

## Blue Shield of California 以及 Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (Blue Shield Life)

### 第 1 部分 – 公司資訊

1	團體的法定企業全名	要求的保險生效日期 (月/日/年) :	
	公司在開展業務時所用名稱 (DBA) (若有) :	實際地址所處的郡縣	
2	帳單街道地址 (如果提供郵政信箱, 也需填寫下面第 3 項)		
	城市	州	郵遞區號
3	實際地址 (若與上述不同)		
	城市	州	郵遞區號
4	法律實體類型: <input type="checkbox"/> S 類公司 <input type="checkbox"/> C 類公司 <input type="checkbox"/> 合夥 <input type="checkbox"/> 個人獨資 <input type="checkbox"/> 有限責任公司 (LLC) <input type="checkbox"/> 非營利機構 <input type="checkbox"/> 其他 (請註明) _____		
	聯邦僱主稅務識別 (TID) 號碼 _____		
本團體是否需要遵守 ERISA (《員工退休收入保障法》)? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
5	本團體是否打算與另一家保險公司的計劃一起提供 Blue Shield 計劃? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
	其他保險公司的起始保險生效日期 (月/日/年) :		
	請問本團體是否有任何子公司或關聯公司? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
	如果選擇「是」, 請提供以下資訊:	稅務識別號碼	是否將其包括到承保範圍之內?
	法定名稱 1		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	法定名稱 2		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	法定名稱 3		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
是否所有員工都擁有至少符合法律規定的程度的勞工補償保險?			
<input type="checkbox"/> 是 保險公司名稱: _____			
<input type="checkbox"/> 否 如果回答為「否」, 請解釋: _____			

6	<b>團體聯絡方式：</b>		
	團體總體聯絡人(主要)	A. 團體聯絡人姓名	B. 職銜
C. 電話號碼		D. 電子郵件地址(必填)	
線上管理者聯絡人	A. 團體聯絡人姓名	B. 職銜	
	C. 電話號碼	D. 電子郵件地址(必填)	
帳單聯絡人	A. 團體聯絡人姓名	B. 職銜	
	C. 電話號碼	D. 電子郵件地址(必填)	
保險說明書/保險證書 (EOC/COI) 聯絡人	A. 團體聯絡人姓名	B. 職銜	
	C. 電話號碼	D. 電子郵件地址(必填)	
法律聯絡人(負責代表雇主團體 的具有法律約束力的承諾)	A. 團體聯絡人姓名	B. 職銜	
	C. 電話號碼	D. 電子郵件地址(必填)	
基於帳戶的健保計劃 (ABHP) 聯絡人	A. 團體聯絡人姓名	B. 職銜	
	C. 電話號碼	D. 電子郵件地址(必填)	
COBRA 管理員聯絡人	A. 團體聯絡人姓名	B. 職銜	
	C. 電話號碼	D. 電子郵件地址(必填)	
投保資料差異報告聯絡方式 (如果使用 EDI 進行電子註冊)	A. 團體聯絡人姓名	B. 職銜	
	C. 電話號碼	D. 電子郵件地址(必填)	
其他聯絡人	A. 團體聯絡人姓名	B. 職銜	
	C. 電話號碼	D. 電子郵件地址(必填)	
其他聯絡人	A. 團體聯絡人姓名	B. 職銜	
	C. 電話號碼	D. 電子郵件地址(必填)	

## 第 2 部分 – 資格要求

7 您是否會繼續使用 EDI 電子檔案?  是  否  
如果選擇「是」,您的 COBRA 會員是否會包含在該檔案中?  是  否

**入職後的適應期和等待期** – 僱主可為新員工設定一個入職後的善意的導向期(適應期),但這個時期不能超過 30 天。在保險生效之前,也可設定一個等待期,它從適應期結束後的第一天開始算起,累計不能超過 90 天。

請注意:雇員的「入職日」是新員工上班第一天。但是,如果僱主設定了適應期或等待期,「保險生效日期」就是適應期/等待期結束後的第一天。

**7a. 僱主等待期** – 本團體可選擇以下選項之一。

符合資格的員工的保險會在等待期於指定日期結束後即刻生效。

如果基於雇用分類會有多種等待期可供選擇,請在選定的選項上註明:

