

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

이 신청서는 Blue Shield 개인 및 가족 플랜(IFP, Individual and Family Plan)보장을 Blue Shield에 직접 신청하기 위한 것입니다. Covered California에서만 판매하는 플랜을 변경하거나 플랜에 가입하려면 Covered California에 문의하셔야 합니다.

(보험판매사  
전용)

마켓 코드

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 또는 팩스: (888) 386-3420. 신청서를 가장 빠르고 효과적으로 제출하시려면 온라인 [buyblueshieldca.com](http://buyblueshieldca.com)에서 작성하십시오. 신청서 작성 시 도움을 받으려면 Blue Shield에 (888) 256-3650으로 전화하거나, 판매 대리인에게 문의하십시오. **박스에 다음과 같이 표시해야 합니다:** ☒

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.

한 가지 선택:  신규 가입 시작  다른 플랜으로 이전  기존 보장에 피부양자 가족 구성원 추가  
기존 보험에 피부양자를 추가 및/또는 플랜 양도를 신청할 경우, 기존 가입자의 Blue Shield 가입자 ID 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 사회 보장 번호/세금 ID 번호

이름		성		중간 이름 이니셜
<input type="checkbox"/> 남성	기혼:	동거인:	생년월일(월/일/년)	
<input type="checkbox"/> 여성	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요		

귀하의 정보를 알려주십시오. 귀하의 인종 및/또는 민족을 어떻게 표현하시겠습니까? 이 정보는 기밀이며 모두가 의료 서비스를 동등하게 이용할 수 있도록 하는 데 사용됩니다. 이 정보는 귀하에게 어떤 의료 서비스가 적합한지 결정하는 데 사용되지 않습니다.

1. 히스패닉계, 라틴계이십니까? (한 가지만 선택)	2. '예'인 경우, 한 가지를 선택해 주십시오:	3. 인종이 무엇입니까? (한 가지 선택)	
<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 알 수 없음 <input type="checkbox"/> 거부함	<input type="checkbox"/> 쿠바인 <input type="checkbox"/> 과테말라인 <input type="checkbox"/> 멕시코인, 멕시코계 미국인, 치카노 <input type="checkbox"/> 푸에르토리코인 <input type="checkbox"/> 살바도르인 <input type="checkbox"/> 두 가지 이상의 민족 <input type="checkbox"/> 기타 히스패닉, 라틴계, 스페인 사람: _____	<input type="checkbox"/> 미국 원주민 또는 알래스카 원주민 <input type="checkbox"/> 아시아계 인도인 <input type="checkbox"/> 흑인 또는 아프리카계 미국인 <input type="checkbox"/> 캄보디아인 <input type="checkbox"/> 중국인 <input type="checkbox"/> 필리핀인 <input type="checkbox"/> 괌 주민 또는 차모르 <input type="checkbox"/> 몽족 <input type="checkbox"/> 일본인 <input type="checkbox"/> 한국인	<input type="checkbox"/> 라오스인 <input type="checkbox"/> 하와이 원주민 <input type="checkbox"/> 사모아인 <input type="checkbox"/> 베트남인 <input type="checkbox"/> 백인 <input type="checkbox"/> 두 가지 이상의 인종 <input type="checkbox"/> 기타 <input type="checkbox"/> 알 수 없음 <input type="checkbox"/> 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 작성해 주십시오.

선호하는 연락 방식: <input type="checkbox"/> 이메일 <input type="checkbox"/> 서류	신청인의 휴대 전화번호
신청인의 기타 전화번호(휴대전화 외)	신청인의 직장 전화번호

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

**파트 1 - 주 신청인 건강 보장 정보(계속):**

현재 Blue Shield 에 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

**건강 플랜 옵션(하나의 박스에만 체크):**

**Blue Shield of California 플랜:**

**Exclusive PPO 플랜**

- Blue Shield Platinum 90 PPO
- Blue Shield Gold 80 PPO
- Silver 70 Off Exchange PPO
- Silver 1750 PPO
- Blue Shield Bronze 60 PPO
- Blue Shield Minimum Coverage PPO

