

بخش 1 - اطلاعات شرکت		
	نام کامل کسب‌وکار قانونی گروه	1
تاریخ اجرای درخواستی برای پوشش (ماه/روز/سال):	نام تجاری (DBA)، در صورت وجود:	
شهرستان نشانی فیزیکی		
2		
نشانی خیابان صدور صورت‌حساب (در صورت ارائه صندوق پستی، شماره 3 زیر نیز تکمیل شود)		
شهر	ایالت	کد پستی
3		
نشانی فیزیکی (اگر با مورد فوق متفاوت است)		
شهر	ایالت	کد پستی
4		
نوع نهاد قانونی: <input type="checkbox"/> شرکت S <input type="checkbox"/> شرکت C <input type="checkbox"/> شراکت <input type="checkbox"/> مالکیت انفرادی <input type="checkbox"/> شرکت با مسئولیت محدود <input type="checkbox"/> غیرانتفاعی <input type="checkbox"/> سایر موارد (مشخص کنید) _____		
شماره شناسایی مالیاتی (TID) فدرال کارفرما _____		
آیا گروه مشمول ERISA است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر		
5		
آیا گروه در نظر دارد Blue Shield را در کنار طرح بیمه‌گر دیگری ارائه دهد؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر		
تاریخ اجرای اولیه پوشش بیمه‌گر دیگر (ماه/روز/سال): _____		
آیا گروه شرکت تابعه یا وابسته‌ای دارد؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر		
اگر پاسخ مثبت است، لطفاً موارد زیر را ارائه کنید:	شماره شناسایی مالیاتی	شامل پوشش شود؟
نام قانونی 1		<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
نام قانونی 2		<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
نام قانونی 3		<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
آیا همه کارکنان تا حدی که از نظر قوانین الزامی است، تحت پوشش بیمه جبران خسارت کارکنان هستند؟		
<input type="checkbox"/> بله نام بیمه‌گر: _____		
<input type="checkbox"/> خیر اگر پاسخ منفی است، لطفاً توضیح دهید: _____		

رابط گروه برای:		6
A. نام رابط گروه	B. عنوان شغلی	رابط کلی گروه (اصلی)
C. شماره تلفن	D. نشانی ایمیل (الزامی)	
A. نام رابط گروه	B. عنوان شغلی	رابط سرپرستی آنلاین
C. شماره تلفن	D. نشانی ایمیل (الزامی)	
A. نام رابط گروه	B. عنوان شغلی	رابط صدور صورت حساب
C. شماره تلفن	D. نشانی ایمیل (الزامی)	
A. نام رابط گروه	B. عنوان شغلی	رابط «سند پوشش بیمه» / «گواهینامه بیمه» (EOC/COI)
C. شماره تلفن	D. نشانی ایمیل (الزامی)	
A. نام رابط گروه	B. عنوان شغلی	رابط قانونی (مسئول تعهدات قانونی الزام آور از طرف گروه کارفرما)
C. شماره تلفن	D. نشانی ایمیل (الزامی)	
A. نام رابط گروه	B. عنوان شغلی	رابط Account Based Health Plan (طرح سلامت مبتنی بر حساب، به اختصار ABHP)
C. شماره تلفن	D. نشانی ایمیل (الزامی)	
A. نام رابط گروه	B. عنوان شغلی	رابط سرپرستی COBRA
C. شماره تلفن	D. نشانی ایمیل (الزامی)	
A. نام رابط گروه	B. عنوان شغلی	رابط «گزارش مغایرت ثبت نام» (در صورت استفاده از EDI برای ثبت نام الکترونیکی)
C. شماره تلفن	D. نشانی ایمیل (الزامی)	
A. نام رابط گروه	B. عنوان شغلی	رابط اضافی
C. شماره تلفن	D. نشانی ایمیل (الزامی)	
A. نام رابط گروه	B. عنوان شغلی	رابط اضافی
C. شماره تلفن	D. نشانی ایمیل (الزامی)	

آیا از فایل الکترونیکی EDI برای ثبت نام جاری خود استفاده خواهید کرد؟  بله  خیر  
اگر پاسخ مثبت است، آیا اعضای COBRA شما در آن فایل لحاظ خواهند شد؟  بله  خیر

- **مادستخای برنتیگی مسباو و رنتظاا یاه هردو فرد ناو تی مام یک دد که تک لامعد ایچد ندانرماک ی اریه ماست خدا ری ینتیم** (یگنسواید تیئ نسح ی شپامزآ هور نیادی رتشر و 30 بیروز طول، همیش ش شوپ ن شدی ی اراج زا لید. قشک یک ورده ن اس کمیز من رانتظنات ورکه ش دوش لامعاع اولین روزا ن از اسپز هرورد ه نوگه شپامزای راک جر مد ن اتو مدت اسموع زا رتشد بیابنشد 90 ایزرو. زا

لطفاً توجه داشته باشید: «تاریخ استخدام» کارمند اولین روز شروع استخدام است. اما، چنانچه کارفرما یک دوره آزمایشی یا انتظار اعمال کند، «تاریخ اجرایی شدن پوشش» اولین روز پس از اتمام هرگونه دوره آشنایی/انتظار است.

**7a. دوره انتظار کارفرما** - گروه می تواند یک یا چند مورد از گزینه های زیر را انتخاب کنید.

پوشش بیمه برای کارمندان واجد شرایط پس از اتمام دوره انتظار در روز تعیین شده اجرایی خواهد شد.

اگر بر اساس طبقه بندی استخدام، چند گزینه مختلف برای دوره انتظار وجود دارد، لطفاً در گزینه انتخاب شده مشخص کنید:

**فاقد دوره انتظار (تاریخ اجرایی شدن استخدام)**

همه کارمندان

سایر موارد (لطفاً توضیح دهید) \_\_\_\_\_

**در روز اول ماه «بعد از تاریخ استخدام» اجرایی می شود**

a.  اگر استخدام در اول ماه باشد، پوشش بیمه از اول ماه بعد اجرایی می شود.

مثلاً: کارمند در تاریخ 1/12/2019 استخدام شده است = اجرایی شدن از تاریخ 1/1/2020 است

همه کارمندان

سایر موارد (لطفاً توضیح دهید) \_\_\_\_\_

b.  اگر استخدام در اول ماه باشد، پوشش بیمه از تاریخ استخدام اجرایی می شود.

مثلاً: کارمند در تاریخ 1/12/2019 استخدام شده است = اجرایی شدن از تاریخ 1/12/2019 است

همه کارمندان

سایر موارد (لطفاً توضیح دهید) \_\_\_\_\_

**در روز اول ماه «بعد از 30 روز پس از تاریخ استخدام» اجرایی می شود**

همه کارمندان

سایر موارد (لطفاً توضیح دهید) \_\_\_\_\_

**در روز اول ماه «بعد از 60 روز پس از تاریخ استخدام» اجرایی می شود**

مثال: تاریخ استخدام کارمند 15/12/2019 به علاوه 60 روز = تاریخ اجرایی شدن 1/3/2020

همه کارمندان

سایر موارد (لطفاً توضیح دهید) \_\_\_\_\_

**در «91 روز پس از تاریخ استخدام» اجرایی می شود**

**7b.** از دوره انتظار چشم پوشی خواهد شد:

بله  خیر برای کارمندان فعلی که به طور فعال در حال کار هستند و در حین تغییر بیمه به Blue Shield ثبت نام می کنند.

بله  خیر برای کارمندان پاره وقت پس از تغییر وضعیت آنها به حالت تمام وقت.

