



플랜 최대한 활용하기

귀하의 혜택 및 보장 범위 요약서를 확인하세요

Ambetter HMO 플랜을 신청해 주셔서 감사합니다. 귀하의 **혜택 및 보장 범위 요약 (SBC)**을 읽어보시기 바랍니다. SBC는 다음을 포함하여, 플랜에 대한 몇 가지 기본 사항과 필요할 때 진료를 받는 방법을 제공합니다.

- 플랜 운영 방식
- 보장되는 일반적인 의료 서비스 목록과 건강 플랜에 따른 비용
- 불만 사항을 제기하고 항소할 수 있는 환자의 권리 (플랜에 대한 불만 사항을 제기하거나 규제 기관의 지원을 요청하는 데 사용하는 절차)
- 건강 플랜에서 보장되거나 제외되는 기타 서비스 목록
- 플랜이 특정 질병에 대한 의료 서비스를 보장하는 방식에 대한 예
- 귀하의 주 언어로 도움을 받는 방법
- 자주 묻는 질문과 답변(Q&A)



건강 보험 보장을
최대한 활용하려면
SBC를 이해하는 것이
핵심입니다.

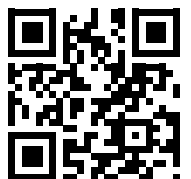
2025년 플랜의 SBC 조회, 다운로드 또는 인쇄 방법:

- 1 www.myhealthnetca.com/sbc 로 이동하십시오.
- 2 (Health Net을 통해 직접) 2025년 혜택 및 보장 범위 요약서를 선택하십시오.
- 3 Ambetter HMO 플랜에서, 귀하께서 신청하시려는 플랜의 SBC를 찾으십시오.

원하는 경우 고객 서비스 센터에 **800-839-2172(TTY: 711)**로 전화하여 요청하실 수 있습니다.

Ambetter HMO 플랜은 Health Net of California, Inc. (Health Net)에서 제공합니다. Health Net of California, Inc.는 Health Net, LLC와 Centene Corporation의 자회사입니다. Health Net은 Health Net, LLC의 등록된 서비스 상표입니다. 기타 모든 식별된 상표/서비스 마크는 해당 회사의 자산으로 유지됩니다. 모든 권리 보유.

FLY1532936KH01w (1/25)



개인 및 가족 플랜 Ambetter HMO 가입 신청서



요청한 효력 발생일

□□ / □□ / □□□□

신청서는 타이핑하거나 파란색 또는 검은색 펜으로 작성해야 합니다.

보장 효력 발생일: 연간 공개 등록 기간인 2024년 11월 1일부터 2025년 1월 31일까지 또는 특별 등록 기간에 가입하는 경우에만 보장을 받을 수 있습니다. 공개 가입 기간에는 1월 1일부터 발효되는 보장을 받으려면 12월 31일까지 신청서가 접수되어야 합니다. 1월 1일에서 1월 31일 사이에 신청서가 접수되면 보장은 2월 1일에 발효됩니다. 특별 가입 기간에는 적격 사유가 발생한 후 60일 이내에 신청서가 접수되어야 합니다. 일반적으로 1일에서 15일 사이에 접수된 신청서의 경우, 신청서를 제출한 후 다음 달 1일에 보장이 발효됩니다. 16일에서 해당 월의 말일 사이에 접수된 신청서의 경우, 신청서를 제출한 후 두 번째 달의 1일에 보장이 발효됩니다.

현재 Medicare 플랜에 가입되어 있으면 개인 및 가족 플랜을 신청할 자격이 없습니다.

Health Net은 배우자 및 부양 자녀를 포함하여 건강 보장에 가입하는 모든 분의 **사회 보장 번호(SSN)**를 요청하거나 주 신청자의 **납세자 식별 번호(TIN)**를 요청합니다. 이러한 요청은 건강 보험 개혁법 및 상원 법안 78에서 요구하는 대로 귀하의 세무 신고에 보장 확인을 제공하기 위함입니다. 본인의 SSN 또는 TIN을 제공할 수 없거나 다른 가족 구성원의 SSN을 제공할 수 없는 경우에도 여전히 보장을 신청할 수 있으며 보장이 거부되지 않습니다. Health Net은 귀하의 SSN 또는 TIN을 다른 목적으로 사용하지 않으며 법률로 요구하는 경우가 아니면 다른 누구와도 공유하지 않습니다. 신생아의 경우에는 6개월 이내에 신생아의 SSN을 제공해야 합니다.

에이전트/중개인은 신청자를 대신하여 이 신청서 및 계약서에 서명할 수 없습니다.

중요: 신청자가 영어를 읽거나 쓰지 못하는 경우 파트 VI를 참조하십시오. 개인 및 가족 플랜 Ambetter HMO 가입 신청서는 스페인어, 중국어, 한국어 버전으로 제공됩니다. 귀하가 읽을 수 있도록 다른 사람이 도와줄 수도 있습니다. 무료로 제공되는 지원이 필요하시면 877-609-8711번으로 연락하십시오.

이 신청서를 작성하는 데 도움이 필요하시면 에이전트/중개인이 도움을 드릴 수 있습니다. 귀하가 이 신청서를 읽고 작성하는 데 도움을 준 에이전트/중개인은 신청서에 서명해야 합니다(파트 VII 참조).

본인(및 해당하는 경우 피부양자)의 신청 기간: 연례 공개 가입 기간 특별 가입 기간(파트 IV 참조)

파트 I. 신청자 정보

- 신규 신청(가족 유형 체크)** 본인 본인 및 배우자 본인 및 동거인 본인 및 자녀 본인 및 자녀들
 본인, 배우자 및 자녀(들) 본인, 동거인 및 자녀(들) 자녀 전용¹ 본인 및 부모/계부모
 본인, 배우자 및 부모/계부모 본인, 동거인 및 부모/계부모 본인, 자녀 및 부모/계부모 본인, 자녀 및 부모/계부모
 본인, 배우자, 자녀(들) 및 부모/계부모 본인, 동거인, 자녀(들) 및 부모/계부모 자녀 및 부모/계부모 **변경 요청**
 피부양자 추가(아래에 주 등록자 정보를 입력한 다음, 파트 III에서 피부양자 정보를 작성하십시오.)

주 신청자의 성:	이름:	중간 이름 이니셜:	<input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 여성
영구 집 주소: ²			
시:	주:	우편번호:	신청자 거주 카운티:
청구/우편 주소:			
휴대전화 번호: ()	추가 전화번호: <input type="checkbox"/> 집 <input type="checkbox"/> 직장 ()	이메일 주소:	
주 신청자의 생년월일 (mm/dd/yy): / /	주 신청자의 사회 보장 번호: - -	주 신청자의 납세자 식별 번호:	
현재 Health Net 가입자입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 '예'라고 답한 경우 주 등록자의 가입자 ID를 제공하십시오.			
일차 진료의 ID:	일차 진료 그룹 ID:	현재 환자임 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	

(계속)

¹자녀 전용 플랜 신청자는 요청된 보장 효력 발생일 기준으로 만 18세 미만이어야 합니다. 만 18세 이상의 각 자녀는 별도의 개별 가입 신청서를 제출해야 합니다.

²0페이지, 파트 V. "영구 거주지 증빙 요건"을 참조하십시오.



