

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

Tất cả các thay đổi phải được nhận trong vòng 31 ngày kể từ ngày thay đổi có hiệu lực. Không sử dụng mẫu này cho các thay đổi bác sĩ chăm sóc chính – người đăng ký phải gọi số điện thoại Dịch vụ Thành viên ở mặt sau của thẻ ID.

Nhận dạng nhân viên – phải hoàn thành phần này.

Số ID người đăng ký (từ thẻ ID)	Số An Sinh Xã hội	Số của nhóm (từ thẻ ID)
Số điện thoại di động	Số điện thoại cố định	
Họ	Tên	Chữ đầu tên đệm
Địa chỉ đường phố – Thành phố	Tiểu bang	Mã ZIP
Tên nhóm/chủ lao động (nếu có)	Địa chỉ email	

Thay đổi

Có Không Đây là thay đổi/sửa địa chỉ?

Có Không Thay đổi/sửa địa chỉ này dành cho người phụ thuộc? (**Lưu ý:** Địa chỉ của người phụ thuộc theo mặc định sẽ là địa chỉ của người đăng ký nếu chọn 'Không' tại đây.)

Nếu có, vui lòng ghi rõ tên của người phụ thuộc và địa chỉ thay đổi: _____

Sửa số An Sinh Xã Hội của tôi thành: _____ (Phải đính kèm bản sao thẻ An Sinh Xã Hội, ID có ảnh, thư xác minh từ văn phòng An Sinh Xã Hội và văn bản tuyên bố lý do nhân viên yêu cầu thay đổi.)

Đây là thay đổi thực hiện trong gian đoạn đăng ký mở.

Chuyển/thêm bảo hiểm sức khỏe của tôi vào: Access+ HMO® _____ Access+ HMO® SaveNetSM _____ Local Access+ HMO _____
 Trio HMO _____ Trio HMO Savings _____ Full PPO _____ Active Choice^{**} _____ Active Choice[®] Plus _____
 Active Choice[®] Classic _____ Full PPO Savings _____ Tandem PPO _____ Tandem PPO Savings _____
 Added Advantage POSSM _____

Chuyển các quyền lợi bảo hiểm ABHP của tôi sang:

Đối với Access+ HMO®: <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA <input type="checkbox"/> FSA	Đối với Active Choice [®] Plus: <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA <input type="checkbox"/> FSA
Đối với Access+HMO® SaveNet SM : <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA <input type="checkbox"/> FSA	Đối với Active Choice [®] Classic: <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA <input type="checkbox"/> FSA
Đối với Local Access+ HMO: <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA <input type="checkbox"/> FSA	Đối với Full PPO Savings: <input type="checkbox"/> HSA <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA <input type="checkbox"/> FSA <input type="checkbox"/> LPFSA
Đối với Trio HMO: <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA <input type="checkbox"/> FSA	Đối với Tandem PPO: <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA <input type="checkbox"/> FSA
Đối với Trio HMO Savings: <input type="checkbox"/> HSA <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA <input type="checkbox"/> FSA <input type="checkbox"/> LPFSA	Đối với Tandem PPO Savings: <input type="checkbox"/> HSA <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA <input type="checkbox"/> FSA <input type="checkbox"/> LPFSA
Đối với Full PPO: <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA <input type="checkbox"/> FSA	Added Advantage POS SM : <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA <input type="checkbox"/> FSA
Đối với Active Choice [®] : <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HIA <input type="checkbox"/> FSA	

Chuyển các quyền lợi chuyên khoa của tôi sang: DHMO _____ DPPO _____ DINO _____
 Từ Nhóm # _____ tới Nhóm # _____ trong nhóm chủ lao động của tôi. Lưu ý: Nếu chuyển bảo hiểm sang HMO, POS hoặc DHMO, vui lòng hoàn thành Phần A.

