# Blue Shield 개인 및 가족 의료 플랜 신청서

Blue Shield of California 및
Blue Shield of California Life & Health Insurance Company

이 신청서는 Blue Shield 개인 및 가족 플랜(IFP) 보장을 Blue Shield에 직접 신청하기 위한 것입니다. Covered California에서만 판매하는 플랜을 수정하거나 이 플랜에 가입하려면 Covered California에 문의해야 합니다.

신청서는 정자체 대문자로 쓰고 흑색 또는 청색 잉크로 작성해야 합니다. 가능한 한 완전하고 정확하게 모든 질문에 답해야 하고, 신청서의 반송을 피하려면 **첫 달 보험료를 포함해야 합니다.** 신청서를 작성하신 후 1~14페이지까지의 전체 서류 및 기타 모든 증명 서류를 다음과 같이 우편 또는 팩스로 제출해야 합니다: Blue Shield Attn: I&B – Applications, P.O. Box 3008, Lodi, CA 95241-9969, 팩스: (888) 386-3420 또는 이메일: IFPapplications@blueshieldca.com. 신청서를 가장 빠르고 효과적으로 제출하시려면 온라인 buyblueshieldca.com에서 작성하십시오.
신청서 작성 시 도움을 받으려면 Blue Shield에 (888) 256-3650(TTY: 711)번으로 번으로 태평양 표준시 기준 월요일부터 금요일까지는 오전 7시부터 오후 8시, 토요일에는 오전 8시부터 오후 5시 사이에 전화하십시오. **확인란에 다음과 같이 표시해야 합니다.** ☒

**(보험판매사 전용)**

마켓 코드

신청 사유(한 가지 선택): ☐ 정규 가입 ☐ 특별 가입 기간

특별 가입 기간 적격 사유를 선택함으로써, 귀하가 아는 한 특별 가입 기간에 가입할 자격이 있다는 것을 증명하게 됩니다.

적격 사유가 발생한 날짜: _____

적격 사유를 설명해주십시오: _____

참고: 적격 사유가 발생한 날로부터 60일 이내에 신청해야 보장에 가입할 수 있습니다.

하나를 선택하십시오. ☐ 신규 가입 시작 ☐ 다른 플랜으로 이전 ☐ 기존 보장에 피부양자 가족 구성원 추가

기존 보장에 피부양자를 추가하고/하거나 플랜 이전을 요청할 경우, 기존 주 가입자의 Blue Shield 주 가입자 번호를 기재하십시오. _____

## 파트 1 – 주 신청인 건강 보장 정보

귀하가 캘리포니아 주 거주자이면서 Medicare 보장에 가입하지 않은 경우 Blue Shield 개인 및 가족 건강 플랜을 신청할 수 있습니다. 주 신청인이 선택한 의료, 치과 및/또는 안과 플랜 옵션은 이 신청서에 포함된 모든 개인/피부양자에게 적용됩니다. 주 신청인과 다른 옵션 플랜 가입을 원하는 경우, 독자적인 별도의 신청서를 작성해야 하며 첫 달 회비/보험료를 별도로 납부해야 합니다.

| 신청인의 사회보장 번호/세금 ID 번호 | | | |
|---|---|---|---|
| 이름 | 성 | | 중간 이름 이니셜 |
| ☐ 남성<br>☐ 여성 | 기혼:<br>☐ 예 ☐ 아니요 | 동거인:<br>☐ 예 ☐ 아니요 | 생년월일(월/일/년) |

Blue Shield of California is an independent member of the Blue Shield Association C12900-FF-KO_0626

귀하의 정보를 알려주십시오. 귀하의 인종 및/또는 민족을 어떻게 표현하시겠습니까? 이 정보는 비밀로 유지되며 모든 사람이 동등하게 의료 서비스를 받을 수 있도록 하는 데 사용됩니다. 이는 귀하가 어떤 의료 서비스를 받을 자격이 있는지 결정하는 데 사용되지 않습니다.

| 1.귀하는 히스패닉, 라틴계입니까? (한 가지만 선택) | 2.'예'인 경우, 한 가지를 선택해주십시오. | 3.귀하의 인종은 무엇입니까? (한 가지 선택) | |
|---|---|---|---|
| ☐ 예<br>☐ 아니요<br>☐ 모름<br>☐ 답변을 거부함 | ☐ 쿠바인<br>☐ 과테말라인<br>☐ 멕시코인, 멕시코계 미국인, 치카노<br>☐ 푸에르토리코인<br>☐ 살바도르인<br>☐ 두 가지 이상의 민족<br>☐ 기타 히스패닉, 라틴계, 스페인계: _____ | ☐ 미국 원주민 또는 알래스카 원주민<br>☐ 아시아계 인도인<br>☐ 또는 아프리카계 미국인<br>☐ 캄보디아인<br>☐ 중국인<br>☐ 필리핀인<br>☐ 괌 주민 또는 차모로인<br>☐ 몽족 | ☐ 일본인<br>☐ 한국인<br>☐ 라오스인<br>☐ 하와이 원주민<br>☐ 사모아인<br>☐ 베트남인<br>☐ 백인<br>☐ 두 가지 이상의 인종<br>☐ 기타<br>☐ 모름<br>☐ 답변을 거부함 |

신청서에 피부양자가 포함된 경우, 목록에 있는 모든 피부양자가 주 신청인과 동일한 인종 및/또는 민족입니까?
☐ 예 ☐ 아니요 '아니요'라고 응답한 경우, 파트 3에서 각 피부양자의 인종 및/또는 민족을 작성해주십시오.

| 선호하는 연락 방식: ☐ 이메일 ☐ 지류 | 신청인의 휴대 전화번호 |
|---|---|
| 신청인의 기타 전화번호(휴대전화 외) | 신청인의 직장 전화번호 |

본 양식에 연락처 정보를 제공함으로써 본인은 Blue Shield와 그 계열사 및 대리인이 본인 계정 및 본인에게 무료로 제공되는 다양한 건강 및 웰니스 프로그램에 대해 전화 또는 문자 메시지(자동 다이얼러, 인공 또는 사전 녹음된 음성 포함)를 통해 본인에게 연락하는 데 동의합니다. 표준 데이터 요금이 부과될 수 있습니다.