파트 I. 신청자 정보(계속)

가능한 경우 서면 플랜 정보를 받을 때 선호하는 언어:

- 영어 스페인어 중국어 한국어

주 신청자의 민족 및/또는 인종을 선택하십시오.

민족:

- 히스패닉, 라틴계 또는 스페인계
(‘예’라고 답한 경우, 해당 항목에
체크하십시오):
- 멕시코인 쿠바인
 엘살바도르인 푸에르토리코인
 과테말라인

인종:

- 백인 하와이 원주민 중국인 라오스인
 흑인 또는 과마니안 또는 차모로인 필리핀인 베트남인
아프리카계 미국인 사모아인 몽족 기타 인종
 미국 원주민 또는 아시아계 인도인 일본인
알래스카 원주민 캄보디아인 한국인

신청자의 민족/인종에 대한 답변을 거부합니다.

파트 II. 보장 및 지불 정보 선택

A. 보장 선택

Health Net of California, Inc. Ambetter HMO 플랜은
Ambetter HMO 공급자 네트워크를 이용합니다.

- Platinum 90 Ambetter HMO**
- Gold 80 Ambetter HMO**
- Silver 70 Off Exchange Ambetter HMO**
- Bronze 60 Ambetter HMO**
(Kern 카운티 및 Imperial 카운티에서만 이용 가능)
- Minimum Coverage Ambetter HMO**
(Kern 카운티 및 Imperial 카운티에서만 이용 가능) 만 30세
미만인 개인이 이용할 수 있습니다. 만 30세 이상이면 최소
필수 보장을 유지해야 하는 연방 요구 사항에서 면제되는
경우에도 이 플랜에 가입할 자격이 될 수 있습니다. 이 신청서와
함께 면제 증명서를 제출해야 합니다.

선택적 보장: 성인 대상 치과/안과 플랜 (만 19세 이상)

- Dental and Vision Plus** - 주 신청자를 위해
Dental and Vision Plus를 구매하시면 만 19세 이상의 모든
가족 구성원도 Dental and Vision Plus 플랜에 가입됩니다.
Dental and Vision Plus는 공개 가입 또는 특별 가입 기간에만
의료 보장과 함께 구매하거나 의료 보장에 추가할 수 있습니다.

참고: 모든 의료 플랜에는 소아 치과 및 안과 보장이 포함됩니다.
개인은 만 19세가 되는 달의 말일까지 의료 플랜에 따른 소아 치과
및 안과 보장을 받습니다.

B. 지불 정보(귀하의 신청서를 처리하고 보장이 발효되려면 첫 번째 달의 보험료를 지불해야 합니다. 첫 보험료를 지불하지 않으면 가입이 지연됩니다.)

첫 보험료 지불 수표, 자기앞 수표 또는 우편환으로 지불하십시오(금액은 월 보험료와 일치해야 함). 온라인으로 가입하는
경우에는 선불식 직불 카드, 은행 직불 카드, 은행 계좌, 신용 카드로 지불할 수 있습니다.
온라인으로 가입하려면 www.myhealthnetca.com을 방문하십시오.

신청서 우편 발송

작성한 신청서를 다음 주소로 보내십시오.
Health Net Individual & Family Enrollment
PO Box 989731
West Sacramento, CA 95798-9731

신청서 팩스 발송

작성한 신청서를 다음 번호로 팩스로
보내십시오.
800-977-4161

수표, 자기앞 수표, 우편환 우편 발송

16페이지의 양식을 작성하여 수표, 자기앞
수표 또는 우편환과 함께 다음 주소로
보내십시오.
Health Net CA Individual
PO Box 748705
Los Angeles, CA 90074-8705

현재 가입자는 www.myhealthnetca.com 에 로그인하여 "For Members"(가입자용) 섹션에서 *Pay My Bill(내 청구서 지불)*을
선택하십시오.

등록 요금 지불

등록자는 Health Net에 등록 요금을 지불할 책임이 있습니다.



파트 III. 가입할 가족 구성원(들)

본인 외에 가입할 자격이 있는 모든 가족 구성원을 기재하십시오. 기재된 가족 구성원의 성이 귀하와 다른 경우 별도의 용지에 설명해 주시기 바랍니다. 추가 피부양자가 있으면 다른 용지에 요청된 정보를 적어 첨부하십시오.

보충 페이지가 첨부되어 있는 경우 체크하십시오. 보충 페이지의 우측 상단에 주 신청자의 사회 보장 번호 또는 납세자 식별 번호를 기재하시기 바랍니다.

참고: 가족 구성원이 주 등록자와 다른 건강 보험을 요청하는 경우, 다른 플랜을 요청하는 각 가족 구성원에 대해 별도의 신청서를 작성하여 제출해야 합니다. 다른 플랜에 가입하는 것은 선택한 플랜의 개별 공제액 및 최대 본인 부담금이 각 개인에게 적용되며, 가족이 가족 공제액 및/또는 최대 본인 부담금에 공동으로 기여할 수 없음을 의미합니다.

동거인 보장의 경우, California 주의 해당 법률에서 요구하는 모든 자격 요건이 충족되어야 하며, California 국무장관에게 공동 동거인 관계 선언을 제출해야 합니다.

서비스 제공자 선택:

의사 그룹 및 일차 진료의를 선택해야 합니다. 귀하는 가입하는 각 가족 구성원에게 동일한 의사 그룹 및 일차 진료의 또는 다른 의사 그룹 및 일차 진료의를 선택할 수 있습니다. 일차 진료의를 선택하지 않으면 귀하의 지역 내에서 진료의가 선택됩니다.

Health Net과 계약을 맺은 의사의 최신 목록을 찾으려면 www.myhealthnetca.com을 방문하여 *Find a Doctor(의사 찾기)*로 이동하십시오. 개인 및 가족 플랜 네트워크 의사의 전체 목록을 찾을 수 있으며 전문 분야, 시, 카운티 또는 의사 이름으로 검색할 수 있습니다. 또한 877-609-8711번으로 전화하여 공급자 정보를 요청하거나 Health Net 공인 에이전트/중개인에게 문의하실 수도 있습니다.

Dental and Vision Plus 보장 치과 의사 이름, 주소, 일차 치과의 전화번호, 참여 치과 공급자의 전화번호를 알아보거나 공급자 선택에 도움이 필요하시면, Health Net에 866-249-2382번으로 문의하시거나 www.yourdentalplan.com/healthnet을 방문하십시오.