**沒有等待期(受僱日期起生效)**

所有員工適用

其他情況(請註明) \_\_\_\_\_

**從入職日次月的 1 日生效**

a.  如果某人在某月 1 日受僱,其保險**生效日期為次月的 1 日**。

例如:員工於 2019 年 12 月 1 日被僱用,其保險生效日期為 2020 年 1 月 1 日

所有員工適用

其他情況(請註明) \_\_\_\_\_

b.  如果某人在某月 1 日受僱,其保險**生效日期自受僱之日起**。

例如:員工於 2019 年 12 月 1 日被僱用,其保險生效日期為 2019 年 12 月 1 日

所有員工適用

其他情況(請註明) \_\_\_\_\_

**從入職日加 30 天算起,次月的 1 日生效**

所有員工適用

其他情況(請註明) \_\_\_\_\_

**從入職日結束之日加 60 天算起,次月的 1 日生效**

例如:員工於 2019 年 12 月 15 日被僱用,加上 60 天,其生效日期為 2020 年 3 月 1 日

所有員工適用

其他情況(請註明) \_\_\_\_\_

**入職日後的第 91 天**

**7b. 等待期是否將被免除:**

是  否 針對目前在崗且在首次過渡至 Blue Shield 期間入保的員工。

是  否 針對即將達到全職狀態的半職員工。

是  否 如果選擇「是」,對於以下時間內重新聘用的員工,等待期將被免除:

1 個月  90 天  3 個月  6 個月  12 個月  13 週  重新僱用的有效日期的任何時間

以下重新僱用日期之後次月的 1 日生效的任何時間

請注意:如果使用 EDI 電子檔案進行持續註冊並符合資格,則會員生效日期由 EDI 檔案和適用等待期上的日期計算得出。

<b>8 員工數量</b>			
Blue Shield 要求本團體理解「員工」的這些定義，並提供使用以下提供的定義所要求的資料。我們會依靠本團體提供的資料確定團體和員工的承保資格。			
<b>1. 所有員工</b> – 包括全職和兼職員工在內的任何個人，(29 USC 1002 (6))。			
<b>2. 全職員工 (FTE) 和相當於 FTE</b> – 國內稅收法第 4980H(c)(2) 部分給出了 FTE 和相當於 FTE 的定義。 FTE 是指每週工作平均至少 30 個小時的員工，或者每個日曆月總工時至少為 130 個小時的員工。 相當於 FTE 的人數按如下方式確定：透過把每月所有非 FTE 的工作小時數加起來，但每個員工的工作小時數不要多於 120 小時，然後將總數除以 120。			
<b>3. 符合資格的員工</b> – 這個定義用來確定哪些員工有資格登記參加保險，並且在以後保險不會中斷。符合資格的員工是符合以下條件的個人： <ul style="list-style-type: none"> <li>• 是從事僱主經營活動的全職工作的個人，其工作時間至少為 30 小時，並且其責任是在僱主的正規營業場所每週工作；或者</li> <li>• 是全職員工的獨資經營者或合作夥伴，在僱主的經營活動中至少每週工作 30 小時，並根據僱主的醫療保險計劃合同被列為員工。</li> <li>• 符合資格的員工不包括半職工作人員、臨時工作人員以及代班工作人員。</li> </ul>			
<b>8 a.</b> 員工總數：			
<b>8 b.</b> 符合資格的全職員工總數：			
<b>8 c.</b> 註冊 Blue Shield 保險的符合資格的員工的總數 (盡您所知)：			
<b>8 d.</b> 拒絕參保 Blue Shield 保險的符合資格的員工的總數 (盡您所知)：			
<b>8 e.</b> FTE 和相當於 FTE 的總數：			
<b>8 f.</b> 您是否希望為在外州工作的員工提供 Blue Shield 保險？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果選擇「是」，有多少在外州工作的員工？ _____			
<b>僱主須負責收集並保留拒絕保險表格，還要在 Blue Shield 提出要求時向其提供這些表格。如果沒有提供 Blue Shield 的任何醫療計劃 (例如牙科、眼科或者人壽保險)，便不需要提交拒絕保險表格。</b>			
<b>9</b>	<b>9a.</b> 是否向所有的全職並符合資格的員工提供健康保險？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
	<b>9b.</b> 如果對 9a 的回答為「否」，請解釋：		
	<b>9c.</b> 是否所有被提供健康保險的全職並符合資格的員工每週都工作 30 個小時或以上？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
	<b>9d.</b> 如果對 9c 的回答為「否」，請解釋：		
	<b>9e.</b> 退休員工是否有資格享受保險福利？註：退休人員承保選項需要事先得到核保部門的批准。	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
	<b>9f.</b> 如果對 9e 的回答為「是」，請勾選所有適用的選項： <input type="checkbox"/> 65 歲以下的提早退休的員工 <input type="checkbox"/> 65 歲及以上的退休員工 本團體是否會為退休人員保險負擔保費？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
	<b>9g.</b> 您是否要求將您的退休人員保險與在職員工群體分開計費？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
	如果選擇「是」，請提供接收退休人員保險每月帳單的聯絡資訊和地址。		
	帳單地址		
	城市	州	郵遞區號
聯絡人姓名	電子郵件地址		

