

لطفاً توجه داشته باشید: پر نکردن این درخواست ثبت نام به صورت خوانا و کامل، ممکن است منجر به تأخیر در روند ثبت نام شود.

دلیل ارائه درخواست:

| | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> استخدام جدید | <input type="checkbox"/> تاریخ از دست دادن پوشش بیمه _____ | <input type="checkbox"/> ثبت نام با تأخیر |
| <input type="checkbox"/> تاریخ استخدام مجدد _____ | <input type="checkbox"/> ثبت نام آزاد | <input type="checkbox"/> نوع دیگری از رویداد که منجر به واجد شرایط شدن می‌شود _____ |
| | | <input type="checkbox"/> تاریخ وقوع رویداد فوق _____ |

بخش 1 - دستورالعمل‌های مهم ثبت نام برای بهره‌مندی از پوشش «مزایای تخصصی»

پوشش بیمه عمر، دندانپزشکی، چشم‌پزشکی - کارمند می‌تواند در طرح بیمه عمر، دندانپزشکی، یا چشم‌پزشکی ثبت نام کند، بدون اینکه در یک طرح سلامت ثبت نام کرده باشد. برای اینکه کارمند بتواند افراد تحت تکفل خود را در یک طرح دندانپزشکی یا چشم‌پزشکی ثبت نام کند، خود او باید در همان طرح دندانپزشکی یا چشم‌پزشکی ثبت نام کرده باشد.

ثبت نام در بیمه عمر تابع قوانین زیر است:

1. تمامی مبالغ «بیمه عمر زمانی پایه» برای آن دسته از کارمندانی که پس از اولین بار واجد شرایط شدن برای دریافت مزایای ثبت نام می‌کنند کاملاً به صورت «صدور تضمینی» است (نیازی به «گواهینامه بیمه‌پذیری» نیست). برای ثبت نام‌های با تأخیر، «گواهینامه بیمه‌پذیری» الزامی است.
2. به منظور «بیمه عمر تکمیلی»، «گواهینامه بیمه‌پذیری» برای همه مبالغ بیشتر از مبلغ «صدور تضمینی» ضروری است.
3. کارمند باید در پوشش «بیمه عمر تکمیلی»/پوشش بیمه AD&D (فوت و نقص عضو ناشی از حادثه) ثبت نام کرده باشد تا همسر/هم‌خانه قانونی‌اش یا فرزندان تحت تکفلش واجد شرایط پوشش «بیمه عمر تکمیلی» شوند. همسر/هم‌خانه قانونی و/یا فرزندان تحت تکفل لازم نیست تحت پوشش «بیمه عمر پایه افراد تحت تکفل» باشند تا واجد شرایط پوشش «بیمه عمر تکمیلی» شوند.

بخش 2 - طرح(ها) نام(های) طرح را انتخاب و دایره مربوط به آن را پر کنید، در صورت وجود.

مزایای پزشکی بدون گزینه‌های ABHP (طرح سلامت مبتنی بر حساب):

Active Choice®* _____ Active Choice® Plus _____ Active Choice® Classic _____ Access+ HMO® _____

Access+ HMO® SaveNetSM _____ Local Access+ HMO® _____ Trio HMO _____

Added Advantage POSSM _____ Full PPO _____ Full PPO Savings[†] _____ Full EPO _____

Tandem PPO _____ Tandem PPO Savings[†] _____ Tandem EPO _____ Blue Shield 65 PlusSM (HMO) _____

مزایای پزشکی با گزینه‌های ABHP (طرح سلامت مبتنی بر حساب):

| | |
|---|---|
| Full PPO: <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA <input type="checkbox"/> FSA | Active Choice®: <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® Plus: <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 | Active Choice® Classic: <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®: <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 [‡] | Access+ HMO® SaveNet SM : <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 | Local Access+ 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 | Trio HMO: <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA <input type="checkbox"/> FSA |

مزایای تخصصی: بیمه عمر زمانی گروهی پایه/بیمه AD&D* _____ بیمه عمر پایه افراد تحت تکفل* _____

بیمه عمر تکمیلی* _____ بیمه AD&D تکمیلی* _____ Dental PPO _____

Dental HMO _____ چشم‌پزشکی* _____ سایر موارد _____

* هزینه‌ها توسط Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (Blue Shield Life) تأمین می‌شود.