관계		성	이름	중간 이름 이니셜
<input type="checkbox"/> 배우자 <input type="checkbox"/> 동거인	<input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 여성			
사회 보장 번호			생년월일	
- -			/ /	
Ambetter HMO 일차 진료의 ID (Ambetter HMO 플랜에 필수)			Ambetter HMO 의사 그룹 ID	
관계: 자녀 1		성	이름	중간 이름 이니셜
<input type="checkbox"/> 아들 <input type="checkbox"/> 딸				
사회 보장 번호			생년월일	
- -			/ /	
Ambetter HMO 일차 진료의 ID (Ambetter HMO 플랜에 필수)			Ambetter HMO 의사 그룹 ID	

(계속)



파트 III. 가입할 가족 구성원(들)(계속)

관계: 자녀 2	성	이름	중간 이름 이니셜
<input type="checkbox"/> 아들 <input type="checkbox"/> 딸			
사회 보장 번호		생년월일	
- -		/ /	
Ambetter HMO 일차 진료의 ID (Ambetter HMO 플랜에 필수)		Ambetter HMO 의사 그룹 ID	
관계: 자녀 3	성	이름	중간 이름 이니셜
<input type="checkbox"/> 아들 <input type="checkbox"/> 딸			
사회 보장 번호		생년월일	
- -		/ /	
Ambetter HMO 일차 진료의 ID (Ambetter HMO 플랜에 필수)		Ambetter HMO 의사 그룹 ID	
부모/계부모			
<p>Medicare는 만 65세 이상인 분들, 장애가 있는 특정 젊은 연령대의 사람들, 영구 신부전증 환자를 위한 연방 건강 보험 프로그램입니다. Medicare 프로그램에 자격이 되는 경우, Medicare 가입을 연기하면 재정적으로 상당한 영향이 미칠 수 있으므로 귀하에게 주어진 옵션을 신중하게 검토하셔야 합니다. 건강 보험 상담 및 옹호 프로그램(HICAP)에 800-434-0222번으로 전화하여 Medicare 자격 및 가입 옵션에 관한 무료 상담을 받으실 수 있습니다. 가까운 HICAP 사무소를 찾으려면 www.cahealthadvocates.org/hicap을 이용하십시오.</p>			
관계: 부모/계부모 1	성	이름	중간 이름 이니셜
<input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 여성			
사회 보장 번호		생년월일	
- -		/ /	
Ambetter HMO 일차 진료의 ID (Ambetter HMO 플랜에 필수)		Ambetter HMO 의사 그룹 ID	

(계속)



파트 III. 가입할 가족 구성원(들)(계속)

관계: 부모/계부모 2	성	이름	중간 이름 이니셜
<input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 여성			
사회 보장 번호		생년월일	
- -		/ /	
Ambetter HMO 일차 진료의 ID (Ambetter HMO 플랜에 필수)		Ambetter HMO 의사 그룹 ID	
기존 플랜에 피부양자 추가(신생아, 입양/입양 배정, 의붓자녀, 부모-자녀 관계 가정, 법원 명령 보장, 결혼 또는 동거, 부모/계부모)			
피부양자 성:		이름:	중간 이름 이니셜:
피부양자 생년월일 (mm/dd/yy): ³		결혼, 동거 또는 위에 예시된 기타 해당 적격 사유 (mm/dd/yy):	<input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 여성
/ /		/ /	
사회 보장 번호:		주 등록자의 가입자 ID:	
- -			
Ambetter HMO 플랜에 피부양자를 추가하는 경우, Ambetter HMO Network에서 일차 진료의를 선택해야 합니다. 일차 진료의를 선택하지 않으면 귀하의 지역 내에서 진료의가 선택됩니다.			
일차 진료의 ID:		현재 환자임: <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	
<p>일반 조건: 귀하의 신청서가 출생일 또는 입양일로부터 60일 이내에 접수되지 않으면 Health Net of California, Inc. (Health Net)에서 표준 신청서를 작성하도록 요구할 것입니다. Health Net의 다른 부서, 담당자, 에이전트 또는 직원은 가입을 허가할 권한이 없습니다. 등록자의 중개인이나 에이전트는 승인을 부여하거나 약관을 변경하거나 이 신청서의 요건을 면제할 수 없습니다. 이 신청서는 플랜 계약의 일부가 됩니다.</p> <p>신생아 또는 입양아의 경우에는 첫 번째 달의 보험료를 송금하십시오. 참고: 자녀의 보장 효력 발생일이 해당 월의 1일이 아닌 경우, 추가로 일할 계산된 보험료를 지불해야 하며 이 금액은 다음 정기 보험료 청구서에 추가됩니다.</p> <p>신청서 및 중재 조항은 등록자가 서명해야 합니다. 등록자는 잉크 펜으로 자신의 이름을 직접 서명하고 중재 조항 및 약관, 조건 및 신청서 조항, 그리고 플랜 계약을 준수하는 데 동의해야 이 신청서가 처리될 수 있습니다. 이 신청서가 처리되기 위해서는, 중개인이나 다른 사람이 이 신청서와 중재 조항에 서명할 수 없습니다.</p>			

³출생일 또는 입양일로부터 60일 이내에 신청서가 접수된 경우, 신생아/입양아동의 생년월일 또는 입양일(또는 더 빠른 경우 입양 목적의 배정)이 효력 발생일입니다.



파트 IV. 특별 가입 기간

공개 가입 기간 외에도 귀하와 귀하의 피부양자는 특정 적격 사유가 발생한 후 60일 이내인 특별 가입 기간에 플랜에 가입하거나 변경할 수 있습니다. 일반적으로 1일에서 15일 사이에 접수된 신청서의 경우, 신청서를 제출한 후 다음 달 1일에 보장이 발효됩니다. 16일에서 해당 월의 말일 사이에 접수된 신청서의 경우, 신청서를 제출한 후 두 번째 달의 1일에 보장이 발효됩니다. **이러한 효력 발생일에 대한 예외에는 출생, 입양, 입양 배정, 자녀 양육비 명령 또는 기타 법원 명령을 통한 경우가 포함되며, 적격 사유가 발생하거나 법원 명령이 내린 날짜에 발효됩니다. 혼인의 경우에는 신청서 접수 후 다음 달 1일에 발효됩니다.** 신청서는 적격 사유가 발생한 후 60일⁴ 이내에 접수되어야 합니다. 적격 사유 증빙 서류가 필요합니다. 아래에 해당 적격 사유 및 적용되는 사람의 이름을 기재하십시오. 추가 피부양자의 경우 별도의 용지를 첨부해 주십시오.

적격 사유 번호 (다음 페이지의 표 참조)	사유 발생일	주 신청자	배우자/ 동거인	피부양자 1	피부양자 2	피부양자 3	부모/ 계부모 1	부모/ 계부모 2

⁴보장이 상실되기 전에 신청서가 접수된 경우 효력 발생일은 보장 상실 후 다음 달 1일입니다. 보장 상실 후 60일 이내에 신청서가 접수된 경우 효력 발생일은 신청서 접수 후 다음 달 1일입니다.

(계속)



파트 IV. 특별 가입 기간(계속)