### 第 3 部分 – COBRA/Cal-COBRA 延續保險資訊

**10** 如果在上一個日曆年裡，有 50% 以上的工作日中，您雇用了 20 個或者更多員工，您的團體須遵守聯邦 COBRA 法案。本團體全權負責 Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act (COBRA，統一綜合預算協調法案) 中的第十章的所有的管理的所有方面。

**10a.** 您團體的現有 COBRA 參與者是多少人？\_\_\_\_\_

**10b.** 如果員工或 COBRA/Cal-COBRA 參與者患有殘障或住院，則要求其填寫傷殘附表 (C11248 表)。

COBRA 管理人姓名：\_\_\_\_\_

COBRA 會員帳單應將寄送至： 團體  COBRA 管理人

請提供 COBRA 管理人的地址：

帳單地址

城市

州

郵遞區號

### 第 4a 部分 – Blue Shield of California 健保計劃選擇

#### 11 Trio HMO 計劃

選擇第一項計劃

選擇第二項計劃

選擇第三項計劃

選擇第四項計劃

#### Access+ HMO® 計劃

選擇第一項計劃

選擇第二項計劃

選擇第三項計劃

選擇第四項計劃

#### Trio HMO Savings 計劃\*

選擇第一項計劃

選擇第二項計劃

\* 僅適用於 San Diego 和 Sacramento 區域。

#### Access+ HMO® SaveNet 計劃<sup>1</sup>

選擇第一項計劃

選擇第二項計劃

<sup>1</sup> Access+ HMO SaveNet 產品僅在以下定點郡縣與 Access+ HMO 產品一同提供：Kern、Marin、Orange、Sacramento、San Francisco、San Luis Obispo、San Mateo、Santa Clara、Santa Cruz、Sonoma、Stanislaus、Ventura、Yolo 以及 Contra Costa、Los Angeles、Riverside、San Bernardino 和 San Diego 縣的部分地區。

#### Local Access+ HMO® 計劃<sup>2</sup>

選擇第一項計劃

選擇第二項計劃

<sup>2</sup> Local Access+ HMO 產品只在定點郡縣提供：Marin、Orange、San Francisco、San Luis Obispo、Santa Clara、Santa Cruz、Sonoma、Stanislaus 和 Yolo 以及 Contra Costa、Kern、Los Angeles、Riverside、Sacramento、San Bernardino、San Diego、San Mateo 和 Ventura 縣的部分地區。