بله  خیر اگر پاسخ «بله» باشد، باید برای کارمندانی که طرف مدت های زیر مجدداً استخدام می شوند از دوره انتظار چشم پوشی شود:  
 1 ماه  90 روز  3 ماه  6 ماه  12 ماه  13 هفته  در هر زمان، از تاریخ استخدام مجدد اجرایی می شود  
 در هر زمان، از اول ماه بعد از تاریخ استخدام مجدد اجرایی می شود

لطفاً توجه داشته باشید: اگر از فایل الکترونیکی EDI برای تعیین واجد شرایط بودن و ثبت نام جاری استفاده کنید، تاریخ های اجرایی شدن برای عضو بر اساس تاریخ های روی فایل های EDI و دوره (های) انتظار مربوطه محاسبه می شوند.



### بخش 3 - اطلاعات پوشش بیمه برای تداوم COBRA/Cal-COBRA

**10** اگر تعداد کارکنان شما در طول حداقل 50% از روزهای کاری در سال تقویمی گذشته 20 نفر یا بیشتر بوده باشد، گروه شما تابع قانون فدرال COBRA است. مسئولیت تمامی جنبه‌های اجرای موضوع X (Title X) از COBRA Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act (COBRA)، قانون یکپارچه تلفیق کلیات بودجه) منحصراً بر عهده گروه است.

**10a** تعداد مشارکت‌کنندگان در COBRA شما در حال حاضر چقدر است؟ \_\_\_\_\_

**10b** کارمندان یا مشارکت‌کنندگان در COBRA/Cal-COBRA در صورت معلول یا بستری بودن ملزم هستند «برگه ضمیمه معلولیت» (فرم C11248) را تکمیل کنند. نام مدیر COBRA: \_\_\_\_\_

صورت‌حساب عضو COBRA باید به:  گروه  مدیر COBRA ارسال شود

لطفاً نشانی مدیر COBRA را ارائه دهید:

نشانی ارسال صورت‌حساب

شهر \_\_\_\_\_ ایالت \_\_\_\_\_ کد پستی \_\_\_\_\_

### بخش 4a - انتخاب طرح سلامت Blue Shield of California

#### 11 طرح‌های Trio HMO

انتخاب طرح اول | انتخاب طرح دوم

انتخاب طرح سوم | انتخاب طرح چهارم

#### طرح‌های HMO Access+\*

انتخاب طرح اول | انتخاب طرح دوم

انتخاب طرح سوم | انتخاب طرح چهارم

#### طرح‌های Trio HMO Savings\*

انتخاب طرح اول | انتخاب طرح دوم

\* فقط در مناطق San Diego و Sacramento موجود است.

#### طرح‌های HMO SaveNet<sup>1</sup> Access+

انتخاب طرح اول | انتخاب طرح دوم

1 محصولات HMO SaveNet Access+ فقط همراه با محصولات HMO Access+ ما در شهرستان‌های برگزیده موجود هستند: شهرستان‌های Kern, Marin, Orange, Sacramento, San Francisco, Santa Clara, Santa Cruz, Sonoma, Stanislaus, Ventura, Yolo و بخش‌هایی از شهرستان‌های Contra Costa, Los Angeles, Riverside, San Bernardino و San Luis Obispo.

#### طرح‌های HMO Local Access+<sup>2</sup>

انتخاب طرح اول | انتخاب طرح دوم

2 محصولات HMO Local Access+ فقط در شهرستان‌های برگزیده موجود هستند: شهرستان‌های Marin, Orange, San Francisco, San Luis Obispo, Santa Clara, Santa Cruz, Sonoma, Stanislaus, Yolo و بخش‌هایی از شهرستان‌های Contra Costa, Kern, Los Angeles, Riverside, Sacramento, San Bernardino, San Diego, San Mateo, Santa Clara, Santa Cruz, Sonoma, Stanislaus, Ventura, Yolo.

