

همه تغییرات باید ظرف 31 روز پس از تاریخ اجرای تغییر دریافت شود. این فرم را نمی‌توان برای تغییر پزشک مراقبت‌های اولیه استفاده کرد - مشترک بیمه باید با شماره تلفن مرکز «خدمات اعضا»، که پشت کارت شناسایی او درج شده است تماس بگیرد.

تعیین هویت کارمند - این بخش باید تکمیل شود.

| | | |
|---|---------------------|-------------------------------------|
| شماره شناسایی مشترک بیمه (مندرج روی کارت شناسایی) | شماره تأمین اجتماعی | شماره گروه (مندرج روی کارت شناسایی) |
| شماره تلفن همراه | شماره تلفن ثابت | |
| نام خانوادگی | نام | حرف اول نام میانی |
| نشانی خیابان محل سکونت - شهر | ایالت | کد پستی |
| نام گروه/کارفرما (در صورت لزوم) | نشانی ایمیل | |

تغییرات

بله خیر آیا این تغییر/اصلاح نشانی است؟

بله خیر آیا این تغییر/اصلاح نشانی مربوط به فرد تحت تکفل است؟ **(توجه: اگر گزینه «خیر» در اینجا انتخاب شود، نشانی مشترک بیمه به صورت پیش‌فرض برای فرد تحت تکفل او انتخاب می‌شود.)**

اگر پاسخ «بله» است، لطفاً تغییرات صورت‌گرفته در نام و نشانی فرد تحت تکفل را مشخص کنید: _____

شماره تأمین اجتماعی من را به صورت زیر اصلاح کنید: _____ (نسخه‌ای از کارت تأمین اجتماعی، کارت شناسایی عکس‌دار، نامه تأییدیه از اداره تأمین اجتماعی و اظهاریه کتبی که دلیل درخواست کارمند برای ایجاد تغییرات در آن ذکر شده است، باید ضمیمه شود.)

این تغییر در طول ثبت‌نام آزاد انجام شده است.

انتقال/افزایش پوشش سلامت من به:

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 _____

انتقال پوشش مزایای ABHP (طرح سلامت مبتنی بر حساب) من به:

برای Access+ HMO®: HRA HIA FSA

برای Access+HMO® SaveNetSM: HRA HIA FSA

برای Local Access+ HMO: HRA HIA FSA

برای Trio HMO: HRA HIA FSA

برای Trio HMO Savings: HSA HRA HIA FSA LPFSA

برای Full PPO: HRA HIA FSA

برای Active Choice®: HRA HIA FSA

برای Active Choice® Plus: HRA HIA FSA

برای Active Choice® Classic: HRA HIA FSA

برای Full PPO Savings: HSA HRA HIA FSA LPFSA

برای Tandem PPO: HRA HIA FSA

برای Tandem PPO Savings: HSA HRA HIA FSA LPFSA

برای Added Advantage POSSM: HRA HIA FSA

انتقال پوشش مزایای تخصصی من به: DHMO DPPO DINO

از شماره گروه _____ به شماره گروه _____ در گروه کارفرمای من. توجه: در صورت انتقال پوشش بیمه به HMO، POS یا DHMO، لطفاً بخش A را تکمیل کنید.

تغییر مبلغ پوشش «بیمه عمر زمانی گروهی پایه» یا «بیمه عمر تکمیلی» و «بیمه AD&D (فوت و نقص عضو ناشی از حادثه) تکمیلی»: (مبلغ قبلی و جدید پوشش بیمه را مشخص کنید)

مبلغ قبلی پوشش «بیمه عمر زمانی گروهی پایه»: _____ \$

مبلغ جدید پوشش بیمه: _____ \$

مبلغ قبلی پوشش «بیمه عمر تکمیلی» و/یا «بیمه AD&D تکمیلی»: _____ \$

مبلغ جدید پوشش بیمه: _____ \$

اگر پوشش «بیمه AD&D تکمیلی» خریداری شود، مبلغ آن همیشه برابر با پوشش «بیمه عمر تکمیلی» است)