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

選擇第一項計劃

選擇第二項計劃

#### Full PPO/EPO 計劃

選擇第一項計劃

選擇第二項計劃

選擇第三項計劃

選擇第四項計劃

#### PPO Savings 計劃

選擇第一項計劃

選擇第二項計劃

選擇第三項計劃

選擇第四項計劃

#### Tandem PPO/EPO 計劃

選擇第一項計劃

選擇第二項計劃

選擇第三項計劃

選擇第四項計劃

#### Active Choice® Plus/Active Choice® Classic 計劃

選擇第一項計劃

選擇第二項計劃

<b>11</b>	<b>Blue Shield 65 Plus<sup>SM</sup> 計劃</b>			
續	<input type="checkbox"/> 訂製計劃 (附上訂製福利摘要)			
<b>12</b>	<b>僱主必須對 Blue Shield 健保計劃所擔負的費用</b>			
	輸入由團體為員工及受扶養家屬支付的保險費/保險月費的比例。如果團體支付了 100% 的費用，所有的符合資格的員工都必須註冊。			
	<b>在這裡列明僱主為醫療計劃所負擔的金額：</b>			
	對於員工 _____%	對於受扶養家屬 _____%		
	對於退休人員 (如適用) _____%	對於退休人員的受扶養家屬 (如適用) _____%		
<b>13</b>	<b>Blue Shield 基於帳戶的健保計劃 (ABHP)</b>			
	請說明您是否提供下列帳戶選項中的任何一個 (勾選所有適用選項)，並提供每個項目的管理員的名稱。也標明由僱主資助的任何款額。			
	<b>帳戶類型</b>	<b>帳戶管理員</b>	<b>僱主擔負的費用數額 個人承保</b>	
	<b>僱主擔負的費用數額 家庭承保</b>			
	<input type="checkbox"/> Health savings account (HSA, 健康儲蓄帳戶)	<input type="checkbox"/> HealthEquity (整合模式 – Blue Shield 共同負責資格要求和索賠單) • 強制性醫療註冊: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 其他管理員 (非集成選項)	\$	\$
	<input type="checkbox"/> 健康償付安排 (HRA)	<input type="checkbox"/> HealthEquity (整合模式 – Blue Shield 共同負責資格要求和索賠單) • 強制性醫療註冊: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 其他管理員 (非集成選項)	\$	\$
	<input type="checkbox"/> 健康獎勵帳戶 (HIA)	<input type="checkbox"/> HealthEquity (整合模式 – Blue Shield 共同負責資格要求和索賠單) • 強制性醫療註冊: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 其他管理員 (非集成選項)	\$	\$
	<input type="checkbox"/> 僅帶有 HSA 的限定用途靈活支出帳戶 (LPFSA – 牙科和眼科)	<input type="checkbox"/> HealthEquity (整合模式 – Blue Shield 共同負責資格要求和索賠單) • 強制性醫療註冊: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 其他管理員 (非集成選項)	\$	\$
	<input type="checkbox"/> 彈性支出帳戶 (FSA) <input type="checkbox"/> 醫療 FSA <input type="checkbox"/> 受扶養家屬保健 FSA	<input type="checkbox"/> HealthEquity (整合模式 – Blue Shield 共同負責資格要求和索賠單) • 強制性醫療註冊: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> Ceridian (手工輸入) <input type="checkbox"/> 其他管理員 (非集成選項)	\$	\$
<b>Blue Shield of California 可選福利選擇</b>				
<b>14</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 如果沒有醫療保險，則不能購買。</li> <li>• 對於 Dual Choice 計劃套餐，必須為所有選定的計劃購買同樣的可選福利。</li> <li>• 附加保險的產品類型必須與醫療保險的產品類型相匹配 – 例如 HMO 只可對應 HMO 等。</li> </ul>			
	<b>不孕不育附加保單 – 選擇計劃類型：</b>	<b>選擇計劃選項：</b>		
	選擇計劃類型	選擇計劃選項		
	<b>脊椎指壓療法以及針灸附加保單 – 選擇計劃類型：</b>	<b>助聽器附加保單 – 某些計劃選項：</b>		
	選擇計劃選項	選擇計劃選項		
<b>Blue Shield of California 門診處方藥計劃選擇 (適用於 HMO/POS)</b>				
選擇所適用的處方藥計劃 (Basic Rx)： <sup>1</sup>				
	選擇選項 1	選擇選項 2		
	選擇選項 3	選擇選項 4		
選擇所適用的處方藥計劃 (Enhanced Rx 或 Premier Rx)： <sup>1</sup>				
	選擇選項 1	選擇選項 2		
	選擇選項 3	選擇選項 4		
選擇所適用的處方藥計劃 (Rx Spectrum)： <sup>1</sup>				
	選擇選項 1	選擇選項 2		
	選擇選項 3	選擇選項 4		
	<sup>1</sup> 第 4 層級藥物，包括專科用藥，20% 至最高 \$250。			

14 續	<b>Blue Shield of California 門診處方藥計劃選擇 (適用於 PPO、EPO 和 Active Choice® Classic 和 Active Choice® Plus 計劃)</b>	
	選擇所適用的處方藥計劃 (Enhanced Rx 或 Premier Rx) : <sup>1</sup>	
	選擇選項 1	選擇選項 2
	選擇選項 3	選擇選項 4
	選擇所適用的處方藥計劃 (Rx Spectrum) : <sup>1</sup>	
	選擇選項 1	選擇選項 2
	選擇選項 3	選擇選項 4
1 第 4 層級藥物,包括專科用藥,30% 至最高 \$250。		

