊

☐ **新申請 (勾選以下家庭類型)** ☐ 本人 ☐ 本人和配偶 ☐ 本人和同居伴侶 ☐ 本人和一名子女
☐ 本人和多名子女 ☐ 本人、配偶和子女 ☐ 本人、同居伴侶和子女 ☐ 僅子女[1]
☐ 本人和父母 / 繼父母 ☐ 本人、配偶和父母 / 繼父母 ☐ 本人、同居伴侶和父母 / 繼父母
☐ 本人、一名子女和父母 / 繼父母 ☐ 本人、多名子女和父母 / 繼父母 ☐ 本人、配偶、子女和父母 / 繼父母
☐ 本人、同居伴侶、子女和父母 / 繼父母 ☐ 子女和父母 / 繼父母 ☐ **變更要求**

☐ **新增受撫養人 (填寫以下的主要投保人資訊，然後填寫第 III 部分的受撫養人資訊。)**

主要申請人姓氏：	名字：	中間名首字母：	☐ 男性 ☐ 女性
永久住家街道地址 (您提交申請表時必須提供居住證明[2]，申請才算完成)：			
城市：	州：	郵遞區號：	申請人住家所在的縣：
帳單 / 郵寄地址：			
行動電話號碼： (　　)	其他電話號碼： ☐ 住家 ☐ 公司 (　　)	電子郵件地址：	
主要申請人的出生日期 (月 / 日 / 年)：　　/　　/	主要申請人的社會安全號碼： –　　–	主要申請人的納稅人識別號碼：	
您目前是 Health Net 會員嗎？ ☐ 是 ☐ 否 如果答「是」，請提供主要投保人的會員卡號碼：			
主治醫師編號：		既有病人 ☐ 是 ☐ 否	

(續)

[1]僅子女計畫的申請人在希望承保生效日期當天必須未滿 18 歲。年滿 18 歲的每個子女都必須分別提交一份個人投保申請表。
[2]請參閱第 9 頁，第 V 部分：「永久住所證明規定」。

主要申請人的社會安全號碼或納稅人識別號碼 (TIN) 後 4 碼：_ _ _ _

第 I 部分：申請人資訊 (續)

請選擇您慣用的語言： ☐ **英文** ☐ **西班牙文** ☐ **中文** ☐ **韓文** ☐ **越南文**

請選擇主要申請人的族裔和 (或) 種族：

族裔：

☐ 西班牙裔 (如為是，亦請勾選適用者)：
- ☐ 墨西哥裔
- ☐ 古巴裔
- ☐ 薩爾瓦多裔
- ☐ 波多黎各裔
- ☐ 瓜地馬拉裔

種族：

- ☐ 白人
- ☐ 黑人或非裔美國人
- ☐ 美國印地安人或阿拉斯加原住民
- ☐ 夏威夷原住民
- ☐ 關島人或查莫羅人
- ☐ 薩摩亞人
- ☐ 印度人
- ☐ 柬埔寨人
- ☐ 華人
- ☐ 菲律賓人
- ☐ 苗人
- ☐ 日本人
- ☐ 韓國人
- ☐ 寮國人
- ☐ 越南人
- ☐ 其他種族

☐ **拒絕回答申請人的族裔 / 種族。**

第 II 部分：承保選擇和付款資訊

A. 承保選擇

Ambetter PPO 計畫使用 Health Net 的 Ambetter PPO 醫療網。

- ☐ **Platinum 90 Ambetter PPO**
- ☐ **Gold 80 Ambetter PPO**
- ☐ **Silver 70 Off Exchange Ambetter PPO**
- ☐ **Bronze 60 Ambetter PPO**
- ☐ **Bronze 60 HDHP Ambetter PPO**[3]
- ☐ **Minimum Coverage Ambetter PPO** – 提供給未滿 30 歲的民眾。您如果年滿 30 歲且豁免無須遵守維持最低基本承保的聯邦規定，您可能也符合本計畫資格。豁免證明必須與本申請表一併提交。

[3]本計畫是 HSA 合格計畫。

自選承保：成人牙科 / 視力計畫 (年滿 19 歲)。

☐ **Dental and Vision Plus** – 如果為主要申請人購買 Dental and Vision Plus，所有年滿 19 歲的家人也將投保 Dental and Vision Plus 計畫。Dental and Vision Plus 只能在開放投保或特殊投保期間與醫療承保一併購買，或附加於醫療承保。

備註：所有醫療計畫均含小兒牙科和小兒視力承保。個人將按醫療計畫規定取得小兒牙科和視力承保，直到滿 19 歲當月最後一天為止。網絡外小兒牙科和視力承保不包括在 Ambetter PPO 計畫中。

B. 付款資訊 (必須支付第一個月的保費，才會處理您的申請，且承保才會生效。未付款將導致延遲投保。)

首次保費付款 ☐ 以支票、本票或匯票付款 (金額必須與月保費相符。) 如果您在網上投保，可接受以預付式轉帳卡、銀行轉帳卡、銀行帳戶或您的信用卡付款。要在網上投保，請前往 www.myhealthnetca.com

郵寄申請

將填好的申請表和永久住所證明文件郵寄至：

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

傳真申請

將填好的申請表和永久住所證明文件傳真至 800-977-4161。

郵寄支票、本票或匯票

填寫第 14 頁的表格，然後與您的支票、本票或匯票一起寄至：

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

既有會員可登入 **www.myhealthnetca.com** 並在「For Members」(會員) 欄中點選 *Pay My Bill (支付帳單費用)*。

