



Đơn Đăng Ký Ghi Danh Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe Của Nhân Viên

Chương trình Blue Shield cho 101 nhân viên trở lên

Blue Shield of California và

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

Xin lưu ý: Nếu quý vị không điền thông tin đầy đủ và rõ ràng vào đơn đăng ký ghi danh này, quá trình ghi danh có thể sẽ bị chậm trễ.

Lý do đăng ký:

<input type="checkbox"/> Nhân viên mới	<input type="checkbox"/> Ngày mất bảo hiểm _____	<input type="checkbox"/> Đăng ký muộn
<input type="checkbox"/> Ngày thuê tuyển lại	<input type="checkbox"/> Đăng ký mở	<input type="checkbox"/> Loại sự kiện đủ điều kiện khác _____
		Ngày xảy ra sự kiện trên _____

Phần 1 – Hướng dẫn đăng ký quan trọng cho bảo hiểm Quyền lợi Chuyên khoa

Bảo hiểm nha khoa và nhãn khoa – Nhân viên có thể đăng ký chương trình nha khoa và/hoặc nhãn khoa mà không cần đăng ký chương trình bảo hiểm sức khỏe. Để người phụ thuộc được ghi danh vào chương trình nha khoa hoặc nhãn khoa, nhân viên phải được ghi danh vào cùng một chương trình nha khoa hoặc nhãn khoa đó.

Phần 2 – Chương trình Chọn và điền (các) tên chương trình, nếu thích hợp.

Quyền lợi y tế không có các tùy chọn ABHP (chương trình chăm sóc sức khỏe theo tài khoản):

<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"/> Trio HMO Savings _____
<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) _____

Quyền lợi y tế có các tùy chọn ABHP (chương trình chăm sóc sức khỏe theo tài khoản):

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 <input type="checkbox"/> LPFSA [‡]	Blue Shield 65 Plus SM (HMO): <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA <input type="checkbox"/> FSA

Quyền lợi Chuyên khoa: Dental PPO _____ Dental HMO _____ Nhãn khoa* _____ Khác _____

* Được bảo hiểm bởi Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (Blue Shield Life).

† Các chương trình Full PPO Savings, Tandem PPO Savings và Trio HMO Savings là các chương trình bảo hiểm sức khỏe HSA hợp lệ có tính khấu trừ cao.

‡ Chỉ có thể kết hợp với một chương trình HSA.

Lưu ý: Blue Shield không cung cấp tư vấn thuế cũng như không cung cấp HSA, HRA, HIA, FSA hoặc LPFSA.

Lưu hành nội bộ. Không viết vào phần này và chuyển tới Phần 3.

Mã Phòng ban	ID Nhóm	ID Nhóm con	ID Lớp	Ngày có hiệu lực
--------------	---------	-------------	--------	------------------

Phần 3 – Thông tin Nhân viên

Số An Sinh Xã hội	Tên của (nhóm) chủ lao động
--------------------------	------------------------------------

Họ	Tên	Chữ đầu tên đệm
-----------	------------	------------------------

Trạng thái việc làm: <input type="checkbox"/> Toàn thời gian <input type="checkbox"/> Bán thời gian <input type="checkbox"/> Hưu trí	Ngày thuê tuyển: _____	Chức danh/phân loại công việc
--	-------------------------------	-------------------------------

Địa chỉ nhà riêng (đường, thành phố, tiểu bang, mã ZIP)

Địa chỉ gửi đường bưu điện (nếu khác với địa chỉ nhà)

Số điện thoại di động	Số điện thoại cố định	Địa chỉ email (Phải có cho liên lạc điện tử)
-----------------------	-----------------------	---

Tôi đồng ý để Blue Shield và các tổ chức được bảo hiểm của họ liên hệ với tôi về giáo dục sức khỏe và vui sống hoặc thông tin khuyến mại để phục vụ tôi tốt hơn. Liên lạc có thể qua điện thoại hoặc tin nhắn bằng trình quay số tự động hoặc tin nhắn được ghi âm trước. Có Không
BSC tuân theo các nguyên tắc của Telephone Consumer Protection Act (TCPA, Đạo Luật Bảo Vệ Người Tiêu Dùng Qua Điện Thoại) và sẽ luôn cung cấp cho quý vị tùy chọn Chọn không tham gia bất kỳ lúc nào. <https://www.blueshieldca.com/terms>.