### 第 4b 部分 – Blue Shield Life 健康計劃\*和門診處方藥計劃\*選項

勾選所有適用的選項:	
<b>Active Choice* 計劃</b>	
選擇第一項計劃 [計劃列表]	選擇第二項計劃 [計劃列表]
從下面選擇一個日曆年藥品免賠額選項: <input type="checkbox"/> 每人 \$0 <input type="checkbox"/> 每人 \$150 <input type="checkbox"/> 每人 \$250	
從以下處方藥計劃選項中選擇一項:	
選擇第一項計劃 [計劃列表]	選擇第二項計劃 [計劃列表]
1 第 4 層級藥物,包括專科用藥,30% 至最高 \$250。	
C17607-ML-MED-CH	
<b>Blue Shield Life 健康計劃*選項附加保單</b>	
<b>助聽器:</b>	
該團體是否想要增加助聽器附加保單? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
<b>不孕症</b>	
選擇不孕不育附加保單之一:	選擇選項 [選項列表]
* 由 Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (Blue Shield Life) 承保。	

### 第 SB1 部分 – Blue Shield of California 牙科計劃選項:

15	本團體可以從下列計劃選項中作出選擇:	
	<input type="checkbox"/> Single Dental Plan 選項	
	<input type="checkbox"/> Dual Choice Dental Plan 選項	
	• 1 DPPO + 1 DHMO   • 2 DHMO   • 2 DPPO	
	<b>Dental HMO</b>	
	選擇第一項計劃	選擇第二項計劃
<b>Dental PPO</b>		
選擇第一項計劃	選擇第二項計劃	
16	<b>僱主必須對牙科計劃所擔負的費用</b>	
	輸入由團體為員工及受扶養家屬支付的保險費/保險月費的比例。對於牙科保險,僱主必須為員工的保險費負擔至少 50% (除自願性計劃以外)。如果支付了 100% 的費用,所有的符合資格的員工都必須註冊。	
	在這裡列明牙科計劃的僱主所負擔的金額:	
	對於員工 _____ % 對於退休人員 (如適用) _____ %	對於受扶養家屬 _____ % 對於退休人員的受扶養家屬 (如適用) _____ %

### 第 SB2 部分 – 眼科保險\*

17	選擇第一項計劃	選擇第二項計劃
	<b>Vision Voluntary<sup>†</sup></b>	
	選擇第一項計劃	選擇第二項計劃
* 由 Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (Blue Shield Life) 承保。		
† 自願性眼科保險需要至少 10 名註冊參加了 Blue Shield Life 醫療保險的員工,或者在沒有 Blue Shield Life 醫療保險的情況下,25% 的符合資格的員工。		
C17607-ML-SB-CH		

18	<b>僱主必須對眼科計劃所擔負的費用</b>	
	輸入由團體為員工及受扶養家屬支付的保費的比例。對於視力保險，僱主必須至少負擔員工的保險費的 25% (除自願性計劃以外)。如果支付了 100% 的費用，所有的符合資格的員工都必須註冊。	
	在這裡列明眼科計劃的僱主所負擔的金額：	
	對於員工 _____ % 對於退休人員 (如適用) _____ %	對於受扶養家屬 _____ % 對於退休人員的受扶養家屬 (如適用) _____ %

### 第 SB3 部分 – 人壽/AD&D (意外死亡及殘廢) 保險\*

19	<b>資格 – 所有全職員工</b>	
	<b>員工人壽/AD&amp;D 保險：</b>	
	<input type="checkbox"/> 統一金額 \$ _____	
	<input type="checkbox"/> 工資的倍數 工資的 _____ 倍，最高 \$ _____	
	透過工資所建立的賠償金四捨五入到下一個最高的 \$1,000。	
	<input type="checkbox"/> 分級：	
	1. 類別說明 _____	金額 \$ _____。
	2. 類別說明 _____	金額 \$ _____。
	3. 類別說明 _____	金額 \$ _____。
	4. 類別說明 _____	金額 \$ _____。
	<input type="checkbox"/> 受扶養家屬的人壽險：選擇金額	
	列出的受扶養家屬保險金額是每個被撫養家屬的金額，並且保險僅適用於也選擇了人壽保險的員工。受扶養家屬福利不得超過員工保險福利的 50%。14 天到 6 個月之間的嬰兒的福利是受扶養家屬福利的 10%。	