支付投保費用

投保人負責支付投保費用給 Health Net。

主要申請人的社會安全號碼或納稅人識別號碼 (TIN) 後 4 碼：_ _ _ _

第 III 部分：要投保的家人

把除您以外所有要投保且符合資格的家人都列出。如果所列家人和您不同姓氏，請另外加頁解釋原因。如還有其他受撫養人，請自行加頁填寫必要資料。

☐ 如有加頁，請在這裡打勾。請在加頁的右上角填寫主要申請人的社會安全號碼或納稅人識別號碼。

備註：如果家人要求的健保計畫與主要投保人不同，每個要求不同計畫的家人都要另外填寫並繳交一份申請表。參加不同的計畫表示，每個人都要支付所選計畫規定的個人自付額和自費額上限，而且家人無法一起累積家庭自付額和 (或) 自費額上限。

申請同居伴侶承保時，應符合所有資格規定 (按 California 州相關法律規定)，且應向加州州務卿 (California Secretary of State) 申報同居伴侶共同聲明。

選擇醫療服務提供者：
您必須選擇一位主治醫師。您可以為您要投保的每一位家人都選擇相同或不同的主治醫師。如果您不選擇主治醫師，我們會在您的區域內為您選擇一位。

如欲尋找最新的 Health Net 特約醫師清單，請上網 www.myhealthnetca.com，然後前往 *Find a Provider (尋找醫療服務提供者)*。
您會找到我們個人與家庭計畫網絡醫師的完整清單，還能按照專科、城市、縣或醫師姓名搜尋。
您也可以致電 877-609-8711 索取醫療服務提供者資訊，或與您的 Health Net 授權代理人 / 經紀人聯絡。

如需 Dental and Vision Plus 承保的簽約牙科服務提供者的名稱 / 姓名、地址、主治牙醫編號和電話號碼，或需要協助選擇醫療服務提供者，請致電 866-249-2382 與 Health Net 聯絡，或上網 www.yourdentalplan.com/healthnet。

關係		姓氏	名字	中間名首字母
☐ 配偶 ☐ 同居伴侶	☐ 男性 ☐ 女性			
社會安全號碼		**出生日期**	**Ambetter PPO 網絡主治醫師編號**	
– –		/ /		
關係：子女 1		**姓氏**	**名字**	**中間名首字母**
☐ 兒子 ☐ 女兒				
社會安全號碼		**出生日期**	**Ambetter PPO 網絡主治醫師編號**	
– –		/ /		
關係：子女 2		**姓氏**	**名字**	**中間名首字母**
☐ 兒子 ☐ 女兒				
社會安全號碼		**出生日期**	**Ambetter PPO 網絡主治醫師編號**	
– –		/ /		
關係：子女 3		**姓氏**	**名字**	**中間名首字母**
☐ 兒子 ☐ 女兒				
社會安全號碼		**出生日期**	**Ambetter PPO 網絡主治醫師編號**	
– –		/ /		

(續)

主要申請人的社會安全號碼或納稅人識別號碼 (TIN) 後 4 碼：_ _ _ _

第 III 部分：要投保的家人 (續)

父母 / 繼父母

Medicare 是為年滿 65 歲的民眾、未達此年齡但患有特定殘疾的民眾，以及永久腎衰竭病患提供的聯邦健康保險計畫。如果您符合 Medicare 方案資格，您應該仔細瞭解您的選項，因為延遲投保 Medicare 可能會造成重大財務影響。您可致電 800-434-0222 與 Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) 聯絡，免費取得有關您 Medicare 資格及投保選項的諮詢。請上網 www.cahealthadvocates.org/hicap 找到您附近的 HICAP 辦公室。

關係：父母 / 繼父母 1	姓氏	名字	中間名首字母
☐ 男性 ☐ 女性			
社會安全號碼	**出生日期**	**Ambetter PPO 網絡主治醫師編號**	
– –	/ /		
關係：父母 / 繼父母 2	**姓氏**	**名字**	**中間名首字母**
☐ 男性 ☐ 女性			
社會安全號碼	**出生日期**	**Ambetter PPO 網絡主治醫師編號**	
– –	/ /		

現有計畫加保一名受撫養人 (新生兒、領養 / 領養安置、繼子女或承繼親子關係、法院命令承保、結婚或同居伴侶關係和父母 / 繼父母)

受撫養人姓氏：	名字：	中間名首字母：
受撫養人的出生日期 (月 / 日 / 年)：[4] / /	結婚、同居伴侶關係或上列其他適用合格事件 (月 / 日 / 年)： / /	☐ 男性 ☐ 女性
社會安全號碼： – –	主要投保人的會員卡號碼：	

如果您要在 Ambetter PPO 計畫加保一名受撫養人，您必須從 Ambetter PPO 網絡選擇一位主治醫師。如果您不選擇主治醫師，我們會在您的區域內為您選擇一位。

主治醫師編號：	既有病人： ☐ 是 ☐ 否

一般條件：Health Net of California, Inc. (Health Net) 如果沒有在出生日期或領養日期起 60 天內收到您的申請表，就會要求您填寫標準申請表。Health Net 任何其他部門、主管、代理人或員工都沒有核准投保的權利。投保人的經紀人或代理人無法授權、變更條款或豁免本申請的任何規定。本申請表將成為計畫合約的一部分。

請匯寄新生兒或領養子女的首月保費。**請注意：**如果該子女的承保生效日期不是月份 1 號，您就需要額外支付按比例計算的保費，該筆費用會加到您下一期的保費帳單。

本申請表和仲裁條款均須由投保人簽名。投保人必須親自以墨水筆簽名，並同意遵守仲裁條款以及申請表和計畫合約的條款、條件和規定，本申請表才會獲得處理。經紀人或任何其他人均不得在本申請表和仲裁條款上簽名，本申請表才會獲得考慮。