Ưu tiên liên lạc: Điện tử Giấy **Hãy hạn chế dùng giấy!** Vui lòng tìm email có liên kết cho phép quý vị đăng ký tài khoản, tùy chỉnh tùy chọn liên lạc, và truy cập thẻ ID kỹ thuật số cùng thông tin quyền lợi của quý vị.

Ngày sinh _____ Giới tính Nam Nữ Tình trạng hôn nhân Độc thân Đã kết hôn Bạn đời sống chung

Ngôn ngữ ưu tiên: Tiếng Anh Tiếng Tây Ban Nha Tiếng Trung Tiếng Việt Tiếng Ba Tư Khác _____

Quy vị đang đăng ký cho vợ/chồng/bạn đời sống chung và/hoặc người phụ thuộc là con cái Có Không **Nếu “có”, hãy hoàn thành Phần 4 của đơn đăng ký.**

Hãy cho chúng tôi biết về bản thân quý vị. Vui lòng cho biết chủng tộc hoặc sắc tộc của quý vị? Những câu hỏi này là không bắt buộc và chỉ được sử dụng để giúp đảm bảo tất cả các thành viên đều nhận được chất lượng chăm sóc cao nhất.

1. Quý vị là người gốc Tây Ban Nha hoặc Latinh?	2. Nếu có, vui lòng chọn một:	3. Vui lòng cho biết chủng tộc của quý vị? (chọn một)
<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không biết <input type="checkbox"/> Từ chối	<input type="checkbox"/> Cuba <input type="checkbox"/> Guatemala <input type="checkbox"/> Mexico, Mỹ gốc Mexico, Chicano <input type="checkbox"/> Puerto Rico <input type="checkbox"/> Salvador <input type="checkbox"/> 2 Dân tộc trở lên <input type="checkbox"/> Người Mỹ gốc Tây Ban Nha, La tinh, Tây Ban Nha khác: _____	<input type="checkbox"/> Người Mỹ da đỏ hoặc Người bản địa Alaska <input type="checkbox"/> Ấn Độ châu Á <input type="checkbox"/> Người Da đen hoặc Mỹ gốc Phi <input type="checkbox"/> Campuchia <input type="checkbox"/> Trung Quốc <input type="checkbox"/> Philipin <input type="checkbox"/> Guam hoặc Chamorro <input type="checkbox"/> Hmong <input type="checkbox"/> Nhật <input type="checkbox"/> Hàn Quốc <input type="checkbox"/> Lào <input type="checkbox"/> Hawaii bản địa <input type="checkbox"/> Samoa <input type="checkbox"/> Việt Nam <input type="checkbox"/> Người da trắng <input type="checkbox"/> 2 Chủng tộc trở lên <input type="checkbox"/> Khác <input type="checkbox"/> Không biết <input type="checkbox"/> Từ chối

Thông tin nhà cung cấp HMO: Trang web danh bạ Blue Shield of California: blueshieldca.com/fap/app/search.html

Tên của bác sĩ chăm sóc chính (PCP):	Số của nhà cung cấp:
Tên của IPA (Hiệp Hội Hành Nghề Độc Lập)/nhóm y tế:	Mã số của IPA/nhóm y tế:
Tên nhà cung cấp dịch vụ nha khoa:	Mã số của nhà cung cấp dịch vụ nha khoa:
	Bệnh nhân hiện tại? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
	Bệnh nhân hiện tại? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không

Phần 4 – Thông tin của người phụ thuộc là vợ/chồng/bạn đời sống chung/con cái Nếu quý vị, vợ/chồng/bạn đời sống chung, hoặc người phụ thuộc của quý vị từ chối bảo hiểm, vui lòng điền thông tin và ký vào mẫu Từ chối Bảo hiểm.

Địa chỉ của người phụ thuộc, nếu khác với địa chỉ của nhân viên – vui lòng ghi rõ (những) người phụ thuộc mà mục này áp dụng:

Tất cả những người phụ thuộc của quý vị đều cùng Chủng tộc và Sắc tộc với người đăng ký không? Có Không
 Nếu quý vị đã trả lời “Không”, vui lòng ghi rõ chủng tộc và sắc tộc cho từng người phụ thuộc của quý vị.