#### طرح‌های POS<sup>SM</sup> Added Advantage

انتخاب طرح اول | انتخاب طرح دوم

#### طرح‌های Full PPO/EPO

انتخاب طرح اول | انتخاب طرح دوم

انتخاب طرح سوم | انتخاب طرح چهارم

#### طرح‌های PPO Savings

انتخاب طرح اول | انتخاب طرح دوم

انتخاب طرح سوم | انتخاب طرح چهارم

#### طرح‌های Tandem PPO/EPO

انتخاب طرح اول | انتخاب طرح دوم

انتخاب طرح سوم | انتخاب طرح چهارم

#### طرح‌های Active Choice<sup>®</sup> Plus/Active Choice<sup>®</sup> Classic

انتخاب طرح اول | انتخاب طرح دوم

11		طرح‌های Blue Shield 65 Plus <sup>SM</sup>	
<input type="checkbox"/> طرح سفارشی («خلاصه مزایای» سفارشی ضمیمه شود)			
12		<b>مشارکت کارفرما برای طرح‌های سلامت Blue Shield الزامی است</b> درصد بدهی‌ها/حق بیمه‌های پرداخت‌شده توسط گروه برای کارمندان و افراد تحت تکفل را وارد کنید. اگر مشارکت گروه 100% باشد، آنگاه همه کارمندان واجد شرایط باید ثبت‌نام کنند.	
<b>میزان مشارکت کارفرما در طرح درمانی را اینجا مشخص کنید:</b>			
برای کارمندان _____ % برای بازنشستگان (در صورت وجود) _____ %		برای افراد تحت تکفل _____ % برای افراد تحت تکفل بازنشستگان (در صورت وجود) _____ %	
13		<b>طرح‌های سلامت مبتنی بر حساب (ABHP) Blue Shield</b> در صورتی که هریک از گزینه‌های حساب زیر را ارائه می‌کنید، آن را مشخص کنید (همه مواردی را صدق می‌کنند علامت بزنید) و نام مدیر هر برنامه را ارائه کنید. همچنین، هر میزانی را که باید با مشارکت کارفرما تأمین شود مشخص کنید.	
نوع حساب	مدیر حساب	میزان مشارکت کارفرما پوشش فردی	میزان مشارکت کارفرما پوشش خانوادگی
<input type="checkbox"/> Health savings account (HSA, حساب پس‌اندازهای سلامت)	<input type="checkbox"/> HealthEquity (مدل یکپارچه - Blue Shield در تعیین واجدین شرایط و پرداخت مبالغ خسارت سهمیم است) • با ثبت‌نام در طرح درمانی اجباری است: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> سرپرست‌های دیگر (گزینه غیریکپارچه)	\$	\$
<input type="checkbox"/> Health reimbursement arrangement (HRA, برنامه‌ریزی بازپرداخت هزینه‌های سلامت)	<input type="checkbox"/> HealthEquity (مدل یکپارچه - Blue Shield در مشمولیت و مطالبات خسارت سهمیم است) • با ثبت‌نام در طرح درمانی اجباری است: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> سرپرست‌های دیگر (گزینه غیریکپارچه)	\$	\$
<input type="checkbox"/> Health incentive account (HIA, حساب مشوق سلامت)	<input type="checkbox"/> HealthEquity (مدل یکپارچه - Blue Shield در تعیین واجدین شرایط و پرداخت مبالغ خسارت سهمیم است) • با ثبت‌نام در طرح درمانی اجباری است: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> سرپرست‌های دیگر (گزینه غیریکپارچه)	\$	\$
<input type="checkbox"/> Limited purpose flexible spending account (LPFSA, «حساب پرداخت انعطاف‌پذیر هزینه‌ها با اهداف محدود» - دندان‌پزشکی و چشم‌پزشکی) فقط با HSA	<input type="checkbox"/> HealthEquity (مدل یکپارچه - Blue Shield در تعیین واجدین شرایط و پرداخت مبالغ خسارت سهمیم است) • با ثبت‌نام در طرح درمانی اجباری است: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> سرپرست‌های دیگر (گزینه غیریکپارچه)	\$	\$
<input type="checkbox"/> Flexible spending account (FSA, حساب پرداخت انعطاف‌پذیر هزینه‌ها) Medical FSA (درمانی) Dependent care FSA (مراقبت از افراد تحت تکفل)	<input type="checkbox"/> HealthEquity (مدل یکپارچه - Blue Shield در تعیین واجدین شرایط و پرداخت مبالغ خسارت سهمیم است) • با ثبت‌نام در طرح درمانی اجباری است: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> Ceridian (اطلاعات به صورت دستی وارد می‌شود) <input type="checkbox"/> سرپرست‌های دیگر (گزینه غیریکپارچه)	\$	\$
<b>انتخاب مزایای اختیاری Blue Shield of California</b>			
14		• بدون طرح درمانی قابل خرید نیست. • برای بسته‌های «Dual Choice»، مزایای اختیاری یکسانی باید برای همه طرح‌های انتخاب‌شده خریداری شوند. • نوع محصول الحاقیه باید مطابق با نوع محصول طرح درمانی باشد - فقط HMO به HMO و غیره.	
الحاقیه نابوروری - نوع طرح را انتخاب کنید:		انتخاب گزینه طرح:	
انتخاب نوع طرح		انتخاب گزینه طرح	
الحاقیه‌های ماساژدرمانی و طب سوزنی - نوع طرح را انتخاب کنید:		الحاقیه سمک - گزینه طرح را انتخاب کنید:	
انتخاب گزینه طرح		انتخاب گزینه طرح	
<b>گزینه‌های طرح داروهای نسخه‌ای سرپایی Blue Shield of California (برای HMO/POS موجود است)</b>			
طرح دارویی RX (Basic Rx) مناسب را انتخاب کنید: <sup>1</sup>			
انتخاب گزینه 1		انتخاب گزینه 2	
انتخاب گزینه 3		انتخاب گزینه 4	
طرح دارویی RX (Premier Rx یا Enhanced Rx) مناسب را انتخاب کنید: <sup>1</sup>			
انتخاب گزینه 1		انتخاب گزینه 2	
انتخاب گزینه 3		انتخاب گزینه 4	
طرح دارویی RX (Rx Spectrum) مناسب را انتخاب کنید: <sup>1</sup>			
انتخاب گزینه 1		انتخاب گزینه 2	
انتخاب گزینه 3		انتخاب گزینه 4	
1. داروهای ردیف 4، شامل داروهای تخصصی، 20% تا سقف \$250.			

<b>گزینه‌های طرح داروهای نسخه‌ای سرپایی Blue Shield of California (برای طرح‌های PPO، EPO و Active و Choice® Classic و Active Choice® Plus موجود است)</b>		14 ادامه
طرح دارویی Rx (Enhanced Rx یا Premier Rx) مناسب را انتخاب کنید:		
انتخاب گزینه 1	انتخاب گزینه 2	
انتخاب گزینه 3	انتخاب گزینه 4	
طرح دارویی Rx (Rx Spectrum) مناسب را انتخاب کنید:		
انتخاب گزینه 1	انتخاب گزینه 2	
انتخاب گزینه 3	انتخاب گزینه 4	
1 داروهای ردیف 4، شامل داروهای تخصصی، 30% حداکثر تا سقف \$250.		
<b>بخش 4b - طرح سلامت Blue Shield Life* و گزینه‌های طرح داروهای نسخه‌ای سرپایی*</b>		
تمام کادرهایی را که صدق می‌کنند علامت بزنید:		
<b>طرح‌های Active Choice*</b>		
انتخاب طرح اول [فهرست طرح‌ها]	انتخاب طرح دوم [فهرست طرح‌ها]	
در زیر، گزینه کاستنی (سهم بیمه‌گذار) داروخانه در یک سال تقویمی را انتخاب کنید:		
<input type="checkbox"/> \$0 برای هر نفر <input type="checkbox"/> \$150 برای هر نفر <input type="checkbox"/> \$250 برای هر نفر		
در زیر، یکی از گزینه‌های طرح دارویی Rx را انتخاب کنید:		
انتخاب طرح اول [فهرست طرح‌ها]	انتخاب طرح دوم [فهرست طرح‌ها]	
1 داروهای ردیف 4، شامل داروهای تخصصی، 30% حداکثر تا سقف تا \$250.		
<b>الحاقیه‌های اختیاری طرح Blue Shield Life Health*</b>		
<b>سمعک:</b>		
آیا گروه مایل به افزودن الحاقیه سمعک است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر		
<b>ناباروری</b>		
یکی از الحاقیه‌های ناباروری را انتخاب کنید:		
گزینه را انتخاب کنید [فهرست گزینه‌ها]		
* توسط Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (Blue Shield Life) بیمه شده است.		
<b>بخش SB1 - گزینه‌های طرح دندان پزشکی Blue Shield of California:</b>		
<b>15</b> گروه می‌تواند یکی از گزینه‌های طرح زیر را انتخاب کند:		
<input type="checkbox"/> گزینه طرح دندان پزشکی منفرد <input type="checkbox"/> گزینه‌های طرح دندان پزشکی دو گزینه‌ای • 2 DPPO • 2 DHMO • 1 DPPO + 1 DHMO		
<b>Dental HMO</b>		
انتخاب طرح اول	انتخاب طرح دوم	
<b>Dental PPO</b>		
انتخاب طرح اول	انتخاب طرح دوم	
<b>16</b> مشارکت کارفرما برای طرح‌های دندان پزشکی الزامی است درصد بدهی‌ها/حق بیمه‌های پرداخت شده توسط گروه برای کارمندان و افراد تحت تکفل را وارد کنید. برای پوشش خدمات دندان پزشکی، کارفرما باید به میزان حداقل 50% در حق بیمه کارمند مشارکت داشته باشد (به جز حالت داوطلبانه). اگر 100% پرداخت شود، همه کارمندان واجد شرایط باید ثبت نام کنند.		
<b>میزان مشارکت کارفرما در طرح دندان پزشکی را اینجا مشخص کنید:</b>		
برای کارمندان _____%	برای افراد تحت تکفل _____%	
برای بازنشستگان (در صورت وجود) _____%	برای افراد تحت تکفل بازنشستگان (در صورت وجود) _____%	
<b>بخش SB2 - پوشش خدمات چشم پزشکی*</b>		
<b>17</b>		
انتخاب طرح اول	انتخاب طرح دوم	
<b>خدمات داوطلبانه چشم پزشکی†</b>		
انتخاب طرح اول	انتخاب طرح دوم	
* توسط Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (Blue Shield Life) بیمه شده است.		
† طرح چشم پزشکی داوطلبانه نیازمند ثبت نام حداقل 10 کارمند یا پوشش بیمه درمانی Blue Shield Life یا 25% از کارمندان واجد شرایط است که فاقد پوشش بیمه درمانی Blue Shield Life هستند.		
C17607-ML-MED-FS		