[4]如果在出生日期或領養日期起 60 天內收到申請表，生效日期即為新生兒 / 領養子女的出生日期或領養日期 (若領養安置日期較早則為領養安置日期)。

主要申請人的社會安全號碼或納稅人識別號碼 (TIN) 後 4 碼：_ _ _ _

第 IV 部分：特殊投保期間

除了開放投保期間，您和您的受撫養人也符合資格可在特殊投保期間 (特定合格事件起 60 天內) 投保或變更計畫。一般而言，若在 1 號至 15 號之間收到申請，承保會在繳交申請表的次月 1 號生效。若在 16 號至月底之間收到申請，承保會在繳交申請表的次次月 1 號生效。**以上生效日期會有例外情況，包括生產、領養、領養安置或透過子女撫養令或其他法院命令，這些情況下會在發生合格事件或法院命令當天生效；結婚則在收到申請表後次月 1 號生效**。必須在合格事件起 60 天[5] 內收到申請表。必須提供合格事件的證明。請在下面填寫適用的合格事件以及適用對象的姓名。如有更多受撫養人，請加頁填寫。

合格事件編號 (請參閱下頁表格)	事件日期	主要申請人	配偶 / 同居伴侶	受撫養人 1	受撫養人 2	受撫養人 3	父母 / 繼父母 1	父母 / 繼父母 2

[5]如果在您失去承保前收到您的申請表，生效日期將是失去承保的次月 1 號。如果在失去承保後 60 天期間收到申請表，生效日期將是收到申請表後次月 1 號。

主要申請人的社會安全號碼或納稅人識別號碼 (TIN) 後 4 碼：_ _ _ _

第 IV 部分：特殊投保期間 (續)

合格事件		California 文件範例
1)	合格個人或合格個人的受撫養人失去最低基本承保，可能是基於以下理由之一 (不包括自願終止先前承保或由於未繳保費而終止承保)。若是這類事件，您可能符合資格可於合格事件之前或之後 60 天內投保。	下列其中一份文件的複本： • 前保險公司會員卡正反兩面。 • 前保險公司提供的失去承保通知函。 • 雇主提供的聘僱終止或工時縮減確認函 (必須使用雇主信箋並由雇主管理階層簽名)。
	A. 受保員工身故。	
	B. 受保員工聘僱終止或工時縮減。	
	C. 受保員工與其配偶離婚或合法分居。	
	D. 受保員工有權取得 Medicare 福利。	
	E. 受撫養子女不再是本計畫一般適用規定認定的受撫養子女。	
	F. 任何時間退休的受保員工之雇主在 1986 年 7 月 1 日或其後根據美國法典第 11 編提起破產訴訟程序。在此情況下，失去承保包括訴訟開始當天的前後一年內合格受益人 (配偶 / 同居伴侶、受撫養子女、父母 / 繼父母或死者的配偶 / 同居伴侶) 相關承保實質消失。	
	G. 投保任何非年度型團體健保計畫或個人健康保險承保，即使合格個人或合格個人的受撫養人的承保可選擇續約。失去承保的日期是計畫或保單年度最後一天。	
	H. 除未繳保費或因詐欺或蓄意對重大事實做出不實陳述而撤銷承保的情況之外，因任何其他理由失去最低基本承保。	• 申請人提供的合格事件證明函。 • 前保險公司提供的失去承保通知函。
	I. 雇主提撥終止。	雇主的提撥終止通知。
	J. 用盡統一綜合預算協調法案 (The Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA) 持續承保。	顯示承保用盡的統一綜合預算協調法案 (COBRA) 文件。
	K. 合格個人失去醫療所需的 Medi-Cal 或 Medicaid 承保 (不包括自願終止您的先前承保或由於未繳保費而終止承保)。	Medi-Cal 或 Medicaid 文件。
	L. 合格個人失去懷孕相關的 Medi-Cal 或 Medicaid 承保 (不包括自願終止您的先前承保或由於未繳保費而終止承保)。	Medi-Cal 或 Medicaid 文件。
2)	A. 合格個人透過婚姻、同居伴侶關係、生產、領養、領養安置或承繼親子關係而新增受撫養人或變成受撫養人。	• 結婚證書。 • 同居伴侶關係聲明。 • 同居伴侶關係註冊證明。 • 承繼親子關係的公證宣誓書。 • 出生證明。 • 出院紀錄。 • 法院命令的領養文件。 • 離婚判決證明。 • 合法分居協議。 • 死亡證明。
	B. 計畫參加者因為離婚或合法分居而失去受撫養人或不再視為受撫養人，如發生離婚或合法分居該州的州法律定義；或計畫參加者或計畫參加者的受撫養人死亡。	

主要申請人的社會安全號碼或納稅人識別號碼 (TIN) 後 4 碼：_ _ _ _

第 IV 部分：特殊投保期間 (續)