적격 사유	California 문서 예시
<p>1) 유자격 개인 또는 유자격 개인의 피부양자가 다음 이유 중 하나로 인해 최소 필수 보장을 상실한 경우(이전 보장의 자발적 종료 또는 보험료 미납으로 인한 종료 제외). 이러한 경우 적격 사유 발생 60일 전후로 가입 자격이 될 수도 있습니다.</p> <p>A. 보장 대상 직원의 사망.</p> <p>B. 보장 대상 직원의 고용 종료 또는 고용 시간 단축.</p> <p>C. 보장 대상 직원과 해당 직원 배우자의 이혼 또는 법적 별거.</p> <p>D. 보장 대상 직원이 Medicare에 따른 혜택을 받을 자격이 됨.</p> <p>E. 일반적으로 적용되는 플랜 요건에 따라 피부양자가 더 이상 피부양자가 아니게 됨.</p> <p>F. 법안 11 파산에 따른 소송 절차, 어느 시점에서든 퇴직한 보장 대상 직원이 고용주와 관련하여 1986년 7월 1일 또는 그 이후에 시작됨. 이 경우 보장 상실에는 소송 절차 개시일 전후 1년 이내에 유자격 수혜자(배우자/동거인, 부양 자녀, 부모/계부모 또는 생존 배우자/동거인)에 대한 보장이 실질적으로 삭제되는 것을 포함합니다.</p> <p>G. 유자격 개인 또는 유자격 개인의 피부양자가 해당 보장을 갱신할 수 있는 선택권이 있음에도, 달력 연도 기반이 아닌 그룹 건강 보험 또는 개인 건강 보험 보장에 가입되어 있음. 보장 상실일은 플랜 또는 증권 연도의 마지막 날입니다.</p> <p>H. 보험료 미납이나 사기로 인한 취소 또는 중요한 사실의 고의적 허위 진술을 허용하는 상황이 아닌 이유로 인한 최소 필수 보장의 상실.</p> <p>I. 고용주 기여금 종료.</p> <p>J. COBRA 지속 보장 소진.</p> <p>K. 유자격 개인이 Medi-Cal 또는 Medicaid에 따른 의학적으로 필요한 보장을 상실함(이전 보장의 자발적 종료 또는 보험료 미납으로 인한 종료는 제외).</p> <p>L. 유자격 개인이 Medi-Cal 또는 Medicaid에 따른 임신 관련 보장을 상실함(이전 보장의 자발적 종료 또는 보험료 미납으로 인한 종료는 제외).</p>	<p>다음 중 하나의 사본:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 이전 보험사 ID 카드의 앞면과 뒷면. • 보장 상실을 문서화한 이전 보험사의 서신. • 고용주의 고용 종료 또는 시간 단축 확인서 (고용주 레터헤드에 있어야 하며 고용주 관리부에서 서명해야 함). <p>• 적격 사유를 증빙하는 신청자의 서신.</p> <p>• 보장 상실을 문서화한 이전 보험사의 서신.</p> <p>고용주의 기여금 종료 통지서.</p> <p>보장 소진이 반영되어 있는 COBRA 서류.</p> <p>Medi-Cal 또는 Medicaid 문서.</p> <p>Medi-Cal 또는 Medicaid 문서.</p>
<p>2) A. 유자격 개인에게 피부양자가 생기거나, 유자격 개인이 결혼, 동거 관계, 출생, 입양, 입양 배정 또는 부모-자녀 관계 추정을 통해 피부양자가 된 경우.</p> <p>B. 가입자가 피부양자를 잃거나, 가입자가 이혼이나 법적 별거가 발생한 주의 주 법률에 정의된 이혼이나 법적 별거를 통해 또는 가입자 또는 가입자의 피부양자가 사망하여 더 이상 피부양자로 간주되지 않는 경우.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 결혼 증명서. • 동거 관계 선언서. • 등록된 동거 관계 증명서. • 부모-자녀 관계 추정 공증 진술서. • 출생 증명서. • 퇴원 기록. • 입양을 위한 법원 명령 문서. • 이혼 판결 증명서. • 법적 별거 동의서. • 사망 증명서.
<p>3) 유자격 개인 또는 유자격 개인의 피부양자가 건강 보험에 가입하거나 가입하지 못한 것이 의도하지 않거나 부주의하거나 잘못된 것이며, 담당자, 직원, 가입 지원을 제공하거나 가입 활동을 수행하는 비-Exchange 법인, Exchange 또는 보건 복지부의 에이전트, 또는 Exchange의 평가 및 결정 방법의 오류, 허위 진술, 위법 행위 또는 부작위로 인한 결과인 경우.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 이전 보험사 ID 카드의 앞면과 뒷면. • 적격 사유를 문서화한 Exchange 또는 HHS의 서신.

(계속)



파트 IV. 특별 가입 기간(계속)

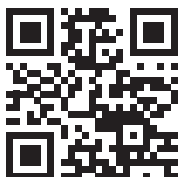
적격 사유	California 문서 예시
4) 가입자 또는 가입자의 피부양자가 가입된 건강 보험이 계약의 중요한 조항을 상당히 위반한 경우.	Exchange 또는 기타 플랜의 해결 문서.
5) 유자격 개인이나 가입자, 또는 유자격 개인이나 가입자의 피부양자가 영구적 이사로 인해 새로운 건강 보험을 이용할 수 있는 경우. 의료 진료를 받기 위한 이동(예: 의료적 치료를 받기 위해 병원 또는 유사한 의료 시설로 입원)은, 이 특별 가입 기간의 목적상 "영구적 이동"이 아님을 유의하십시오.	<p>허용되는 거주지 증빙 서류 사본:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 현재 운전 면허증 또는 신분증. • 신청자의 이름으로 된 현재 유효한 주 차량 등록 양식. • 신청자가 고용 상태라는 증명서. • 신청자가 공공 또는 민간 고용 기관에 등록된 증명서. • 신청자가 신청자의 자녀를 학교에 등록한 증명서. • 신청자가 공적 지원을 받고 있다는 증명서. • 유권자 등록 양식 영수증, 유권자 알림 카드 또는 유권자 등록 초록. • 신청자의 이름으로 된 현재 공과금 청구서. • 신청자의 이름으로 된 현재 임대료 또는 모기지 지불 영수증. 친척이 제공한 임대료 영수증은 인정되지 않습니다. • 주요 거주지가 표시된 모기지 증서. • 신청자 이름으로 된 임대차 계약서. • 신청자의 이름으로 된 정부 우편물(SSA 명세서, DMV 통지서 등). • 휴대전화 청구서. • 신용 카드 명세서. • 이름과 주소가 인쇄된 은행 명세서 또는 취소된 수표. • 미국 우체국(USPS) 주소 변경 확인서. • 주소가 표시된 이사업체 계약서 또는 영수증. • 가족, 친구 또는 룸메이트 등 다른 사람의 집에서 살고 있는 경우, 그 사람과 함께 살고 있으며 일시적 방문이 아님을 진술하는 해당인의 서신/진술서를 보낼 수도 있습니다. 이 사람은 상기 문서 중 하나를 동봉하여 자기 거주지를 증명해야 합니다. • 노숙자이거나 임시 주택에 거주하고 있는 경우, 귀하가 거주하는 곳을 알고 있으며 귀하가 해당 지역에 거주하며 일시적 방문이 아님을 진술하는, 같은 주에 있는 다른 거주자의 서신 또는 진술서를 제출할 수 있습니다. 이 사람은 상기 문서 중 하나를 동봉하여 자기 거주지를 증명해야 합니다. • 지역의 비영리 사회 복지 서비스 제공자(비영리 의료 공급자 제외) 또는 정부 기관(쉼터 포함)에서 귀하가 해당 지역에 거주하고 있으며 단순 방문이 아님을 확인할 수 있는 서신.
6) 유자격 개인이 유효한 주 또는 연방 법원 명령에 따라 피부양자로 보호되어야 하는 경우.	법원 문서.
7) 유자격 개인이 억류 상태에서 풀려난 경우.	사유 발생일이 표시된 보호관찰 또는 임시석방 문서.