본인은 Blue Shield와 그 계열사 및 대리인이 본인과 부양가족에게 도움이 될 수 있는 프로모션 정보와 관련하여 본 양식에 제공한 번호로 전화 또는 문자 메시지(자동 다이얼러, 인공 또는 사전 녹음된 음성 포함)를 통해 연락하는 데 동의합니다. 참여는 자발적이며, 언제든지 수신 거부할 수 있습니다. 표준 데이터 요금이 부과될 수 있습니다. ☐ 예 ☐ 아니요

신청인의 이메일 주소: (본인은 이메일을 통해 연락을 받게 될 수 있음을 이해하며 이에 동의합니다)

## 파트 1 – 주 신청인 건강 보장 정보(계속):

현재 Blue Shield에 가입해 있을 경우, 주 가입자 ID 번호를 기재하십시오.

| 자택 주소(사서함 **불가**) | | 아파트 번호 |
|---|---|---|
| 도시 | 주 | 우편번호 |
| 청구서 발송 주소(위와 다를 경우) | | 아파트 번호 |
| 도시 | 주 | 우편번호 |
| 우편 발송 주소(자택 주소와 다를 경우) | | 아파트 번호 |
| 도시 | 주 | 우편번호 |

C12900-FF-KO_0626

**건강 플랜 옵션(하나의 확인란에만 체크):**
**Blue Shield of California 플랜:**

| Exclusive PPO 플랜 | | Trio HMO 플랜 |
|---|---|---|
| ☐ Blue Shield Platinum 90 PPO | ☐ Bronze 7250 PPO | ☐ Blue Shield Platinum 90 Trio HMO |
| ☐ Blue Shield Gold 80 PPO | ☐ Blue Shield Minimum Coverage PPO | ☐ Blue Shield Gold 80 Trio HMO |
| ☐ Blue Shield Silver 70 Off Exchange PPO | ☐ Blue Shield Bronze 60 HDHP PPO | ☐ Blue Shield Silver 70 Off Exchange Trio HMO |
| ☐ Silver 1850 PPO | ☐ Silver 2800 HDHP PPO | ☐ Bronze 7500 Trio HMO |
| ☐ Blue Shield Bronze 60 PPO | | ☐ Blue Shield Bronze 60 Trio HMO |

주치의(PCP), 의료 그룹 또는 건강 센터를 선택하고 지정하십시오. 참여 의료 서비스 제공자의 목록은 다음 사이트를 참조하십시오. **blueshieldca.com/fad.**

참고: 가입 시 유효한 주치의(PCP)를 직접 선택하지 않고 Trio HMO 플랜을 선택한 경우, 가입에 따라 가상 PCP가 자동으로 지정될 수 있습니다. 가상 PCP는 직접 진료하는 PCP와 유사한 광범위한 치료를 제공하기 위해 화상 또는 전화를 통한 원격 진료 서비스의 이점을 제공합니다. 가상 PCP는 Trio 의료 서비스 제공자 네트워크 내에서 필요한 전문의와 대면 치료를 포함한 모든 치료를 조정합니다. 전문의나 대면 치료를 받으려면 가상 PCP의 추천이 필요합니다.

신청서 작성 시 도움을 받으려면 Blue Shield에 **(888) 256-3650**번으로 전화하거나, 판매 대리인에게 문의하십시오.

의사, 의료 그룹 또는 건강 센터 이름(필수 사항): _____

의사, 의료 그룹 또는 건강 센터 ID/면허 번호(필수 사항): _____

의사, 의료 그룹 또는 건강 센터 그룹 이름(필수 사항): _____

현재 환자이십니까? (필수 사항): ☐ 예 ☐ 아니요

정규 가입(OE) 기간 동안, 12월 31일까지 신청서를 제출하시면 1월 1일부터 보장받을 수 있습니다. 1월 31일까지 제출하시면 2월 1일부터 보장받을 수 있습니다. 특별 가입 기간(SEP) 동안 발효일은 적격 사유 및 신청서 제출일에 따라 달라집니다. 구체적인 사항은 **blueshieldca.com/buyblue**에서 확인하실 수 있습니다.

보장 발효일에 대한 자세한 내용은 파트 6(b) 항목 5를 참조하십시오.

참고: 혜택 및 보장 요약(SBC)은 모든 의료 플랜에 제공됩니다. 이 문서에는 플랜의 보장 및 혜택이 요약되어 있습니다.
신청한 플랜에 대한 SBC를 다운로드하려면 **blueshieldca.com/policies로** 이동하십시오.

주 신청인이 현재 캘리포니아에 거주 중입니까? ☐ 예 ☐ 아니요. '아니요'인 경우, 주 신청인은 어디에 거주합니까?

선호 언어 표시: ☐ 영어 ☐ 스페인어 ☐ 중궁거 ☐ 베트남어 ☐ 한국어
☐ 기타:

선호 연락 방법(하나에 표시): ☐ 자택/기타 전화 ☐ 휴대전화 ☐ 직장 전화 ☐ 이메일 ☐ 일반 우편

이전에 Blue Shield 보장에 가입한 적이 있는 경우 이곳에 체크하십시오. ☐
이전 보장의 Blue Shield 주 가입자 ID 번호를 아는 경우 기재하십시오.

귀하 또는 현재 보장을 신청하는 사람 중에 Medicare 보장에 가입할 자격이 있는 사람 및/또는 가입한 사람이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니요

'예'인 경우, ☐ 가입 자격 있음 또는 ☐ 가입함 중에서 선택하십시오. 해당 신청인의 이름을 작성해주십시오.

귀하의 고용주는 개인 건강 보험 플랜 비용을 지원하기 위한 자금(개인 보장 HRA 또는 ICHRA나 적격 소규모 고용주 HRA, QSEHRA라고도 함)을 제공합니까? ☐ 예 ☐ 아니요

C12900-FF-KO_0626

## 파트 2 – 주 신청인 보조 플랜 선택

귀하의 건강 보장을 보조하기 위해 치과 플랜, 안과 플랜, 치과 + 안과 패키지 및/또는 생명 보험도 구매할 수 있습니다. 치과, 안과, 치과 + 안과 플랜 및/또는 생명 보험은 의료 플랜 없이도 구매 가능합니다. 치과 및 안과 플랜 옵션은 이 신청서에 포함된 모든 개인/피부양자에게 적용됩니다.

치과 및 안과 플랜 옵션(1개의 치과 플랜 및/또는 1개의 안과 플랜 또는 Specialty Duo℠ 중 하나 선택):

| **치과 플랜:** | | **안과 플랜:** | **치과 + 안과 패키지:** |
|---|---|---|---|
| ☐ Dental HMO<br>☐ Dental Standard HMO<br>☐ Dental PPO<br>☐ Dental PPO 1500 | ☐ Enhanced Dental PPO 50/2000<br>☐ Enhanced Dental PPO 50/2000 Lifetime Ortho 1500 | ☐ Ultimate Vision 15/25/120* | ☐ Specialty Duo℠ 치과 + 안과 패키지* |

Dental HMO 플랜만 해당 – **blueshieldca.com/fad**를 방문하여 치과 의료진을 찾거나 문의사항이 있는 경우 **(888) 256-3650**번으로 연락해 주십시오. Dental HMO 및 Dental Standard HMO 플랜은 모든 우편번호, 특히 Alpine, Amador, Butte, Calaveras, Colusa, Del Norte, Glenn, Humboldt, Lake, Lassen, Marin, Mendocino, Modoc, Napa, Nevada, Plumas, San Luis Obispo, Santa Barbara, Shasta, Sierra, Siskiyou, Sonoma, Sutter, Tehama, Trinity, Tuolumne 및 Yuba 카운티에서는 이용하실 수 없습니다.

| 치과 의료진 이름: | 치과 의료진 번호 |
|---|---|

생명 보험* 옵션: 생명 보험은 1세~64세의 신청인이 이용 가능합니다. 보장 금액은 최소 $10,000부터 최대 $100,000까지 제공됩니다. $50,000 이상의 보험금에는 특정 조건이 적용됩니다. 생명 보장을 구매하려면 별도의 생명 보험 신청서를 작성해야 합니다. 생명 보험료 확인이나 보장 신청은 당사 웹사이트 **blueshieldca.com/term-life**를 참조하십시오.

