



健康計劃 員工註冊申請表

適用於擁有超過 101 名員工的雇主的 Blue Shield 保險計劃

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

請注意: 如未能清晰、完整地填寫本註冊申請表, 則可能導致註冊流程的延誤。

申請之理由:

<input type="checkbox"/> 新聘	<input type="checkbox"/> 失保日期 _____	<input type="checkbox"/> 延誤註冊
<input type="checkbox"/> 續聘日期 _____	<input type="checkbox"/> 開放註冊	<input type="checkbox"/> 其他合格事件的類型 _____
		上述事件發生的日期 _____

第 1 部分 – 專科福利保險的重要參保原則

牙科及眼科保險 – 員工無須投保健康計劃也可以參保牙科和/或眼科保險計劃。若要讓受扶養家屬參保牙科或眼科計劃, 則員工本人必須參保此等牙科或眼科計劃。

第 2 部分 – 計劃 選擇並填寫計劃名稱 (如適用)。

無 ABHP (基於帳戶的健保計劃) 計劃選項的醫療福利:

<input type="checkbox"/> Active Choice®*	<input type="checkbox"/> Active Choice® Plus _____	<input type="checkbox"/> Active Choice® Classic _____	<input type="checkbox"/> Access+ HMO® _____
<input type="checkbox"/> Access+ HMO® SaveNet SM _____	<input type="checkbox"/> Local Access+ HMO® _____	<input type="checkbox"/> Trio HMO _____	
<input type="checkbox"/> Added Advantage POS SM _____	<input type="checkbox"/> Full PPO _____	<input type="checkbox"/> Full PPO Savings [†] _____	<input type="checkbox"/> Full EPO _____
<input type="checkbox"/> Tandem PPO _____	<input type="checkbox"/> Tandem PPO Savings [†] _____	<input type="checkbox"/> Tandem EPO _____	<input type="checkbox"/> Blue Shield 65 Plus SM (HMO) _____

有 ABHP (基於帳戶的健康計劃) 計劃選項的醫療福利:

Active Choice®: <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA <input type="checkbox"/> FSA	Full PPO: <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA <input type="checkbox"/> FSA
Active Choice® Plus: <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA <input type="checkbox"/> FSA	Full PPO Savings [†] : <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA <input type="checkbox"/> FSA <input type="checkbox"/> HSA <input type="checkbox"/> LPFSA [‡]
Active Choice® Classic: <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA <input type="checkbox"/> FSA	Full EPO: <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA <input type="checkbox"/> FSA
Access+ HMO®: <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA <input type="checkbox"/> FSA	Tandem PPO: <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA <input type="checkbox"/> FSA
Access+ HMO® SaveNet SM : <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA <input type="checkbox"/> FSA	Tandem PPO Savings [†] : <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA <input type="checkbox"/> FSA <input type="checkbox"/> HSA <input type="checkbox"/> LPFSA [‡]
Local Access+ HMO®: <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA <input type="checkbox"/> FSA	Tandem EPO: <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA <input type="checkbox"/> FSA
Trio HMO: <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA <input type="checkbox"/> FSA	Blue Shield 65 Plus SM (HMO): <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA <input type="checkbox"/> FSA

專科福利: Dental PPO _____ Dental HMO _____ 眼科* _____ 其他 _____

* 由 Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (Blue Shield Life) 承保。
† Full PPO Savings 和 Tandem PPO Savings 計劃是符合 HSA 資格要求的高免賠額健保計劃。
‡ 必須與一項 HSA 計劃搭配
註: Blue Shield 不提供稅務諮詢, 也不提供 HSA、HRA、HIA、FSA 或 LPFSA。

僅供內部使用。請跳過此部分並直接填寫第 3 部分。

部門代碼	團體 ID	子團體 ID	類別 ID	生效日期 _____
------	-------	--------	-------	------------

第 3 部分 – 員工資訊

社會安全號碼		雇主 (團體) 姓名		
姓氏		名字		中間名首字母
就業狀態: <input type="checkbox"/> 全職 <input type="checkbox"/> 兼職 <input type="checkbox"/> 退休		聘用日期: _____		職位名稱/分類
家庭地址 (街道、城市、州、郵遞區號)				
郵寄地址 (如果與家庭地址不同)				
手機號碼		座機號碼		電郵地址 (電子通訊所必需)