Thay đổi mức tiền của Bảo Hiểm Nhân Thọ Có Thời Hạn Cho Nhóm Cơ Bản hoặc Bảo Hiểm Nhân Thọ Bổ Sung và AD&D (Bảo Hiểm Tử Vong Và Thương Tật Do Tai Nạn) Bổ Sung: (hãy cung cấp mức tiền bảo hiểm trước đây và mức tiền bảo hiểm mới)
 Mức tiền trước đây của bảo hiểm Nhân Thọ Có Thời Hạn Cho Nhóm Cơ Bản: \$ _____ Mức tiền bảo hiểm mới: \$ _____
 Mức tiền trước đây của bảo hiểm Nhân Thọ Bổ Sung và/hoặc AD&D Bổ Sung: \$ _____ Mức tiền bảo hiểm mới: \$ _____
 (Nếu mua bảo hiểm AD&D Bổ Sung, nó sẽ luôn có mức tiền giống với bảo hiểm Nhân Thọ Bổ Sung)

Sửa/thay đổi tên thành: _____

Sửa/thay đổi địa chỉ email thành: _____

Sửa/thay đổi ngày sinh của tôi từ: _____ thành: _____

Thay đổi/bình luận bổ sung: _____

Sự hủy bỏ của người đăng ký: Tôi từ chối chương trình bảo hiểm sức khỏe cho bản thân (và những người phụ thuộc, nếu có), có hiệu lực từ: _____

Người tham gia COBRA

Sự kiện đủ điều kiện: _____

Ngày có hiệu lực của sự kiện đủ điều kiện kể trên: _____

Đây là sự chấm dứt? Nếu đúng, hãy liệt kê (các) tên: _____

Thay đổi bảo hiểm của vợ/chồng/bạn đời sống chung/con cái là người phụ thuộc

Bổ sung vợ/chồng/bạn đời sống chung/con cái là người phụ thuộc – Hoàn thành phần A – Ngày yêu cầu có hiệu lực đối với việc bổ sung: _____

- Ngày cưới, nếu bổ sung vợ/chồng: _____ Bạn đời sống chung – ngày trở thành bạn đời sống chung, nếu bổ sung: _____
- Nếu quyền nuôi con/bảo hiểm do tòa án yêu cầu, hãy nhập ngày và đính kèm bản sao các giấy tờ pháp lý: _____
- Nếu nhận con nuôi, hãy ghi ngày nhận con nuôi hoặc ngày đã định để nhận con nuôi và đính kèm bản sao các giấy tờ pháp lý: _____
- Người phụ thuộc bị khuyết tật trên 25 tuổi (Đính kèm 'Tuyên bố tình trạng khuyết tật cho con cái là người phụ thuộc vượt quá tuổi' (C3674) hoặc giấy tờ xác nhận rằng công ty bảo hiểm chăm sóc sức khỏe hiện tại của quý vị đang cung cấp bảo hiểm cho người phụ thuộc bị khuyết tật này.)
- Thay đổi mức tiền bảo hiểm Nhân Thọ Có Thời Hạn Cho Nhóm Bổ Sung và AD&D của vợ/chồng hoặc bạn đời sống chung: (hãy cung cấp mức tiền bảo hiểm trước đây và mức tiền bảo hiểm mới) Mức tiền bảo hiểm trước đây: \$ _____ Mức tiền bảo hiểm mới: \$ _____

Hủy người phụ thuộc – Hoàn thành phần A – Ngày yêu cầu có hiệu lực đối với việc xóa: _____

Đối với việc hủy bỏ cho vợ/chồng hoặc bạn đời sống chung: (hãy chọn lý do hủy bỏ thích hợp và cung cấp ngày của sự kiện)

- Ly hôn hoặc chấm dứt mối quan hệ bạn đời: Ngày: _____
- Tử vong: Ngày: _____
- Lý do khác (xin nêu rõ): _____ Ngày: _____

Đối với việc hủy bỏ cho người phụ thuộc là con cái: (hãy chọn lý do hủy bỏ thích hợp và cung cấp ngày của sự kiện)

- Tử vong: Ngày: _____ Lý do khác (xin nêu rõ) _____ Ngày: _____

Lưu ý: Trẻ sơ sinh/con nuôi hoặc trẻ dự định nhận làm con nuôi phải có giấy Yêu Cầu Thay Đổi Của Người Đăng Ký được hoàn thành và gửi trong vòng 31 ngày kể từ ngày sinh/ngày nhận con nuôi/đặt lịch nhận con nuôi để được bổ sung vào bảo hiểm của quý vị.

Hãy nhớ ký tên vào trang thứ ba của biểu mẫu này trước khi gửi, điều này rất cần thiết để có thể xử lý được các thay đổi.