*Blue Shield of California Life & Health Insurance Company(Blue Shield Life)가 보증합니다.

참고: 치과 혜택 및 보장 요약(SDBC) 양식은 모든 치과 플랜에 제공됩니다. 이 양식에는 각 플랜의 보장 및 혜택 내용이 동일한 방식으로 요약되어 있습니다. 신청한 치과 플랜에 대한 SDBC 양식을 다운로드하려면 **blueshieldca.com/policies로** 이동하십시오.

## 파트 3(a) – 배우자/동거인 피부양자 신청인 정보

| ☐ 배우자 ☐ 동거인 | 성별: ☐ 남성 ☐ 여성 | 생년월일(월/일/년) |
|---|---|---|

신청인의 사회보장 번호/세금 ID 번호

피부양자의 민족 및/또는 인종이 주 신청인과 다른 경우, 어떤 민족 및/또는 인종으로 여기십니까?

| 이름 | 성 | 중간 이름 이니셜 |
|---|---|---|

배우자/동거인 신청인의 거주지는 주 신청인과 동일합니까? ☐ 예 ☐ 아니요
'아니요'인 경우, 신청인은 어디에 거주합니까? (우편 번호 및 주를 포함한 주소)

| 선호하는 연락 방식:<br>☐ 이메일 ☐ 지류 | 신청인의 휴대 전화번호 | 신청인의 기타 전화번호(휴대전화 외) |
|---|---|---|

신청인의 이메일 주소**(전자적 의사소통을 위해 필요함)**

본인은 파트너/배우자의 연락처 정보를 본 양식에 제공함으로써 Blue Shield와 그 계열사 및 대리인이 당사 계정 및 당사에 무료로 제공되는 다양한 건강 및 웰니스 프로그램에 대한 전화, 문자 메시지(자동 다이얼러, 인공 또는 사전 녹음된 음성 포함)를 통해 연락할 수 있도록 이들을 대신하여 동의할 수 있는 권한을 부여받았습니다. 표준 데이터 요금이 부과될 수 있습니다.

C12900-FF-KO_0626

**파트 3(b) – 피부양 자녀 신청인 정보 1 –** 피부양 자녀는 만 26세 미만이어야 합니다. 8명이 넘는 피부양 자녀가 보장을 신청할 경우, 여분의 페이지를 첨부하여 아래에 열거된 모든 정보, 귀하의 서명 및 날짜를 기재하십시오.

| ☐ 남성<br>☐ 여성 | 관계: (예: 아들/딸) | 생년월일(월/일/년) |
|---|---|---|
| 신청인의 사회보장 번호/세금 ID 번호 | | |
| 피부양자의 민족 및/또는 인종이 주 신청인과 다른 경우, 어떤 민족 및/또는 인종으로 여기십니까? | | |
| 이름 | 성 | 중간 이름 이니셜 |
| 피부양 자녀 신청인의 거주지는 주 신청인과 동일합니까? ☐ 예 ☐ 아니요<br>'아니요'인 경우, 신청인은 어디에 거주합니까? (우편 번호 및 주를 포함한 주소) | | |

**파트 3(c) – 피부양 자녀 신청인 정보 2**

| ☐ 남성<br>☐ 여성 | 관계: (예: 아들/딸) | 생년월일(월/일/년) |
|---|---|---|
| 신청인의 사회보장 번호/세금 ID 번호 | | |
| 피부양자의 민족 및/또는 인종이 주 신청인과 다른 경우, 어떤 민족 및/또는 인종으로 여기십니까? | | |
| 이름 | 성 | 중간 이름 이니셜 |
| 피부양 자녀 신청인의 거주지는 주 신청인과 동일합니까? ☐ 예 ☐ 아니요<br>'아니요'인 경우, 신청인은 어디에 거주합니까? (우편 번호 및 주를 포함한 주소) | | |

**파트 3(d) – 피부양 자녀 신청인 정보 3**

| ☐ 남성<br>☐ 여성 | 관계: (예: 아들/딸) | 생년월일(월/일/년) |
|---|---|---|
| 신청인의 사회보장 번호/세금 ID 번호 | | |
| 피부양자의 민족 및/또는 인종이 주 신청인과 다른 경우, 어떤 민족 및/또는 인종으로 여기십니까? | | |
| 이름 | 성 | 중간 이름 이니셜 |
| 피부양 자녀 신청인의 거주지는 주 신청인과 동일합니까? ☐ 예 ☐ 아니요<br>'아니요'인 경우, 신청인은 어디에 거주합니까? (우편 번호 및 주를 포함한 주소) | | |

**파트 3(e) – 피부양 자녀 신청인 정보 4**

| ☐ 남성<br>☐ 여성 | 관계: (예: 아들/딸) | 생년월일(월/일/년) |
|---|---|---|
| 신청인의 사회보장 번호/세금 ID 번호 | | |
| 피부양자의 민족 및/또는 인종이 주 신청인과 다른 경우, 어떤 민족 및/또는 인종으로 여기십니까? | | |
| 이름 | 성 | 중간 이름 이니셜 |
| 피부양 자녀 신청인의 거주지는 주 신청인과 동일합니까? ☐ 예 ☐ 아니요<br>'아니요'인 경우, 신청인은 어디에 거주합니까? (우편 번호 및 주를 포함한 주소) | | |

C12900-FF-KO_0626

**파트 3(f) – 피부양 자녀 신청인 정보 5**

| ☐ 남성<br>☐ 여성 | 관계: (예: 아들/딸) | 생년월일(월/일/년) |
|---|---|---|

신청인의 사회보장 번호/세금 ID 번호

피부양자의 민족 및/또는 인종이 주 신청인과 다른 경우, 어떤 민족 및/또는 인종으로 여기십니까?

| 이름 | 성 | 중간 이름 이니셜 |
|---|---|---|

피부양 자녀 신청인의 거주지는 주 신청인과 동일합니까? ☐ 예 ☐ 아니요
'아니요'인 경우, 신청인은 어디에 거주합니까? (우편 번호 및 주를 포함한 주소)