اصلاح/تغییر نام به: _____

اصلاح/تغییر نشانی ایمیل به: _____

اصلاح/تغییر تاریخ تولد من از: _____ به: _____

دیگر تغییرات/نظرات: _____

لغو پوشش بیمه مشترک: از پذیرفتن اجرایی شدن پوشش طرح سلامت برای خودم (و افراد تحت تکفلم [اگر فردی تحت تکفلم باشد]) امتناع می‌کنم: _____

شرکت‌کننده تحت پوشش COBRA (قانون توافق کلیات بودجه برای بیکاران)

رویدادی که منجر به واجد شرایط شدن می‌شود: _____

تاریخ اجرای رویداد فوق که منجر به واجد شرایط شدن می‌شود: _____

آیا پوشش بیمه را فسخ می‌کنید؟ اگر پاسخ «بله» است، نام(ها) را ذکر کنید: _____

تغییرات پوشش بیمه همسر/هم‌خانه قانونی/فرزند (فرزندان) تحت تکفل

افزایش دادن مبلغ پوشش «بیمه AD&D» و بیمه عمر زمانی گروهی تکمیلی» مربوط به همسر یا هم‌خانه قانونی: (مبلغ قبلی و جدید پوشش بیمه را مشخص کنید)

- اگر همسر اضافه می‌شود، تاریخ ازدواج را ذکر کنید: _____
 اگر هم‌خانه قانونی - اگر این مورد اضافه می‌شود، تاریخ هم‌خانگی قانونی را ذکر کنید: _____
 اگر دادگاه دستور قیمومیت/تحت پوشش بودن را داده است، تاریخ آن را وارد کنید و نسخه‌ای از اسناد حقوقی مربوط به آن را ضمیمه کنید: _____
 اگر فرزندخوانده دارید، تاریخ فرزندخواندگی یا تاریخ تعیین شده برای فرزندخواندگی را وارد و نسخه‌ای از اسناد حقوقی را ضمیمه کنید: _____
 فرد تحت تکفل دارای معلولیت که بیشتر از 25 سال دارد (فرم C3674) «علامه معلولیت برای فرزند تحت تکفل بالاتر از سن معین» را ضمیمه کنید یا تأیید کنید که شرکت بیمه سلامت فعلی شما این فرد دارای معلولیت را تحت پوشش قرار می‌دهد.

تغییر دادن مبلغ پوشش «بیمه AD&D» و بیمه عمر زمانی گروهی تکمیلی» مربوط به همسر یا هم‌خانه قانونی: (مبلغ قبلی و جدید پوشش بیمه را مشخص کنید)

مبلغ قبلی پوشش بیمه: \$ _____ مبلغ جدید پوشش بیمه: \$ _____

لغو پوشش بیمه فرزند (فرزندان) تحت تکفل - بخش A را تکمیل کنید - تاریخ اجرای درخواست شده برای موارد حذف شده: _____

لغو پوشش بیمه همسر یا هم‌خانه قانونی: (دلیل لغو را انتخاب کنید و تاریخ رویداد را بنویسید)

طلاق یا فسخ هم‌خانگی قانونی: تاریخ: _____
 فوت: تاریخ: _____
 دلایل دیگر (لطفاً مشخص کنید): _____

تاریخ: _____

لغو پوشش بیمه فرزند(ان) تحت تکفل: (دلیل لغو را انتخاب کنید و تاریخ رویداد را بنویسید)

فوت: تاریخ: _____
 دلایل دیگر (لطفاً مشخص کنید) _____

تاریخ: _____

توجه: برای فرزندان تازه متولد شده/به فرزندخواندگی گرفته شده یا کودکانی که برای فرزندخواندگی در نظر گرفته شده‌اند، باید فرم تکمیل شده «درخواست تغییر مشترک بیمه» را ظرف 31 روز پس از تاریخ تولد/فرزندخواندگی/تاریخ تعیین شده برای فرزندخواندگی ارسال کنید تا به پوشش بیمه شما اضافه شود.

لطفاً مطمئن شوید که صفحه سوم این فرم را امضا می‌کنید و آن را به ما برمی‌گردانید، زیرا امضای شما برای انجام دادن فرایند این تغییرات ضروری است.