Phần A

Hoàn thành phần này nếu bổ sung/hủy bảo hiểm cho chính quý vị hoặc người phụ thuộc của quý vị. Cung cấp thông tin bác sĩ chăm sóc chính/nhà cung cấp dịch vụ nha khoa nếu thay đổi liên quan đến bảo hiểm HMO/POS/DHMO. Vui lòng điền thông tin vào quyền lợi có áp dụng thay đổi:

Bổ sung	Hủy bỏ	Bản thân			
<input type="checkbox"/> Nha khoa <input type="checkbox"/> Y tế <input type="checkbox"/> Nhân khoa <input type="checkbox"/> Nhân Thọ Cơ Bản/AD&D <input type="checkbox"/> Nhân Thọ Người Phụ Thuộc <input type="checkbox"/> Nhân Thọ Bổ Sung† <input type="checkbox"/> Nhân Thọ Bổ Sung/AD&D†	<input type="checkbox"/> Nha khoa <input type="checkbox"/> Y tế <input type="checkbox"/> Nhân khoa <input type="checkbox"/> Nhân Thọ Cơ Bản/AD&D <input type="checkbox"/> Nhân Thọ Người Phụ Thuộc <input type="checkbox"/> Nhân Thọ Bổ Sung <input type="checkbox"/> Nhân Thọ Bổ Sung/AD&D	Họ	Tên	Chữ đầu tên đệm	Giới tính
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? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không biết <input type="checkbox"/> Từ chối	2. Nếu có, vui lòng chọn một: <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: _____	3. Vui lòng cho biết chủng tộc của quý vị? (chọn một) <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
		Số An Sinh Xã Hội: _____	Ngày sinh (tháng/ngày/năm) _____		
		Ngôn ngữ ưu tiên: <input type="checkbox"/> Tiếng Anh <input type="checkbox"/> Tiếng Tây Ban Nha <input type="checkbox"/> Tiếng Trung <input type="checkbox"/> Tiếng Việt <input type="checkbox"/> Tiếng Ba Tư <input type="checkbox"/> Khác _____			
		Chức danh/phân loại công việc	Thu nhập hàng năm (không bao gồm thưởng, tiền làm thêm giờ, v.v.) \$ _____		
		Nếu bổ sung bảo hiểm Nhân Thọ Cơ Bản và AD&D, vui lòng ghi rõ mức tiền yêu cầu: \$ _____ Nếu thêm bảo hiểm Nhân Thọ Bổ Sung và/hoặc AD&D Bổ Sung, vui lòng ghi rõ mức tiền yêu cầu: \$ _____ Nếu bổ sung Nhân Thọ Cho Người Phụ Thuộc, vui lòng ghi rõ mức tiền yêu cầu: \$ _____ (Lưu ý: Vợ/chồng và toàn bộ con cái sẽ được bảo hiểm với cùng mức tiền quyền lợi đó)			
		Tên của bác sĩ chăm sóc chính HMO/POS Tên của bác sĩ: _____ Nhà cung cấp #: _____ IPA (Hiệp Hội Hành Nghề Độc Lập)/MG (nhóm y tế) #: _____	Hiện là bệnh nhân? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Chỉ dành cho nhà cung cấp nha khoa Dental HMO Tên nhà cung cấp dịch vụ nha khoa: _____ Nhà cung cấp nha khoa #: _____	

Bổ sung	Hủy bỏ	Vợ/chồng/bạn đời sống chung			
<input type="checkbox"/> Nha khoa <input type="checkbox"/> Y tế <input type="checkbox"/> Nhân khoa <input type="checkbox"/> Nhân Thọ Bổ Sung† <input type="checkbox"/> Nhân Thọ Bổ Sung/AD&D†	<input type="checkbox"/> Nha khoa <input type="checkbox"/> Y tế <input type="checkbox"/> Nhân khoa <input type="checkbox"/> Nhân Thọ Bổ Sung <input type="checkbox"/> Nhân Thọ Bổ Sung/AD&D	Họ	Tên	Chữ đầu tên đệm	Giới tính
Thành viên này thuộc chủng tộc hoặc sắc tộc nào: _____					
		Số An Sinh Xã Hội: _____	Ngày sinh (tháng/ngày/năm) _____		
		Nếu thêm bảo hiểm Nhân Thọ Bổ Sung và/hoặc AD&D Bổ Sung, vui lòng ghi rõ mức tiền yêu cầu: \$ _____			
		Tên của bác sĩ chăm sóc chính HMO/POS Tên của bác sĩ: _____ Nhà cung cấp #: _____ IPA/MG #: _____	Hiện là bệnh nhân? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Chỉ dành cho nhà cung cấp nha khoa Dental HMO Tên nhà cung cấp dịch vụ nha khoa: _____ Nhà cung cấp nha khoa #: _____	