† طرح‌های Full PPO Savings و Tandem PPO Savings طرح‌های سلامت و اجدرایط HSA (حساب پس‌انداز سلامت) هستند که هزینه کسری‌پذیر بالایی دارند.

‡ فقط باید با یک طرح HSA جفت شود.

توجه: Blue Shield مشاوره مالیاتی نمی‌دهد و همچنین طرح‌های HSA (حساب پس‌انداز سلامت)، HRA (ترتیب‌بازپرداخت طرح سلامت)، HIA (حساب تشویقی طرح سلامت)، FSA (حساب هزینه‌های انعطاف‌پذیر) یا LPFSA (حساب هزینه انعطاف‌پذیر با هدف محدود) را نیز ارائه نمی‌دهد.

فقط برای استفاده داخلی. در این بخش چیزی ننویسید و به بخش 3 بروید.

| | | | | |
|--------|------------|---------------|-----------|------------------|
| کد بخش | شناسه گروه | شناسه زیرگروه | شناسه رده | تاریخ اجرایی شدن |
|--------|------------|---------------|-----------|------------------|

بخش 3 - اطلاعات کارمند

| | |
|---|--------------------|
| شماره تأمین اجتماعی | نام (گروه) کارفرما |
| نام خانوادگی | نام |
| وضعیت استخدام: | عنوان/رده شغلی |
| <input type="checkbox"/> تمام وقت <input type="checkbox"/> پاره وقت <input type="checkbox"/> بازنشسته | تاریخ استخدام: |

بخش 3 - اطلاعات کارمند (ادامه)

| | |
|--|--|
| نشانی خانه - (خیابان، شهر، ایالت، کد پستی) | مبلغ بیمه عمر گروهی پایه/بیمه AD&D: |
| | مبلغ بیمه عمر افراد تحت تکفل: (همه افراد تحت تکفل واجد شرایط تحت پوشش قرار می‌گیرند) |
| نشانی پستی (اگر متفاوت از نشانی منزل است) | مبلغ بیمه عمر تکمیلی: |
| | مبلغ بیمه AD&D تکمیلی: |
| شماره تلفن همراه | شماره تلفن ثابت |
| نشانی ایمیل (برای مکاتبات الکترونیکی لازم است) | |

موافقت می‌کنم که Blue Shield و نهادها و نمایندگان وابسته به آن می‌توانند درباره حساب من و برنامه‌های مختلف سلامتی و تندرستی در دسترس من و سایر اطلاعات تبلیغاتی دیگری که می‌تواند به نفع من و افراد تحت تکفل من باشد با من ارتباط برقرار بکنند، از جمله از طریق تلفن یا پیامک به شماره‌هایی که در این فرم ذکر کرده‌ام، و با استفاده از شماره‌گیر خودکار یا صداهای مصنوعی یا از پیش ضبط‌شده؛ نرخ‌های استاندارد داده ممکن است اعمال شود. بله خیر مشارکت داوطلبانه است و می‌توانید هر زمان که خواستید انصراف دهید، برای کسب اطلاعات بیشتر، به blueshieldca.com/terms مراجعه کنید.

راه ارتباطی دلخواه: الکترونیکی کاغذی از کاغذ استفاده نکنید! لطفاً منتظر ایمیلی باشید که حاوی پیوندی است که به شما امکان ثبت حسابتان را می‌دهد، راه‌های ارتباطی دلخواه خود را سفارشی‌سازی کنید و به اطلاعات مزایا و کارت شناسایی دیجیتال خود دسترسی پیدا کنید.

تاریخ تولد: _____ جنسیت: مذکر مؤنث وضعیت تأهل: مجرد متأهل هم‌خانه قانونی زبان دلخواه: انگلیسی اسپانیایی چینی ویتنامی فارسی سایر _____

آیا همسر/هم‌خانه قانونی و/یا فرزندان تحت تکفل خود را ثبت نام می‌کنید بله خیر اگر پاسخ «بله» است، بخش 4 درخواست را پر کنید.