合格事件		California 文件範例
3)	合格個人或合格個人的受撫養人投保或未投保健保計畫屬於非蓄意、意外或錯誤，且按 Exchange 評估和判定，是提供投保協助或進行投保活動的非 Exchange 實體的主管、員工，或 Exchange 或 Department of Health and Human Services (HHS) 或其執行機構的代理人的錯誤、不實陳述、不當行為或不作為造成的結果。	• 前保險公司會員卡正反兩面。 • Exchange 或 HHS 記錄合格事件的信函。
4)	計畫參加者或計畫參加者的受撫養人所投保的健保計畫實質違反其合約的重要規定。	Exchange 或其他計畫提供的解決文件。
5)	合格個人或計畫參加者，或合格個人的或計畫參加者的受撫養人因永久搬遷而能取得新的健保計畫。 請注意，因為要取得醫療保健而搬遷 (例如搬到住院醫院或類似醫療機構接受醫療治療) 並非本特殊投保期間定義的「永久搬遷」。	可接受的居住文件證明複本： • 最新的駕照或身分證。 • 申請人名下最新有效的州汽車行照。 • 申請人受僱證明。 • 申請人向政府或私人就業機構登記的證明。 • 申請人為申請人子女註冊學校的證明。 • 申請人接受政府補助的證明。 • 選民登記表收據、選民通知卡或選民登記摘要。 • 申請人名下的最新水電費帳單。 • 申請人名下的最新租金或房貸繳款收據。不接受由親戚提供的租金收據。 • 列出主要住所的房貸契約。 • 申請人名下的租賃協議。 • 政府寄給申請人的郵件 (社會安全局 (Social Security Administration, SSA) 聲明、機動車輛管理局 (Department of Motor Vehicles, DMV)。 • 行動電話帳單。 • 信用卡對帳單。 • 列印出姓名和地址的銀行對帳單或已兌現支票。 • 美國郵政服務地址變更確認函。 • 列出您的地址的搬家公司合約或收據。 • 如果您住在其他人 (例如家人、朋友或室友) 家裡，您可以郵寄該人士的信函 / 聲明，內容要陳述您與他們同住而不只是暫時來訪。該人士必須提供其居住證明，並附以上所列的一項文件。 • 如果您居無定所或住在臨時住所，您可以提交同州其他居民的信函或聲明，內容要陳述他們知道您住在哪裡並能證明您住在相關區域內而不只是暫時來訪。該人士必須提供其居住證明，並附以上所列的一項文件。 • 當地非營利社會服務提供者 (不含非營利醫療保健服務提供者) 或政府實體 (含庇護所) 提供的信函，證明您住在區域內而不只是暫時來訪。
6)	根據有效的州或聯邦法院命令，強制合格個人以受撫養人身分納入承保範圍。	法院文件。

(續)

主要申請人的社會安全號碼或納稅人識別號碼 (TIN) 後 4 碼：_ _ _ _

第 IV 部分：特殊投保期間 (續)

合格事件		California 文件範例
7)	合格個人已出獄。	列出事件日期的緩刑或假釋文件。
8)	合格個人按其他健康福利計畫規定，接受不再與該健保計畫網絡簽約的特約醫療服務提供者提供下列任何病況的服務：(a) 急性病況 (因為疾病、傷害或其他醫療問題而突然出現症狀的醫療狀況，而此狀況必須立即醫治，且持續時間較為短暫)；(b) 嚴重慢性病況 (因為疾病、不適或其他醫療問題或醫療障礙引起的嚴重醫療狀況，且長期持續而無法痊癒，或隨時間惡化，或必須持續治療才能緩和或避免惡化)；(c) 末期疾病 (無法治癒或無法挽回，且極有可能在一年內或更短時間內造成死亡的狀況)；(d) 懷孕；(e) 從出生至年齡滿 36 個月的新生兒照護；或 (f) 由醫療服務提供者建議和記錄，在合約終止日期或新受保會員的承保生效日期起 180 天內進行的外科手術或其他程序，且該醫療服務提供者不再與健保計畫簽約。	• 健保計畫記錄該醫療服務提供者與網絡終止合約的信函。 以及 • 醫療服務提供者記錄計畫參加者病況的信函。
9)	合格個人向 Exchange 證明，合格個人在最近一次合格個人可投保期間沒有投保健康福利計畫，是因為合格個人得到的訊息錯誤，讓合格個人以為自己有最低基本承保。	• 申請人提供的合格事件證明函。 • 計畫續約信函複本。
10)	合格個人是根據美國法典第 32 編服役而退役的美國軍隊後備軍人成員或 California 國民警衛隊成員。	現役軍人退役文件。
11)	剛符合或失去保費免稅額預付款資格，或分攤費用減免資格有所變更。	顯示您符合資格可取得之保費協助的預付保費免稅額 (Advanced Premium Tax Credit, APTC) 文件。
12)	合格個人或計畫參加者是遭受家庭暴力或配偶遺棄的受害者 (包括家中的受撫養人或未婚受害者)、投保最低基本承保並希望與施暴行為人或遺棄行為人分別投保；或是與受害者一起申請承保的家庭暴力或配偶遺棄受害者的受撫養人。	在做假證供願受懲罰的情況下，簽署陳述您的姓名和投保承保的家庭暴力受害者姓名的書面聲明。
13)	個人或受撫養人在年度開放投保期間或因為合格事件而透過 Covered California 申請承保、經 Covered California 評估為可能符合 Medi-Cal 資格並在開放投保期間結束後或在發生合格事件超過 60 天後被判決不符合 Medi-Cal 資格；或在年度開放投保期間申請 Medi-Cal 承保並在開放投保期間結束後被判決不符合資格。	Covered California 或 Medi-Cal 的資格不符拒絕函。
14)	合格個人向 Covered California 充分證明，因為與計畫福利、服務區域或保費相關的重大錯誤而影響合格個人透過 Covered California 購買承保的決定。	在做假證供願受懲罰的情況下，簽署陳述您的姓名、健保計畫名稱、發生的錯誤，及該錯誤發生日期的書面聲明。
15)	合格個人或計畫參加者，或合格個人的或計畫參加者的受撫養人剛取得資格可透過 Individual Coverage HRA (ICHRA) 或合格小型雇主健康補償安排 (qualified small employer health reimbursement arrangement, QSEHRA) 購買個人健保計畫。	申請人證明其有被提供 ICHRA 或合格小型雇主健康補償安排 (QSEHRA) 之信函，其中要有 ICHRA 或合格小型雇主健康補償安排 (QSEHRA) 的開始日期。
16)	個人原投保統一綜合預算協調法案 (COBRA) 持續承保，並由雇主支付該承保之全部或部分保費，或由政府實體為該承保提供補助，且雇主已完全停止向統一綜合預算協調法案 (COBRA) 持續承保提撥或政府補助已完全停止。	申請人證明此合格事件之信函。