بخش A

در صورت اضافه یا لغو کردن پوشش بیمه برای خود یا افراد تحت تکفل‌تان، این بخش را تکمیل کنید. اگر تغییرات مربوط به پوشش HMO/POS/DHMO هستند، اطلاعات پزشک مراقبت‌های اولیه/ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی را ذکر کنید. لطفاً دایره مربوط به مزایای یا که تغییر داده می‌شوند پر کنید:

| نام خانوادگی | نام | حرف اول نام میانی | جنسیت | خود فرد | لغو کردن | افزایش دادن |
|---|-----|-------------------|-------|---|---|--|
| | | | | <input type="checkbox"/> دندانپزشکی <input type="checkbox"/> پزشکی <input type="checkbox"/> چشم‌پزشکی <input type="checkbox"/> بیمه عمر <input type="checkbox"/> پایه/بیمه AD&D | <input type="checkbox"/> دندانپزشکی <input type="checkbox"/> پزشکی <input type="checkbox"/> چشم‌پزشکی <input type="checkbox"/> بیمه عمر <input type="checkbox"/> پایه/بیمه AD&D | <input type="checkbox"/> بیمه عمر فرد <input type="checkbox"/> تحت تکفل <input type="checkbox"/> بیمه عمر تکمیلی <input type="checkbox"/> بیمه عمر تکمیلی/بیمه AD&D |
| 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 به‌طور یکسان به خدمات مراقبت با بالاترین کیفیت دسترسی دارند. | | | | 1. آیا هیسپانیک (اسپانیایی‌تبار) یا لاتین‌تبار هستید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نامعلوم <input type="checkbox"/> خودداری از بیان | 2. اگر پاسخ «بله» است، لطفاً یک مورد را انتخاب کنید: <input type="checkbox"/> کوبایی <input type="checkbox"/> گوآتمالیایی <input type="checkbox"/> مکزیکی، مکزیکی-آمریکایی، <input type="checkbox"/> چیکانو (شهروند آمریکایی مکزیکی‌تبار) <input type="checkbox"/> پورتوریکویی <input type="checkbox"/> اهل ال سالوادور <input type="checkbox"/> 2 یا چند قومیت <input type="checkbox"/> دیگر اقوام هیسپانیک، لاتین، اسپانیایی: _____ | 3. با کدام نژاد(ها) شناخته می‌شوید؟ (یک مورد را انتخاب کنید) <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 |

شماره تأمین اجتماعی: _____

اولویت زبانی: انگلیسی اسپانیایی چینی ویتنامی فارسی سایر _____

عنوان/رده شغلی: _____ درآمد سالانه (شامل پاداش، اضافه‌کاری و غیره نمی‌شود) \$ _____

در صورت اضافه کردن «بیمه عمر پایه و بیمه AD&D»، لطفاً مبلغ درخواستی را مشخص کنید: \$ _____
 در صورت اضافه کردن «بیمه عمر تکمیلی» و/یا «بیمه AD&D تکمیلی»، لطفاً مبلغ درخواستی را مشخص کنید: \$ _____
 در صورت اضافه کردن «بیمه عمر افراد تحت تکفل»، لطفاً مبلغ درخواستی را مشخص کنید: \$ _____
 (توجه: همسر و همه فرزندان تحت پوشش مبلغ مشابهی از مزایا قرار می‌گیرند)

| | | |
|---|--|--|
| نام پزشک مراقبت‌های اولیه HMO/POS نام پزشک: _____ شماره ارائه‌دهنده: _____ شماره IPA/MG (گروه پزشکی/انجمن مستقل پزشکی): _____ | در حال حاضر بیمار هستید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر | فقط ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی Dental HMO نام ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی: _____ شماره ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی: _____ |
|---|--|--|