لطفاً در مورد خودتان به ما بگویید. نژاد یا قومیت خود را چگونه توصیف می‌کنید؟ پاسخ دادن به این سؤالات اختیاری است و فقط برای این است که مطمئن شویم همه اعضا به طور یکسان به خدمات مراقبت با بالاترین کیفیت دسترسی دارند.

| | | |
|---|--|--|
| 1. آیا هیسپانیک (اسپانیایی‌تبار) یا لاتین‌تبار هستید؟ | 2. اگر پاسخ «بله» است، لطفاً یک مورد را انتخاب کنید: | 3. کدام نژاد(ها) معرف شما هستند؟ (یک مورد را انتخاب کنید) |
| <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نامعلوم <input type="checkbox"/> خودداری از بیان | <input type="checkbox"/> کوبایی <input type="checkbox"/> گواتمالایی <input type="checkbox"/> مکزیکی، مکزیکی-آمریکایی، چیکانو (شهروند آمریکایی مکزیکی‌تبار) <input type="checkbox"/> پورتوریکویی <input type="checkbox"/> ال سالوادور <input type="checkbox"/> 2 یا چند قومیت <input type="checkbox"/> سایر اقوام هیسپانیک، لاتین، اسپانیایی: | <input type="checkbox"/> سرخپوست آمریکایی یا بومی آلاسکا <input type="checkbox"/> آسیایی-هندی <input type="checkbox"/> سیاه‌پوست یا آمریکایی-آفریقایی <input type="checkbox"/> کامبوجی <input type="checkbox"/> چینی <input type="checkbox"/> فیلیپینی <input type="checkbox"/> اهل جزیره گوام یا چامورو <input type="checkbox"/> همونگ <input type="checkbox"/> ژاپنی |
| <input type="checkbox"/> کره‌ای <input type="checkbox"/> اهل لائوس <input type="checkbox"/> بومی هاوایی <input type="checkbox"/> اهل ساموآ <input type="checkbox"/> ویتنامی <input type="checkbox"/> سفیدپوست <input type="checkbox"/> 2 یا چند نژاد <input type="checkbox"/> سایر موارد <input type="checkbox"/> نامعلوم <input type="checkbox"/> خودداری از بیان | | |

اطلاعات ارائه دهنده HMO: وب‌سایت فهرست راهنمای Blue Shield of California: blueshieldca.com/fap/app/search.html

| | |
|---|---|
| نام پزشک مراقبت‌های اولیه (PCP): | شماره ارائه دهنده: |
| نام تیم پزشکی/ IPA (انجمن مستقل پزشکی): | شماره تیم پزشکی/ IPA: |
| نام ارائه دهنده خدمات دندانپزشکی | شماره ارائه دهنده خدمات دندانپزشکی: |
| در حال حاضر بیمار هستید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر | در حال حاضر بیمار هستید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر |

بخش 4 - اطلاعات همسر/هم‌خانه قانونی/فرزندان تحت تکفل اگر شما، همسر/هم‌خانه قانونی یا فرزندان تحت تکفل شما از پوشش بیمه امتناع می‌کنید، لطفاً فرم «امتناع از پوشش بیمه» را تکمیل و امضا کنید.

نشانی فرد تحت تکفل، اگر متفاوت از نشانی کارمند است - لطفاً مشخص کنید که این قسمت در مورد کدام فرد (افراد) تحت تکفل صدق می‌کند:

آیا نژاد و قومیت همه افراد تحت تکفل شما با مشترک بیمه یکسان است؟ بله خیر
اگر جواب «خیر» است، لطفاً نژاد و قومیت هر یک از افراد تحت تکفل خود را وارد کنید.

| | | | |
|--|--|---|--|
| فقط Dental HMO - ارائه دهنده خدمات دندانپزشکی | فقط HMO و Added Advantage POS - نام پزشک مراقبت‌های اولیه | ثبت نام در (لطفاً تمام موارد موردنظر را علامت بزنید) | ثبت اطلاعات همسر/هم‌خانه قانونی |
|--|--|---|--|