(續)

主要申請人的社會安全號碼或納稅人識別號碼 (TIN) 後 4 碼：_ _ _ _

第 V 部分：永久住所證明規定

Health Net 規定，您 (即申請人) 目前必須是 California 永久居民，而且必須先支付首期保費，您的投保申請才會獲得考慮。

請提供一 (1) 份可接受的永久住所證明文件，顯示您的住家地址與您在本申請表第 1 頁填寫的地址相符。**如果我們沒有在您提交申請表時收到永久住所證明文件，您的申請就會被拒絕**。Health Net 保留權利可調查申請人提交或代表申請人提交的任何住所證明相關資訊，並可要求額外資訊，以確定申請人的住所。

請注意，永久住所不包括為了接受醫療治療而遷入醫療機構，也不包括為了取得醫療保健而暫時住在服務區域內。

可接受的證明文件包括：

- 最新的 California 駕照或身分證。
- 申請人名下最新有效的 California 汽車行照。
- 申請人在 California 受僱的證明。
- 申請人向 California 政府或私人就業機構登記的證明。
- 申請人為申請人子女註冊 California 學校的證明。
- 申請人接受 California 政府補助的證明。
- 選民登記表收據、選民通知卡或選民登記摘要。
- 申請人名下的最新 California 水電費帳單。
- 申請人名下的最新 California 租金或房貸繳款收據。不接受由親戚提供的租金收據。
- 列出主要住所的房貸契約。
- 申請人名下的租賃協議。
- 政府寄給申請人的郵件 (社會安全局 (SSA) 聲明、機動車輛管理局 (DMV))。
- 行動電話帳單。
- 信用卡對帳單。
- 列印出姓名和地址的銀行對帳單或已兌現支票。
- 美國郵政服務地址變更確認函。
- 列出您的地址的搬家公司合約或收據。
- 如果您住在其他人 (例如家人、朋友或室友) 家裡，您可以郵寄該人士的信函 / 聲明，內容要陳述您與他們同住而不只是暫時來訪。該人士必須提供其居住證明，並附以上所列的一項文件。
- 如果您居無定所或住在臨時住所，您可以提交同州其他居民的信函或聲明，內容要陳述他們知道您住在哪裡並能證明您住在相關區域內而不只是暫時來訪。該人士必須提供其居住證明，並附以上所列的一項文件。
- 當地非營利社會服務提供者 (不含非營利醫療保健服務提供者) 或政府實體 (含庇護所) 提供的信函，證明您住在相關區域內而不只是暫時來訪。

如果申請的保單對象只有子女，父母或法定監護人必須提供該子女現居處的住所證明。

主要申請人的社會安全號碼或納稅人識別號碼 (TIN) 後 4 碼：_ _ _ _

第 VI 部分：個人與家庭計畫標準投保的例外 - 關於語言協助的問責聲明

第 VI 部分說明：當申請人因為無法讀、寫和 (或) 說本申請表的語言而無法填寫本申請表時，即可使用下列流程。Health Net 規定，如果需要協助填寫本申請表，您必須使用合格口譯員的服務。Health Net 會在您要求時免費提供合格口譯員服務。請與 Health Net 聯絡，電話 877-609-8711，查詢有關合格口譯員服務和如何取得相關服務的資訊。本表格應與個人和家庭投保申請表一併繳交 (如適用)。

Health Net 合格口譯員 - 若由 Health Net 合格口譯員協助，請填寫下列部分。

我是 _____，接受 Health Net 授權的合格口譯員協助填寫本申請表，因為我：

☐ 不會閱讀本申請表的語言。 ☐ 不會說本申請表的語言。

☐ 不會寫本申請表的語言。 ☐ 其他 (請解釋)：_____

合格口譯員協助我填寫： ☐ 整份申請表。

☐ 其他 (請解釋)：_____

合格口譯員用下列語言唸本申請表的內容給我聽：

簽名和日期 (必須用墨水筆)	
申請人簽名：	今天的日期： / /
口譯申請表的日期： / /	口譯申請表的時間：
合格口譯員編號： ( )	

Health Net 合格口譯員以外的其他合格口譯員 - 若由 Health Net 合格口譯員以外的其他合格口譯員協助，請填寫以下部分。

若由 Health Net 提供的合格口譯員以外的其他合格口譯員協助您填寫本申請表，該口譯員必須填寫以下部分：

我是 _____，我瞭解合格口譯員應該：(a) 具備與已接受非英文語言高等教育 (專科或大學同等學歷) 的母語使用者同等的字彙能力；(b) 溝通時能表現其文化敏感度，考慮到每一種語言都具有各式各樣的變化；(c) 具備母語使用者的語言技能 (在某種語言社群中成長或活動發展而來的母語使用者語言技能)；以及 (d) 具備非英文語言的相關讀寫技能 (以接受過母語高等教育證明其讀寫技能)。