همسر/هم‌خانه قانونی

| نام خانوادگی | نام | حرف اول نام میانی | جنسیت | لغو کردن | افزایش دادن |
|--------------|-----|-------------------|-------|---|---|
| | | | | <input type="checkbox"/> دندانپزشکی <input type="checkbox"/> پزشکی <input type="checkbox"/> چشم‌پزشکی <input type="checkbox"/> بیمه عمر <input type="checkbox"/> تکمیلی | <input type="checkbox"/> دندانپزشکی <input type="checkbox"/> پزشکی <input type="checkbox"/> چشم‌پزشکی <input type="checkbox"/> بیمه عمر <input type="checkbox"/> تکمیلی |

این عضو با چه نژاد یا قومیتی شناخته می‌شود: _____

شماره تأمین اجتماعی: _____

در صورت اضافه کردن «بیمه عمر تکمیلی» و/یا «بیمه AD&D تکمیلی»، لطفاً مبلغ درخواستی را مشخص کنید: \$ _____

| | | |
|--|--|--|
| نام پزشک مراقبت‌های اولیه HMO/POS نام پزشک: _____ شماره ارائه‌دهنده: _____ شماره IPA/MG: _____ | در حال حاضر بیمار هستید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر | فقط ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی Dental HMO نام ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی: _____ شماره ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی: _____ |
|--|--|--|