**HDHP 플랜** - 당사의 높은 공제액의 건강 플랜은 Health Savings Account(HSA, 건강 저축 계좌)와 연결할 수 있습니다

- Blue Shield Bronze 60 HDHP PPO
- Silver 2600 HDHP PPO

**Trio HMO 플랜**

- Blue Shield Platinum 90 Trio HMO
- Blue Shield Gold 80 Trio HMO
- Silver 70 Off Exchange Trio HMO
- Bronze 7500 Trio HMO

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

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

참고: 혜택 및 보장 요약(SBC)은 모든 의료 플랜에 제공됩니다. 이 문서에는 각 플랜의 보장 및 혜택 내용이 요약되어 있습니다.

신청한 플랜에 대한 SBC 양식을 다운로드하려면 [blueshieldca.com/policies](http://blueshieldca.com/policies)에서 로그인하십시오.

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

선호 언어 표시:  영어  스페인어  중국어  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 가입자 ID 번호를 아는 경우 기재하십시오:

귀하 또는 이번에 보장을 신청하는 사람 중에 Medicare 보장에 가입 자격이 있는 사람 및/또는 가입한 사람이 있습니까?  예  아니요

'예'인 경우,  가입 자격 있음 또는  가입함 중 선택하십시오. 해당 신청인의 이름을 작성하십시오:

**파트 2 - 주 신청인 보조 플랜 선택**

귀하의 건강 보장을 보조하기 위해 치과 플랜, 안과 플랜 또는 치과 + 안과 패키지 및/또는 생명 보험도 구매할 수 있습니다. 치과, 안과, 치과 + 안과 플랜, 및/또는 생명 보험은 의료 보장 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:
<input type="checkbox"/> Dental HMO	<input type="checkbox"/> Enhanced Dental PPO 50/2000	<input type="checkbox"/> Ultimate Vision 15/25/120*	<input type="checkbox"/> Specialty Duo <sup>SM</sup> 치과 + 안과 패키지*
<input type="checkbox"/> Dental Standard HMO	<input type="checkbox"/> Enhanced Dental PPO 50/2000 Lifetime	<input type="checkbox"/> Ultimate Vision 15/25/150*	
<input type="checkbox"/> Dental PPO	<input type="checkbox"/> Ortho 1500		
<input type="checkbox"/> Dental PPO 1500			

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

Dental HMO Plans만 해당 - [blueshieldca.com/fad](http://blueshieldca.com/fad)를 방문하여 치과 의료진을 찾거나 문의사항이 있는 경우 (888) 256-3650으로 전화해주시요. Dental HMO 및 Dental Standard HMO 플랜은 Butte, Humboldt, Lake, Lassen, Nevada, Shasta, Sutter, Tehama, Marin, Napa, San Luis Obispo, 및 Santa Barbara 카운티에서는 이용하실 수 없습니다.

치과 의료진 이름:	치과 의료진 번호
------------	-----------

생명 보험\* 옵션: 생명 보험은 1세~64세의 신청인이 가입 가능합니다. 보장 금액은 최소 \$10,000부터 최대 \$100,000까지 제공됩니다. \$50,000 이상 보험금에는 특정 조건이 적용됩니다. 생명 보장을 구매하려면 별도의 생명 보험 신청서를 작성해야 합니다. 생명 보험료 확인이나 보장 신청은 당사 웹사이트 [blueshieldca.com/term-life](http://blueshieldca.com/term-life)에 방문해주시요.

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

참고: 치과 혜택 및 보장 요약(SDBC) 양식은 모든 치과 플랜에 제공됩니다. 이 양식에는 각 플랜의 보장 및 혜택 내용이 요약되어 있습니다. 신청한 치과 플랜에 대한 SDBC 양식을 다운로드하려면 [blueshieldca.com/policies](http://blueshieldca.com/policies)에서 로그인하십시오.