18	<p><b>مشارکت کارفرما برای طرح‌های چشم‌پزشکی الزامی است</b>  درصد حق بیمه پرداخت‌شده توسط گروه برای کارمندان و افراد تحت تکفل را وارد کنید. برای پوشش خدمات چشم‌پزشکی، کارفرما باید در حداقل 25% از کل حق بیمه کارمند مشارکت داشته باشد (به‌جز حالت داوطلبانه). اگر 100% پرداخت شود، همه کارمندان واجد شرایط باید ثبت‌نام کنند.</p>
<p><b>میزان مشارکت کارفرما در طرح چشم‌پزشکی را اینجا مشخص کنید:</b></p>	
<p>برای کارمندان _____ %  برای افراد تحت تکفل _____ %  برای بازنشستگان (در صورت وجود) _____ %</p>	<p>برای کارمندان _____ %  برای افراد تحت تکفل بازنشستگان (در صورت وجود) _____ %</p>
<p><b>بخش SB3 - بیمه عمر/بیمه «فوت و نقص عضو ناشی از حادثه» (AD&amp;D)*</b></p>	
19	<p><b>واجبین شرایط - همه کارمندان تمام‌وقت</b>  <b>بیمه عمر/AD&amp;D کارمند:</b>  <input type="checkbox"/> مبلغ ثابت \$ _____  <input type="checkbox"/> چند برابر حقوق _____ برابر حقوق، حداکثر _____ \$  مبلغ مزایای تعیین‌شده توسط حقوق به مبلغ بالای بعدی از مرتبه \$1,000 گزرده می‌شود.  <input type="checkbox"/> <b>درجه بندی شده:</b> 1 توضیح درجه _____ مبلغ برحسب \$ _____  2 توضیح درجه _____ مبلغ برحسب \$ _____  3 توضیح درجه _____ مبلغ برحسب \$ _____  4 توضیح درجه _____ مبلغ برحسب \$ _____  <input type="checkbox"/> <b>بیمه عمر افراد تحت تکفل: انتخاب مبلغ</b>  مبلغ ذکرشده برای پوشش بیمه افراد تحت تکفل برای هر فرد تحت تکفل است و این پوشش فقط برای کارمندی قابل استفاده است که بیمه عمر را نیز انتخاب کرده‌اند. مزایای فرد تحت تکفل نمی‌تواند بیشتر از 50% مزایای کارمند باشد. مزایای کودکان 14 روزه تا 6 ماهه به اندازه 10% مزایای فرد تحت تکفل است.</p>
20	<p><b>مشارکت کارفرما برای بیمه عمر الزامی است</b>  درصد حق بیمه پرداخت‌شده توسط گروه برای کارمندان و افراد تحت تکفل را وارد کنید. برای پوشش بیمه عمر، کارفرما باید در حداقل 25% از کل حق بیمه کارمند مشارکت داشته باشد. اگر 100% توسط کارفرما پرداخت شود (تسهیم‌نشده)، همه کارمندان واجد شرایط باید ثبت‌نام کنند.</p> <p><b>میزان مشارکت بیمه عمر را اینجا مشخص کنید:</b></p> <p>برای کارمندان _____ %  برای بازنشستگان (در صورت وجود) _____ %</p> <p>برای افراد تحت تکفل _____ %  برای افراد تحت تکفل بازنشستگان (در صورت وجود) _____ %</p>
21	<p><b>بیمه عمر تکمیلی و بیمه AD&amp;D تکمیلی گروه:</b> پوشش بیمه منوط به میزان مشارکت و «گواهینامه بیمه‌پذیری» است.  <b>بیمه عمر تکمیلی و بیمه AD&amp;D تکمیلی کارمند</b> (تمام مواردی را که صدق می‌کنند علامت بزنید):  <input type="checkbox"/> بیمه عمر تکمیلی <input type="checkbox"/> بیمه AD&amp;D تکمیلی  درجه (های) واجد شرایط <input type="checkbox"/> «تمام کارمندان واجد شرایط» یا <input type="checkbox"/> سایر _____  <input type="checkbox"/> افزایش به مبلغ _____ \$ <input type="checkbox"/> چند برابر حقوق: _____ برابر حقوق  حداکثر _____ \$ دریافتی تضمینی _____ \$  <b>بیمه عمر تکمیلی و بیمه AD&amp;D تکمیلی همسر/هم‌خانه.</b> فقط در صورتی موجود است که کارمند «بیمه عمر تکمیلی» را نیز انتخاب کند و نمی‌تواند بیشتر از 50% میزان مزایای کارمند باشد. (تمام مواردی را که صدق می‌کنند علامت بزنید):  <input type="checkbox"/> بیمه عمر تکمیلی <input type="checkbox"/> بیمه AD&amp;D تکمیلی  افزایش به اندازه _____ \$ تا سقف _____ \$ دریافتی تضمینی _____ \$  <b>بیمه عمر تکمیلی و بیمه AD&amp;D تکمیلی فرزند(ان).</b> فقط در صورتی موجود است که کارمند «بیمه عمر تکمیلی» و «بیمه AD&amp;D تکمیلی» را نیز خریداری کند و نباید بیشتر از 50% مبلغ مزایای کارمند باشد.  افزایش به اندازه _____ \$ تا سقف _____ \$</p>
<p>C17607-ML-SB-FS * توسط Blue Shield of California Life &amp; Health Insurance Company (Blue Shield Life) بیمه شده است.</p>	
<p><b>بخش 5 - توزیع «سند پوشش بیمه»/«گواهینامه بیمه» (EOC/COI) در بین اعضا توسط کارفرما</b></p>	
22	<p>مسئولیت توزیع کتابچه‌های EOC/COI در بین کارمندان تحت پوشش شما بر عهده خودتان است.  نسخه‌های الکترونیکی از طریق وبسایت کارفرمای Blue Shield توزیع می‌شوند. وقتی EOC/COI آماده توزیع شد، Blue Shield از طریق ایمیل به اشخاص مسئول توزیع EOC/COI، که در بخش 1 و 6 فوق مشخص شده‌اند، اطلاع می‌دهد. کارفرما مسئول توزیع این اسناد با استفاده از یکی از روش‌های زیر است: (1) پست کردن در اینترنت شرکت برای دسترسی کارمندان، (2) ایمیل کردن این اسناد به کارمندان به‌صورت مستقیم، یا (3) ارائه دستورالعمل‌های Blue Shield درباره نحوه بازبازی الکترونیکی اسناد از وبسایت Blue Shield به کارمندان.  <b>توجه:</b> می‌توانید وارد <a href="http://blueshieldca.com/policies">blueshieldca.com/policies</a> شوید و نسخه‌ای از خلاصه مزایا و پوشش بیمه (SBC) را برای هرکدام از طرح‌های مدنظرتان دانلود کنید. پس از خرید طرح(ها)، از شما خواسته می‌شود شهادت‌نامه‌ای را تکمیل کنید که تصدیق می‌کند شما SBC(ها) را برای آن طرح‌ها دانلود کرده‌اید و آنها را مطابق با قانون، بین ثبت‌نام‌کنندگان فعلی و ثبت‌نام‌کنندگان آتی پخش خواهید کرد.</p>



## پرداخت (چک سپرده - این مبلغ برای حق بیمه ماه اول اعمال خواهد شد)

**23** گروه مذکور در این سند موافقت می‌کند تا سپرده اولیه‌ای را بر اساس ثبت‌نام مورد انتظار Blue Shield منظور کند و با در نظر گرفتن تأیید درخواستی که خواهد کرد و در صورت چنین تأییدی متعهد می‌شود هرگونه مبلغ لازم را که به منزله پرداخت کامل اولیه برای مزایای گروه مندرج در این فرم است به شیوه مناسبی به این شرکت پرداخت کند. گروه مطلع است که تا زمانی که درخواست به تأیید نرسیده و شرایط پوشش بیمه توسط کارفرما پذیرفته نشده باشند، این پوشش بیمه آغاز نمی‌شود. لطفاً توجه داشته باشید که به حساب گذاشتن چک گروه به منزله تأیید درخواست گروه نیست. اگر درخواست گروه رد شود، Blue Shield of California مبلغ سپرده گروه را به‌طور کامل مسترد می‌کند.