**파트 3(g) – 피부양 자녀 신청인 정보 6**

| ☐ 남성<br>☐ 여성 | 관계: (예: 아들/딸) | 생년월일(월/일/년) |
|---|---|---|

신청인의 사회보장 번호/세금 ID 번호

피부양자의 민족 및/또는 인종이 주 신청인과 다른 경우, 어떤 민족 및/또는 인종으로 여기십니까?

| 이름 | 성 | 중간 이름 이니셜 |
|---|---|---|

피부양 자녀 신청인의 거주지는 주 신청인과 동일합니까? ☐ 예 ☐ 아니요
'아니요'인 경우, 신청인은 어디에 거주합니까? (우편 번호 및 주를 포함한 주소)

**파트 3(h) – 피부양 자녀 신청인 정보 7**

| ☐ 남성<br>☐ 여성 | 관계: (예: 아들/딸) | 생년월일(월/일/년) |
|---|---|---|

신청인의 사회보장 번호/세금 ID 번호

피부양자의 민족 및/또는 인종이 주 신청인과 다른 경우, 어떤 민족 및/또는 인종으로 여기십니까?

| 이름 | 성 | 중간 이름 이니셜 |
|---|---|---|

피부양 자녀 신청인의 거주지는 주 신청인과 동일합니까? ☐ 예 ☐ 아니요
'아니요'인 경우, 신청인은 어디에 거주합니까? (우편 번호 및 주를 포함한 주소)

**파트 3(i) – 피부양 자녀 신청인 정보 8 –** 8명이 넘는 피부양 자녀가 보장을 신청할 경우, 여분의 페이지를 첨부하여 아래에 열거된 모든 정보, 귀하의 서명 및 날짜를 기재하십시오. 여분의 페이지를 첨부할 경우 여기에 체크하십시오. ☐

| ☐ 남성<br>☐ 여성 | 관계: (예: 아들/딸) | 생년월일(월/일/년) |
|---|---|---|

신청인의 사회보장 번호/세금 ID 번호

피부양자의 민족 및/또는 인종이 주 신청인과 다른 경우, 어떤 민족 및/또는 인종으로 여기십니까?

| 이름 | 성 | 중간 이름 이니셜 |
|---|---|---|

피부양 자녀 신청인의 거주지는 주 신청인과 동일합니까? ☐ 예 ☐ 아니요
'아니요'인 경우, 신청인은 어디에 거주합니까? (우편 번호 및 주를 포함한 주소)

C12900-FF-KO_0626

## 파트 4 – 부모/의붓부모 신청인 정보

부모 또는 의붓부모 신청인을 추가하려면 주 신청인의 나이가 26세 이상이어야 합니다. 부모/의붓부모 신청인은 캘리포니아에 거주해야 하며 Medicare에 가입되어 있을 수 없습니다. 다른 규칙이 적용됩니다. 두 명이 넘는 피부양 부모/의붓부모가 보장을 신청할 경우, 여분의 페이지를 첨부하여 아래에 열거된 모든 정보, 귀하의 서명 및 날짜를 기재하십시오. 여분의 페이지를 첨부할 경우 여기에 체크하십시오. ☐

부모 또는 의붓부모의 역년 총 소득이 $2,000 미만입니까?
☐ 예 ☐ 아니요

주 신청인이 일 년 동안 부모/의붓부모에 대한 지원금의 절반이 넘는 금액을 제공합니까? ☐ 예 ☐ 아니요

캘리포니아 Health Insurance Counseling and Advocacy Program(HICAP, 건강 보험 상담 및 지원 프로그램)에 연락하시면 안내를 받을 수 있습니다. HICAP는 캘리포니아에 거주하는 고령자에게 건강 보험 상담 서비스를 제공합니다. HICAP는 캘리포니아에서 무료로 제공하는 서비스입니다. 지역 HICAP 사무실을 찾으려면 주 전역의 HICAP 번호 **(1-800-434-0222)**로 전화하거나 이 신청서의 마지막에 나와 있는 지역 HICAP 프로그램 목록을 확인하십시오. 여러 보험사가 판매하는 보험증권을 비교한 요금 가이드가 제공됩니다. 본 요금 가이드 사본을 받으시려면 Department of Managed Health Care(관리보건국)에 소비자 수신자 부담 전화 **(1-888-466-2219)**번으로, Health Insurance Counseling and Advocacy Program(HICAP)에 수신자 부담 전화 **(1-800-434-0222)**번으로 전화하거나 Department of Managed Health Care 웹사이트**(www.dmhc.ca.gov)**에 방문해 주십시오.

## 파트 4(a)– 부모/의붓부모 신청인 정보

| ☐ 남성<br>☐ 여성 | 관계: (예: 부모/의붓부모) | 생년월일(월/일/년) |
|---|---|---|

신청인의 사회보장 번호/세금 ID 번호

피부양자의 민족 및/또는 인종이 주 신청인과 다른 경우, 어떤 민족 및/또는 인종으로 여기십니까?

| 이름 | 중간 이름 이니셜 |
|---|---|

성

부모/의붓부모 신청인의 거주지는 주 신청인과 동일합니까? ☐ 예 ☐ 아니요
'아니요'인 경우, 신청인은 어디에 거주합니까? (우편 번호 및 주를 포함한 주소)

## 파트 4(b)– 부모/의붓부모 신청인 정보

| ☐ 남성<br>☐ 여성 | 관계: (예: 부모/의붓부모) | 생년월일(월/일/년) |
|---|---|---|

신청인의 사회보장 번호/세금 ID 번호

피부양자의 민족 및/또는 인종이 주 신청인과 다른 경우, 어떤 민족 및/또는 인종으로 여기십니까?

| 이름 | 중간 이름 이니셜 |
|---|---|

성

부모/의붓부모 신청인의 거주지는 주 신청인과 동일합니까? ☐ 예 ☐ 아니요
'아니요'인 경우, 신청인은 어디에 거주합니까? (우편 번호 및 주를 포함한 주소)

주 신청인의 이니셜 _____

## 파트 5 – 정보 공개 승인

의료 정보 공개를 승인하시려면 Blue Shield of California의 건강 정보 사용 또는 공개 승인 양식을 작성해 주십시오. 최신 양식은 다음 웹사이트의 개인 건강 정보 공개 섹션에서 확인하실 수 있습니다.

가입자 양식 | Blue Shield of California
**blueshieldca.com/en/home/forms-unauth**
승인 양식에 안내된 지침에 따라 작성 및 제출해 주십시오.

귀하는 서명한 후 본 승인서의 사본을 가질 수 있습니다.