**파트 3(a) - 배우자/동거인 피부양자 신청인 정보**

<input type="checkbox"/> 배우자 <input type="checkbox"/> 동거인	성별: <input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 여성	생년월일(월/일/년)
---	--	-------------

신청인의 사회 보장 번호/세금 ID 번호

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

이름	중간 이름 이니셜
----	-----------

성

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

선호하는 연락 방식: <input type="checkbox"/> 이메일 <input type="checkbox"/> 지류	신청인의 휴대 전화번호	신청인의 기타 전화번호(휴대전화 외)
---	--------------	----------------------

**신청인의 이메일 주소(전자적 의사소통을 위해 필요함)**

본인은 Blue Shield 및 소속 업체 및 판매 대리인이 본인 배우자/동거인의 계정 및 우리가 이용 가능한 여러 건강 및 웰니스 프로그램, 나와 나의 피부양자에게 혜택을 줄 수 있는 기타 프로모션 정보에 관해 알리기 위해 본 양식에 작성한 번호 목록으로 전화 또는 문자 메시지를 이용해 의사소통하는 등의 방법을 통해 자동 발신 또는 인공/사전 녹음된 음성으로 본인 배우자/동거인에게 연락할 수 있음에 대해 본인 배우자/동거인을 대신하여 동의할 권한을 부여받았습니다.  예  아니요

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

<input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 여성	관계:	(예, 아들/딸)	생년월일(월/일/년)
--	-----	-----------	-------------

신청인의 사회 보장 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(c) - 피부양 자녀 2 신청 정보**

<input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 여성	관계:	(예, 아들/딸)	생년월일(월/일/년)
--	-----	-----------	-------------

신청인의 사회 보장 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(d) - 피부양 자녀 3 신청 정보**

<input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 여성	관계:	(예, 아들/딸)	생년월일(월/일/년)
--	-----	-----------	-------------

신청인의 사회 보장 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(e) - 피부양 자녀 4 신청 정보**

<input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 여성	관계:	(예, 아들/딸)	생년월일(월/일/년)
--	-----	-----------	-------------

신청인의 사회 보장 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(f) - 피부양 자녀 5 신청 정보**

<input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 여성	관계:	(예, 아들/딸)	생년월일(월/일/년)
--	-----	-----------	-------------

신청인의 사회 보장 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 6 신청 정보**

<input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 여성	관계:	(예, 아들/딸)	생년월일(월/일/년)
--	-----	-----------	-------------

신청인의 사회 보장 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 7 신청 정보**

<input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 여성	관계:	(예, 아들/딸)	생년월일(월/일/년)
--	-----	-----------	-------------

신청인의 사회 보장 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 8 신청 정보** - 8명이 넘는 피부양 자녀가 보장을 신청할 경우, 여러분의 페이지를 첨부하여 아래에 열거된 모든 정보, 귀하의 서명 그리고 날짜를 기재하십시오. 여러분의 페이지를 첨부할 경우 여기에 체크하십시오.

<input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 여성	관계:	(예, 아들/딸)	생년월일(월/일/년)
--	-----	-----------	-------------

신청인의 사회 보장 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 4 - 부모/계부모 신청인 정보**

부모 또는 계부모 신청인을 추가하려면 주 신청인이 만 26세 이상여야 합니다. 부모/계부모 신청인은 캘리포니아 내에 거주해야 하며 Medicare에 가입할 수 없습니다. 기타 규칙이 적용됩니다. 2명이 넘는 부모/계부모 피부양자가 보장을 신청할 경우, 여분의 페이지를 첨부하여 아래에 열거된 모든 정보, 이들의 서명 그리고 날짜를 기재하십시오. 여분의 페이지를 첨부할 경우 여기에 체크하십시오.

부모 또는 계부모의 역년 총 소득이 \$2,000 미만입니까?