20	<b>要求僱主為人壽保險所承擔的費用</b>	
	輸入由團體為員工及受扶養家屬支付的保費的比例。對於人壽保險，僱主必須至少支付員工保費總額的 25%。如僱主支付 100% 的費用 (「不基於個人供款」)，所有符合資格的員工都必須註冊。	
	請在此註明為人壽保險承擔的費用的比例：	
	對於員工 _____ % 對於退休人員 (如適用) _____ %	對於受扶養家屬 _____ % 對於退休人員的受扶養家屬 (如適用) _____ %

21	<b>團體的補充性人壽保險和補充性 AD&amp;D 保險*</b> ：承保範圍取決於參與級別和可投保性證明。	
	<b>員工補充性人壽保險和補充性 AD&amp;D 保險</b> (勾選所有適用選項)：	
	<input type="checkbox"/> 補充性人壽保險 <input type="checkbox"/> 補充性 AD&D 保險	
	符合資格的類別 _____ <input type="checkbox"/> 「所有符合資格的員工」或 <input type="checkbox"/> 其他 _____	
	<input type="checkbox"/> 增量為 \$ _____ <input type="checkbox"/> 工資倍數： _____ 倍工資	
	最高為 \$ _____ 確保發行額 \$ _____	
	<b>配偶/同居伴侶的補充性人壽保險和補充性 AD&amp;D 保險</b> 。僅當員工同時選擇了補充性人壽保險時可用，並且不能超過員工保險福利金額的 50%。(勾選所有適用的選項)：	
	<input type="checkbox"/> 補充性人壽保險 <input type="checkbox"/> 補充性 AD&D 保險	
	增量為 \$ _____ 至最大額度為 \$ _____ 確保發行額度為 \$ _____	
	<b>兒童的補充性人壽保險和補充性 AD&amp;D 保險</b> 。僅當員工同時購買補充性人壽保險和補充性 AD&D 保險時可用，並且不能超過員工保險福利金額的 50%。	
	增量為 \$ _____ 至最大額度為 \$ _____	

\* 由 Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (Blue Shield Life) 承保。

C17607-ML-SB-CH

### 第 5 部分 – 僱主將承保範圍說明書/保險證書 (EOC/COI) 分發給成員

22	<b>您有責任將 EOC/COI 小冊子分發給您的受保的員工。</b>	
	電子版將透過 Blue Shield 僱主網站發佈。當 EOC/COI 已經備好用於分發之時，Blue Shield 會透過電子郵件通知負責 EOC/COI 分發的人員，即上文的第 1 部分第 6 項中列出的人員。僱主負責使用下列方法之一來分發這些文件：(1) 公佈在公司內部網路系統上，供員工存取 (2) 直接透過電子郵件將這些文件分發給員工，或者 (3) 向員工提供來自 Blue Shield 的有關如何透過電子方式從 Blue Shield 網站上下載文件的說明。	
	<b>註：</b> 您可以登入 <a href="http://blueshieldca.com/policies">blueshieldca.com/policies</a> 並下載您正在考慮的每個計劃的福利和保險範圍概述 (SBC)。一旦您購買了一項計劃，您將會被要求填寫一項證明，確認您已經下載了這些計劃的 SBC，並且會按照法律規定把這些 SBC 分發給已經登記加入計劃的人員和可能登記加入計劃的人員。	



## 付款 (支票存款數額 – 這一數額將會用於第一個月的保費)

- 23** 基於所預期的 Blue Shield 註冊,本團體特此同意提供初始存款,並且,如果團體申請得到批准,本團體承諾會支付貴公司必要的餘額,它構成本表格中確認的團體福利所需的全額首批付款。本團體理解,只有在申請得到批准並且承保條件得到僱主接受之後,保險才會開始生效。
- 請注意,存入某團體所簽發的支票並不表示該團體的申請已經得到了批准。如果本團體申請被拒絕,Blue Shield of California 會把定金全額退還給該團體。