**유효 기간**: 본 승인서의 유효 기간: 1) 신청서를 처리하거나, 복원 요청을 처리하거나, 혜택의 변경 요청을 처리할 목적으로 본 승인서를 받은 날로부터 삼십(30) 개월 동안, 2) 보장 적용 기간에 발생한 청구 처리에 필요한 만큼의 기간 및 3) 의료 서비스 계약/보험증권에 따른 기타 모든 활동에 대한 보장 적용 기간.

**철회권**: 본인은 철회 통지서를 Blue Shield에 제출함으로써 언제든지 본 승인을 철회할 수 있음을 이해하고 있습니다. 본인은 본 승인을 철회하더라도 Blue Shield가 본인의 철회 통지서를 수신하기 전에 본 승인과 관련하여 취한 모든 조치가 영향을 받지 않음을 이해하고 있습니다.

| | |
|---|---|
| 신청인(신청인이 미성년자인 경우 부모 또는 법적 보호자) | 오늘 날짜 |
| 신청인(신청인이 미성년자인 경우 부모 또는 법적 보호자) | 오늘 날짜 |
| 신청인의 배우자/동거인 | 오늘 날짜 |
| 신청인의 부모/의붓부모(신청하는 경우) | 오늘 날짜 |
| 신청인의 부모/의붓부모(신청하는 경우) | 오늘 날짜 |
| 만 18세 이상의 신청인 | 오늘 날짜 |
| 만 18세 이상의 신청인 | 오늘 날짜 |
| 만 18세 이상의 신청인 | 오늘 날짜 |
| 만 18세 이상의 신청인 | 오늘 날짜 |
| 만 18세 이상의 신청인 | 오늘 날짜 |
| 만 18세 이상의 신청인 | 오늘 날짜 |
| 만 18세 이상의 신청인 | 오늘 날짜 |
| 만 18세 이상의 신청인 | 오늘 날짜 |

**파트 6에 계속 – 이 섹션에서 귀하는 반드시 서명하고 오늘 날짜를 기재해야 합니다.**

C12900-FF-KO_0626

## 파트 6(a) – 신청인에 의한 내용 확인

다음 내용을 주의 깊게 읽으십시오. 보장을 신청하는 만 18세 이상의 각 가족 구성원은 작성된 신청서를 검토한 후 서명해야 합니다. 본 신청서 사본을 기록용으로 보관하십시오.

**본인은 본 신청서에 기재된 정보의 정확성과 완전성에 대해 독자적으로 책임을 집니다. 본인은 직접 본 신청서를 작성하지 않은 경우에도 본 신청서에 기재된 모든 정보를 직접 검토했습니다. 본인이 알고 믿는 한 본 신청서에 기재된 모든 정보는 정확하고, 진실하며, 완전합니다. 본인은 본 신청서의 정보에 (행위, 관행 또는 누락에 의한) 사기나 실제 사실의 의도적인 왜곡이 있다고 Blue Shield에서 판단할 경우, 법에 따라 보장이 해지될 수 있음을 이해합니다.**

**영어 이외 언어를 선호하는 신청인의 경우: 본인은 파트 1에서 영어 이외의 언어를 선호한다고 표시하였으나 본 신청서의 영어 버전(또는 본인이 선호하는 언어 이외의 버전)을 작성한 경우, 본 신청서의 질문을 이해했음을 확인합니다.**

| | | |
|---|---|---|
| 신청인(신청인이 미성년자인 경우 부모 또는 법적 보호자) | 오늘 날짜 | 정자체 이름(및 신청인이 미성년일 경우 신청인과의 관계) |
| 신청인(신청인이 미성년자인 경우 부모 또는 법적 보호자) | 오늘 날짜 | 정자체 이름(및 신청인이 미성년일 경우 신청인과의 관계) |
| 신청인의 배우자/동거인의 서명(신청하는 경우) | 오늘 날짜 | 정자체 이름 |
| 신청인의 부모/의붓부모의 서명(신청하는 경우) | 오늘 날짜 | 정자체 이름 |
| 신청인의 부모/의붓부모의 서명(신청하는 경우) | 오늘 날짜 | 정자체 이름 |
| 만 18세 이상 가족 구성원의 서명(신청하는 경우) | 오늘 날짜 | 정자체 이름 |
| 만 18세 이상 가족 구성원의 서명(신청하는 경우) | 오늘 날짜 | 정자체 이름 |
| 만 18세 이상 가족 구성원의 서명(신청하는 경우) | 오늘 날짜 | 정자체 이름 |
| 만 18세 이상 가족 구성원의 서명(신청하는 경우) | 오늘 날짜 | 정자체 이름 |
| 만 18세 이상 가족 구성원의 서명(신청하는 경우) | 오늘 날짜 | 정자체 이름 |
| 만 18세 이상 가족 구성원의 서명(신청하는 경우) | 오늘 날짜 | 정자체 이름 |
| 만 18세 이상 가족 구성원의 서명(신청하는 경우) | 오늘 날짜 | 정자체 이름 |
| 만 18세 이상 가족 구성원의 서명(신청하는 경우) | 오늘 날짜 | 정자체 이름 |

C12900-FF-KO_0626

주 신청인의 이니셜 _____

## 파트 6(b) – 승인, 기간 및 조건

다음 약관을 주의 깊게 읽으십시오. 만 18세 이상의 각 신청인은 작성된 신청서를 검토한 후 자신의 승인 및 서명을 제공해야 합니다. 본 신청서 사본을 기록용으로 보관하십시오.

1. **보장 신청**: 귀하에게 현재 자격이 없는 경우, Blue Shield of California 또는 Blue Shield of California Life & Health Insurance Company(해당되는 경우)는 귀하의 보장 신청서를 거부할 수 있습니다. 귀하의 신청서는 Blue Shield가 승인해야 하며, 보장 발효일이 지정된 후에 보장이 유효하게 됩니다. 원활한 가입을 위해 중개인을 이용하는 경우 중개인이 받는 보상금은 귀하의 총 월 보험료에 따른 비율로 산정됩니다. 보상금은 Blue Shield가 지급합니다. 월 보험료는 중개인 이용 여부에 관계 없이 동일합니다. 중개인은 일정한 판매 목표를 달성한 경우 보너스를 받을 수도 있습니다.

2. **첫 달 회비/보험료**: Blue Shield에 신청서 제출 시 첫 달 회비/보험료를 납부해야 합니다. **buyblueshieldca.com**에 방문하거나 판매 대리인에게 연락하여 예상 월 회비/보험료를 확인하십시오. 납부 방법은 파트 8을 참조하십시오. 회비/보험료를 완납하지 못할 경우 귀하의 신청서는 반환될 것입니다. 납부금을 처리한다고 해서 Blue Shield나 Blue Shield Life가 귀하의 신청서를 승인하는 것은 아님에 유의하십시오. 귀하에게 현재 보장에 가입할 자격이 없는 경우, 신청서와 함께 납부한 회비/보험료는 처리되지 않습니다. 수표를 동봉한 경우 수표는 폐기 처리됩니다.