این عضو با چه نژاد یا قومیتی شناخته می‌شود:

| | | | |
|---|--|--|--|
| نام ارائه دهنده خدمات دندانپزشکی نام نام خانوادگی شماره ارائه دهنده خدمات دندانپزشکی در حال حاضر بیمار هستید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر | نام پزشک نام نام خانوادگی شماره ارائه دهنده نام تیم پزشکی/IPA شماره تیم پزشکی/IPA در حال حاضر بیمار هستید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر | <input type="checkbox"/> پزشکی <input type="checkbox"/> دندانپزشکی <input type="checkbox"/> چشم‌پزشکی <input type="checkbox"/> بیمه عمر تکمیلی \$ _____ <input type="checkbox"/> بیمه AD&D تکمیلی \$ _____ | <input type="checkbox"/> همسر <input type="checkbox"/> هم‌خانه قانونی <input type="checkbox"/> مذکر <input type="checkbox"/> مؤنث نام حرف اول نام میانی نام خانوادگی شماره تأمین اجتماعی تاریخ تولد (ماه/روز/سال) |
|---|--|--|--|

نشانی ایمیل (برای مکاتبات الکترونیکی لازم است)

راه ارتباطی دلخواه
 الکترونیکی کاغذی

| | | | |
|--|--|---|--------------------------------------|
| فقط Dental HMO - ارائه دهنده خدمات دندانپزشکی | فقط HMO و Added Advantage POS - نام پزشک مراقبت‌های اولیه | ثبت نام در (لطفاً تمام موارد موردنظر را علامت بزنید) | ثبت اطلاعات فرزندان) تحت تکفل |
|--|--|---|--------------------------------------|

این عضو با چه نژاد یا قومیتی شناخته می‌شود:

| | | | |
|---|--|--|---|
| نام ارائه دهنده خدمات دندانپزشکی نام نام خانوادگی شماره ارائه دهنده خدمات دندانپزشکی در حال حاضر بیمار هستید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر | نام پزشک نام نام خانوادگی شماره ارائه دهنده نام تیم پزشکی/IPA شماره تیم پزشکی/IPA در حال حاضر بیمار هستید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر | <input type="checkbox"/> پزشکی <input type="checkbox"/> دندانپزشکی <input type="checkbox"/> چشم‌پزشکی <input type="checkbox"/> بیمه عمر تکمیلی \$ _____ <input type="checkbox"/> بیمه AD&D تکمیلی \$ _____ | <input type="checkbox"/> مذکر <input type="checkbox"/> مؤنث نام حرف اول نام میانی نام خانوادگی شماره تأمین اجتماعی تاریخ تولد (ماه/روز/سال) معلولیت دارید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر |
|---|--|--|---|

نشانی ایمیل (برای مکاتبات الکترونیکی لازم است)

راه ارتباطی دلخواه
 الکترونیکی کاغذی

| | | | |
|--|--|---|--------------------------------------|
| فقط Dental HMO - ارائه دهنده خدمات دندانپزشکی | فقط HMO و Added Advantage POS - نام پزشک مراقبت‌های اولیه | ثبت نام در (لطفاً تمام موارد موردنظر را علامت بزنید) | ثبت اطلاعات فرزندان) تحت تکفل |
|--|--|---|--------------------------------------|

این عضو با چه نژاد یا قومیتی شناخته می‌شود:

| | | | |
|---|--|--|---|
| نام ارائه دهنده خدمات دندانپزشکی نام نام خانوادگی شماره ارائه دهنده خدمات دندانپزشکی در حال حاضر بیمار هستید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر | نام پزشک نام نام خانوادگی شماره ارائه دهنده نام تیم پزشکی/IPA شماره تیم پزشکی/IPA در حال حاضر بیمار هستید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر | <input type="checkbox"/> پزشکی <input type="checkbox"/> دندانپزشکی <input type="checkbox"/> چشم‌پزشکی <input type="checkbox"/> بیمه عمر تکمیلی \$ _____ <input type="checkbox"/> بیمه AD&D تکمیلی \$ _____ | <input type="checkbox"/> مذکر <input type="checkbox"/> مؤنث نام حرف اول نام میانی نام خانوادگی شماره تأمین اجتماعی تاریخ تولد (ماه/روز/سال) معلولیت دارید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر |
|---|--|--|---|