身為合格口譯員，我親自為上述申請人唸出並填寫本申請表，原因是：

☐ 申請人不會閱讀本申請表的語言。 ☐ 申請人不會說本申請表的語言。

☐ 申請人不會寫本申請表的語言。 ☐ 其他 (請解釋)：

在明白偽證罪責任的情況下，我聲明我把以下內容唸給申請人聽：

☐ 整份申請表。 ☐ 其他 (請解釋)：

我用下列語言把本申請表的內容唸給申請人聽：

請提供下列有關協助申請人的合格口譯員 (但並非 Health Net 合格口譯員) 的資訊：

姓氏：		名字：	
合格口譯員的地址：			
城市：	州：	郵遞區號：	電話： ( )
合格口譯員簽名：		日期： / /	

主要申請人的社會安全號碼或納稅人識別號碼 (TIN) 後 4 碼：_ _ _ _

第 VII 部分：申請人的代理人 / 經紀人資訊

請務必完整填寫代理人 / 經紀人姓名和地址，才能將通訊寄送給代理人 / 經紀人。

Health Net 特約代理機構或經紀人的全國保險業務員編號 (National Producer Number, NPN)：	**Health Net 直接銷售代理人編號：**
姓名 (請以正楷填寫)：	電話號碼： (　　)
地址：	
電子郵件地址：	
申請人的代理人 / 經紀人簽名 / 編號 (必填)：	**簽名日期 (必填)：** 　　/　　/

代理人 / 經紀人證明

我是 _____ (代理人 / 經紀人姓名)，

(備註：您必須選擇適當的方框。您只能選擇一個方框。)

(____) 並未以任何方式協助申請人填寫或繳交本申請表。所有資訊均由申請人填寫，我並未提供任何種類的協助或建議。我瞭解，若我在本聲明中的任何部分提供不實資訊，我可能會遭受民事懲罰，包括但不限於最高 $10,000 之罰鍰。

或

(____) 協助申請人繳交本申請表。我已告訴申請人必須完整誠實回答所有問題，且不應對申請表中要求提供的任何資訊有所保留。我已解釋保留資訊可能會導致未來承保遭到終止或廢止。申請人已向我表示，申請人已瞭解這些說明和警語。竭盡我所知，本申請表上的資訊均為完整正確。我瞭解，若我在本聲明中的任何部分提供不實資訊，我可能會遭受民事懲罰，包括但不限於最高 $10,000 之罰鍰。

請回答第 1 到第 3 題所有問題。

1. **誰填寫並完成本登記表？(請用正楷填寫全名)**

_____

2. 您是否親眼看到申請人在申請表上簽名？ ☐ 是 ☐ 否
3. 您是否在申請人簽名後檢閱本申請表內容？ ☐ 是 ☐ 否

第 VIII 部分：投保條件

一般條件：Health Net 保留權利可在申請人因未達資格條件而不符合承保資格時拒絕任何投保申請。即使您已經向 Health Net 繳交第一個月的保費，仍須等到 Health Net 的會籍部接受本申請並核發接受通知給申請人後才能取得承保。Health Net 任何其他部門、主管、代理人或員工都沒有核准投保的權利。申請人的代理人或經紀人都無法核准本申請表、變更本申請表條款或豁免本申請表的規定。本申請表將成為計畫合約的一部分。

Health Net 可撤銷計畫合約的情況

在承保的首 24 個月內，Health Net 能以構成詐欺的任何行為或作為，或以您或代表您繳交或與您投保申請表一起提交的任何書面資訊中蓄意不實陳述任何重要事實為理由而撤銷計畫合約。

重要事實是指如果 Health Net 知道就會因此拒絕核發承保的資訊。

如果撤銷計畫合約，Health Net 就沒有責任提供計畫合約規定的承保。

您在本申請表上簽名即表示，所有回答均真實、完整而正確且申請表將成為 Health Net 與您之間計畫合約的一部分。您簽署本申請表也表示，您同意遵守計畫合約的條款。

投保後，如果 Health Net 要調查您申請表的資訊，Health Net 必須通知您該調查、調查的基礎，並讓您有機會回應。

如果 Health Ne 決定撤銷您的承保，這類決定會先送交 Health Net 特約獨立第三方審核人員審查。

如果撤銷計畫合約，Health Net 會在撤銷生效日期前 30 天提供包含下列內容的書面通知：

1. 解釋決定的依據；
2. 列出撤銷生效日期；
3. 釐清除了承保遭到撤銷的個人外，所有其他您的承保所承保的會員都可以繼續保有承保；
4. 解釋您的月保費會修改，以反映仍保有計畫合約的會員人數；
5. 解釋如果您不同意 Health Net 的決定，您享有的權利以及向 Health Net 和 (或) Department of Managed Health Care 尋求解決的選項；以及
6. 附上要求審查權利表。從取消、撤銷或不續約通知日期起，您有 180 天的時間可向 Health Net 和 (或) Department of Managed Health Care 提交要求權利表。

如果計畫合約遭到撤銷：

1. Health Net 可撤銷您的承保，如同從來不曾有過承保一樣，而且您會失去健康福利，包括已接受治療的承保；
2. Health Net 會退還您繳納的所有保費金額並扣除 Health Net 代表您給付的任何醫療費用，還可要求您償還從承保原始日期起根據計畫合約而已給付的任何金額；以及
3. Health Net 保留權利可取得任何其他因撤銷而產生且符合 California 法律的法律救濟措施。