| افزایش کردن | | فرزند | | افزایش کردن | | فرزند | |
|--|--------------------------------------|--|--------------------------------------|--|--------------------------------------|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> دندانپزشکی | <input type="checkbox"/> پزشکی | <input type="checkbox"/> دندانپزشکی | <input type="checkbox"/> پزشکی | <input type="checkbox"/> دندانپزشکی | <input type="checkbox"/> پزشکی | <input type="checkbox"/> دندانپزشکی | <input type="checkbox"/> پزشکی |
| <input type="checkbox"/> چشم‌پزشکی | <input type="checkbox"/> چشم‌پزشکی | <input type="checkbox"/> چشم‌پزشکی | <input type="checkbox"/> چشم‌پزشکی | <input type="checkbox"/> چشم‌پزشکی | <input type="checkbox"/> چشم‌پزشکی | <input type="checkbox"/> چشم‌پزشکی | <input type="checkbox"/> چشم‌پزشکی |
| <input type="checkbox"/> بیمه عمر | <input type="checkbox"/> بیمه عمر | <input type="checkbox"/> بیمه عمر | <input type="checkbox"/> بیمه عمر | <input type="checkbox"/> بیمه عمر | <input type="checkbox"/> بیمه عمر | <input type="checkbox"/> بیمه عمر | <input type="checkbox"/> بیمه عمر |
| <input type="checkbox"/> تکمیلی* | <input type="checkbox"/> تکمیلی* | <input type="checkbox"/> تکمیلی* | <input type="checkbox"/> تکمیلی* | <input type="checkbox"/> تکمیلی* | <input type="checkbox"/> تکمیلی* | <input type="checkbox"/> تکمیلی* | <input type="checkbox"/> تکمیلی* |
| <input type="checkbox"/> بیمه عمر | <input type="checkbox"/> بیمه عمر | <input type="checkbox"/> بیمه عمر | <input type="checkbox"/> بیمه عمر | <input type="checkbox"/> بیمه عمر | <input type="checkbox"/> بیمه عمر | <input type="checkbox"/> بیمه عمر | <input type="checkbox"/> بیمه عمر |
| <input type="checkbox"/> تکمیلی/بیمه | <input type="checkbox"/> تکمیلی/بیمه | <input type="checkbox"/> تکمیلی/بیمه | <input type="checkbox"/> تکمیلی/بیمه | <input type="checkbox"/> تکمیلی/بیمه | <input type="checkbox"/> تکمیلی/بیمه | <input type="checkbox"/> تکمیلی/بیمه | <input type="checkbox"/> تکمیلی/بیمه |
| <input type="checkbox"/> AD&D* | <input type="checkbox"/> AD&D* | <input type="checkbox"/> AD&D* | <input type="checkbox"/> AD&D* | <input type="checkbox"/> AD&D* | <input type="checkbox"/> AD&D* | <input type="checkbox"/> AD&D* | <input type="checkbox"/> AD&D* |
| نام خانوادگی | | نام خانوادگی | | نام خانوادگی | | نام خانوادگی | |
| این عضو یا چه نژاد یا قومیتی شناخته می‌شود: | | این عضو یا چه نژاد یا قومیتی شناخته می‌شود: | | این عضو یا چه نژاد یا قومیتی شناخته می‌شود: | | این عضو یا چه نژاد یا قومیتی شناخته می‌شود: | |
| شماره تأمین اجتماعی: | | شماره تأمین اجتماعی: | | شماره تأمین اجتماعی: | | شماره تأمین اجتماعی: | |
| در صورت اضافه کردن «بیمه عمر تکمیلی» و/یا «بیمه AD&D تکمیلی»، لطفاً مبلغ را مشخص کنید: \$ _____ (یا \$5,000 یا \$10,000) | | در صورت اضافه کردن «بیمه عمر تکمیلی» و/یا «بیمه AD&D تکمیلی»، لطفاً مبلغ را مشخص کنید: \$ _____ (یا \$5,000 یا \$10,000) | | در صورت اضافه کردن «بیمه عمر تکمیلی» و/یا «بیمه AD&D تکمیلی»، لطفاً مبلغ را مشخص کنید: \$ _____ (یا \$5,000 یا \$10,000) | | در صورت اضافه کردن «بیمه عمر تکمیلی» و/یا «بیمه AD&D تکمیلی»، لطفاً مبلغ را مشخص کنید: \$ _____ (یا \$5,000 یا \$10,000) | |
| (توجه: همه فرزندان تحت پوشش مبلغ مشابهی از «بیمه عمر تکمیلی» و «بیمه AD&D تکمیلی» قرار می‌گیرند.) | | (توجه: همه فرزندان تحت پوشش مبلغ مشابهی از «بیمه عمر تکمیلی» و «بیمه AD&D تکمیلی» قرار می‌گیرند.) | | (توجه: همه فرزندان تحت پوشش مبلغ مشابهی از «بیمه عمر تکمیلی» و «بیمه AD&D تکمیلی» قرار می‌گیرند.) | | (توجه: همه فرزندان تحت پوشش مبلغ مشابهی از «بیمه عمر تکمیلی» و «بیمه AD&D تکمیلی» قرار می‌گیرند.) | |
| در صورت اضافه کردن «بیمه عمر افراد تحت تکفل»، لطفاً مبلغ درخواستی را مشخص کنید: \$ _____ | | در صورت اضافه کردن «بیمه عمر افراد تحت تکفل»، لطفاً مبلغ درخواستی را مشخص کنید: \$ _____ | | در صورت اضافه کردن «بیمه عمر افراد تحت تکفل»، لطفاً مبلغ درخواستی را مشخص کنید: \$ _____ | | در صورت اضافه کردن «بیمه عمر افراد تحت تکفل»، لطفاً مبلغ درخواستی را مشخص کنید: \$ _____ | |
| (توجه: همسر و همه فرزندان تحت پوشش مبلغ مشابهی از مزایا قرار می‌گیرند) | | (توجه: همسر و همه فرزندان تحت پوشش مبلغ مشابهی از مزایا قرار می‌گیرند) | | (توجه: همسر و همه فرزندان تحت پوشش مبلغ مشابهی از مزایا قرار می‌گیرند) | | (توجه: همسر و همه فرزندان تحت پوشش مبلغ مشابهی از مزایا قرار می‌گیرند) | |
| نام پزشک مراقبت‌های اولیه HMO/POS | | نام پزشک مراقبت‌های اولیه HMO/POS | | نام پزشک مراقبت‌های اولیه HMO/POS | | نام پزشک مراقبت‌های اولیه HMO/POS | |
| در حال حاضر بیمار هستید؟ | | در حال حاضر بیمار هستید؟ | | در حال حاضر بیمار هستید؟ | | در حال حاضر بیمار هستید؟ | |
| <input type="checkbox"/> بله | | <input type="checkbox"/> بله | | <input type="checkbox"/> بله | | <input type="checkbox"/> بله | |
| <input type="checkbox"/> خیر | | <input type="checkbox"/> خیر | | <input type="checkbox"/> خیر | | <input type="checkbox"/> خیر | |
| نام پزشک: _____ | | نام پزشک: _____ | | نام پزشک: _____ | | نام پزشک: _____ | |
| شماره ارائه‌دهنده: _____ | | شماره ارائه‌دهنده: _____ | | شماره ارائه‌دهنده: _____ | | شماره ارائه‌دهنده: _____ | |
| شماره IPA/MG: _____ | | شماره IPA/MG: _____ | | شماره IPA/MG: _____ | | شماره IPA/MG: _____ | |
| فقط ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی Dental HMO | | فقط ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی Dental HMO | | فقط ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی Dental HMO | | فقط ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی Dental HMO | |
| نام ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی: _____ | | نام ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی: _____ | | نام ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی: _____ | | نام ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی: _____ | |
| شماره ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی: _____ | | شماره ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی: _____ | | شماره ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی: _____ | | شماره ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی: _____ | |