## توافقتنامه

**24** بدین‌وسیله درخواست این گروه برای بهره‌مندی از محصولات گروهی انتخاب‌شده در این درخواست‌نامه، مانند طرح‌های مزیتی مندرج در چکیده(های) مزایا با آگاهی نسبت به موارد زیر و موافقت با آنها است:

1. مزایای گروه اجرایی نخواهد شد، مگر اینکه:  
a. Blue Shield درخواست را دریافت و تأیید کند؛ و  
b. گروه واجد الزامات بیمه‌گری Blue Shield، شامل الزامات حداقلی مربوط به مشارکت و سهم مشارکت (حق بیمه گروه) فقط هنگام تمدید الزامی هستند.) مشارکت
2. گروه موافقت می‌کند که حق بیمه/بدهی‌های ماهیانه را به‌موقع به Blue Shield پرداخت کند.
3. گروه موافقت می‌کند که:  
a. اگر «بیمه‌نامه گروه/قرارداد خدمات سلامت» بر مبنای غیرمشارکتی صادر شده باشد؛ تمام کارمندان را به محض واجد شرایط شدن ثبت‌نام کند، یا  
b. اگر «بیمه‌نامه گروه/قرارداد خدمات سلامت» بر مبنای مشارکتی صادر شده باشد، فرصتی در اختیار تمام کارمندان واجد شرایط قرار دهد تا برای این مزایای گروه درخواست کنند.
4. جز با موافقت و امضای متصدی Blue Shield، هیچ مورد چشم‌پوشی یا تغییر درخواستی در پوشش بیمه اجرایی نخواهد شد.
5. فقط برای محصولات بیمه عمر/ AD&D: کارمندان ثبت‌نام‌شده باید قبل از اجرایی شدن پوشش بیمه برای آنها به‌طور فعال در حال کار باشند یا شرایط آنها مطابق با شروط اشتغال فعال برای پوشش بیمه باشد. پوشش بیمه برای هر شخصی که شرایطش در روز اجرایی شدن «بیمه‌نامه گروه» مطابق با این شروط نیست، یا هرگونه افزایش در پوشش بیمه برای هر شخصی که شرایطش در روز اجرایی شدن این افزایش در پوشش مطابق با این شروط نیست، به زمان بازگشت شخص به محل کار یا اشتغال فعال او موکول خواهد شد.
6. گروه موافقت می‌کند و به Blue Shield اجازه می‌دهد که همه مکاتبات تجاری را از طریق ارتباطات الکترونیکی ارسال کند. Blue Shield از طریق ایمیل به رابط گروه، که در بخش 1 و 6 فوق مشخص شده است، اطلاع خواهد داد. شکل‌های دیگر ارتباط فقط پس از درخواست مستقیم انجام خواهد شد. کارفرمایانی که درخواست مکاتبات پستی دارند ممکن است متحمل هزینه‌های اضافی شوند.

گروه آگاهانه با دریافت مکاتبات الکترونیک از Blue Shield موافقت می‌کند.

## مجوز و امضا

**25** بخش مجوز زیر باید توسط نماینده/رابط اصلی گروه امضا شود.

این درخواستی برای پوشش بیمه است. گروه آگاه است که تا زمانی که Blue Shield بررسی‌اش را به پایان نرسانده و پذیرش درخواست را به اطلاع متقاضی یا واسطه بیمه متقاضی نرسانده و قرارداد خدمات سلامت گروه صادر نشده است، هیچ قراردادی برای پوشش بیمه وجود ندارد. نماینده گروه، تا حدی که می‌داند و باور دارد درست است، شهادت می‌دهد تمام پاسخ‌های ارائه‌شده در این درخواست‌نامه صادقانه، صحیح و کامل هستند. گروه آگاه هست که اگر مرتکب کلاهبرداری شده باشد یا هریک از حقایق مادی مرتبط با این درخواست‌نامه را عمداً اشتباه جلوه داده باشد، Blue Shield of California می‌تواند یکی از اقدامات جبرانی زیر را ظرف 24 ماه اول پوشش بیمه انجام دهد: ممکن است پوشش بیمه گروه لغو شود، یا حق بیمه/بدهی مربوطه تعدیل شود، یا «بیمه‌نامه گروه/قرارداد خدمات سلامت» با اطلاع قبلی فسخ شود.

تا حدی که می‌دانم و باور دارم درست است، شهادت می‌دهم تمام پاسخ‌های ارائه‌شده فوق صادقانه، صحیح و کامل هستند.

تاریخ

نام و عنوان (با حروف درشت لطفاً)

امضای نماینده مجاز گروه

**اطلاعات واسطه بیمه (باید توسط واسطه بیمه یا نماینده عمومی تکمیل شود. تمام اطلاعات الزامی است.)**

نام شرکت واسطه بیمه اصلی			<b>26</b>
نام واسطه بیمه اصلی		شماره تلفن واسطه بیمه اصلی	
نشانی دفتر واسطه بیمه اصلی			
شهر	ایالت	کد پستی	
ایمیل واسطه بیمه اصلی			
شماره شناسایی مالیاتی واسطه بیمه اصلی			
شماره جواز Department of Insurance (اداره بیمه) واسطه بیمه اصلی			
نام شرکت واسطه بیمه ثانویه			
نام واسطه بیمه ثانویه		شماره تلفن واسطه بیمه ثانویه	
نشانی دفتر واسطه بیمه ثانویه			
شهر	ایالت	کد پستی	
ایمیل واسطه بیمه ثانویه			
شماره شناسایی مالیاتی واسطه بیمه ثانویه			
شماره جواز Department of Insurance (اداره بیمه) واسطه بیمه ثانویه			
تاریخ امروز (الزامی)	امضای واسطه بیمه اصلی (الزامی)	نام واسطه بیمه با حروف درشت	
تاریخ امروز (الزامی)	امضای واسطه بیمه ثانویه (در صورت وجود)	نام واسطه بیمه با حروف درشت و خوانا	
شماره شناسایی مالیاتی نمایندگی عمومی			<b>27</b>
نام نمایندگی عمومی			
تاریخ امروز (الزامی)	امضای نماینده عمومی مجاز (الزامی)	نام نماینده عمومی با حروف درشت	

# Blue Shield of California

اطلاعیهای که درباره الزامات دسترس پذیری و عدم تبعیض به افراد آگاهی می دهد

رفتار تبعیض آمیز برخلاف قانون است

Blue Shield of California مطابق با قوانین کاربردی حقوق مدنی ایالتی و فدرال است و بر اساس نژاد، رنگ پوست، ملیت، اصل و نسب، مذهب، جنس، وضعیت تأهل، جنسیت، هویت جنسی، گرایش جنسی، سن یا معلولیت تبعیضی قائل نمی شود. Blue Shield of California بر اساس نژاد، رنگ پوست، ملیت، اصل و نسب، مذهب، جنس، وضعیت تأهل، جنسیت، هویت جنسی، گرایش جنسی، سن یا معلولیت، افراد را از حقوقشان محروم نمی کند یا برخورد متفاوتی با آنها ندارد.