本人同意, Blue Shield 及其附屬實體和代理人可透過以下方式, 就本人帳戶及本人可選各種健康與保健計劃與本人溝通, 以及向本人傳達其他可能使本人和受扶養家屬受益的宣傳資訊, 包括透過致電或發送簡訊至本表所列的本人電話號碼, 使用自動撥號或人工或預先錄製的聲音; 適用標準數據費率。 是 否
參與純屬自願, 您可隨時選擇退出, 如欲瞭解更多資訊, 請造訪: blueshieldca.com/terms。

通訊首選項: 電子 紙質 **無紙化設定** (Go paperless!) 請留意一封帶有連結的電子郵件, 該連結將使您能夠註冊帳戶, 自訂通訊首選項以及存取數位身份證以及福利資訊。

出生日期 _____ 性別 男 女 婚姻狀況 單身 已婚 同居伴侶

選擇首選語言： 英文 西班牙文 中文 越南文 波斯語 其他 _____

是否為配偶/同居伴侶和/或受扶養子女註冊參保 是 否 若選「是」，請填寫本申請表第 4 部分。

請介紹一下您自己。請說明您的種族或族裔。以下問題您可以選擇性作答，僅用於幫助確保所有會員都能獲得最優質的醫療服務。

<p>1. 您是西班牙裔或拉丁美洲裔嗎?</p> <p><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 拒絕回答</p>	<p>2. 若是，請選擇一項：</p> <p><input type="checkbox"/> 古巴人 <input type="checkbox"/> 瓜地馬拉人 <input type="checkbox"/> 墨西哥人，墨西哥裔美國人，奇卡諾人 <input type="checkbox"/> 波多黎各人 <input type="checkbox"/> 薩爾瓦多人 <input type="checkbox"/> 2 種或 2 種以上族裔 <input type="checkbox"/> 其他西班牙裔，拉丁裔，西班牙人：</p>	<p>3. 您是什麼種族？（選擇一項）</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 美洲印第安人或阿拉斯加原住民</td> <td><input type="checkbox"/> 韓國人</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 亞裔印度人</td> <td><input type="checkbox"/> 老撾人</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 黑人或非裔美國人</td> <td><input type="checkbox"/> 夏威夷原住民</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 高棉人</td> <td><input type="checkbox"/> 薩摩亞人</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 中國人</td> <td><input type="checkbox"/> 越南人</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 菲律賓人</td> <td><input type="checkbox"/> 白人</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 關島人或查莫羅人</td> <td><input type="checkbox"/> 2 種或 2 種以上種族</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 苗族人</td> <td><input type="checkbox"/> 其他</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 日本人</td> <td><input type="checkbox"/> 不詳</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 拒絕回答</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 美洲印第安人或阿拉斯加原住民	<input type="checkbox"/> 韓國人	<input type="checkbox"/> 亞裔印度人	<input type="checkbox"/> 老撾人	<input type="checkbox"/> 黑人或非裔美國人	<input type="checkbox"/> 夏威夷原住民	<input type="checkbox"/> 高棉人	<input type="checkbox"/> 薩摩亞人	<input type="checkbox"/> 中國人	<input type="checkbox"/> 越南人	<input type="checkbox"/> 菲律賓人	<input type="checkbox"/> 白人	<input type="checkbox"/> 關島人或查莫羅人	<input type="checkbox"/> 2 種或 2 種以上種族	<input type="checkbox"/> 苗族人	<input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 日本人	<input type="checkbox"/> 不詳		<input type="checkbox"/> 拒絕回答
<input type="checkbox"/> 美洲印第安人或阿拉斯加原住民	<input type="checkbox"/> 韓國人																					
<input type="checkbox"/> 亞裔印度人	<input type="checkbox"/> 老撾人																					
<input type="checkbox"/> 黑人或非裔美國人	<input type="checkbox"/> 夏威夷原住民																					
<input type="checkbox"/> 高棉人	<input type="checkbox"/> 薩摩亞人																					
<input type="checkbox"/> 中國人	<input type="checkbox"/> 越南人																					
<input type="checkbox"/> 菲律賓人	<input type="checkbox"/> 白人																					
<input type="checkbox"/> 關島人或查莫羅人	<input type="checkbox"/> 2 種或 2 種以上種族																					
<input type="checkbox"/> 苗族人	<input type="checkbox"/> 其他																					
<input type="checkbox"/> 日本人	<input type="checkbox"/> 不詳																					
	<input type="checkbox"/> 拒絕回答																					