3. **납부 기한이 지난 회비/보험료**: Blue Shield는 새로운 보장 발효일에 전 12개월 동안 납부하지 않은 보장에 대한 회비/보험료를 징수할 권리를 보유하고 있습니다.

4. **회비/보험료**: 회비/보험료는 납부 기한까지 완납해야 합니다. 법에 따라, 그리고 *Evidence of Coverage(EOC, 보장범위 증서) 및 의료 서비스 계약*/보험증권에 명시된 대로 유예 기간 안에 회비/보험료를 납부하지 않으면 보장은 해지됩니다. 귀하는 의료 서비스에 지출한 전체 금액을 납부할 책임이 있습니다. 또한, 다음 정규 가입 기간 이전에 새로운 보장 신청이 불가할 수 있습니다.

   **(필수 사항)** 이 확인란을 체크함으로써 ☐ 본인은 다음 Blue Shield 보험료 납부 정책을 인정하고 이에 동의합니다. 또한, 본인은 본인 또는 허용 가능한 제삼자 납부자가 본인의 Blue Shield 보장에 대한 향후 모든 보험료를 납부할 것을 서약합니다.

   주 가입자는 Blue Shield of California 및/또는 Blue Shield of California Life & Health Insurance Company(Blue Shield Life)에 회비/보험료를 납부할 책임이 있습니다. Blue Shield of California는 주 가입자, 가족 구성원 또는 법적 보호자나 "허용 가능한 제삼자 납부자" 이외에 다른 개인 또는 법인이 회비/보험료를 직접적 또는 간접적으로 납부하는 것을 허용하지 않습니다. 허용 가능한 제삼자 납부자는 다음과 같습니다.

   - Public Health Services Act(공중 보건법) 제XXVI편에 따른 Ryan White 인간 면역 결핍 바이러스(HIV)/후천성면역결핍증(AIDS) 프로그램
   - 인디언 부족, 부족 단체 또는 도시 인디언 단체
   - 비용을 대신 지불하는 정부 프로그램의 감독을 받는 수혜자를 포함한 합법적 지역, 주 또는 연방 정부 프로그램
   - 플랜 연도에 대해 납부를 보증하며, 분명하게 규정된 재정 상태 기준으로 지원이 제공되며 건강 상태는 고려되지 않고, 조직이 의료 제공자와 제휴하지 않으며, 조직이 건강 플랜 청구의 지급과 재정적 이해관계가 없는 경우, 선의의 자선 조직 및 가입자와 연관된 조직(즉, 교회 또는 고용인). 재정적으로 이해관계가 있는 기관/조직에는 건강 보험 청구 지급에 금전적 이해관계가 있는 단체에서 자금 대부분을 받는 기관/조직 또는 건강 보험 청구 지급에 금전적 이해관계가 있는 단체의 지배를 직접적 또는 간접적으로 받는 기관/조직이 포함됩니다.

     주 가입자 또는 위에 나열된 개인이나 단체 이외의 개인이나 단체가 회비/보험료를 직접적 또는 간접적으로 납부한 것으로 확인되면 Blue Shield of California는 납부를 거부하고 주 가입자에게 납부가 수락되지 않았으며 회비/보험료가 미납된 상태임을 알릴 권리를 보유합니다. 납부를 처리해도 Blue Shield of California가 본 정책에 따른 납부 및 향후 납부를 거부할 권리를 포기하는 것이 아닙니다.

C12900-FF-KO_0626

주 신청인의 이니셜 _____

5. **보장 발효일**: 귀하에게 보장에 가입할 자격이 있을 경우, Blue Shield는 귀하에게 보장 발효일을 통지합니다. 추가로 지급해야 할 회비/보험료가 있을 경우, 보험 발효일 이전에 완납해야 합니다. 보장 발효일 이전이나 보장 취소 또는 보장 해지 이후에 발생한 비용은 보장되지 않습니다.

   특별 가입 기간의 보장 발효일은 정규 가입 기간과 다를 수 있습니다. 보장 발효일은 Blue Shield가 지정하며, 법에 따라 특별 가입 기간 중 신청서 접수일 이후 다음 달 1일이나 신생아의 경우 출생일이 될 수 있습니다. 특별 가입 기간 및 발효일에 관한 정보는 Blue Shield에 문의하십시오.

6. **신청서 접수**: 귀하는 Blue Shield만 귀하의 신청서를 접수할 수 있고 본 양식에서 요청한 플랜 또는 보험증권 보장을 발행할 수 있음을 이해합니다. 판매 대리인 또는 중개인은 귀하를 보장에 가입하거나 보장을 발행할 수 없고 보장 기간이나 조건을 변경할 수 없습니다.

7. **부모/보호자**: 귀하가 미성년자의 부모이거나 법적 보호자일 경우, 이 파트 6 하단에 신청인을 대신하여 서명하십시오. 부모 또는 법적 보호자로서 귀하는 본 보장과 관련하여 (법에 따라) 신청인을 대신하여 문의하고 조치를 취할 수 있습니다. 또한, 귀하는 회비/보험료 납부와 보장 적용 관련 약관 준수에 대해 전적으로 책임지는 데 동의합니다. 귀하가 신청인의 부모가 아닐 경우, 귀하를 해당 미성년자의 보호자로 지명한 법원 문서를 첨부하십시오. 다음 확인란 중 하나를 체크하여 미성년자(신청인)를 대신하여 조치를 취할 권한이 있는 개인임을 확인하십시오.
   - ☐ 부모만 해당: _____ (이름과 관계 기재) 또는
   - ☐ 법적 보호자만 해당: _____ (이름과 관계 기재) 또는
   - ☐ 적격 의료 아동 지원 명령 지명인 _____ (이름과 관계 기재).
   - ☐ 위에서 확인된 개인의 서면 요청 시에만 Blue Shield가 계약을 변경할 수 있도록 하려면 이 확인란에 체크하십시오.

8. **배우자/동거인에게 변경 권한 부여**: 귀하가 신청인이고 귀하의 배우자/동거인 또한 보장 가입을 신청할 경우, 귀하의 배우자/동거인이 귀하를 대신해서 계약/정책을 변경할 수 있는 권한을 부여할 것인지 명시하십시오. 귀하는 Blue Shield에 서면 요청서를 발송하여 언제든지 이 권한 부여를 중단할 수 있습니다. ☐ **예** ☐ **아니요**

9. **판매 대리인에게 정보 제공/취득 권한 부여**: 이 확인란에 표시하지 않으면 귀하의 보험 판매 대리인, 중개인 또는 보험판매사(이하 "귀하의 대리인")에게 본 신청서에 기재된 모든 정보에 접근할 수 있는 권한을 부여하게 됩니다. 대리인에게 이러한 권한을 부여하고 **싶지 않은** 경우, 이 확인란에 체크하십시오. ☐

10. **개인 및 건강 정보를 제삼자에게 공개할 수 있도록 Blue Shield에 권한을 부여하는 절차**: 귀하의 배우자, 동거인 또는 제삼자에게 귀하의 개인 의료 정보에 접근할 수 있는 권한을 부여하려면 Authorization for the Use or Disclosure of Health Information(의료 정보의 사용 또는 공개 승인)이라는 제목의 양식을 작성하십시오. 본 양식은 **blueshieldca.com/privacy**에 방문하거나 **(888) 256-3650**번으로 전화하여 받으실 수 있습니다.