如果 Health Net 拒絕您的上訴，您有權向 California Department of Managed Health Care 尋求協助。

受保護健康資訊的使用和透露：我確認並瞭解，醫療服務提供者得向 Health Net 透露有關我本人或受撫養人的健康資訊。Health Net 可因治療、給付和健保計畫作業，包括但不限於使用管理、品質改善以及疾病或個案管理方案等而使用和透露這類資訊。Health Net 的隱私權行使聲明納入計畫合約中，而且我也可以到 www.myhealthnetca.com 網站或透過 Health Net 客戶聯絡中心取得該聲明。對使用和透露受保護健康資訊的授權應自我於下頁簽名當天開始，維持 24 個月的效力。

如果唯一申請人是未成年人：如果本申請表的唯一申請人未滿 18 歲，則申請人的父母或法定監護人必須簽名。申請人簽名即表示同意承擔本申請表中資訊的正確性與繳交保費的法律責任。如果該負責人並非申請人的親生父母，繳交本申請表時應一併附上授權監護權的法院文件複本。

<u>如果申請人看不懂本申請表的語言：如果申請人看不懂本申請表的語言，並由口譯員協助填寫本申請表，則申請人必須簽名並繳交問責聲明 (請參閱本申請表第 VI 部分：「個人與家庭計畫標準投保的例外 – 關於語言協助的問責聲明」)。

主要申請人的社會安全號碼或納稅人識別號碼 (TIN) 後 4 碼：_ _ _ _

第 IX 部分：重要規定

通知：為保護您，California 法律規定本表格應載有下列文字。任何人蓄意提出錯誤或欺詐的損失給付理賠申請，均屬犯罪行為，可能處以罰鍰並監禁於州立監獄。

禁止要求人類免疫缺乏病毒 (HIV) 檢測：California 法律禁止健康照護服務、計畫或保險公司以規定應接受人類免疫缺乏病毒 (human immunodeficiency virus, HIV) 檢測或使用人類免疫缺乏病毒 (HIV) 檢測做為取得承保之條件。

確認與同意：我 (即申請人) 瞭解並同意，投保 Health Net 或接受 Health Net 的服務即表示，我和任何投保受撫養人均應遵守計畫合約的條款、條件和規定。如欲取得計畫合約複本，請撥打 Health Net 電話 877-609-8711。**我 (即申請人) 已閱讀並瞭解本申請表的條款，且我於下頁簽名即表示本申請表中所填資訊均為完整、真實和正確，我也接受這些條款。**

約束性仲裁協議：我 (申請人) 瞭解並同意，我 (包括我的任何投保家人或繼承人或個人代表) 與 Health Net 間的任何和一切爭議，均須交付約束性仲裁做為最終解決方式，不進行陪審團或法院審訊。本仲裁協議包括因計畫合約或我的 Health Net 承保而引起或相關的任何爭議，無論是基於任何法律理論而主張。本爭議仲裁協議即使在有其他當事人 (例如醫療服務提供者或其代理人或員工) 涉入爭議時也同樣適用。我瞭解，同意所有爭議均交付約束性仲裁以做為最終解決方式時，所有當事人 (包括 Health Net) 即放棄在法院由陪審團裁決其爭議之憲法權利。我也在此放棄所有參加任何集體訴訟或集體仲裁的權利。我也瞭解，我和 Health Net 之間有關主張醫療疏失 (即所提供的任何醫療服務是否非必需或未經授權，或提供方式不當、疏忽或不能勝任) 而可能發生的爭議，亦應交付約束性仲裁以作為最終解決方式。我瞭解，計畫合約中有更詳細的仲裁規定。如果計畫合約受員工退休收入保障法案 (Employee Retirement Income Security Act, ERISA) (美國法典第 29 編第 1001-1461 節) 規範，強制仲裁可能即不適用某些爭議。我在下方簽名即表示，我瞭解並同意本約束性仲裁協議的條款，我也同意所有爭議均應交付約束性仲裁而非法院審理。

申請人，或父母或法定監護人 (如申請人未滿 18 歲)： 請用正楷填寫姓名：_____ 簽名：_____	簽名日期：	申請人的受撫養人 (年滿 18 歲) 簽名：	簽名日期：
配偶 / 同居伴侶 (年滿 18 歲) 簽名：	簽名日期：	申請人的受撫養人 (年滿 18 歲) 簽名：	簽名日期：
申請人的父母 / 繼父母簽名：	簽名日期：	申請人的受撫養人 (年滿 18 歲) 簽名：	簽名日期：
申請人的父母 / 繼父母簽名：	簽名日期：		

本申請表和本仲裁條款均須由申請人簽名。申請人必須親自以墨水筆簽名，並同意遵守仲裁條款和申請表以及計畫合約的條款、條件和規定，本申請表才會獲得處理。代理人 / 經紀人或任何其他人均不得在本申請表和仲裁條款上簽名，本申請表才會獲得考慮。

您可繳交本申請表和授權表的影本或傳真本。Health Net 建議您將本申請表和授權表保留一份做為紀錄。

本文中凡提及「Health Net」時，均包括負責核保或管理本投保申請表適用之承保的 Health Net 關係企業和子公司。
「計畫合約」是指 Health Net of California, Inc. 綜合計畫合約和承保範圍證明。

Ambetter from Health Net PPO 健保計畫由 Health Net of California, Inc. 提供。Health Net of California, Inc. 是 Health Net, LLC 和 Centene Corporation 的子公司。
Health Net 是 Health Net, LLC 的註冊服務標章。保留所有權利。
FRM739502CC01w (1/23)
IFPPPOAPP12023