Blue Shield of California:

- کمک ها و خدمات رایگان را به افراد دارای معلولیت ارائه می دهد تا بتوانند به طور مؤثر با ما ارتباط برقرار کنند، مانند:
  - مترجمان مسلط به زبان اشاره
  - اطلاعات نوشتاری در قالب های دیگر (حروف چاپی درشت، فایل صوتی، قالب های الکترونیکی قابل دسترس و قالب های دیگر)
  - برای افرادی که زبان اولشان انگلیسی نیست، خدمات زبانی رایگان ارائه می دهد، مانند:
    - مترجمان واجد شرایط
    - اطلاعات نوشتاری به زبان های دیگر

اگر به این خدمات نیاز دارید، با Civil Rights Coordinator (هماهنگ کننده حقوق مدنی) Blue Shield of California تماس بگیرید. اگر معتقد هستید که Blue Shield of California بر اساس نژاد، رنگ پوست، ملیت، اصل و نسب، مذهب، جنس، وضعیت تأهل، جنسیت، هویت جنسی، گرایش جنسی، سن یا معلولیت، در ارائه این خدمات به شما کوتاهی کرده است یا به هر طریقی در مورد شما تبعیض قائل شده است، می توانید شکایتی به این نشانی ثبت کنید:

Blue Shield of California  
Civil Rights Coordinator  
P.O. Box 629007  
El Dorado Hills, CA 95762-9007

تلفن: (844) 831-4133 (TTY: 711)  
نمابر: (844) 696-6070

ایمیل: [BlueShieldCivilRightsCoordinator@blueshieldca.com](mailto:BlueShieldCivilRightsCoordinator@blueshieldca.com)

می توانید شکایت خود را حضوری یا از طریق نامه پستی، نمابر یا ایمیل ارائه دهید. اگر برای تنظیم شکایت به کمک نیاز دارید، «هماهنگ کننده حقوق مدنی» ما برای کمک به شما حاضر است. همچنین، می توانید شکایت مربوط به حقوق مدنی را از طریق U.S. Department of Health and Human Services (وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده آمریکا)، Office for Civil Rights (اداره حمایت از حقوق مدنی) ثبت کنید. دسترسی الکترونیکی به این اداره از طریق «پورتال شکایت اداره حمایت از حقوق مدنی» به نشانی <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> ممکن است، یا می توانید با تماس از طریق تلفن یا نامه پستی به نشانی زیر، شکایت خود را ارائه کنید:

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

فرم های شکایت در [www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html) موجود هستند.

# Notice of the Availability of Language Assistance Services

## Blue Shield of California

**IMPORTANT:** Can you read this letter? If not, we can have somebody help you read it. You may also be able to get this letter written in your language. For help at no cost, please call right away at the Member/Customer Service telephone number on the back of your Blue Shield ID card, or (866) 346-7198.

**IMPORTANTE:** ¿Puede leer esta carta? Si no, podemos hacer que alguien le ayude a leerla. También puede recibir esta carta en su idioma. Para ayuda sin cargo, por favor llame inmediatamente al teléfono de Servicios al miembro/cliente que se encuentra al reverso de su tarjeta de identificación de Blue Shield o al (866) 346-7198. (Spanish)

**重要通知：** 您能讀懂這封信嗎？如果不能，我們可以請人幫您閱讀。這封信也可以用您所講的語言書寫。如需免費幫助，請立即撥打登列在您的Blue Shield ID卡背面上的會員/客戶服務部的電話，或者撥打電話 (866) 346-7198。(Chinese)

**QUAN TRỌNG:** Quý vị có thể đọc lá thư này không? Nếu không, chúng tôi có thể nhờ người giúp quý vị đọc thư. Quý vị cũng có thể nhận lá thư này được viết bằng ngôn ngữ của quý vị. Để được hỗ trợ miễn phí, vui lòng gọi ngay đến Ban Dịch vụ Hội viên/Khách hàng theo số ở mặt sau thẻ ID Blue Shield của quý vị hoặc theo số (866) 346-7198. (Vietnamese)

**MAHALAGA:** Nababasa mo ba ang sulat na ito? Kung hindi, maari kaming kumuha ng isang tao upang matulungan ka upang mabasa ito. Maari ka ring makakuha ng sulat na ito na nakasulat sa iyong wika. Para sa libreng tulong, mangyaring tumawag kaagad sa numerong telepono ng Miyembro/Customer Service sa likod ng iyong Blue Shield ID kard, o (866) 346-7198. (Tagalog)

**Baa' ákohwiindzindooígí:** Díí naaltsoosish yíiniłta'go bínińghah? Doo bínińghahgóó éí, naaltsoos nich'í' yiidóolta'hígíí ła' nihee hółó. Díí naaltsoos áldó' t'áá Diné k'ehjí ádoolníł nínízingó bíńghah. Doo bąąh ílinígó shíká' adoowoł nínízingó nihich'í' béesh bee hodíilnih dóó námboo éí díí Blue Shield bee néiho'díłzinígí bine'dée' bikáá' éí doodagó éí (866) 346-7198 jí' hodíilnih. (Navajo)

**중요:** 이 서신을 읽을 수 있으세요? 읽으실 수 경우, 도움을 드릴 수 있는 사람이 있습니다. 또한 다른 언어로 작성된 이 서신을 받으실 수도 있습니다. 무료로 도움을 받으시려면 Blue Shield ID 카드 뒷면의 회원/고객 서비스 전화번호 또는 (866) 346-7198로 지금 전환하세요. (Korean)

**ԿԱՐԵՎՈՐ Է.** Կարողանում ե՞ք կարդալ այս նամակը: Եթե ոչ, ապա մենք կօգնենք ձեզ: Դուք պետք է նաև կարողանաք ստանալ այս նամակը ձեր լեզվով: Օտարալեզուներն անվճար է: Խնդրում ենք անմիջապես զանգահարել Հաճախորդների սպասարկման բաժնի հեռախոսահամարով, որը նշված է ձեր Blue Shield ID քարտի ետևի մասում, կամ (866) 346-7198 համարով: (Armenian)

**ВАЖНО:** Не можете прочесть данное письмо? Мы поможем вам, если необходимо. Вы также можете получить это письмо написанное на вашем родном языке. Позвоните в Службу клиентской/членской поддержки прямо сейчас по телефону, указанному сзади идентификационной карты Blue Shield, или по телефону (866) 346-7198, и вам помогут совершенно бесплатно. (Russian)

**重要：** お客様は、この手紙を読むことができますか？もし読むことができない場合、弊社が、お客様をサポートする人物を手配いたします。また、お客様の母国語で書かれた手紙をお送りすることも可能です。無料のサポートを希望される場合は、Blue Shield IDカードの裏面に記載されている会員/お客様サービスの電話番号、または、(866) 346-7198にお電話をおかけください。(Japanese)

**مهم:** آیا می‌توانید این نامه را بخوانید؟ اگر پاسختان منفی است، می‌توانیم کسی را برای کمک به شما در اختیارتان قرار دهیم. حتی می‌توانید نسخه مکتوب این نامه را به زبان خودتان دریافت کنید. برای دریافت کمک رایگان، لطفاً بدون فوت وقت از طریق شماره تلفنی که در پشت کارت شناسی Blue Shield تان درج شده است و یا از طریق شماره تلفن (866) 7198-346 با خدمات اعضا/مشتری تماس بگیرید. (Persian)

**ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ:** ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਪੱਤਰ ਨੂੰ ਪੜ੍ਹ ਸਕਦੇ ਹੋ? ਜੇ ਨਹੀਂ ਤਾਂ ਇਸ ਨੂੰ ਪੜ੍ਹਨ ਵਿਚ ਮਦਦ ਲਈ ਅਸੀਂ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ। ਤੁਸੀਂ ਇਹ ਪੱਤਰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿਚ ਲਿਖਿਆ ਹੋਇਆ ਵੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਮੁਫਤ ਵਿਚ ਮਦਦ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ Blue Shield ID ਕਾਰਡ ਦੇ ਪਿੱਛੇ ਦਿੱਤੇ ਮੈਂਬਰ/ਕਸਟਮਰ ਸਰਵਿਸ ਟੈਲੀਫੋਨ ਨੰਬਰ ਤੇ, ਜਾਂ (866) 346-7198 ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। (Punjabi)

**ប្រការសំខាន់៖** តើអ្នកអាចលិខិតនេះ បានដែរឬទេ? បើមិនអាចទេ យើងអាចឲ្យគេជួយអ្នកក្នុងការអានលិខិតនេះ។ អ្នកក៏អាចទទួលបានលិខិតនេះជាភាសារបស់អ្នកផងដែរ។ សម្រាប់ជំនួយដោយឥតគិតថ្លៃ សូមហៅទូរស័ព្ទភ្លាមៗទៅកាន់លេខទូរស័ព្ទសេវាសមាជិក/អភិថិជនដែលមាននៅលើខ្នងប័ណ្ណសម្គាល់ Blue Shield របស់អ្នក ឬតាមរយៈលេខ (866) 346-7198។ (Khmer)

**المهم:** هل تستطيع قراءة هذا الخطاب؟ أن لم تستطع قراءته، يمكننا إحضار شخص ما ليساعدك في قراءته. قد تحتاج أيضاً إلى الحصول على هذا الخطاب مكتوباً بلغتك. للحصول على المساعدة بدون تكلفة، يرجى الاتصال الآن على رقم هاتف خدمة العملاء/أحد الأعضاء المدون على الجانب الخلفي من بطاقة الهوية Blue Shield أو على الرقم (866) 7198-346. (Arabic)

**TSEEM CEEB:** Koj pos tuaj yeem nyeem tau tsab ntwav no? Yog hais tias nyeem tsis tau, peb tuaj yeem nrhiav ib tug neeg los pab nyeem nws rau koj. Tej zaum koj kuj yuav tau txais muab tsab ntwav no sau ua koj hom lus. Rau kev pab txhais dawb, thov hu kiag rau tus xov tooj Kev Pab Cuam Tub Koom Xeeb/Tub Lag Luam uas nyob rau sab nraum nrob qaum ntwam koj daim npav Blue Shield ID, los yog hu rau tus xov tooj (866) 346-7198. (Hmong)

**สำคัญ:** คุณอ่านจดหมายฉบับนี้ได้หรือไม่ หากไม่ได้ โปรดขอความช่วยเหลือจากผู้อ่านได้  
คุณอาจได้รับจดหมายฉบับนี้เป็นภาษาของคุณ หากต้องการความช่วยเหลือโดยไม่มีค่าใช้จ่าย  
โปรดติดต่อฝ่ายบริการลูกค้า/สมาชิกทางเบอร์โทรศัพท์ในบัตรประจำตัว Blue Shield ของคุณ หรือโทร  
(866) 346-7198 (Thai)

**महत्वपूर्ण:** क्या आप इस पत्र को पढ़ सकते हैं? यदि नहीं, तो हम इसे पढ़ने में आपकी मदद के लिए किसी व्यक्ति का प्रबंध कर सकते हैं। आप इस पत्र को अपनी भाषा में भी प्राप्त कर सकते हैं। निःशुल्क मदद प्राप्त करने के लिए अपने Blue Shield ID कार्ड के पीछे दिए गये मंबर/कस्टमर सर्विस टेलीफोन नंबर, या (866) 346-7198 पर कॉल करें। (Hindi)

**ສິ່ງສຳຄັນ:** ທ່ານສາມາດອ່ານຈົດໝາຍນີ້ໄດ້ບໍ່? ຖ້າອ່ານບໍ່ໄດ້, ພວກເຮົາສາມາດໃຫ້ບາງຄົນຊ່ວຍອ່ານໃຫ້ທ່ານຟັງໄດ້.  
ທ່ານຍັງສາມາດຂໍໃຫ້ແປຈົດໝາຍນີ້ເປັນພາສາຂອງທ່ານໄດ້. ສຳລັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແບບບໍ່ເສຍຄ່າ, ກະລຸນາ  
ໂທຫາເບີໂທຂອງຝ່າຍບໍລິການສະມາຊິກ/ລູກຄ້າໃນທັນທີເບີໂທລະສັບຢູ່ດ້ານຫຼັງບັດສະມາຊິກ Blue Shield ຂອງທ່ານ,  
ຫຼືໂທໄປຫາເບີ(866) 346-7198. (Laotian)

# Notice of the Availability of Language Assistance Services

## Blue Shield of California Life & Health Insurance Company

**No Cost Language Services.** You can get an interpreter. You can get documents read to you and some sent to you in your language. For help, call us at the number listed on your ID card or 1-866-346-7198. For more help call the CA Dept. of Insurance at 1-800-927-4357. English

**Servicios de idiomas sin costo.** Puede obtener un intérprete. Le pueden leer documentos y que le envíen algunos en español. Para obtener ayuda, llámenos al número que figura en su tarjeta de identificación o al 1-866-346-7198. Para obtener más ayuda, llame al Departamento de Seguros de CA al 1-800-927-4357. Spanish

**免費語言服務。** 您可獲得口譯員服務。可以用中文把文件唸給您聽，有些文件有中文的版本，也可以把這些文件寄給您。欲取得協助，請致電您的保險卡所列的電話號碼，或撥打 1-866-346-7198 與我們聯絡。欲取得其他協助，請致電 1-800-927-4357 與加州保險部聯絡。Chinese

**Các Dịch Vụ Trợ Giúp Ngôn Ngữ Miễn Phí.** Quý vị có thể được nhận dịch vụ thông dịch. Quý vị có thể được người khác đọc giúp các tài liệu và nhận một số tài liệu bằng tiếng Việt. Để được giúp đỡ, hãy gọi cho chúng tôi tại số điện thoại ghi trên thẻ hội viên của quý vị hoặc 1-866-346-7198. Để được trợ giúp thêm, xin gọi Sở Bảo Hiểm California tại số 1-800-927-4357. Vietnamese

무료 통역 서비스. 귀하는 한국어 통역 서비스를 받으실 수 있으며 한국어로 서류를 낭독해주는 서비스를 받으실 수 있습니다. 도움이 필요하신 분은 귀하의 ID 카드에 나와있는 안내 전화: 1-866-346-7198번으로 문의해 주십시오. 보다 자세한 사항을 문의하실 분은 캘리포니아 주 보험국, 안내 전화 1-800-927-4357번으로 연락해 주십시오. Korean

**Walang Gastos na mga Serbisyo sa Wika.** Makakakuha ka ng interpreter o tagasalin at maipababasa mo sa Tagalog ang mga dokumento. Para makakuha ng tulong, tawagan kami sa numerong nakalista sa iyong ID card o sa 1-866-346-7198. Para sa karagdagang tulong, tawagan ang CA Dept. of Insurance sa 1-800-927-4357 Tagalog