(계속)



파트 IV. 특별 가입 기간(계속)

적격 사유	California 문서 예시
8) 유자격 개인이 다음 상태 중 하나로 인해 건강 보험 네트워크에 더 이상 참여하지 않는 계약 공급자에게 다른 건강 혜택 플랜에 따라 서비스를 받고 있는 경우. (a) 급성 상태(신속한 의학적 주의를 필요하고 한정된 기간에 발생한 질병, 부상 또는 기타 의학적 문제로 인해 증상이 갑작스럽게 시작된 의료 상태), (b) 심각한 만성 질환 (본질적으로 심각하고 완전한 치유 없이 지속되거나 장기간에 걸쳐 악화되거나 차도 유지 또는 악화 방지를 위해 지속적인 치료가 필요한 질병, 질환, 기타 의학적 문제 또는 의학적 장애로 인한 의료 상태), (c) 불치병(1년 이내에 사망에 이를 가능성이 높은, 치료될 수 없거나 돌이킬 수 없는 상태), (d) 임신, (e) 출생부터 36개월 사이의 신생아 진료, 또는 (f) 공급자가 계약 종료일로부터 180일 이내에 또는 신규 보장 대상 가입자에 대한 보장 효력 발생일로부터 180일 이내에 행하도록 권장하고 문서화하였으나, 해당 공급자가 더 이상 건강 보험의 참여 공급자가 아닌 수술 또는 기타 시술.	<ul style="list-style-type: none"> 공급자의 네트워크 종료를 문서화한 건강 보험의 서신. 및 가입자의 상태를 문서화한 공급자의 서신.
9) 유자격 개인이 최소 필수 보장으로 보장되고 있다는 잘못된 정보를 받았기 때문에, 유자격 개인이 이용할 수 있는 바로 직전의 가입 기간에 해당 유자격 개인이 건강 혜택 플랜에 가입하지 않았음을 Exchange에 입증하는 경우.	<ul style="list-style-type: none"> 적격 사유를 증빙하는 신청자의 서신. 플랜 갱신 서신의 사본.
10) 유자격 개인이 현역에서 복귀하는 미국 예비군의 일원이거나 미국법 제32조에 따라 현역에서 복귀하는 California 주 방위군의 일원인 경우.	현역 제대 문서.
11) 보험료 세액 공제의 선지급 자격이 새로 생겼거나 자격이 안되거나, 비용 분담 축소 자격이 변경된 경우.	자격이 되는 보험료 지원을 보여주는 선지급 세액 공제 (APTC) 서류.
12) 유자격 개인 또는 가입자가 가정 내 피부양자 또는 미혼 피해자를 포함하여 가정 폭력 또는 배우자 유기의 피해자이며, 최소 필수 보장에 가입되어 있으며, 학대 또는 유기 가해자와 분리되어 보장에 가입하려고 하는 경우. 또는 피해자와 동일한 신청서에 있는, 가정 폭력 또는 배우자 유기 피해자의 피부양자인 경우.	귀하의 이름과 보장에 가입된 가정 폭력 피해자의 이름이 명시된, 위증 시 처벌을 받는다는 조건 하에 서명한 서면 진술서.
13) 개인 또는 피부양자가 연례 가입 기간이나 적격 사유로 인해 Covered California를 통해 보장을 신청하고, Covered California에서 잠재적으로 Medi-Cal 자격이 있다고 평가했으나, 공개 가입이 종료된 후 또는 적격 사유가 발생한 후 60일이 지난 후에 Medi-Cal 자격이 되지 않는다고 판단한 경우. 또는 연간 공개 가입 기간에 Medi-Cal 보장을 신청하고 공개 가입이 종료된 후 자격이 없는 것으로 결정된 경우.	Covered California 또는 Medi-Cal의 자격 거부 서신.
14) 유자격 개인이 Covered California를 통해 플랜 혜택, 서비스 지역 또는 보험료와 관련된 중대한 오류가 유자격 개인의 Covered California를 통한 보장 구매 결정에 영향을 끼쳤음을 Covered California에 적절하게 입증하는 경우.	귀하의 이름, 건강 보험명, 발생한 오류 및 오류 발생일이 명시된, 위증 시 처벌을 받는다는 조건 하에 서명한 서면 진술서.
15) 유자격 개인이나 가입자, 또는 유자격 개인이나 가입자의 피부양자가 개인 보장 HRA(ICHRA) 또는 적격 소규모 고용주 의료 환급 조정(QSEHRA)을 통해 개인 건강 보험을 구매할 수 있는 자격을 새로 얻은 경우.	신청자가 ICHRA 또는 QSEHRA를 제공받았음을 증명하고 ICHRA 또는 QSEHRA 시작일이 포함된 서신.
16) 개인이 고용주가 보험료의 전부 또는 일부를 지불하거나 정부 기관이 보조금을 제공하는 COBRA 지속 보장에 가입되어 있었으나, 고용주가 COBRA 지속 보장에 대한 기여금을 완전히 중단했거나 정부 보조금이 완전히 중단된 경우.	적격 사유를 증명하는 신청자의 서신.



파트 v. 영구 거주지 증빙 요건

Health Net은 신청자에게 현재 California 주 영구 거주자여야 하며, 가입 신청이 고려되기 전에 첫 보험료를 지불하도록 요구합니다.

신청서 검토 후 Health Net은 신청자의 거주지 확인을 위해 추가 정보를 요청할 권리가 있습니다.

영구 거주지에는 의료적 치료를 받기 위해 의료 시설로 이동하거나 의료 진료를 받기 위해 서비스 지역을 방문하는 것은 포함되지 않음을 유의하십시오.

허용되는 증빙 문서:

- 현재 California 주 운전 면허증 또는 신분증.
- 신청자의 이름으로 된 현재 유효한 California 차량 등록 양식.
- 신청자가 California에서 고용 상태라는 증명서.
- 신청자가 California에 있는 공공 또는 민간 고용 기관에 등록된 증명서.
- 신청자가 신청자의 자녀를 California 학교에 등록시켰다는 증명서.
- 신청자가 California에서 공적 지원을 받고 있다는 증명서.
- 유권자 등록 양식 영수증, 유권자 알림 카드 또는 유권자 등록 초록.
- 신청자의 이름으로 된 현재 California 공과금 청구서.
- 신청자의 이름으로 된 현재 California 임대료 또는 모기지 지불 영수증. 친척이 제공한 임대료 영수증은 인정되지 않습니다.
- 주요 거주지가 표시된 모기지 증명서.
- 신청자 이름으로 된 임대차 계약서.
- 신청자의 이름으로 된 정부 우편물(SSA 명세서, DMV 통지서 등).
- 휴대전화 청구서.
- 신용 카드 명세서.
- 이름과 주소가 인쇄된 은행 명세서 또는 취소된 수표.
- 미국 우체국(USPS) 주소 변경 확인서.
- 주소가 표시된 이사업체 계약서 또는 영수증.
- 가족, 친구 또는 룸메이트 등 다른 사람의 집에서 살고 있는 경우, 그 사람과 함께 살고 있으며 일시적 방문이 아님을 진술하는 해당인의 서신/진술서를 보낼 수도 있습니다. 이 사람은 상기 문서 중 하나를 동봉하여 자기 거주지를 증명해야 합니다.
- 노숙자이거나 임시 주택에 거주하고 있는 경우, 귀하가 거주하는 곳을 알고 있으며 귀하가 해당 지역에 거주하며 일시적 방문이 아님을 진술하는, 같은 주에 있는 다른 거주자의 서신 또는 진술서를 제출할 수 있습니다. 이 사람은 상기 문서 중 하나를 동봉하여 자기 거주지를 증명해야 합니다.
- 지역의 비영리 사회 복지 서비스 제공자(비영리 의료 공급자 제외) 또는 정부 기관(쉼터 포함)에서 귀하가 해당 지역에 거주하고 있으며 단순히 방문하는 것이 아님을 확인할 수 있는 서신.