主要申請人的社會安全號碼或納稅人識別號碼 (TIN) 後 4 碼：_ _ _ _

第 X 部份：向 Health Net 提交您的投保申請表、永久住所證明文件和支票、本票或匯票的說明。

- **將您填好的申請表和永久住所證明文件郵寄至：**
  Health Net Individual and Family Enrollment
  PO Box 989731
  West Sacramento, CA 95798-9731
- **或者，將您填好的申請表和永久住所證明文件傳真至 800-977-4161。**
- **並且，將您的支票、本票或匯票和填好的表格郵寄至下列地址：**
  Health Net CA Individual
  PO BOX 748705
  Los Angeles, CA 90074-8705

✂ *從這裡剪下*

為幫助確保您的付款用於您的申請，請填好本表格後連同您的支票、本票或匯票一起郵寄至：

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

申請人資訊

申請人的姓名：	
申請人的地址	
申請人的出生日期 (月 / 日 / 年)： / /	申請人的社會安全號碼： – –

必須支付第一個月的保費，才會處理您的申請，且承保才會生效。未付款將導致延遲投保。

✂ *從這裡剪下*

反歧視聲明

除了 California 州的反歧視規定 (如福利承保範圍文件所說明)，Health Net of California, Inc. (Health Net) 也遵守適用的聯邦民權法律，不因種族、膚色、原始國籍、血統、宗教、婚姻狀態、社會性別、性別認同、性向、年齡、殘疾或生理性別而歧視或排除任何人或給予差別待遇。

Health Net：

- 為殘疾人士提供免費協助和服務，例如合格手語翻譯員和其他形式的書面資訊 (大字體、無障礙電子格式、其他形式)，以便與我們有效地溝通。
- 為主要語言不是英文的民眾提供免費語言服務，例如合格口譯員和其他語言版本的書面資訊。

如果您需要相關服務，請聯絡 Health Net 的客戶聯絡中心，電話：
透過 Exchange/Covered California 投保的個人與家庭計畫 (Individual & Family Plan, IFP) 會員 1-888-926-4988 (聽障專線 (TTY)：711)
不是透過 Exchange 投保的個人與家庭計畫 (IFP) 會員 1-800-839-2172 (聽障專線 (TTY)：711)
個人與家庭計畫 (IFP) 申請人 1-877-609-8711 (聽障專線 (TTY)：711)
透過 Health Net 投保的團體計畫 1-800-522-0088 (聽障專線 (TTY)：711)

如果您認為 Health Net 沒有提供這些服務或因為以上所列的任何特徵而有其他方式的歧視，您可撥打以上 Health Net 客戶聯絡中心電話提出申訴並告訴服務人員您需要協助提出申訴。Health Net 的客戶聯絡中心可協助您提出申訴。您也可以透過郵寄、傳真或電子郵件提出申訴：

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

傳真：1-877-831-6019
電子郵件：Member.Discrimination.Complaints@healthnet.com (會員) 或
Non-Member.Discrimination.Complaints@healthnet.com (申請人)

如果您的健康問題緊急、如果您已向 Health Net of California, Inc. 提出投訴但對決定不滿意或從您向 Health Net of California, Inc. 提出投訴起已經超過 30 天，您可以向 Department of Managed Health Care (DMHC) 提交獨立醫療審查 / 投訴表。您可以撥打 DMHC 服務電話 1-888-466-2219 (聽障專線 (TDD)：1-877-688-9891) 或上網 www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint 提交投訴表。

如果您認為自己因為種族、膚色、原始國籍、年齡、殘疾或性別而遭到歧視，您也可以向 U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights (OCR) 提出民權投訴。請透過 OCR 投訴入口網站以電子方式提出投訴 https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf 或郵寄或致電：U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201；
電話 1-800-368-1019 (聽障專線 (TDD)：1-800-537-7697)。

投訴表可在網站取得，網址 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। नियोक्ता 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 ntawv 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 ntawv 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។ លោកអ្នកអាចស្តាប់គេអានឯកសារឱ្យលោកអ្នកជាភាសារបស់លោកអ្នក។ សម្រាប់ជំនួយ ប្រសិនបើលោកអ្នកមានប័ណ្ណសម្គាល់ខ្លួន សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខរបស់មជ្ឈមណ្ឌលទំនាក់ទំនងអតិថិជន។ អ្នកដាក់ពាក្យសុំគម្រោងជាក្រុមដែលជាបុគ្គលិក សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់មជ្ឈមណ្ឌលទំនាក់ទំនងរបស់ Health Net តាមរយៈលេខ 1-800-522-0088 (TTY: 711)។ អ្នកដាក់ពាក្យសុំគម្រោងជាលក្ខណៈបុគ្គល 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 bą́ą́h ílínígóó saad bee háká ada'iiyeed. Ata' halne'ígíí da ła' ná hádídóot'ı́ı́ł. Naaltsoos da t'áá shí shizaad k'ehjí shichı́' yídooltah nínízingo t'áá ná ákódoolnííł. Ákót'éego shíká a'doowoł nínízingo Customer Contact Center hoolyéhíjı́' hodíílnih ninaaltsoos nanitingo bee néého'dolzinígíí hodoonihjı́' bikáá'. Naaltsoos nehiltsóosgo naanish bá dahikahígíí éí kojı́' hodíílnih Health Net's Commercial Contact Center 1-800-522-0088 (TTY: 711). T'áá hó dóó ha'áłchíní (IFP) báhígíí éí kojı́' 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 بگیرند. 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 прочитать 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)