Thông tin của vợ/chồng/bạn đời sống chung đăng ký	Ghi danh vào (vui lòng đánh dấu chọn tất cả các mục thích hợp)	Chỉ dành cho HMO và Added Advantage POS – tên của bác sĩ chăm sóc chính	Chỉ dành cho Dental HMO – nhà cung cấp dịch vụ nha khoa
Thành viên này thuộc chủng tộc hoặc sắc tộc nào: <input type="checkbox"/> Vợ/chồng <input type="checkbox"/> Bạn đời sống chung <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ Tên _____ Chữ đầu tên đệm _____ Họ _____ Số An Sinh Xã hội _____ Ngày sinh (tháng/ngày/năm) _____	<input type="checkbox"/> Y tế <input type="checkbox"/> Nha khoa <input type="checkbox"/> Nhân khoa	Tên của bác sĩ Tên _____ Họ _____ Số của nhà cung cấp _____ Tên của IPA/nhóm y tế _____ Mã số của IPA/nhóm y tế _____ Bệnh nhân hiện tại? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Tên nhà cung cấp dịch vụ nha khoa Tên _____ Họ _____ Số của nhà cung cấp dịch vụ nha khoa _____ Bệnh nhân hiện tại? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Ưu tiên liên lạc: <input type="checkbox"/> Điện tử <input type="checkbox"/> Giấy	Địa chỉ email (Phải có cho liên lạc điện tử)		

Phần 4 – Thông tin của người phụ thuộc là vợ/chồng/bạn đời sống chung/con cái (tiếp)

Thông tin của người phụ thuộc là con cái đăng ký	Ghi danh vào (vui lòng đánh dấu chọn tất cả các mục thích hợp)	Chỉ dành cho HMO và Added Advantage POS – tên của bác sĩ chăm sóc chính	Chỉ dành cho Dental HMO – nhà cung cấp dịch vụ nha khoa
---	---	--	--

Thành viên này thuộc chủng tộc hoặc sắc tộc nào:

<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ Tên <small>Chữ đầu tên đệm</small> Họ Số An Sinh Xã hội Ngày sinh (tháng/ngày/năm) Bị khuyết tật? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Y tế <input type="checkbox"/> Nha khoa <input type="checkbox"/> Nhân khoa	Tên của bác sĩ Tên Họ Số của nhà cung cấp Tên của IPA/nhóm y tế Mã số của IPA/nhóm y tế Bệnh nhân hiện tại? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Tên nhà cung cấp dịch vụ nha khoa Tên Họ Số của nhà cung cấp dịch vụ nha khoa Bệnh nhân hiện tại? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Ưu tiên liên lạc: <input type="checkbox"/> Điện tử <input type="checkbox"/> Giấy		Địa chỉ email (Phải có cho liên lạc điện tử)	

Thông tin của người phụ thuộc là con cái đăng ký	Ghi danh vào (vui lòng đánh dấu chọn tất cả các mục thích hợp)	Chỉ dành cho HMO và Added Advantage POS – tên của bác sĩ chăm sóc chính	Chỉ dành cho Dental HMO – nhà cung cấp dịch vụ nha khoa
---	---	--	--

Thành viên này thuộc chủng tộc hoặc sắc tộc nào:

<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ Tên <small>Chữ đầu tên đệm</small> Họ Số An Sinh Xã hội Ngày sinh (tháng/ngày/năm) Bị khuyết tật? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Y tế <input type="checkbox"/> Nha khoa <input type="checkbox"/> Nhân khoa	Tên của bác sĩ Tên Họ Số của nhà cung cấp Tên của IPA/nhóm y tế Mã số của IPA/nhóm y tế Bệnh nhân hiện tại? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Tên nhà cung cấp dịch vụ nha khoa Tên Họ Số của nhà cung cấp dịch vụ nha khoa Bệnh nhân hiện tại? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Ưu tiên liên lạc: <input type="checkbox"/> Điện tử <input type="checkbox"/> Giấy		Địa chỉ email (Phải có cho liên lạc điện tử)	

Thông tin của người phụ thuộc là con cái đăng ký	Ghi danh vào (vui lòng đánh dấu chọn tất cả các mục thích hợp)	Chỉ dành cho HMO và Added Advantage POS – tên của bác sĩ chăm sóc chính	Chỉ dành cho Dental HMO – nhà cung cấp dịch vụ nha khoa
---	---	--	--

Thành viên này thuộc chủng tộc hoặc sắc tộc nào:

<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ Tên <small>Chữ đầu tên đệm</small> Họ Số An Sinh Xã hội Ngày sinh (tháng/ngày/năm) Bị khuyết tật? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Y tế <input type="checkbox"/> Nha khoa <input type="checkbox"/> Nhân khoa	Tên của bác sĩ Tên Họ Số của nhà cung cấp Tên của IPA/nhóm y tế Mã số của IPA/nhóm y tế Bệnh nhân hiện tại? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Tên nhà cung cấp dịch vụ nha khoa Tên Họ Số của nhà cung cấp dịch vụ nha khoa Bệnh nhân hiện tại? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Ưu tiên liên lạc: <input type="checkbox"/> Điện tử <input type="checkbox"/> Giấy		Địa chỉ email (Phải có cho liên lạc điện tử)	

Phần 5 – Thông tin Medicare

1. Quý vị hoặc bất kỳ người phụ thuộc nào của quý vị hiện đang được hưởng bảo hiểm Medicare? Có Không

Nếu “có”, vui lòng đính kèm bản sao (các) thẻ Medicare của quý vị và/hoặc chọn loại bảo hiểm bên dưới:

Phần A: Ngày có hiệu lực: _____ (tháng/ngày/năm)

Phần B: Ngày có hiệu lực: _____ (tháng/ngày/năm)

2. Đủ điều kiện nhận Medicare do mắc bệnh về thận ở giai đoạn cuối (ESRD)? Có Không

Nếu “có”, vui lòng trả lời các câu hỏi sau:

- a) Ngày điều trị lọc máu đầu tiên và loại lọc máu quý vị nhận được?

Ngày _____

Loại: Lọc cầu tay Tự thẩm tách (lọc ổ bụng)

- b) Nếu quý vị đã ghép thận, vui lòng cho biết ngày ghép: _____ (tháng/ngày/năm)

Phần 6 – Ủy quyền

Phần ủy quyền sau đây phải được ký tên bởi **tất cả** các nhân viên đăng ký bảo hiểm với Blue Shield of California hoặc Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (“Blue Shield Life”). **Quá trình ghi danh này sẽ không được xử lý nếu thiếu giấy ủy quyền đã ký kết của quý vị.**

Tôi đồng ý: Tất cả thông tin trên biểu mẫu này là chính xác và đúng với sự hiểu biết và niềm tin tốt nhất của tôi. Tôi hiểu rằng đó là cơ sở để bảo hiểm có thể được cung cấp theo chương trình. Tôi hiểu rằng nếu tôi phạm tội lừa đảo hoặc cố ý xuyên tạc bất kỳ sự thật quan trọng nào liên quan đến đơn đăng ký này, Blue Shield of California/Blue Shield Life có thể thực hiện một trong những biện pháp sau trong vòng 24 tháng bảo hiểm đầu tiên: bảo hiểm của tôi có thể bị hủy, hoặc bị xóa bỏ sau 30 ngày thông báo. Tôi hiểu rằng bảo hiểm sẽ không có hiệu lực cho đến khi tài liệu này và đơn đăng ký của chủ lao động của tôi được Blue Shield of California/Blue Shield Life phê duyệt.

Chữ ký của nhân viên _____ Ngày _____

Tên viết in của nhân viên _____

Tôi cũng ủy quyền cho chủ lao động trích tiền lương của tôi để thanh toán các khoản đóng góp bắt buộc (nếu có) cho chi phí của chương trình này.

Chữ ký của nhân viên _____ Ngày _____

Tên viết in của nhân viên _____

Tiết lộ thông tin cá nhân và sức khỏe

Tại Blue Shield of California/Blue Shield Life, chúng tôi thấu hiểu tầm quan trọng của việc giữ bí mật thông tin cá nhân và chúng tôi rất nghiêm túc thực hiện nghĩa vụ này. Luật pháp yêu cầu chúng tôi phải duy trì sự riêng tư và bảo mật thông tin cá nhân của quý vị ở bất kỳ định dạng lưu trữ nào - giấy, điện tử hoặc bằng miệng. Tuyên bố này áp dụng cho thông tin cá nhân mà Blue Shield có được, tạo ra và/hoặc duy trì về quý vị và những người phụ thuộc được bảo hiểm của quý vị.

Trong quá trình quản lý bảo hiểm Blue Shield của quý vị, chúng tôi thu thập, sử dụng và tiết lộ thông tin về quý vị và những người phụ thuộc được bảo hiểm của quý vị, chúng tôi cũng tạo hồ sơ về quý vị, điều trị y tế của quý vị và các dịch vụ chúng tôi cung cấp cho quý vị. Thông tin trong các hồ sơ này được gọi là thông tin sức khỏe bảo mật (“PHI”) và bao gồm thông tin có khả năng nhận diện cá nhân, ví dụ như tên, địa chỉ, số điện thoại và số An Sinh Xã Hội, cũng như các thông tin về sức khỏe của quý vị, chẳng hạn như chẩn đoán y tế hoặc thông tin về khiếu nại.