## 合約

- 24** 本團體申請在本申請表上所選擇的團體產品,這些福利計劃的要點在福利概述中列出。本團體理解並同意:
1. 團體的福利在以下條件下才會生效:
    - a. Blue Shield 收到了申請表並批准了申請;和
    - b. 本團體滿足 Blue Shield 的承保規定,包括關於最低程度的參與和供款方面的規定。(僅在續保時才需要參與及供款要求。)
  2. 本團體同意每月按時向 Blue Shield 支付規定的保費。
  3. 團體同意:
    - a. 如果健康服務合同/團體保單以「不基於個人供款」的方式而簽發,員工合格後就會將他們納入保險;或者
    - b. 如果健康服務合同/團體保單以「基於個人供款」的方式而簽發,則給所有符合資格的員工提供申請此類團體福利的機會。
  4. 保險中的任何豁免和要求的更改,在得到 Blue Shield 官員的同意和簽名之前都不會生效。
  5. 只針對壽險/AD&D 產品:登記加入的員工必須正在工作,或滿足受保資格所規定的就業條款,其保險才有可能生效。在團體保單生效日不符合這些條款的任何人的保險,或者在保險範圍增加的生效日不符合這些條款的任何人,其保險生效/保險增加將延遲至受保人回來工作或者回到就業狀態的日期。
  6. 本團體同意並授權 Blue Shield 透過電子通訊方式發送所有商業信函。Blue Shield 將以電子郵件方式通知團體聯絡人,即上文第 1 部分第 6 項中所列出的人員。其他形式的聯繫只有在受到直接請求的情況下才會進行。發出以傳統寄信方式進行通信的請求的僱主可能需要繳納額外的費用。
- 本團體理解,團體同意接收來自 Blue Shield 的電子通信。

## 授權與簽名

- 25** 下面的授權部分必須由團體的主要代表/聯絡人簽署。
- 這是一份保險申請表。本團體理解,在 Blue Shield 完成審查、通知申請人或申請人的代理申請已被接受,以及簽發團體醫療服務合同之前,不存在任何保險合同。本團體代表證明:就其所知和所信,該申請表中所有的回答都是真實、準確、完整的。本團體理解,如果本團體實施了欺詐行為,或者對任何與該申請相關的重要事實進行了蓄意的虛假陳述,Blue Shield of California 可能會在保險的前 24 個月內實施以下補救措施之一:團體保險可能會被取消,或者適用的保險費/會費可能進行調整,或者在給出通知之後,健康服務合同/團體保單可能被內撤銷。

我保證,盡我所知及所信,上述所有的回答都是真實、準確、完整的。

\_\_\_\_\_  
團體的授權代表簽字

\_\_\_\_\_  
姓名和職銜(請正楷書寫)

\_\_\_\_\_  
日期

**業務員資訊 (由業務員或總代理填寫。需要提供所有資訊。)**

<b>26</b>	主要業務員公司名稱		
	主要業務員聯絡人姓名		主要業務員聯絡人電話號碼
	主要業務員辦公室地址		
	城市		州
	郵遞區號		
	主要業務員聯絡用電子郵件		
	主要業務員稅號		
	主要業務員聯絡人保險部許可證號		
	次選業務員公司名稱		
	次選業務員聯絡人姓名		次選業務員聯絡人電話號碼
	次選業務員辦公室地址		
	城市		州
	郵遞區號		
	次選業務員聯絡用電子郵件		
次選業務員稅號			
次選業務員聯絡人保險部許可證號			
今天日期 (必填)	主要業務員簽名 (必填)	正楷書寫的業務員姓名	
今天日期 (必填)	第二業務員簽名 (適用時)	正楷書寫的業務員姓名	
<b>27</b>	總代理稅號		
	總代理商名稱		
	今天日期 (必填)	總代理授權簽字 (必填)	正楷書寫的總代理聯絡人姓名

# Blue Shield of California

## 向個人發出的無歧視及 無障礙通行要求通知

### 歧視是一種違法行為

Blue Shield of California 遵循適用的州法律和聯邦公民權利法律，並且不以種族、膚色、原國籍、血統、宗教、性別、婚姻狀況、性別認同、性取向、年齡或殘障為由而進行歧視。Blue Shield of California 不會因種族、膚色、原國籍、血統、宗教、性別、婚姻狀況、性別認同、性取向、年齡或殘障而排斥或區別對待任何人。

Blue Shield of California :

- 為殘障人士免費提供如下協助與服務，以便殘障人士有效地與我們進行溝通：
  - 合格的手語翻譯
  - 其他格式的文本資訊 (包括大字印刷版、音頻文件、可存取電子格式以及其他格式)
- 為母語為非英語的人士提供如下免費語言服務：
  - 合格的口譯員
  - 其他語言版本的文本資訊

如您需要以上服務，請聯絡 Blue Shield of California 民權協調員。

如您認為 Blue Shield of California 未能提供如上服務，或以任何其他方式基於種族、膚色、原國籍、血統、宗教、性別、婚姻狀況、性別認同、性取向、年齡或殘障進行歧視，您可以向以下機構提交申訴：