신청서가 자녀 전용 증권인 경우, 해당 아동이 거주하는 곳의 거주지 증명서가 부모 또는 법적 보호자에게 요구됩니다.



파트 VI. 개인 및 가족 플랜 표준 가입 예외 사항 - 언어 지원에 대한 책임 진술

파트 VI 지침: 신청자가 신청서의 언어를 읽거나 쓰거나 말할 수 없어 신청서를 작성할 수 없는 경우 다음 절차를 이용합니다. Health Net은 이 신청서를 작성하는 데 도움이 필요한 경우 유자격 통역사 서비스를 반드시 이용하도록 요구합니다. Health Net은 요청 시 유자격 통역사를 무료로 제공해 드립니다. 유자격 통역사 서비스 및 이용 방법에 대한 정보는 Health Net에 877-609-8711번으로 문의하십시오. 해당하는 경우 이 양식을 개인 및 가족 플랜 가입 신청서와 함께 제출해야 합니다.

Health Net 유자격 통역사 - Health Net 유자격 통역사의 도움을 받는 경우 다음을 작성하십시오.

본인(_____)은 다음과 같은 이유로 Health Net에서 승인한 유자격 통역사의 지원을 받아 이 신청서를 작성했습니다.

이 신청서의 언어를 읽지 못합니다. 이 신청서의 언어를 말하지 못합니다.

이 신청서의 언어를 쓰지 못합니다. 기타(설명하십시오):

유자격 통역사가 작성하는 데 도움을 준 부분: 전체 신청서

기타(설명하십시오):

유자격 통역사가 이 신청서를 다음 언어로 읽어주었습니다. 언어:

서명 및 날짜(인크 펜 사용)

신청자 서명:	오늘 날짜: / /
신청서가 통역된 날짜: / /	신청서가 통역된 시간:
유자격 통역사 전화번호: ()	

Health Net 유자격 통역사가 아닌 유자격 통역사 - Health Net 유자격 통역사가 아닌 유자격 통역사의 도움을 받는 경우 다음을 작성하십시오.

Health Net에서 제공하는 유자격 통역사가 아닌 유자격 통역사가 이 신청서를 작성하는 데 도움을 준 경우, 통역사는 다음을 작성해야 합니다.

본인(_____)은 유자격 통역사가 다음과 같은 언어 능력이 있어야 함을 이해합니다. (a) 비영어권 언어로 고급 교육(대학에 준하는 교육)을 받은 원어민과 동등한 어휘력을 가지고 있어야 하고, (b) 모든 언어가 다양한 변형을 포함한다는 점을 고려하여 의사소통에서 문화적 민감성을 보여줄 수 있어야 하며, (c) 원어민 언어 능력(원어민 언어 능력은 언어 커뮤니티에서 성장하거나 활동함으로써 개발됨)을 보유해야 하고, (d) 해당 비영어 언어에서 해당하는 읽기 및 쓰기 능력(읽기 및 쓰기 능력은 해당 모국어로 받은 고급 교육을 통해 입증됨)이 있어야 합니다.

본인은 유자격 통역사로서 다음과 같은 이유로 위에 명시된 신청자의 신청서를 개인적으로 읽어주고 작성했습니다.

신청자가 이 신청서의 언어를 읽지 못합니다. 신청자가 이 신청서의 언어를 말하지 못합니다.

신청자가 이 신청서의 언어를 쓰지 못합니다. 기타(설명하십시오):

본인은 위증 시 처벌을 받는다는 조건 하에 신청자에게 다음 내용을 읽어준 것을 선언합니다.

전체 설명서 기타(설명하십시오):

본인은 신청자에게 이 신청서를 다음 언어로 읽어주었습니다. 언어:

유자격 통역사로서 신청자를 도왔지만 Health Net 유자격 통역사는 아닌 경우, 다음 정보를 제공하십시오.

성:	이름:		
유자격 통역사 주소:			
시:	주:	우편번호:	전화번호: ()
유자격 통역사 서명:		날짜: / /	



파트 VII. 신청자의 에이전트/중개인 정보

에이전트/중개인에게 서신을 보내려면 에이전트/중개인의 정확한 이름과 주소가 필요합니다.

Health Net 중개인/에이전트 ID

이름(정자체):

전화번호:

()

주소:

이메일 주소:

신청자의 에이전트/중개인 서명/번호(필수):

서명일(필수):

/ /

에이전트/중개인 인증서

본인(에이전트/중개인 이름: _____)은

(참고: 적절한 항목을 선택해야 합니다. 하나의 항목만 선택할 수 있습니다.)

(____) 이 신청서를 작성하거나 제출하는 데 어떤 식으로든 신청자를 돕지 않았습니다. 모든 정보는 저의 도움이나 조언 없이 신청자(들)가 작성했습니다. 본인이 작성한 이 진술의 일부가 거짓인 경우 최대 \$20,000의 벌금을 포함하되 이에 국한되지 않는 민사 처벌을 받을 수 있음을 이해합니다.

또는

(____) 이 신청서를 제출하는 데 신청자를 도왔습니다. 저는 신청자가 모든 질문에 완전하고 진실되게 답변해야 하며 신청서에 요청된 정보가 보류되어서는 안 된다고 신청자에게 조언했습니다. 저는 정보를 제공하지 않으면 향후 보장이 해지되거나 취소될 수 있음을 설명했습니다. 신청자는 자신이 이러한 지침과 경고를 이해했다고 저에게 알렸습니다. 제가 아는 한, 신청서의 정보는 완전하고 정확합니다. 본인이 작성한 이 진술의 일부가 거짓인 경우 최대 \$20,000의 벌금을 포함하되 이에 국한되지 않는 민사 처벌을 받을 수 있음을 이해합니다.

1번부터 3번까지 모든 질문에 답하십시오.

1. 누가 신청서를 작성하고 완료하였습니까? (성명을 정자체로 기재)

2. 귀하는 신청자가 신청서에 서명하는 것을 직접 목격했습니까? 예 아니요

3. 귀하는 신청자가 서명한 후 해당 신청서를 검토했습니까? 예 아니요



파트 VIII. 가입 조건

일반 조건: Health Net은 신청자가 자격 조건을 충족하지 않아 보장 자격이 되지 않는 경우 가입 신청을 거부할 권리가 있습니다.

귀하가 첫 번째 달의 보험료를 Health Net에 지불하더라도 Health Net 멤버십 부서에서 이 신청서를 승인하고 승인 통지서가 신청자에게 발행되지 않는 한 보장은 제공되지 않습니다. Health Net의 다른 부서, 담당자, 에이전트 또는 직원은 가입을 허가할 권한이 없습니다. 신청자의 에이전트나 종개인은 승인을 부여하거나 약관을 변경하거나 이 신청서의 요건을 면제할 수 없습니다. 이 신청서는 플랜 계약의 일부가 됩니다.

HEALTH NET이 플랜 계약을 철회할 수 있는 경우

Health Net은 보장의 첫 24개월 이내에, 사기를 구성하는 모든 행위 또는 관행이나 귀하 또는 귀하를 대신하여 귀하의 가입 신청서 또는 신청서와 함께 제출된 서면 정보의 중요한 사실에 대한 고의적 허위 진술의 경우 플랜 계약을 철회할 수 있습니다.