Chúng tôi có được PHI về quý vị và/hoặc người phụ thuộc được bảo hiểm của quý vị, theo hướng dẫn của quý vị và/hoặc với sự cho phép của quý vị. Chúng tôi cũng có được PHI của quý vị từ các nguồn khác theo sự cho phép của pháp luật, ví dụ như từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, công ty bảo hiểm, tổ chức hỗ trợ bảo hiểm, trung tâm trao đổi thông tin sức khỏe, chương trình bảo hiểm sức khỏe hoặc đại lý bảo hiểm của quý vị. Chúng tôi sử dụng và tiết lộ PHI của quý vị để quản lý bảo hiểm Blue Shield của quý vị và các mục đích khác được cho phép hoặc yêu cầu bởi pháp luật. Khi thực hiện điều này, chúng tôi cũng có thể sẽ tiết lộ PHI của quý vị cho những người khác, ví dụ như nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, công ty bảo hiểm, tổ chức hỗ trợ bảo hiểm, trung tâm trao đổi thông tin sức khỏe, chương trình bảo hiểm sức khỏe hoặc đại lý bảo hiểm của quý vị.

Blue Shield duy trì Thông báo về Thông lệ Quyền riêng tư (“Thông báo”) mô tả các quyền riêng tư của quý vị, nghĩa vụ của chúng tôi về bảo vệ quyền riêng tư của quý vị và cách chúng tôi sử dụng PHI của quý vị khi có và không có sự cho phép cụ thể của quý vị. Khi chúng tôi sử dụng hoặc tiết lộ PHI của quý vị, chúng tôi bị ràng buộc bởi các điều khoản của Thông báo, điều này áp dụng cho tất cả các hồ sơ mà chúng tôi tạo ra, thu được và/hoặc duy trì và có chứa PHI của quý vị. Quý vị sẽ nhận được Thông báo của chúng tôi khi quý vị đăng ký bảo hiểm Blue Shield. Quý vị cũng có thể nhận được bản sao Thông báo của chúng tôi bằng cách gọi đến số dịch vụ khách hàng trên thẻ ID thành viên Blue Shield của quý vị hoặc truy cập trang web của chúng tôi tại: blueshieldca.com/bsca/about-blue-shield/privacy/confidentiality.sp.

Luật pháp California nghiêm cấm các công ty bảo hiểm sức khỏe yêu cầu hoặc sử dụng thông tin xét nghiệm HIV làm điều kiện nhận bảo hiểm sức khỏe.

Chứng thực của Đại lý/Người môi giới

Chứng thực của Đại lý/Người môi giới hỗ trợ việc nộp đơn đăng ký này: (1) theo hiểu biết tốt nhất của tôi, thông tin trong đơn đăng ký này là đầy đủ và chính xác; và (2) tôi đã sử dụng những từ ngữ để hiểu để giải thích cho người nộp đơn về các rủi ro đối với người nộp đơn khi cung cấp thông tin không chính xác và người nộp đơn đã hiểu phần giải thích của tôi.

Chữ ký của Đại lý/Người môi giới _____ Ngày _____

Nếu Đại lý/Người môi giới cố tình tuyên bố bất kỳ thông tin quan trọng nào là đúng sự thật mặc dù biết đó là thông tin sai lệch, thì ngoài các khoản tiền phạt hoặc bồi thường theo luật pháp hiện hành, họ sẽ phải chịu khoản tiền phạt dân sự lên tới mười ngàn đô la (\$10,000). Mọi công tố viên đều có thể đưa ra vụ kiện dân sự để áp dụng khoản phạt dân sự này. Những khoản tiền phạt này sẽ được trả cho Quý bảo hiểm.

Tiết lộ thông tin: Tài liệu được dịch

Xin lưu ý rằng phiên bản tiếng Anh là phiên bản chính thức của tài liệu, và được đính kèm để tham khảo.

Bản tiếng nước ngoài này chỉ dành cho mục đích thông tin.