HMO 提供者資訊： Blue Shield of California 名錄網站：blueshieldca.com/fap/app/search.html

主治醫生 (PCP):	提供者編號:
IPA (獨立執業協會) / 醫療團體名稱:	IPA/醫療團體編號: 已經是其患者? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
牙科服務提供者名稱:	牙科服務提供者編號: 已經是其患者? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

第 4 部分 – 受扶養配偶/同居伴侶/子女的資訊 若您、您的配偶/同居伴侶或您的受扶養家屬拒絕參保，請填寫並簽署《拒絕參保》表。

受扶養家屬的地址 (若與員工地址不同) – 請注明該地址適用於哪位受扶養家屬：

您所有的受扶養家屬與投保人均為相同的種族和族裔嗎? 是 否

如果您回答「否」，請列出每個受扶養家屬的種族和族裔。

註冊配偶/同居伴侶的資訊	註冊 (請勾選所有適用的選項)	僅 HMO 和 Added Advantage POS – 主治醫生的姓名	僅 Dental HMO – 牙科服務提供者
該成員是什麼種族或族裔：			
<p><input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 同居伴侶 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女</p> <p>名字 _____ 中間名首字母 _____</p> <p>姓氏 _____</p> <p>社會安全號碼 _____</p> <p>出生日期 (月/日/年) _____</p>	<p><input type="checkbox"/> 醫療 <input type="checkbox"/> 牙科 <input type="checkbox"/> 眼科</p>	<p>醫生的姓名</p> <p>名字 _____</p> <p>姓氏 _____</p> <p>提供者編號 _____</p> <p>IPA/醫療團體名稱 _____</p> <p>IPA/醫療團體編號 _____</p> <p>已經是其患者? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p>	<p>牙科服務提供者姓名</p> <p>名字 _____</p> <p>姓氏 _____</p> <p>牙科服務提供者編號 _____</p> <p>已經是其患者? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p>
通訊首選項： <input type="checkbox"/> 電子 <input type="checkbox"/> 紙質		電郵地址 (電子通訊所必需)	

第 4 部分 – 受扶養配偶/同居伴侶/子女的資訊 (續)

申請註冊的受扶養子女的資訊	註冊 (請勾選所有適用的選項)	僅 HMO 和 Added Advantage POS – 主治醫生的姓名	僅 Dental HMO – 牙科服務提供者
該成員是什麼種族或族裔：			
<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 名字 _____ 中間名首字母 _____ 姓氏 _____ 社會安全號碼 _____ 出生日期 (月/日/年) _____ 是否殘障? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 醫療 <input type="checkbox"/> 牙科 <input type="checkbox"/> 眼科	醫生的姓名 名字 _____ 姓氏 _____ 提供者編號 _____ IPA/醫療團體名稱 _____ IPA/醫療團體編號 _____ 已經是其患者? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	牙科服務提供者姓名 名字 _____ 姓氏 _____ 牙科服務提供者編號 _____ 已經是其患者? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
通訊首選項: <input type="checkbox"/> 電子 <input type="checkbox"/> 紙質		電郵地址 (電子通訊所必需)	

申請註冊的受扶養子女的資訊	註冊 (請勾選所有適用的選項)	僅 HMO 和 Added Advantage POS – 主治醫生的姓名	僅 Dental HMO – 牙科服務提供者
該成員是什麼種族或族裔：			
<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 名字 _____ 中間名首字母 _____ 姓氏 _____ 社會安全號碼 _____ 出生日期 (月/日/年) _____ 是否殘障? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 醫療 <input type="checkbox"/> 牙科 <input type="checkbox"/> 眼科	醫生的姓名 名字 _____ 姓氏 _____ 提供者編號 _____ IPA/醫療團體名稱 _____ IPA/醫療團體編號 _____ 已經是其患者? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	牙科服務提供者姓名 名字 _____ 姓氏 _____ 牙科服務提供者編號 _____ 已經是其患者? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
通訊首選項: <input type="checkbox"/> 電子 <input type="checkbox"/> 紙質		電郵地址 (電子通訊所必需)	