تمام اطلاعاتی که در این فرم ارائه داده‌ام، دقیق و کامل است. متوجه هستم که این فرم، به همراه همه فرم‌های قبلی ثبت نام، «مدیر پوشش بیمه»/«گواهی بیمه» و «خط‌مشی/توافق‌نامه خدمات سلامت» و هرگونه تأییدیه و پیوست‌های مربوط به آن، در مجموع کل مدارک توافق‌نامه مربوط به پوشش بیمه را تشکیل می‌دهند.

امضای کارمند _____ تاریخ _____

در صورت ارسال این فرم از طریق دورنگار، این سند را در پرونده‌های خود نگه دارید.

Blue Shield of California/Blue Shield Life از محرمانگی و حریم خصوصی اطلاعات شخصی شما محافظت می‌کند. اطلاعات شخصی و سلامتی شما که ممکن است اطلاعات قابل شناسایی فردی مانند نام، نشانی، شماره تلفن، شماره تأمین اجتماعی و اطلاعات سلامت شما باشد. ما این اطلاعات را افشا نمی‌کنیم، مگر اینکه اجازه قانونی داشته باشیم.

لطفاً مطمئن شوید که صفحه سوم این فرم را امضا می‌کنید و آن را به ما برمی‌گردانید، زیرا امضای شما برای انجام دادن فرایند این تغییرات ضروری است.

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

† ارائه فرم «گواهی‌نامه بیمه‌پذیری» برای «بیمه عمر تکمیلی» الزامی است. برای هر پوشش «بیمه عمر تکمیلی» اضافه‌شده باید تأییدیه دریافت شود. تاریخ اجرایی شدن پوشش بیمه، از روز اول ماه پس از دریافت تأییدیه خواهد بود.

افشاسازی: سند ترجمه‌شده

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

اطلاعیهای که درباره الزامات دسترس پذیری و عدم تبعیض به افراد آگاهی می‌دهد

رفتار تبعیض آمیز 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 قابل دسترس 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 (هماهنگ‌کننده 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، «هماهنگ‌کننده 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

Անվճար Լեզվական Ծառայություններ: Դուք կարող եք թարգման և փաստաթղթերը ընթերցել սալ և էլ համար հայերեն լեզվով: Օգնության համար մեզ զանգահարեք ձեր ինքնության (ID) ստույի 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 ਦੁਆਬੀਏ 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

សេវាកម្មភាសាភូមិភាគខ្មែរ៖ អ្នកអាចទទួលបានអ្នកបកប្រែភាសា និងអានឯកសារជូនអ្នកជា ភាសាខ្មែរ ។ សម្រាប់ជំនួយ សូមទូរស័ព្ទមកយើងខ្ញុំតាមលេខដែលមានបង្ហាញលើប័ណ្ណសំគាល់ខ្លួនរបស់អ្នក ឬលេខ 1-866-346-7198 ។ សម្រាប់ជំនួយបន្ថែមទៀត សូមទូរស័ព្ទទៅក្រសួងធានារ៉ាប់រងរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា តាមលេខ 1-800-927-4357 Khmer