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

Thông Báo Dành Cho Các Cá Nhân Về Yêu Cầu Không Phân Biệt Đối Xử Và Khả Năng Tiếp Cận

Phân biệt đối xử là hành vi vi phạm pháp luật

Blue Shield of California Life & Health Insurance Company tuân thủ luật pháp của tiểu bang và luật dân sự hiện hành của liên bang, và không phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tổ tiên, tôn giáo, tình dục, tình trạng hôn nhân, giới tính, nhận dạng giới tính, khuynh hướng tình dục, độ tuổi hoặc tình trạng tàn tật. Blue Shield of California Life & Health Insurance Company không bài trừ bất kỳ ai hoặc đối xử với họ theo cách khác vì chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tổ tiên, tôn giáo, tình dục, tình trạng hôn nhân, giới tính, nhận dạng giới tính, khuynh hướng tình dục, độ tuổi hoặc tình trạng tàn tật.

Blue Shield Life:

- Cung cấp sự hỗ trợ và dịch vụ miễn phí cho người khuyết tật để có thể giao tiếp hiệu quả với chúng tôi như:
 - Phiên dịch viên ngôn ngữ ký hiệu đủ năng lực
 - Thông tin bằng văn bản theo nhiều định dạng khác (trong đó có bản in khổ lớn, âm thanh, định dạng điện tử có thể truy cập và các định dạng khác)
- Cung cấp dịch vụ ngôn ngữ miễn phí cho các cá nhân sử dụng ngôn ngữ chính không phải là tiếng Anh, ví dụ:
 - Phiên dịch viên đủ năng lực
 - Thông tin được viết bằng các ngôn ngữ khác

Nếu quý vị cần các dịch vụ này, hãy liên hệ Điều Phối Viên Quyền Dân Sự của Blue Shield Life.

Nếu quý vị cho rằng Blue Shield Life không cung cấp các dịch vụ này hoặc có sự phân biệt đối xử theo cách khác dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tổ tiên, tôn giáo, tình dục, tình trạng hôn nhân, giới tính, nhận dạng giới tính, khuynh hướng tình dục, độ tuổi hoặc tình trạng tàn tật, quý vị có thể gửi khiếu nại tới:

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

Điện thoại: (844) 831-4133 (TTY: 711)

Fax: (844) 696-6070

Email: BlueShieldCivilRightsCoordinator@blueshieldca.com

Blue Shield of California Life & Health Insurance Company
601 12th Street, Oakland CA 94607

Quý vị có thể gửi khiếu nại trực tiếp hoặc gửi bằng thư, fax hoặc email. Nếu quý vị cần trợ giúp trong quá trình gửi khiếu nại, Điều Phối Viên Quyền Dân Sự của chúng tôi sẽ luôn sẵn sàng trợ giúp.

Quý vị cũng có thể liên hệ với California Department of Insurance (Sở Bảo Hiểm) nếu quý vị tin rằng Blue Shield of California Life & Health Insurance Company không cung cấp các dịch vụ này hoặc có sự phân biệt đối xử theo cách khác dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tổ tiên, tôn giáo, tình dục, tình trạng hôn nhân, giới tính, nhận dạng giới tính, khuynh hướng tình dục, độ tuổi hoặc tình trạng tàn tật. Quý vị có thể gửi khiếu nại tới:

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

Điện thoại: 1-800-927-HELP (4357)
hoặc TDD 1-800-482-4833

Biểu mẫu khiếu nại có tại

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

Nếu quý vị tin rằng quý vị không được cung cấp các dịch vụ này hoặc bị phân biệt đối xử theo cách khác dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, độ tuổi, tình trạng tàn tật hoặc giới tính, quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại về quyền dân sự theo dạng điện tử tới U.S. Department of Health and Human Services (Bộ Y Tế Và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ), Office for Civil Rights (Phòng Dân Quyền) thông qua Cổng Thông Tin Khiếu Nại của Phòng Dân Quyền, theo địa chỉ

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>,
hoặc bằng thư hay qua điện thoại theo địa chỉ:

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

Biểu mẫu khiếu nại có tại

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

Ամսօր Լեզվական Ծառայություններ: Դուք կարող եք թարգման ձեր 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'díłzinígí 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, ໃຫ້ໂທຫາພວກເຮົາຕາມເບີໂທລະສັບທີ່ມີໃນບັດປະຈໍາຕົວຂອງທ່ານ ຫຼື ໂທຫາເບີ 1-866-346-7198. ສໍາລັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເພີ່ມເຕີມໂທຫາ ພະແນກ ປະກັນໄພຂອງລັດຄາລິຟໍເນຍໄດ້ທີ່ເບີ 1-800-927-4357. Laotian