نشانی ایمیل (برای مکاتبات الکترونیکی لازم است)

راه ارتباطی دلخواه
 الکترونیکی کاغذی

بخش 4 - اطلاعات همسر/هم‌خانه قانونی/فرزندان تحت تکفل (ادامه)

این عضو با چه نژاد یا قومیتی شناخته می‌شود:

| | | |
|--|--|--|
| نام ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی | نام پزشک | <input type="checkbox"/> مذکر <input type="checkbox"/> مؤنث |
| نام | نام | نام |
| نام خانوادگی | نام خانوادگی | حرف اول نام میانی |
| شماره ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی | شماره ارائه‌دهنده | نام خانوادگی |
| | نام تیم پزشکی/IPA | شماره تأمین اجتماعی |
| | شماره تیم پزشکی/IPA | تاریخ تولد (ماه/روز/سال) |
| در حال حاضر بیمار هستید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر | در حال حاضر بیمار هستید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر | معلولیت دارید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر |
| نشانی ایمیل (برای مکاتبات الکترونیکی لازم است) | | راه ارتباطی دلخواه <input type="checkbox"/> الکترونیکی <input type="checkbox"/> کاغذی |

بخش 5 - ذینفع بیمه عمر

ذینفع اصلی - Blue Shield Life عایدات را به ذینفع اصلی پرداخت خواهد کرد. اگر ذینفع اصلی بیش از یک نفر باشد، عایدات به طور مساوی میان بازماندگان بیمه‌گذار تقسیم خواهد شد، مگر اینکه به نحو دیگری در قسمت «% مزایا» ذکر شده باشد.

| | | |
|---|-------------------|--------------------|
| نام | حرف اول نام میانی | نام خانوادگی |
| شماره تأمین اجتماعی | نسبت | % مزایا |
| نشانی | تاریخ تولد | |
| شهر | ایالت | کد پستی |
| نام | حرف اول نام میانی | نام خانوادگی |
| شماره تأمین اجتماعی | نسبت | % مزایا |
| نشانی | تاریخ تولد | |
| شهر | ایالت | کد پستی |
| ذینفع مشروط - عواید تنها در صورتی به ذینفع مشروط پرداخت خواهد شد که هیچ‌یک از بازماندگان بیمه‌گذار، ذینفع اصلی نباشند. | | |
| نام | حرف اول نام میانی | نام خانوادگی |
| شماره تأمین اجتماعی | نسبت | % مزایا |
| نشانی | تاریخ تولد | |
| شهر | ایالت | کد پستی |
| اگر ذینفع یک امین یا شرکت است، لطفاً نام آن و تاریخ توافقنامه امانی و نام ایالت محل ثبت شرکت را ارائه کنید. | | |
| نام امین/شرکت | تاریخ امین | ایالت محل ثبت شرکت |

قوانین تنصیف اموال مشترک - اگر متأهل یا هم‌خانه قانونی ساکن در یکی از ایالت‌های مشمول قانون تنصیف اموال مشترک (Idaho, California, Arizona, Washington, Texas, New Mexico, Nevada, Louisiana, Wisconsin) باشید و نام شخص دیگری غیر از همسر/هم‌خانه قانونی خود را به عنوان ذینفع معرفی کرده باشید، این احتمال وجود دارد که پرداخت مزایا به تعویق بیفتد یا محل اختلاف قرار گیرد، مگر اینکه همسر/هم‌خانه قانونی شما نیز فرم انتخاب ذینفع را امضا کند. **با انتخاب (های) ذینفع فوق‌الذکر موافقم.**