**Անվճար Լեզվական Ծառայություններ:** Դուք կարող եք թարգման և/կամ փաստաթղթերը ընթերցել սալ և/կամ համար հայերեն լեզվով: Օգնության համար սեզ զանգահարեք ձեր ինքնության (ID) ստույի վրա նշված կամ 1-866-346-7198 համարով: Լրացուցիչ օգնության համար 1-800-927-4357 համարով զանգահարեք Կալիֆոռնիայի Ապահովագրության Բաժանմունք: Armenian

**Бесплатные услуги перевода.** Вы можете воспользоваться услугами переводчика, и ваши документы прочтут для вас на русском языке. Если вам требуется помощь, звоните нам по номеру, указанному на вашей идентификационной карте, или 1-866-346-7198. Если вам требуется дополнительная помощь, звоните в Департамент страхования штата Калифорния (Department of Insurance), по телефону 1-800-927-4357. Russian

**無料の言語サービス** 日本語で通訳をご提供し、書類をお読みします。サービスをご希望の方は、IDカード記載の番号または1-866-346-7198までお問い合わせください。更なるお問い合わせは、カリフォルニア州保険庁、1-800-927-4357までご連絡ください。Japanese

**خدمات مجانی مربوط به زبان.** میتوانید از خدمات یک مترجم شفاهی استفاده کنید و بگوئید مدارک به زبان فارسی برایتان خوانده شوند. برای دریافت کمک، با ما از طریق شماره تلفنی که روی کارت شناسائی شما قید شده است و یا این شماره 1-866-346-7198 تماس بگیرید. برای دریافت کمک بیشتر، به CA Dept. of Insurance (اداره بیمه کالیفرنیا) به شماره 1-800-927-4357 تلفن کنید. Persian

**ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ:** ਤੁਸੀਂ ਦੁਆਬੀਏ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਹਾਸਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ ਅਤੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਪੰਜਾਬੀ ਵਿੱਚ ਸੁਣ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਕੁਝ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪੰਜਾਬੀ ਵਿੱਚ ਭੇਜੇ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਮਦਦ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਆਈਡੀ (ID) ਕਾਰਡ 'ਤੇ ਦਿੱਤੇ ਨੰਬਰ 'ਤੇ ਜਾਂ 1-866-346-7198 'ਤੇ ਸਾਨੂੰ ਫੋਨ ਕਰੋ। ਵਧੇਰੇ ਮਦਦ ਲਈ ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਡਿਪਾਰਟਮੈਂਟ ਆਫ ਇਨਸੂਰੈਂਸ ਨੂੰ 1-800-927-4357 'ਤੇ ਫੋਨ ਕਰੋ। Punjabi

**សេវាកម្មភាសាភាគតិចថ្លៃ** ។ អ្នកអាចទទួលបានអ្នកបកប្រែភាសា និងអានឯកសារជូនអ្នកជា ភាសាខ្មែរ ។ សម្រាប់ជំនួយ សូមទូរស័ព្ទមកយើងខ្ញុំតាមលេខដែលមានបង្ហាញលើប័ណ្ណសំគាល់ខ្លួនរបស់អ្នក ឬលេខ 1-866-346-7198 ។ សម្រាប់ជំនួយបន្ថែមទៀត សូមទូរស័ព្ទទៅក្រសួងធានារ៉ាប់រងរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា តាមលេខ 1-800-927-4357 Khmer

**خدمات ترجمة بدون تكلفة.** يمكنك الحصول علي مترجم و قراءة الوثائق لك باللغة العربية. للحصول علي المساعدة، اتصل بنا علي الرقم المبين علي بطاقة عضويتك أو علي الرقم 1-866-346-7198. للحصول علي المزيد من المعلومات، اتصل بإدارة التأمين لولاية كاليفورنيا علي الرقم 1-800-927-4357. Arabic

**Cov Kev Pab Txhais Lus Tsis Them Nqi.** Koj yuav thov tau kom muaj neeg los txhais lus rau koj thiab kom neeg nyeem cov ntawv ua lus Hmoob. Yog xav tau kev pab, hu rau peb ntawm tus xov tooj nyob hauv koj daim yuaj ID los sis 1-866-346-7198. Yog xav tau kev pab ntxiv hu rau CA lub Caj Meem Fai Muab Kev Tuav Pov Hwm ntawm 1-800-927-4357 Hmong

บริการทางภาษาอย่างไม่เสียค่าใช้จ่าย คุณสามารถรับบริการจากล่าม รวมถึงให้เจ้าหน้าที่อ่านเอกสารให้คุณฟัง หรือส่งเอกสารบางส่วนในภาษาของคุณไปหาคุณได้ หากต้องการความช่วยเหลือ กรุณาโทรศัพท์ตามหมายเลขที่ระบุอยู่ด้านหลังบัตรประจำตัวของคุณ หรือ ที่หมายเลข 1-866-346-7198 หากต้องการความช่วยเหลือเพิ่มเติม โปรดโทรมาที่ กรมการประกันภัยแห่งมลรัฐแคลิฟอร์เนียที่หมายเลข 1-800-927-4357 Thai

निःशुल्क भाषा सेवाएँ। आप एक दुभाषिया की सेवा प्राप्त कर सकते हैं। आप दस्तावेजों को पढ़वा के सुन सकते हैं और कुछ को अपनी भाषा में स्वयं को भिजवा सकते हैं। सहायता के लिए, अपने ID कार्ड पर दिए गए नंबर पर, या 1-866-346-7198 पर हमें फ़ोन करें। अधिक सहायता के लिए कैलीफोर्निया बीमा विभाग (CA Dept. of Insurance) को 1-800-927-4357 पर फ़ोन करें। Hindi

**Doo bááh ílínígó saad bee yát'i' bee aná'áwo'.** Díí shá ata'halne'dooígí hólq̄oḍoo nínízingo éí bííghah. Naaltsoos naanínáhájeehígí shich'í' yíidooltah éí doodagó ła' shich'í' ádoolníí nínízingo bííghah. Shíká a'doowoł nínízingo nihich'í' béesh bee hodíílnih dóó námboo éí díí ninaaltsoos dootł'ízhígí bee néfho'díłzinígí bine'déé' bikáá' éí doodagó éí (866)346-7198jì' hodíílnih. Hózhq̄ shíká anáá'doowoł nínízingo éí díí béeso ách'ąąh naa'nil bił haz'ąąjì' 1-800-927-4357jì' hodíílnih. Navajo

**ບໍລິການແປພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ.** ທ່ານສາມາດຂໍເອົາຜູ້ແປພາສາໄດ້. ທ່ານສາມາດຂໍໃຫ້ອ່ານເອກະສານໃຫ້ທ່ານຟັງ ແລະ ສົ່ງເອກະສານບາງຢ່າງທີ່ເປັນພາສາຂອງທ່ານ. ສໍາລັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ, ໃຫ້ໂທຫາພວກເຮົາຕາມເບີໂທລະສັບທີ່ມີໃນບັດປະຈໍາຕົວຂອງທ່ານ ຫຼື ໂທຫາເບີ1-866-346-7198. ສໍາລັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເພີ່ມເຕີມໂທຫາ ພະແນກ ປະກັນໄພຂອງລັດຄາລິຟໍເນຍໄດ້ທີ່ເບີ1-800-927-4357. Laotian