خدمات ترجمة بدون تكلفة. يمكنك الحصول علي مترجم و قراءة الوثائق لك باللغة العربية. للحصول علي المساعدة، اتصل بنا علي الرقم المبين علي بطاقة عضويتك أو علي الرقم 1-866-346-7198. للحصول علي المزيد من المعلومات، اتصل بإدارة التأمين لولاية كاليفورنيا علي الرقم 1-800-927-4357. Arabic

Cov Kev Pab Txhais Lus Tsis Them Nqi. Koj yuav thov tau kom muaj neeg los txhais lus rau koj thiab kom neeg nyeem cov ntawv ua lus Hmoob. Yog xav tau kev pab, hu rau peb ntawm tus xov tooj nyob hauv koj daim yuaj ID los sis 1-866-346-7198. Yog xav tau kev pab ntxiv hu rau CA lub Caj Meem Fai Muab Kev Tuav Pov Hwm ntawm 1-800-927-4357 Hmong

บริการทางภาษาอย่างไม่เสียค่าใช้จ่าย คุณสามารถรับบริการจากล่าม รวมถึงให้เจ้าหน้าที่อ่านเอกสารให้คุณฟัง หรือส่งเอกสารบางส่วนในภาษาของคุณไปหาคุณได้ หากต้องการความช่วยเหลือ กรุณาโทรศัพท์ตามหมายเลขที่ระบุอยู่ด้านหลังบัตรประจำตัวของคุณ หรือ ที่หมายเลข 1-866-346-7198 หากต้องการความช่วยเหลือเพิ่มเติม โปรดโทรมาที่ กรมการประกันภัยแห่งมลรัฐแคลิฟอร์เนียที่หมายเลข 1-800-927-4357 Thai

निःशुल्क भाषा सेवाएँ। आप एक दुभाषिया की सेवा प्राप्त कर सकते हैं। आप दस्तावेजों को पढ़वा के सुन सकते हैं और कुछ को अपनी भाषा में स्वयं को भिजवा सकते हैं। सहायता के लिए, अपने ID कार्ड पर दिए गए नंबर पर, या 1-866-346-7198 पर हमें फ़ोन करें। अधिक सहायता के लिए कैलीफोर्निया बीमा विभाग (CA Dept. of Insurance) को 1-800-927-4357 पर फ़ोन करें। Hindi

Doo bááh ílínígó saad bee yát'i' bee aná'áwo'. Díí shá ata'halne'dooígí hólq̄oḍoo nínízingo éí bííghah. Naaltsoos naanínáhájeehígí shich'í' yíidooltah éí doodagó ła' shich'í' ádoolníí nínízingo bííghah. Shíká a'doowoł nínízingo nihich'í' béesh bee hodíílnih dóó námboo éí díí ninaaltsoos dootł'ízhígí bee néfho'díłzinígí bine'déé' bikáá' éí doodagó éí (866)346-7198jì' hodíílnih. Hózhq̄ shíká anáá'doowoł nínízingo éí díí béeso ách'ąąh naa'nil bił haz'ąąjì' 1-800-927-4357jì' hodíílnih. Navajo

ບໍລິການແປພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ທ່ານສາມາດຂໍເອົາຜູ້ແປພາສາໄດ້. ທ່ານສາມາດຂໍໃຫ້ອ່ານເອກະສານໃຫ້ທ່ານຟັງ ແລະ ສົ່ງເອກະສານບາງຢ່າງທີ່ເປັນພາສາຂອງທ່ານ. ສໍາລັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ, ໃຫ້ໂທຫາພວກເຮົາຕາມເບີໂທລະສັບທີ່ມີໃນບັດປະຈໍາຕົວຂອງທ່ານ ຫຼື ໂທຫາເບີ 1-866-346-7198. ສໍາລັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເພີ່ມເຕີມໂທຫາ ພະແນກ ປະກັນໄພຂອງລັດຄາລິຟໍເນຍໄດ້ທີ່ເບີ 1-800-927-4357. Laotian