نام همسر/هم‌خانه قانونی یا حروف درشت: _____

امضای همسر/هم‌خانه قانونی: _____ تاریخ: _____

بخش 6 - اطلاعات Medicare

- آیا در حال حاضر شما یا یکی از افراد تحت تکفل‌تان تحت پوشش Medicare هستید؟ بله خیر
اگر پاسخ «بله» است، لطفاً یک نسخه چاپی از کارت (های) Medicare خود را ضمیمه کنید و/یا نوع پوشش خود را از بین موارد زیر انتخاب کنید:
بخش A: تاریخ اجرایی شدن: _____ (ماه/روز/سال)
بخش B: تاریخ اجرایی شدن: _____ (ماه/روز/سال)
- آیا واجد شرایط بودن شما برای Medicare به دلیل ابتلا به بیماری کلیوی در مرحله نهایی (ESRD) است؟ بله خیر
اگر پاسخ «بله» است، لطفاً به پرسش‌های زیر پاسخ دهید:
a) اولین تاریخ درمان دیالیز چه زمانی بوده است و چه نوع دیالیزی دریافت می‌کنید؟
تاریخ: _____
نوع: همودیالیز دیالیز توسط بیمار (صفاقی)
b) اگر پیوند کلیه انجام داده‌اید، تاریخ عمل پیوند چه زمانی بوده است: _____ (ماه/روز/سال)

بخش 7 - مجوز

بخش مجوز زیر باید توسط همه کارمندانی که برای پوشش بیمه Blue Shield of California یا Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (Blue Shield Life) درخواست می‌دهند امضا شود.

این ثبت نام بدون اجازه نامه امضا شده از سوی شما انجام نمی‌شود.

موافقت خود را با این موارد اعلام می‌کنم: تا جایی که می‌دانم و باور دارم درست است، تمام اطلاعات این فرم صحیح و صادقانه است. متوجه هستم که این اطلاعات مبنای صدور پوشش بیمه در این طرح است. متوجه هستم که اگر اقدام به فریب کرده یا هریک از حقایق اساسی مرتبط با این درخواست‌نامه را عمداً اشتباه جلوه داده باشم، Blue Shield of California/Blue Shield Life می‌تواند یکی از اقدامات جبرانی زیر را ظرف 24 ماه اول پوشش بیمه انجام دهد: ممکن است پوشش بیمه من لغو یا پس از اطلاعیه 30 روزه فسخ شود. متوجه هستم که ممکن است تا زمانی که این درخواست و درخواست کارفرمای من به تأیید Blue Shield of California/Blue Shield Life نرسیده است، این پوشش بیمه اجرایی نشود.

امضای کارمند _____ تاریخ _____

نام کارمند با حروف درشت _____

به علاوه، به کارفرمای خود اجازه می‌دهم هرگونه حق بیمه لازم برای هزینه این طرح را (در صورت لزوم) از حقوق من کسر کند.

امضای کارمند _____ تاریخ _____

نام کارمند با حروف درشت _____

افشای اطلاعات سلامت و اطلاعات شخصی

ما در Blue Shield of California/Blue Shield Life، از اهمیت محرمانه نگه داشتن اطلاعات شخصی شما آگاه هستیم و وظیفه خود می‌دانیم تا این کار را بسیار سخت‌گیرانه انجام دهیم. فارغ از اینکه اطلاعات شخصی شما در قالب کاغذی، الکترونیکی یا شفاهی نگهداری شود، ما به لحاظ قانونی ملزم هستیم حریم خصوصی و امنیت اطلاعات شخصی شما را حفظ کنیم. این بیانیه شامل اطلاعات شخصی مربوط به شما و افراد تحت پوشش تحت تکفل شما است که Blue Shield کسب، ایجاد و/یا نگهداری می‌کند.