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

電話：(844) 831-4133 (TTY: 711)

傳真：(844) 696-6070

電子郵件：BlueShieldCivilRightsCoordinator@blueshieldca.com

您可以親自前來申訴，或將申訴透過郵遞、傳真或發送電子郵件的方式提交。如需提交申訴方面的協助，我們的民權協調員將隨時為您提供協助。您還可以透過民權辦公室的投訴門戶，以電子方式向 U.S. Department of Health and Human Services (美國衛生和公共服務部) 的民權辦公室提交民權投訴，網址為 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>，或透過郵遞或電話提交投訴，聯絡方式如下：

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

投訴表格可前往 [www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html) 獲得。

# 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' ákohwiindzindoóígí:** Díí naaltsoosish yíiniłta'go bíníghah? Doo bíníghahgóó éí, naaltsoos nich'í' yíidóolta'gíí łá' nihee hółó. Díí naaltsoos ádó' t'áá Diné k'ehjí ádoolnííł nínízingo bíghah. Doo baah ílínígó shíká' adoowoł nínízingó nihich'í' béesh bee hodílnih dóó námboo éí díí Blue Shield bee néiho'díłzinígí bine'dée' bikáá' éí doodagó éí (866) 346-7198 jí' hodílnih. (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: Ծառայությունն 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 اختیاراتان 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 شناسایی Blue Shield تان درج شده است و یا از طریق شماره تلفن (866) 346-7198 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 បានដើរឬទេ? បើមិនអាចទេ យើងអាចឲ្យគេជួយអ្នកក្នុងការអានលិខិតនេះ។ អ្នកក៏អាចទទួលបានលិខិតនេះជាភាសារបស់អ្នកផងដែរ។ សម្រាប់ជំនួយដោយឥតគិតថ្លៃ សូមហៅទូរស័ព្ទភ្លាមៗទៅកាន់លេខទូរស័ព្ទសេវាសមាជិក/អតិថិជនដែលមាននៅលើខ្នងប័ណ្ណសម្គាល់ 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) 346-7198. (Arabic)

**TSEEM CEEB:** Koj pos tuaj yeem nyeem tau tsab ntawv 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 ntawv 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 ntawm 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 मँबर/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 ձեռք բերել և փաստաթղթերը ընթերցել տալ ձեզ համար հայերեն լեզվով: Օգնության համար մեզ զանգահարեք ձեր ինքնության (ID) տոմսի վրա նշված կամ 1-866-346-7198 համարով: Լրացուցիչ օգնության համար 1-800-927-4357 համարով զանգահարեք Կալիֆորնիայի 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 ਦੁਬਾਰੀਏ 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

**សេវាកម្មភាសាភាគីតិចថ្លៃ។** 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 hólóqoqoo nínízingo éí bííghah. Naaltsoos naanináhájeehígí shich'í' yíidooltah éí doodagó ła' shich'í' ádoolníít nínízingo bííghah. Shíká a'doowoł nínízingo nihich'í' béésh bee hodíilnih dóó námboo éí díí ninaaltsoos dootł'ízhígí bee néího'dílzínígí bine'déé' bikáá' éí doodagó éí (866)346-7198jí' hodíilnih. Hózhó shíká anáá'doowoł nínízingo éí díí béeso ách'aah naa'nil bit haz'áají' 1-800-927-4357jí' hodíilnih. Navajo

**ບໍລິການແປພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ.** ທ່ານສາມາດຂໍເອົາຜູ້ແປພາສາໄດ້. ທ່ານສາມາດຂໍໃຫ້ອ່ານເອກະສານໃຫ້ທ່ານຟັງ ແລະ ສົ່ງເອກະສານບາງຢ່າງທີ່ເປັນພາສາຂອງທ່ານ. ສໍາລັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ, ໃຫ້ໂທຫາພວກເຮົາຕາມເບີໂທລະສັບທີ່ມີໃບບັດ ປະຈໍາຕົວຂອງທ່ານ ຫຼື ໂທຫາເບີ 1-866-346-7198. ສໍາລັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເພີ່ມເຕີມໂທຫາ ພະແນກ ປະກັນໄພຂອງລັດຄາລິ ຜ່ວນຍໄດ້ທີ່ເບີ 1-800-927-4357. Laotian