申請註冊的受扶養子女的資訊	註冊 (請勾選所有適用的選項)	僅 HMO 和 Added Advantage POS – 主治醫生的姓名	僅 Dental HMO – 牙科服務提供者
該成員是什麼種族或族裔：			
<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 名字 _____ 中間名首字母 _____ 姓氏 _____ 社會安全號碼 _____ 出生日期 (月/日/年) _____ 是否殘障? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 醫療 <input type="checkbox"/> 牙科 <input type="checkbox"/> 眼科	醫生的姓名 名字 _____ 姓氏 _____ 提供者編號 _____ IPA/醫療團體名稱 _____ IPA/醫療團體編號 _____ 已經是其患者? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	牙科服務提供者姓名 名字 _____ 姓氏 _____ 牙科服務提供者編號 _____ 已經是其患者? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
通訊首選項: <input type="checkbox"/> 電子 <input type="checkbox"/> 紙質		電郵地址 (電子通訊所必需)	

第 5 部分 – Medicare 資訊

1. 您或您的任何受扶養家屬目前是否擁有 Medicare? 是 否
若選「是」, 請附上 Medicare 卡複印件和/或在此處選擇其保險類型:
A 部分: 生效日期: _____ (月/日/年)
B 部分: 生效日期: _____ (月/日/年)
2. Medicare 的資格是否基於末期腎臟疾病 (ESRD)? 是 否
若選「是」, 請回答以下問題:
a) 第一次接受透析的日期是? 接受的是哪種類型的透析?
日期 _____
類型: 血液透析 自透析 (腹膜透析)
b) 若您接受了腎臟移植手術, 請說明手術日期: _____ (月/日/年)

第 6 部分 – 授權

以下授權部分必須由**所有**向 Blue Shield of California 或 Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (以下簡稱 [Blue Shield Life]) 申請保險的員工簽署。**未經您的簽字授權, 本次註冊流程將無法繼續。**

本人同意: 根據本人所知及所信, 本申請表上的所有資訊都是準確無誤的。本人理解, 本申請表上的資訊是本人所申請的保險計劃的承保基礎。本人理解, 如果本人實施了欺詐行為, 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/Blue Shield Life 可能會在保險的首個 24 個月以內實施以下補救措施之一: 本人的保險可能會被取消, 或在提前 30 天發出通知之後被撤銷。本人理解, 直至本申請和本人雇主的申請獲得 Blue Shield of California/Blue Shield Life 批准後, 相應的保險才生效。

員工簽名 _____ 日期 _____

用正楷書寫的員工姓名 _____

本人特此授權本人的雇主從本人的工資中扣除與本計劃的費用相關的繳款 (如有)。

員工簽名 _____ 日期 _____

用正楷書寫的員工姓名 _____

個人資訊和健康資訊的披露

Blue Shield of California/Blue Shield Life 理解保護個人資訊的重要性, 並承擔義務嚴肅認真地對待個人資訊。按照法律的要求, 我們必須維護您個人資訊的隱私和安全, 不論此等個人資訊是書面形式、電子形式還是口頭形式的。本聲明適用於 Blue Shield 獲得、生成和/或持有的您及您的參保受扶養家屬的個人資訊。

在管理您的 Blue Shield 保險的過程中, 我們會收集、使用、披露您及您的參保受扶養家屬的相關資訊, 並生成關於您、您所受醫療照護以及我們為您所提供的服務的記錄。此等記錄中的資訊被稱為受保護的健康資訊 (簡稱為「PHI」), 記錄中包含可識別身份的個人資訊, 如姓名、地址、電話號碼、社會安全號碼, 以及醫療診斷資訊或費用申報資訊等健康資訊。