ما در طول مدت اداره پوشش Blue Shield شما، اطلاعات مربوط به شما و افراد تحت پوشش تحت تکفل شما را جمع‌آوری و از آن استفاده می‌کنیم و سوابق مربوط به شما، درمان پزشکی‌تان و خدمات ارائه شده به شما را ایجاد می‌کنیم. اطلاعات موجود در این سوابق به عنوان اطلاعات محافظت شده مربوط به سلامت («PHI») نامیده می‌شود و شامل اطلاعات شخصی قابل شناسایی فردی مانند نام، نشانی، شماره تلفن و شماره تأمین اجتماعی شما و همچنین اطلاعات سلامت شما، از قبیل تشخیص مراقبت سلامت یا اطلاعات ادعای خسارت است.

ما PHI مربوط به شما و/یا افراد تحت پوشش تحت تکفل شما را از طریق شما، به دستور شما و/یا با مجوز شما کسب می‌کنیم. همچنین، PHI شما را از سایر منابع قانونی مجاز، از جمله منابعی مانند ارائه‌دهنده مراقبت سلامت، بیمه‌گر، سازمان حمایتی بیمه، تبادل اطلاعات سلامت، طرح سلامت یا نماینده بیمه، کسب می‌کنیم. هدف ما از استفاده از PHI شما و افشای آن اداره پوشش Blue Shield شما و موارد دیگری است که مطابق قانون، مجاز یا الزامی است. به این منظور، ما PHI شما را برای دیگران، از جمله ارائه‌دهنده مراقبت سلامت، بیمه‌گر، سازمان حمایتی بیمه، تبادل بیمه سلامت، طرح سلامت یا نماینده بیمه شما افشا می‌کنیم.

Blue Shield به صورت مداوم یک «اطلاعیه خط مشی‌های حریم خصوصی» («اطلاعیه») را منتشر می‌کند که حقوق حریم خصوصی شما، تعهد ما به محافظت از حریم خصوصی شما و نحوه استفاده ما از PHI شما با و بدون اجازه‌نامه خاص شما در آن شرح داده می‌شود. ما هنگام استفاده از PHI شما یا افشای آن، تابع مقررات «اطلاعیه» هستیم که در تمام سوابقی که ما ایجاد، کسب و/یا حفظ می‌کنیم و شامل PHI شما هستند، اعمال می‌شود. وقتی برای پوشش بیمه Blue Shield ثبت نام می‌کنید، «اطلاعیه» ما را دریافت خواهید کرد. همچنین، می‌توانید نسخه‌ای از «اطلاعیه» ما را از طریق تماس با شماره خدمات مشتریان در کارت شناسایی اعضای Blue Shield خود یا مراجعه به وبسایت ما به نشانی زیر، دریافت کنید: blueshieldca.com/bsca/about-blue-shield/privacy/confidentiality.sp.

به علاوه، به کارفرمای خود اجازه می‌دهم هرگونه حق بیمه لازم برای هزینه این طرح را (در صورت لزوم) از حقوق من کسر کند.

امضای کارمند _____ تاریخ _____

نام کارمند با حروف درشت _____

قانون کالیفرنیا الزام به انجام آزمایش HIV (اچ‌آی‌وی) و استفاده از آن توسط شرکت‌های بیمه سلامت را به‌عنوان یکی از شرایط دریافت پوشش بیمه سلامت ممنوع کرده است.

گواهی نماینده/کارگزار

گواهی نماینده/کارگزار به ارائه این درخواست کمک می‌کند: (1) تا جایی که می‌دانم، اطلاعات این درخواست کامل و دقیق است. و (2) به زبانی ساده و قابل فهم، خطر ارائه اطلاعات نادرست را برای متقاضی توضیح داده‌ام و او این توضیحات را متوجه شده است.

امضای نماینده/کارگزار _____ تاریخ _____

اگر نماینده/کارگزار از نادرستی هر نوع حقایق اساسی مطلع باشد و عمداً آن را صحیح اعلام کند، آن شخص علاوه بر پرداخت جریمه‌های قابل اجرا یا جبران خسارت تحت قانون فعلی، به پرداخت جریمه مدنی تا ده هزار دلار (\$10,000) نیز محکوم می‌شود. هر دادستان عمومی می‌تواند یک دعوی مدنی را برای اعمال آن جریمه مدنی ارائه دهد. مبلغ این جریمه‌ها باید به «صندوق بیمه» پرداخت شود.