중요한 사실이란 Health Net에 알려졌을 경우 Health Net이 보장 발행을 거부했을 정보입니다.

플랜 계약이 철회되면 Health Net은 플랜 계약에 따른 보장 제공에 책임을 지지 않습니다.

귀하는 이 신청서에서 서명함으로써 모든 응답이 사실이고 완전하고 정확하며, 신청서가 Health Net과 귀하 사이의 플랜 계약의 일부가 됨을 진술합니다. 귀하는 이 신청서에서 서명함으로써 플랜 계약의 약관을 준수하는 데 추가로 동의합니다.

가입 후 Health Net이 귀하의 신청 정보를 조사하는 경우, Health Net은 조사의 근거가 되는 이 조사에 대해 귀하에게 통지하고 귀하에게 응답할 기회를 제공해야 합니다.

Health Net이 귀하의 보장을 철회하기로 결정하는 경우, 그러한 결정은 검토를 위해 먼저 Health Net과 계약을 맺은 제3자 독립 감사관에게 보내집니다.

플랜 계약이 철회되는 경우, Health Net은 철회 발효일 30일 전에 다음 내용이 모두 담긴 서면 통지를 제공합니다.

1. 결정의 근거를 설명합니다.
2. 철회 발효일을 제공합니다.
3. 보장이 철회된 개인을 제외하고, 귀하의 보장으로 보장되는 모든 구성원은 계속해서 보장을 받을 수 있음을 명확히 합니다.
4. 귀하의 월 보험료가 플랜 계약에 남아 있는 구성원의 수를 반영하여 수정될 것임을 설명합니다.
5. Health Net의 결정에 동의하지 않는 경우에 Health Net 및/또는 보건 관리부 모두에 진행할 수 있는 귀하의 권리와 옵션을 설명합니다.
6. 심사 요청 권리 양식이 포함되어 있습니다. 취소, 철회 또는 비갱신 통지일로부터 180일 이내에 요청 권리 양식을 Health Net 및/또는 보건 관리부에 제출해야 합니다.

플랜 계약이 철회된 경우 다음 사항이 모두 적용됩니다.

1. Health Net은 귀하의 보장이 존재하지 않았던 것처럼 취소할 수 있으며, 그렇게 되면 귀하는 이미 받은 치료에 대한 보장을 포함하여 건강 혜택을 상실하게 됩니다.
2. Health Net은 귀하가 지불한 모든 보험료 금액에서 귀하를 대신하여 Health Net에서 지불한 의료 비용을 제외한 금액을 환불하고, 플랜 계약에 따라 원래의 보장일로부터 지불된 모든 금액을 귀하에게서 회수할 수 있습니다.
3. Health Net은 취소로 인해 발생하는 기타 모든 법적 구제책을 California 주 법률에 따라 받을 수 있는 권리를 보유하고 있습니다.

Health Net이 귀하의 이의 신청을 거부하는 경우, 귀하에게는 California 보건 관리부에 지원을 요청할 권리가 있습니다.

보호되는 건강 정보의 사용 및 공개: 본인은 의료 공급자가 본인 또는 본인의 피부양자의 건강 정보를 Health Net에 공개할 수 있음을 인정하고 이해합니다. Health Net은 치료와 지불의 목적으로, 그리고 이용 관리, 품질 개선, 질병 또는 사례 관리 프로그램 등의 건강 보험 운영의 목적으로 이 정보를 사용하고 공개할 수 있습니다. Health Net의 개인 정보 보호 관행 통지는 플랜 계약에 포함되어 있으며, 웹사이트 www.myhealthnetca.com 또는 Health Net 고객 서비스 센터를 통해 이 통지의 사본을 얻을 수도 있습니다. 보호되는 건강 정보의 사용 및 공개에 대한 승인은 다음 페이지에 서명한 날짜로부터 24개월 동안 유효합니다.

유일한 신청자가 미성년자인 경우: 이 신청서의 유일한 신청자가 만 18세 미만인 경우 신청자의 부모 또는 법적 보호자가 서명해야 합니다. 해당 신청자는 여기에 서명함으로써 이 신청서 정보의 정확성과 보험료 지불에 대한 법적 책임이 있음에 동의합니다. 그러한 책임을 지는 당사자가 신청자의 친부모가 아닌 경우, 보호자 자격을 승인하는 법원 문서 사본을 이 신청서와 함께 제출해야 합니다.

신청자가 이 신청서의 언어를 읽지 못하는 경우: 신청자가 이 신청서의 언어를 읽지 못하고 통역사가 신청서 작성을 지원하는 경우, 신청자는 책임 진술서에 서명하고 이를 제출해야 합니다(본 신청서의 파트 VI, "개인 및 가족 플랜 표준 가입 예외 사항 - 언어 지원에 대한 책임 진술" 참조).



파트 IX. 중요 조항

주의: 귀하를 보호하기 위해 California 주 법률에 따라 본 양식에 다음을 표시해야 합니다. 상실에 대한 지급과 관련하여 고의로 허위 또는 사기 클레임을 제출하는 것은 범죄에 해당하며, 이러한 사람은 벌금형에 처해지고 주 정부 교도소에 수감될 수 있습니다.

HIV 검사 금지: California 주 법률은 보장을 받는 조건으로 플랜이나 보험 회사가 HIV 검사를 요구하거나 사용하는 것을 금지합니다.

인정 및 동의: 신청자인 본인은 Health Net에 가입하거나 서비스를 수락함으로써 본인 및 가입된 모든 피부양자가 플랜 계약의 약관, 조건 및 조항을 준수해야 함을 이해하고 이에 동의합니다. 플랜 계약서 사본을 받으려면 Health Net에 877-609-8711번으로 전화하십시오.

신청자인 본인은 이 신청서의 약관을 읽고 이해했으며, 아래 서명은 이 신청서에 기재한 정보가 완전하고 사실이며 정확하다는 것을 나타내고, 본인은 이 약관을 수락합니다.

구속력 있는 중재 합의: 신청자인 본인은 본인(가입된 가족 구성원, 상속인 또는 개인 대리인 포함)과 Health Net 사이의 모든 분쟁이 배심원 또는 법원 재판 대신 최종적이며 구속력 있는 중재에 회부되어야 하는 것을 이해하고 이에 동의합니다. 중재에 대한 본 합의에는 법률 이론에 명시된 플랜 계약 또는 본인의 Health Net 보장과 관련하여 발생하는 모든 분쟁이 포함됩니다. 모든 분쟁을 중재하기 위한 본 합의는 의료 공급자나 그 대리인 또는 직원과 같은 다른 당사자가 분쟁에 연루된 경우에도 적용됩니다. 본인은 모든 분쟁을 최종적이며 구속력 있는 중재에 회부하는 데 동의함으로써 Health Net을 포함한 모든 당사자가 분쟁을 법원에서 배심원단이 결정하게 하는 헌법상의 권리를 포기하는 것임을 이해합니다. 본인은 또한 집단 소송이나 집단 중재에 참여할 수 있는 모든 권리를 포기합니다. 또한 본인은 의료 과실(즉, 제공된 의료 서비스가 불필요하거나 승인되지 않았거나 부적절하거나 부주의하거나 불완전하게 제공되었는지 여부)에 대한 클레임과 관련하여 본인이 Health Net과 가질 수 있는 분쟁이 최종적이고 구속력 있는 중재의 대상임을 이해합니다. 본인은 보다 상세한 중재 조항이 플랜 계약에 포함되어 있음을 이해합니다. 플랜 계약이 ERISA(29 U.S.C. §§ 1001-1461)의 적용을 받는 경우 특정 분쟁에는 강제 중재가 적용되지 않을 수 있습니다. 아래 서명은 본인이 구속력 있는 중재 합의의 약관을 이해하고 이에 동의하며 모든 분쟁을 법원 대신 구속력 있는 중재에 회부하는 데 동의함을 나타냅니다.