예  아니요

주 신청인이 역년의 부모/계부모 지원의 절반 넘는 양을 제공합니까?  예  아니요

지침이 필요한 경우 Health Insurance Counseling and Advocacy Program(HICAP, 건강 보험 상담 및 옹호 프로그램)에 연락하실 수 있습니다. HICAP는 캘리포니아의 노인들을 위한 건강 보험 상담을 제공합니다. HICAP은 캘리포니아 주에서 무료로 제공하는 서비스입니다. 지역 HICAP 사무소를 찾으려면 주 전체 HICAP 번호 **(1-800-434-0222)**로 전화하거나 이 신청서의 마지막에 있는 지역 HICAP 프로그램 목록을 참조하십시오. 다양한 보험회사에서 판매하는 정책을 비교하는 요금 안내서를 이용하실 수 있습니다. Department of Managed Health Care(관리보건국) 소비자 무료 전화번호**(1-888-466-2219)** 또는 Health Insurance Counseling and Advocacy Program(HICAP) 무료 전화번호**(1-800-434-0222)**로 전화하거나 Department of Managed Health Care 웹사이트([www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov))를 통해 이 요금 가이드의 사본을 입수하실 수 있습니다.

**파트 4(a) - 부모/계부모 신청인 정보**

<input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 여성	관계: (예: 부모/계부모)	생년월일(월/일/년)
--	-----------------	-------------

신청인의 사회 보장 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/계부모 신청인의 거주지는 주 신청인과 동일합니까?  예  아니요

'아니요'인 경우, 신청인은 어디에 거주합니까? (우편 번호 및 주를 포함한 주소)

**파트 4(b) - 부모/계부모 신청인 정보**

<input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 여성	관계: (예: 부모/계부모)	생년월일(월/일/년)
--	-----------------	-------------

신청인의 사회 보장 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/계부모 신청인의 거주지는 주 신청인과 동일합니까?  예  아니요

'아니요'인 경우, 신청인은 어디에 거주합니까? (우편 번호 및 주를 포함한 주소)

**파트 5 - 정보 공개 권한 부여**

귀하는 본 양식에 서명함으로써 의료 서비스 계약/정책에 따라 청구를 처리하고 혜택을 관리할 목적으로 의료 서비스 제공 기관, 보험사, 보험 지원 단체, 건강 플랜 또는 귀하의 보험 판매 대리인이 귀하 및/또는 피부양자의 의료 정보를 Blue Shield of California 또는 Blue Shield of California Life & Health Insurance Company(통칭, Blue Shield)에 제공할 수 있는 권한을 부여하게 됩니다.

또한, 귀하는 아래에 서명함으로써 혜택에 대한 모든 청구를 조사하거나 평가할 목적으로 Blue Shield가 해당 의료 정보를 의료 서비스 제공 기관, 보험사, 자가 보험자, 보험 지원 단체, 건강 플랜 또는 귀하의 보험 판매 대리인에게 공개할 수 있는 권한을 부여하게 됩니다. 이러한 권한 부여에 준해 사용하고 공개된 의료 정보는 재공개될 수 있으며, 연방 건강 정보 사생활 보호법의 보호를 더는 받지 못할 수도 있습니다.

귀하는 이 권한 부여에 서명하지 않을 권리가 있습니다. 권한 부여 서명 없이는 사실상 플랜을 처리할 수 없습니다.

귀하는 서명 후 본 권한 부여 사본을 가질 권리가 있습니다.

**유효 기간:** 본 권한 부여의 유효 기간: 1) 신청서를 처리하고, 복원 요청을 처리하고, 또는 혜택의 변경 요청을 처리할 목적으로 본 권한을 부여한 날로부터 삼십(30) 개월 동안, 2) 보장 적용 기간에 발생한 청구 처리에 필요한 만큼의 기간, 그리고 3) 의료 서비스 계약/정책에 따른 기타 모든 활동에 대한 보장 적용 기간.