افشاسازی: سند ترجمه شده

لطفاً توجه داشته باشید که نسخه انگلیسی نسخه رسمی این سند است و برای ارجاع شما پیوست شده است. این نسخه زبان خارجی تنها برای اطلاع‌رسانی است.

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

اطلاعه‌ای که درباره الزامات دسترس‌پذیری و عدم تبعیض به افراد آگاهی می‌دهد

رفتار تبعیض‌آمیز برخلاف قانون است

Blue Shield of California Life & Health Insurance Company 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 نمی‌شود. Blue Shield of California Life & Health Insurance Company 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 نمی‌کند یا برخورد متفاوتی با آنها ندارد.

Blue Shield Life:

• کمک‌ها و خدمات رایگان را به افراد دارای معلولیت ارائه می‌دهد تا بتوانند به‌طور مؤثر با ما ارتباط برقرار کنند، مانند:

- مترجمان مسلط به زبان اشاره

- اطلاعات نوشتاری در قالب‌های دیگر (حروف چاپی درشت، فایل صوتی، قالب‌های الکترونیکی قابل‌دسترس و قالب‌های دیگر)

• برای افرادی که زبان اولشان انگلیسی نیست، خدمات زبانی رایگان ارائه می‌دهد، مانند:

- مترجمان واجد شرایط

- اطلاعات نوشتاری به زبان‌های دیگر

اگر به این خدمات نیاز دارید، با Civil Rights Coordinator (همراه‌کننده حقوق مدنی) Blue Shield Life تماس بگیرید.

اگر معتقد هستید که Blue Shield Life 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، می‌توانید شکایتی به این نشانی ثبت کنید:

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

تلفن: (844) 831-4133 (TTY: 711)

نمبر: (844) 696-6070

ایمیل: BlueShieldCivilRightsCoordinator@blueshieldca.com

می‌توانید شکایت خود را حضوری یا از طریق نامه پستی، نامبر یا ایمیل ارائه دهید. اگر برای تنظیم شکایت به کمک نیاز دارید، «همراه‌کننده حقوق مدنی» ما برای کمک به شما حاضر است.

همچنین، اگر معتقد هستید که Blue Shield of California Life & Health Insurance Company 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، می‌توانید با California Department of Insurance (اداره بیمه کالیفرنیا) تماس بگیرید. می‌توانید شکایتی به این نشانی ثبت کنید:

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

تلفن: (4357) 1-800-927-HELP یا 1-800-482-4833 TDD

فرم‌های شکایت در پیوند زیر موجود هستند:

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

اگر معتقد هستید که بر اساس نژاد، رنگ پوست، ملیت، سن، معلولیت یا جنسیت، این خدمات به شما ارائه نشده است یا به طریق دیگری مورد تبعیض قرار گرفته‌اید، همچنین، می‌توانید 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 می‌توانید 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

فرم‌های شکایت در پیوند زیر موجود هستند:

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 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 ਇਨਸ਼ੂਰੈਂਸ 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 คุณสามารถรับบริการจากกลุ่ม รวมถึงให้เจ้าหน้าที่อ่านเอกสารให้คุณฟัง หรือส่งเอกสารบางส่วนในภาษาของคุณไปหาคุณได้ หากต้องการความช่วยเหลือ กรุณาโทรศัพทตามหมายเลขที่ระบุอยู่ด้านหลังบัตรประจำตัวของคุณ 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 hólóqodoo nínízingo éí bííghah. Naaltsoos naanináhájeehígí shich'í' yíidooltah éí doodagó lá' shich'í' ádoolníí nínízingo bííghah. Shíká a'doowoł nínízingo nihich'í' béesh bee hodíílnih dóó námboo éí díí ninaaltsoos dootł'ízhígí bee néího'díłzinígí bine'déé' bikáá' éí doodagó éí (866)346-7198jí' hodíílnih. Hózhó shíká anáá'doowoł nínízingo éí díí béeso ách'áah naa'nil bił haz'áají' 1-800-927-4357jí' hodíílnih. Navajo

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