신청자 또는 부모 또는 법적 보호자 신청자가 만 18세 미만인 경우: 정자체 이름: _____ 서명: _____	서명일:	신청자의 피부양자 서명 (만 18세 이상):	서명일:
배우자/동거인 서명 (만 18세 이상):	서명일:	신청자의 피부양자 서명 (만 18세 이상):	서명일:
신청자의 부모/계부모 서명:	서명일:	신청자의 피부양자 서명 (만 18세 이상):	서명일:
신청자의 부모/계부모 서명:	서명일:		

신청서 및 본 중재 조항은 신청자가 서명해야 합니다. 신청자가 잉크 펜으로 신청자의 이름을 직접 서명하고 중재 조항 및 약관, 조건 및 신청서 조항, 그리고 플랜 계약을 준수하는 데 동의해야 이 신청서가 처리될 수 있습니다. 이 신청서가 처리되기 위해서는, 에이전트/중개인이나 다른 사람이 이 신청서와 중재 조항에 서명할 수 없습니다.

신청서 및 승인서를 복사본으로 제출하거나 팩스로 제출할 수 있습니다. Health Net은 귀하의 기록용으로 이 신청서 및 승인서 사본을 보관할 것을 권장합니다.

여기에서 "Health Net"으로 언급되는 모든 지칭에는 이 가입 신청서가 적용되는 보장을 승인하거나 관리하는 Health Net의 계열사 및 자회사가 포함됩니다. "플랜 계약"은 Health Net of California, Inc. 플랜 계약 및 보험 보장 증서가 결합된 내용을 의미합니다.



주 신청자의 사회 보장 번호 또는 TIN 마지막 4자리: _ _ _ _

Health Net of California, Inc. ("Health Net")에서 제공하는 치과 및 시력 혜택. Dental Benefit Providers of California, Inc.(DBP)에서 관리하는 치과 혜택 DBP는 California 면허를 소지한 전문 의료 서비스 플랜이며 Health Net과 제휴되어 있지 않습니다. Health Net은 Centene Vision Services와 계약을 맺어 시력 혜택을 관리합니다.

Ambetter HMO 플랜은 Health Net of California, Inc.(Health Net)에서 제공합니다. Health Net of California, Inc.는 Health Net, LLC와 Centene Corporation의 자회사입니다. Health Net은 Health Net, LLC의 등록 서비스 표시입니다. 표시된 다른 모든 상표/서비스 상표는 각 회사의 자산입니다. 모든 권리 보유.



파트 X. 가입 신청서 및 수표, 자기앞 수표 또는 우편환을 Health Net에 제출하기 위한 지침.

• 작성한 신청서를 다음 주소로 보내십시오.

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

• 또는 작성한 신청서를 800-977-4161번으로 팩스로 보내십시오.

• 그리고 수표, 자기앞 수표 또는 우편환과 아래 작성한 양식은 다음 주소로 우편으로 보내십시오.

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

✂ 여기를 자르세요

지불금이 귀하의 신청서에 적용될 수 있도록 귀하의 수표, 자기앞 수표 또는 우편환을 작성한 양식과 함께 다음 주소로 우편으로 보내십시오.

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

신청자 정보

신청자 이름:

신청자 주소

신청자 생년월일(mm/dd/yy):

/ /

신청자의 사회 보장 번호:

- -

귀하의 신청서를 처리하고 보장이 발효되려면 첫 번째 달의 보험료가 필요합니다. 지불하지 않으면 가입이 지연됩니다.

✂ 여기를 자르세요



Nondiscrimination Notice

In addition to the State of California nondiscrimination requirements (as described in benefit coverage documents), Health Net of California, Inc. complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate, exclude people or treat them differently on the basis of race, color, national origin, ancestry, religion, marital status, gender, gender identity, gender affirming care, sexual orientation, age, disability, or sex.

HEALTH NET:

- Provides free 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, accessible electronic formats, other formats).
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as qualified interpreters and information written in other languages.

If you need these services, contact Health Net's Customer Contact Center at:

Individual & Family Plan (IFP) Members On Exchange/Covered California 1-888-926-4988 (TTY: 711)

Individual & Family Plan (IFP) Members Off Exchange 1-800-839-2172 (TTY: 711)

Individual & Family Plan (IFP) Applicants 1-877-609-8711 (TTY: 711)

Group Plans through Health Net 1-800-522-0088 (TTY: 711)

If you believe that Health Net has failed to provide these services or discriminated in another way based on one of the characteristics listed above, you can file a grievance by calling Health Net's Customer Contact Center at the number above and telling them you need help filing a grievance. Health Net's Customer Contact Center is available to help you file a grievance. You can also file a grievance by mail, fax or email at:

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

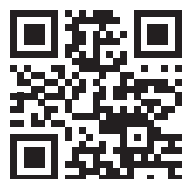
Fax: 1-877-831-6019

Email: Member.Discrimination.Complaints@healthnet.com (Members) or
Non-Member.Discrimination.Complaints@healthnet.com (Applicants)

If your health problem is urgent, if you already filed a complaint with Health Net of California, Inc. and are not satisfied with the decision or it has been more than 30 days since you filed a complaint with Health Net of California, Inc., you may submit an Independent Medical Review/Complaint Form with the Department of Managed Health Care (DMHC). You may submit a complaint form by calling the DMHC Help Desk at 1-888-466-2219 (TDD: 1-877-688-9891) or online at www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint.

If you believe you have been discriminated against because of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights (OCR), electronically through the OCR Complaint Portal, 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, 1-800-368-1019 (TDD: 1-800-537-7697).

Complaint forms are available at <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 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

សេវាកាសាដោយឥតគិតថ្លៃ។ 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 bąąh ílínígóó saad bee háká ada'iiyeed. Ata' halne'ígíí da ła' ná hádííóót'íí. Naaltsos da t'áá
shí shizaad k'ehjí shichí' yídooltah nínizingo t'áá ná ákódooníí. Ákót'éego shíká a'doowoł nínizingo
Customer Contact Center hoolyéhíjí' hodíílnih ninaaltsos nanitingo bee néého'dolzinígíí hodoonihjí'
bikáá'. Naaltsos nehíłtsóosgo naanish bá dahikahígíí éi koji' hodíílnih Health Net's Commercial
Contact Center 1-800-522-0088 (TTY: 711). T'áá hó dóó ha'áchíní (IFP) báhígíí éi koji' 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 ਦੁਬਾਸੀਏ 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-employo, 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 (โทรมด TTY: 711) ผู้สมัครแผนบุคคลและครอบครัว (Individual & Family Plan: IFP) โปรดโทร 1-877-609-8711 (โทรมด 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)