11. **캘리포니아 주법은 건강 보험사가 건강 보험 보장 취득 조건으로 HIV 검사를 요구하거나 사용하는 것을 금지합니다.**

12. **요청한 정보에 대한 응답**: 귀하는 본 보장 가입 신청서에 기재한 정보를 확인하기 위해 요청받은 문서와 기타 정보(피부양자에게 보장을 제공할 것을 지시하는 법원 명령서 등)를 제출하거나 이에 접근하게 함으로써 Blue Shield(또는 해당되는 경우 Blue Shield Life)에 협조하는 데 동의합니다. 귀하는 이러한 요청받은 문서 또는 정보를 제출하지 않거나 제출을 거부할 경우, 귀하의 보장을 취소 또는 해지하거나 신청서를 거부할 수 있는 원인이 될 수 있음을 알고 있으며 이에 동의합니다.

13. **자료 및 통신문을 인쇄물 대신 전자적 수단으로 수신:** 해당되는 경우 귀하는 필요한 혜택 플랜 및 보장 관련 자료와 안내를 **blueshieldca.com/policies**에서 이메일을 이용하거나 Blue Shield 웹사이트 **blueshieldca.com**에 로그인하여 받게 됩니다 전자 방식으로 이용 가능한 문서는 다음 사항을 포함합니다.
   - Blue Shield 주 가입자 신분증(ID) 카드
   - 혜택 명세서(SOB)
   - 혜택 및 보장 요약(SBC)
   - Evidence of Coverage 및 의료 서비스 계약(EOC)/보험증권

C12900-FF-KO_0626

- 치과 혜택 및 보장 요약(SDBC)
  귀하는 언제든지 비용을 지불하지 않아도 우편으로 발송하는 인쇄물을 받을 권리가 있습니다. 우편으로 인쇄물을 받거나, 이메일을 통한 통신문을 취소하거나, 질문이 있는 경우 **(888) 256-3650**번으로 전화해주십시오.

14. **가상 주치의(PCP):** 귀하는 가입 시 유효한 주치의(PCP)를 직접 선택하지 않고 Trio HMO 플랜을 선택한 경우, 가입에 따라 가상 PCP가 자동으로 지정될 수 있다는 데 동의합니다. 가상 PCP는 직접 진료하는 PCP와 유사한 광범위한 치료를 제공하기 위해 화상 또는 전화를 통한 원격 진료 서비스의 이점을 제공합니다. 가상 PCP는 Trio 의료 서비스 제공자 네트워크 내에서 필요한 전문의와 대면 치료를 포함한 모든 치료를 조정합니다. 전문의나 대면 치료를 받으려면 가상 PCP의 추천이 필요합니다.

C12900-FF-KO_0626

주 신청인의 이니셜 _____

**저는 본 신청서에 기재된 본인과 관련된 모든 응답을 검토했습니다. 본인은 해당되는 경우 혜택 요약(SOB), 혜택 및 보장 요약(SBC), 위에 명시된 보장 약관 및 승인서를 읽었습니다. 본인은 아래에 서명함으로써 본 신청서에 기재된 정보가 본인이 알고 있는 한 완전하고 정확함을 인정하며, 보장 약관과 본인이 허용한 승인 사항을 이해하고 동의합니다. (중요: 각 성인 신청인은 자신의 서명을 제공해야 합니다.)** 본인은 Blue Shield에 가입하기 전에 본 신청서에 기재된 것과 다르거나 변경된 사항이 있을 경우, 해당 사항을 Blue Shield에 반드시 통지해야 함을 이해합니다.

| | | |
|---|---|---|
| 신청인(신청인이 미성년자인 경우 부모 또는 법적 보호자) | 오늘 날짜 | 정자체 이름(및 신청인이 미성년자인 경우 신청인과의 관계) |
| 신청인(신청인이 미성년자인 경우 부모 또는 법적 보호자) | 오늘 날짜 | 정자체 이름(및 신청인이 미성년자인 경우 신청인과의 관계) |
| 신청인의 배우자/동거인의 서명(신청하는 경우) | 오늘 날짜 | 정자체 이름 |
| 신청인의 부모/의붓부모의 서명(신청하는 경우) | 오늘 날짜 | 정자체 이름 |
| 신청인의 부모/의붓부모의 서명(신청하는 경우) | 오늘 날짜 | 정자체 이름 |
| 만 18세 이상 가족 구성원의 서명(신청하는 경우) | 오늘 날짜 | 정자체 이름 |
| 만 18세 이상 가족 구성원의 서명(신청하는 경우) | 오늘 날짜 | 정자체 이름 |
| 만 18세 이상 가족 구성원의 서명(신청하는 경우) | 오늘 날짜 | 정자체 이름 |
| 만 18세 이상 가족 구성원의 서명(신청하는 경우) | 오늘 날짜 | 정자체 이름 |
| 만 18세 이상 가족 구성원의 서명(신청하는 경우) | 오늘 날짜 | 정자체 이름 |
| 만 18세 이상 가족 구성원의 서명(신청하는 경우) | 오늘 날짜 | 정자체 이름 |
| 만 18세 이상 가족 구성원의 서명(신청하는 경우) | 오늘 날짜 | 정자체 이름 |
| 만 18세 이상 가족 구성원의 서명(신청하는 경우) | 오늘 날짜 | 정자체 이름 |

**중요: 당사는 연간 정규 가입 기간 중 서명한 날짜로부터 30일 이내 또는 적격 사유가 발생한 때로부터 60일 이내에 반드시 신청서를 접수해야 합니다.**

C12900-FF-KO_0626

주 신청인의 이니셜 _____

## 파트 7 – 보험판매사 정보: Blue Shield 공인 판매 대리인이 작성할 사항

1. 귀하가 본 신청서를 작성했습니까? ☐ 예 ☐ 아니요

2. '예'인 경우, 본 신청서의 각 질문을 명시된 대로 정확하게 질문했습니까? ☐ 예 ☐ 아니요

3. 응답을 들은 그대로 정확히 기록했습니까? ☐ 예 ☐ 아니요, 설명을 작성하십시오.