Bổ sung	Hủy bỏ	Con cái			
<input type="checkbox"/> Nha khoa <input type="checkbox"/> Y tế <input type="checkbox"/> Nhân khoa <input type="checkbox"/> Nhân Thọ Bổ Sung† <input type="checkbox"/> Nhân Thọ Bổ Sung/ AD&D‡	<input type="checkbox"/> Nha khoa <input type="checkbox"/> Y tế <input type="checkbox"/> Nhân khoa <input type="checkbox"/> Nhân Thọ Bổ Sung <input type="checkbox"/> Nhân Thọ Bổ Sung/ AD&D	Họ	Tên	Chữ đầu tên đệm	Giới tính
Thành viên này thuộc chủng tộc hoặc sắc tộc nào:					
		Số An Sinh Xã Hội:	Ngày sinh (tháng/ngày/năm) _____		
Nếu thêm bảo hiểm Nhân Thọ Bổ Sung và/hoặc AD&D Bổ Sung, vui lòng ghi rõ mức tiền: \$ _____ (\$5,000 hoặc \$10,000) (Lưu ý: Toàn bộ con cái sẽ được bảo hiểm với cùng mức tiền đối với bảo hiểm Nhân Thọ Bổ Sung và AD&D Bổ Sung.)					
Nếu bổ sung Nhân Thọ Cho Người Phụ Thuộc, vui lòng ghi rõ mức tiền yêu cầu: \$ _____ (Lưu ý: Vợ/chồng và toàn bộ con cái sẽ được bảo hiểm với cùng mức tiền quyền lợi đó)					
		Tên của bác sĩ chăm sóc chính HMO/POS Tên của bác sĩ: _____ Nhà cung cấp #: _____ IPA/MG #: _____		Hiện là bệnh nhân? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Chỉ dành cho nhà cung cấp nha khoa Dental HMO Tên nhà cung cấp dịch vụ nha khoa: _____ Nhà cung cấp nha khoa #: _____
Bổ sung	Hủy bỏ	Con cái			
<input type="checkbox"/> Nha khoa <input type="checkbox"/> Y tế <input type="checkbox"/> Nhân khoa <input type="checkbox"/> Nhân Thọ Bổ Sung† <input type="checkbox"/> Nhân Thọ Bổ Sung/ AD&D‡	<input type="checkbox"/> Nha khoa <input type="checkbox"/> Y tế <input type="checkbox"/> Nhân khoa <input type="checkbox"/> Nhân Thọ Bổ Sung <input type="checkbox"/> Nhân Thọ Bổ Sung/ AD&D	Họ	Tên	Chữ đầu tên đệm	Giới tính
Thành viên này thuộc chủng tộc hoặc sắc tộc nào:					
		Số An Sinh Xã Hội:	Ngày sinh (tháng/ngày/năm) _____		
Nếu thêm bảo hiểm Nhân Thọ Bổ Sung và/hoặc AD&D Bổ Sung, vui lòng ghi rõ mức tiền: \$ _____ (\$5,000 hoặc \$10,000) (Lưu ý: Toàn bộ con cái sẽ được bảo hiểm với cùng mức tiền đối với bảo hiểm Nhân Thọ Bổ Sung và AD&D Bổ Sung.)					
Nếu bổ sung Nhân Thọ Cho Người Phụ Thuộc, vui lòng ghi rõ mức tiền yêu cầu: \$ _____ (Lưu ý: Vợ/chồng và toàn bộ con cái sẽ được bảo hiểm với cùng mức tiền quyền lợi đó)					
		Tên của bác sĩ chăm sóc chính HMO/POS Tên của bác sĩ: _____ Nhà cung cấp #: _____ IPA/MG #: _____		Hiện là bệnh nhân? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Chỉ dành cho nhà cung cấp nha khoa Dental HMO Tên nhà cung cấp dịch vụ nha khoa: _____ Nhà cung cấp nha khoa #: _____
Bổ sung	Hủy bỏ	Con cái			
<input type="checkbox"/> Nha khoa <input type="checkbox"/> Y tế <input type="checkbox"/> Nhân khoa <input type="checkbox"/> Nhân Thọ Bổ Sung† <input type="checkbox"/> Nhân Thọ Bổ Sung/ AD&D‡	<input type="checkbox"/> Nha khoa <input type="checkbox"/> Y tế <input type="checkbox"/> Nhân khoa <input type="checkbox"/> Nhân Thọ Bổ Sung <input type="checkbox"/> Nhân Thọ Bổ Sung/ AD&D	Họ	Tên	Chữ đầu tên đệm	Giới tính
Thành viên này thuộc chủng tộc hoặc sắc tộc nào:					
		Số An Sinh Xã Hội:	Ngày sinh (tháng/ngày/năm) _____		
Nếu thêm bảo hiểm Nhân Thọ Bổ Sung và/hoặc AD&D Bổ Sung, vui lòng ghi rõ mức tiền: \$ _____ (\$5,000 hoặc \$10,000) (Lưu ý: Toàn bộ con cái sẽ được bảo hiểm với cùng mức tiền đối với bảo hiểm Nhân Thọ Bổ Sung và AD&D Bổ Sung.)					
Nếu bổ sung Nhân Thọ Cho Người Phụ Thuộc, vui lòng ghi rõ mức tiền yêu cầu: \$ _____ (Lưu ý: Vợ/chồng và toàn bộ con cái sẽ được bảo hiểm với cùng mức tiền quyền lợi đó)					
		Tên của bác sĩ chăm sóc chính HMO/POS Tên của bác sĩ: _____ Nhà cung cấp #: _____ IPA/MG #: _____		Hiện là bệnh nhân? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Chỉ dành cho nhà cung cấp nha khoa Dental HMO Tên nhà cung cấp dịch vụ nha khoa: _____ Nhà cung cấp nha khoa #: _____