**철회권:** 저는 철회 통지서를 Blue Shield에 제출함으로써 언제든지 본 권한 부여를 철회할 수 있음을 이해하고 있습니다. 저는 본 권한 부여를 철회하더라도 Blue Shield가 저의 철회 통지서를 수신하기 전 본 권한 부여와 관련하여 취했던 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/계부모(신청하는 경우)	오늘 날짜
신청인의 부모/계부모(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
만 18세 이상의 신청인	오늘 날짜

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



**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. 이 신청서 사본을 보관하십시오.

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

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

신청인(신청인이 미성년자인 경우 부모 또는 법적 보호자)	오늘 날짜	정자체 이름(그리고 신청인이 미성년일 경우 그와의 관계)
신청인(신청인이 미성년자인 경우 부모 또는 법적 보호자)	오늘 날짜	정자체 이름(그리고 신청인이 미성년일 경우 그와의 관계)
신청인의 배우자/동거인의 서명(신청하는 경우)	오늘 날짜	정자체 이름
신청인의 부모/계부모의 서명(신청하는 경우)	오늘 날짜	정자체 이름
신청인의 부모/계부모의 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
만 18세 이상 가족 구성원의 서명(신청하는 경우)	오늘 날짜	정자체 이름
만 18세 이상 가족 구성원의 서명(신청하는 경우)	오늘 날짜	정자체 이름

**파트 6(b) - 승인, 기간 및 조건**

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

- 1. 보장 신청:** 귀하가 현재 자격이 없을 경우, Blue Shield of California 또는 Blue Shield of California Life & Health Insurance Company(해당될 경우)는 귀하의 보장 신청서를 거절할 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 월보험료의 비율로 산정됩니다. 보상금은 Blue Shield가 지급합니다. 월 보험료는 중개인을 통하든 통하지 않든 동일합니다. 추가로, 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](http://buyblueshieldca.com)에 방문하거나 판매 대리인에게 연락하여 예상 월간 회비/보험료를 확인하십시오. 납부 방법은 파트 8을 참조하십시오. 회비/보험료를 완납하지 못할 경우 귀하의 신청서는 반환될 것입니다. 납부금을 처리하는 것이 Blue Shield나 Blue Shield Life가 귀하의 신청서를 승인하는 것은 아님을 유의하십시오. 현재 보장 가입 자격이 없을 경우, 신청서와 함께 납부한 회비/보험료는 처리되지 않습니다. 수표를 동봉한 경우 수표는 폐기 처리됩니다.
- 3. 기일이 지난 회비/보험료:** Blue Shield는 새로운 보장 발효일에 앞선 12개월 동안 납부하지 않은 회비/보험료를 받을 권리를 보유하고 있습니다.
- 4. 회비/보험료:** 회비/보험료는 마감일까지 완납해야 합니다. 법에 따라, 그리고 *보장범위 증서 및 의료 서비스 계약/정책*에 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)** 이 박스 를 체크함으로써, 저는 다음 Blue Shield 보험료 납부 정책을 인정하고 동의합니다. 또한, 저는 저 또는 허용 가능한 제삼자 납부자가 저의 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 가입자, 가족 구성원 또는 법적 보호자 또는 "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) 제 XXVI 편에 따른 Ryan White HIV/AIDS 프로그램
- 인디언 부족, 부족 단체 또는 도시 인디언 단체
- 정부 프로그램의 감독을 받는 수령인을 포함한 합법적 지역, 주 또는 연방 정부의 대납 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.