4. *Evidence of Coverage 및 의료 서비스 계약*/보험증권을 주 가입자에게 직접 보내고 싶으십니까? ☐ 예 ☐ 아니요

| | | | |
|---|---|---|---|
| 보험판매사 이름(수수료를 발급받을 단체/개인) | | | |
| 이메일 주소 | ☐이메일 업데이트 | 보험판매사 번호 | |
| 전화번호 | ☐전화 업데이트 | 팩스 번호 | ☐ 팩스 업데이트 |
| 보험판매사 주소 | | | ☐ 주소 업데이트 |
| 도시 | | 주 | 우편번호 |
| 최고 보험판매사 이름 | | 최고 보험판매사 번호 | |

**판매 대리인, 중개인, 상품 판촉인, 판촉 기업, 또는 본 신청서 제출을 도운 대리인으로서 본인은 아래에 서명함으로써 본인이 아는 한 본 신청서의 정보가 완전하고 정확하다는 것을 확인합니다. 본인은 신청인에게 이해하기 쉬운 언어로 부정확한 정보 제공 시 위험성이 있다는 것을 설명했으며 신청인은 그 설명을 이해했습니다.**
**서명인이 거짓임을 알고 있는 중요한 정보를 고의로 진실이라고 선언한 경우, 해당 서명인은 현행 법에 따라 부과되는 벌금 또는 배상금 외에도 최대 일만 달러($10,000)의 민사상 처벌을 받아야 합니다.**

| 보험판매사 서명(필수 사항) | 오늘 날짜(필수 사항) | 정자체 이름 |
|---|---|---|

**보험판매사**: 신청서의 모든 파트를 작성했는지 확인하십시오. 누락되거나 불완전한 정보가 있을 경우, Blue Shield는 신청인에게 직접 연락하여 완전한 정보를 얻을 수 있습니다.

## 파트 8 – 청구서 및 납부 정보

**예상 월 회비/보험료 산정 방법:**

- **buyblueshieldca.com**에 방문하여 예상 보험료를 알아보거나 담당 판매 대리인에게 문의하여 예상 회비/보험료를 알아보십시오.
- 신청서 제출 시 첫 달 회비/보험료를 납부해야 합니다.
- Blue Shield는 모든 보장 발효일 전에 최종 회비/보험료를 고지합니다. 최종 금액이 예상 회비/보험료와 차이가 있어 차액을 납부해야 하는 경우, 반드시 보장 발효일 전에 납부해야 합니다.

**납부 방법**

귀하의 첫 달 회비/보험료는 수표* 또는 우편환을 제출하여 납부할 수 있습니다.

* 수표로 납부 시 가입자는 Blue Shield에 가입자의 계좌로부터 1회 전자 자금 이체를 하거나 수표 거래로 납부를 처리할 수 있도록 해당 가입자의 수표 정보를 사용할 수 있는 권한을 부여합니다. 당사가 전자 자금 이체를 위해 가입자의 수표에서 해당 정보를 사용할 경우, 가입자의 신청처를 승인하는 날짜에 가입자의 계좌에서 요금이 출금되며, 가입자는 금융 기관으로부터 수표를 돌려받을 수 없습니다.

C12900-FF-KO_0626

## 캘리포니아 카운티별 지역 HICAP 사무소

Alameda 카운티
333 Hegenberger Rd., Ste. 850
Oakland, CA 94621
(510) 839-0393

Alpine, Amador, Calaveras, Mariposa,
및 Toulumne 카운티
19074 Standard Rd., Ste. A
Sonora, CA 95370
(209) 532-6272, 내선 222

Butte, Colusa, Glenn, Plumas
및 Tehama 카운티
25 Main St., Room 202
Chico, CA 95929-0799
(530) 898-6716

Contra Costa 카운티
400 Ellinwood Way
Pleasant Hill, CA 94523
Contra Costa 내 유선
전화: (800) 510-2020
주 외부: (925) 655-1393

Del Norte 카운티
1765 Northcrest Drive
Crescent City, CA 95531
(707) 464-7876

El Dorado, Nevada, Placer, Sacramento,
San Joaquin, Sierra, Sutter, Yolo 및
Yuba 카운티
505 12th St.
Sacramento, CA 95814
(800) 434-0222
(916) 376-8915

Fresno 및 Madera 카운티
5363 N. Fresno St.
Fresno, CA 93710
(559) 224-9117

Humboldt 카운티
333 J St.
Eureka, CA 95501
(707) 444-3000

Imperial 및 San Diego 카운티
5151 Murphy Canyon Rd., Ste. 110
San Diego CA 92123
(858) 565-8772, 사무실 – San Diego
(760) 353-0223, 사무실 – Imperial

Inyo, Mono, Riverside 및
San Bernardino 카운티
2280 Market St., Ste. 140
Riverside, CA 92501
(909) 256-8369

Kern 카운티
5357 Truxtun Ave.
Bakersfield, CA 93301
(661) 868-1000

Kings 및 Tulare 카운티
3350 W. Mineral King
Visalia, CA 93291
(559) 713-2875
(800) 434-0222

Lake, Marin, Mendocino, Napa,
Solano 및 Sonoma 카운티
1129 Industrial Ave., Ste. 201
Petaluma, CA 94954
(800) 434-0222
(707) 526-4108

Lassen, Modoc, Shasta, Siskiyou
및 Trinity 카운티
1647 Hartnell Ave., Ste. 8
Redding, CA 96002
(530) 223-0999

Los Angeles 카운티
4601 Wilshire Blvd., Ste. 160
Los Angeles, CA 90010
(213) 383-4519
L.A. 카운티 내: (800) 824-0780

Merced 카운티
851 West 23rd St.
Merced, CA 95340
(209) 385-7550

Monterey 카운티
247 Main St.
Salinas, CA 93901
(831) 655-1334

Orange 카운티
2 Executive Circle, Ste. 175
Irvine, CA 92614
(714) 560-0424

San Benito 및 Santa Cruz 카운티
3333 Soquel Dr., Ste. A
Soquel, CA 95073
(831) 462-5510

San Francisco 카운티
601 Jackson St., 2nd floor
San Francisco, CA 94133
(415) 677-7520

San Luis Obispo 및
Santa Barbara 카운티
528 South Broadway
Santa Maria, CA 93454
(805) 928-5663

San Mateo 카운티
1710 S. Amphlett Blvd., Ste. 100
San Mateo, CA 94402
(650) 627-9350

Santa Clara 카운티
3100 De La Cruz Blvd., Ste. 310
San Jose, CA 95054
(408) 350-3200, 옵션 2

Stanislaus 카운티
3500 Coffee Rd., Ste. 19
Modesto CA 95355
(209) 558-4540

Ventura 카운티
4651 Telephone Rd.
Ventura, CA 93003
(805) 477-7310