Tất cả thông tin tôi đã cung cấp trong mẫu đơn này là chính xác và đầy đủ. Tôi hiểu rằng mẫu đơn này cùng với mọi mẫu ghi danh trước đây, *Chứng Từ Bảo Hiểm/Thẻ Bảo Hiểm* và Thỏa Thuận Về Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe/đơn bảo hiểm, cùng với mọi chứng thực và tài liệu đính kèm, tất cả tạo thành toàn bộ thỏa thuận bảo hiểm.

Chữ ký của nhân viên _____ Ngày _____

Nếu quý vị gửi mẫu đơn này qua fax, hãy lưu lại tài liệu này.

Blue Shield of California/Blue Shield Life bảo vệ tính bí mật và quyền riêng tư cho thông tin cá nhân của quý vị. Thông tin cá nhân và thông tin sức khỏe là các thông tin có thể nhận dạng cá nhân, ví dụ như tên, địa chỉ, số điện thoại hoặc số An Sinh Xã Hội và thông tin sức khỏe. Chúng tôi sẽ không tiết lộ các thông tin này, trừ khi được pháp luật cho phép.

Hãy nhớ ký tên vào trang thứ ba của biểu mẫu này trước khi gửi, điều này rất cần thiết để có thể xử lý được các thay đổi.

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

† Phải có biểu mẫu Bằng chứng về Khả năng có thể bảo hiểm cho bảo hiểm Nhân Thọ Bổ Sung. Phải nhận được phê duyệt cho bất kỳ bảo hiểm Nhân Thọ Bổ Sung nào được thêm vào. Ngày bảo hiểm có hiệu lực sẽ là ngày đầu tiên của tháng sau khi được phê duyệt.

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 néího'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, ໃຫ້ໂທຫາພວກເຮົາຕາມເບີໂທລະສັບທີ່ມີໃບບັດປະຈໍາຕົວຂອງທ່ານ ຫຼື ໂທຫາເບີ1-866-346-7198. ສໍາລັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເພີ່ມເຕີມໂທຫາ ພະແນກ ປະກັນໄພຂອງລັດຄາລິຟໍເນຍໄດ້ທີ່ເບີ1-800-927-4357. Laotian