我們會按照您的指令和/或在獲得您的許可後獲取關於您和/或您的參保受扶養家屬的 PHI。我們也會在法律許可的條件下從其他渠道獲取您的 PHI, 其他渠道包括您的保健服務提供者、保險公司、保險支援組織、健康資訊交換機構、健康計劃或保險代理人等。只有在出於管理您的 Blue Shield 保險之目的而需要時, 或是在法律的許可或要求下, 我們才會使用或披露您的 PHI。因此, 我們可能會向其他方披露您的 PHI, 其他方包括保健服務提供者、保險公司、保險支援組織、健康資訊交換機構、健康計劃或您的保險代理人等。

Blue Shield 實施「隱私權實施條例通知」(以下簡稱「通知」), 該通知規定了您的隱私權、我方在保護您的隱私方面的義務、我方在經您專門授權或未經專門授權情況下使用您的 PHI 的方式。我們按照該通知的條款使用或披露您的 PHI, 該通知的條款適用於我們生成、獲取和/或持有的包含您的 PHI 的所有記錄。您在申請 Blue Shield 保險時會收到該通知。您還可以致電 Blue Shield 會員 ID 卡上的客戶服務電話索取該通知的副本, 或從我們的下列網頁上得到該通知的副本:

blueshieldca.com/bzca/about-blue-shield/privacy/confidentiality.sp

加州的法律禁止醫療保險公司以 HIV 測驗結果作為醫療險核保條件之一。

代理人/經紀人聲明

協助提交本申請表的代理人/經紀人的聲明: (1) 據本人所知, 本申請表上的資訊完整且準確; 且 (2) 本人已經用通俗易懂的語言向申請人說明了提供不準確資訊將給申請人帶來哪些風險, 且申請人理解了本人的說明。

代理人/經紀人簽名 _____ 日期 _____

若代理人/經紀人蓄意將其明知是錯誤的任何重要事實陳述為實情, 則其除了須受到現行法律所適用的任何處罰並作出任何適當補救之外, 還將被處以最高可達一萬美元 (\$10,000) 的民事罰款。任何公訴人皆可提起對其處以該等民事罰款的民事訴訟。這些罰款將支付給保險基金。

披露: 已翻譯的文檔

請知悉: 英語版為本文檔官方版本, 隨附供參考。本外語版僅供資訊參考。

Disclosure: Translated Document

Please note the English language version is the official version of the document, and is attached for reference.

This foreign language version is for informational purposes only.

Blue Shield of California Life & Health Insurance Company

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 Life & Health Insurance Company 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 Life & Health Insurance Company 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 Life :

- 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
 - 他格式的文本資訊（包括大字印刷版、音頻文件、可存取的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 Life 民權協調員。

如您認為 Blue Shield Life 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 Life & Health Insurance Company 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。

如您認為 Blue Shield of California Life & Health Insurance Company 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、年齡或殘障為由而進行歧視，您還可就此聯絡加州 Department of Insurance（保險部）。您可以向以下機構提出申訴：

California Department of Insurance
Consumer Communications Bureau
300 S. Spring Street, South Tower
Los Angeles, CA 90013

電話：1-800-927-HELP (4357) 或 TDD 1-800-482-4833
投訴表格可前往以下網站獲得：

www.insurance.ca.gov/01-consumers/101-help

如您認為未能獲得如上服務，或以任何其他方式基於種族、膚色、原國籍、年齡、殘障情況或性別而遭受歧視，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 Office for Civil Rights（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

投訴表格可前往以下網站獲得：

www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html。

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 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 hólóq̄doo nínízingo éí bííghah. Naaltsoos naanináhájeehígí shich'í' yíidooltah éí doodagó ía' shich'í' ádoolníí nínízingo bííghah. Shíká a'doowoł nínízingo nihich'í' béesh bee hodiílnih dóo námbóo éí díí ninaaltsoos dootł'ízhígí bee néiho'dílzínígí bine'dée' bikáá' éí doodagó éí (866)346-7198jí' hodiílnih. Hózhó shíká anáá' doowoł nínízingo éí díí béeso ách'áah naa'nil bił haz'áají' 1-800-927-4357jí' hodiílnih. Navajo

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