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

5. **보장 발효일:** 귀하가 보장 가입 자격이 있을 경우, Blue Shield에서는 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 오직 Blue Shield만이 귀하의 신청서를 접수할 수 있고 본 양식에서 요청한 플랜 또는 정책 보장을 발행할 수 있음을 이해합니다. 판매 대리인 또는 중개인은 귀하를 보장에 등록하거나 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 책임질 것을 동의합니다. 귀하가 신청인의 부모가 아닐 경우, 귀하를 해당 미성년자의 보호자로 지명한 법원 문서를 첨부하십시오. 다음 박스의 한 곳에 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 박스에 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. **대리인에게 정보 제공/취득 권한 부여:** 이 박스에 표시하지 않으면 귀하의 보험 판매 대리인, 중개인 또는 보험판매사(이하, "귀하의 대리인")에게 본 신청서에 기재된 모든 정보에 접근할 수 있는 권한을 부여합니다. 대리인에게 이러한 권한을 부여하지 않기를 원할 경우 이 박스에 체크하십시오.
10. **개인 및 건강 정보를 제삼자에게 공개할 수 있도록 Blue Shield에게 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 권한 부여)라는 제목의 양식을 작성하십시오. 이 양식은 [blueshieldca.com/Privacy](http://blueshieldca.com/Privacy)에 방문하거나 (888) 256-3650으로 전화하여 받으실 수 있습니다.
11. **캘리포니아 주법은 건강 보험사가 건강 보험 보장 취득 조건으로 HIV 테스트를 요구하거나 사용하는 것을 금지합니다.**
12. **요청 정보에 대한 응답:** 귀하는 본 보장 가입 신청서에 기재한 정보를 확인하기 위해 요청받은 문서와 기타 정보 (피부양자 보장 제공을 지시하는 법원 명령서 등)를 제출하거나 이에 접근하게 함으로써 Blue Shield(또는 해당될 경우 Blue Shield Life)에 협조할 것을 동의합니다. 이러한 요청받은 문서 또는 정보를 제출하지 않거나 제출을 거부할 경우, 귀하의 보장을 취소하거나 해지하거나 신청서를 거절할 수 있는 원인이 될 수 있음을 귀하는 인식하고 동의합니다.

13. **자료 및 통신문을 인쇄물 대신 전자적 수단으로 수신:** 필요한 혜택 플랜 및 보장 관련 자료 및 통신문을 이메일을 통해서, [blueshieldca.com/policies](https://blueshieldca.com/policies)에, 및/또는 Blue Shield 웹사이트 [blueshieldca.com](https://blueshieldca.com)을 통해서 받게 됩니다. 전자 방식으로 이용 가능한 문서는 다음을 포함합니다:
- Blue Shield 가입자 신분증 (ID) 카드
  - 혜택 명세서(SOB)
  - 혜택 및 보장 요약(SBC)
  - 보장범위 증서 및 의료 서비스 계약(EOC)/정책
  - 초과 혜택 및 보장 요약(SDBC)
- 귀하는 언제든지 추가 비용 없이 우편으로 발송하는 인쇄물을 받을 권리가 있습니다.  
우편으로 인쇄물을 받거나, 이메일을 통한 통신문을 취소하거나, 질문이 있는 경우 **(888) 256-3650**으로 전화해주십시오.
14. 귀하를 보호하려면 캘리포니아법에 따라 이 양식에 다음 사항을 기재해야 합니다.  
보험 보장을 적용 또는 변경하거나 손해배상을 청구하기 위해 고의로 허위 또는 사기성 정보를 제공하는 사람은 범죄자에 해당하며 벌금이 부과되거나 주 교도소에 구금될 수 있습니다.

저는 본 신청서에 기재된 본인과 관련된 모든 응답을 검토했습니다. 저는 혜택 요약(SOB), 혜택 및 보장 요약(SBC) 그리고 해당하는 대로 위에 명시된 보장 약관 및 권한 부여 사항을 읽었습니다. 저는 아래 서명함으로써 본 신청서에 기재된 정보가 제가 알고 있는 한 완전하고 정확함을 인정하고, 보장 약관과 제가 허용한 권한 부여를 이해하고 동의합니다. (중요: 각 성인 신청인은 자신의 서명을 제공해야 합니다.) 저는 Blue Shield에 가입하기 전 본 신청서에 기재된 것과 다르거나 변경된 사항이 있을 경우, 이를 Blue Shield에 반드시 통지해야 함을 이해합니다.

신청인(신청인이 미성년자인 경우 부모 또는 법적 보호자)	오늘 날짜	정자체 이름(그리고 신청인이 미성년일 경우 귀하와의 관계)
신청인(신청인이 미성년자인 경우 부모 또는 법적 보호자)	오늘 날짜	정자체 이름(그리고 신청인이 미성년일 경우 귀하와의 관계)
신청인의 배우자/동거인의 서명(신청하는 경우)	오늘 날짜	정자체 이름
신청인의 부모/계부모의 서명(신청하는 경우)	오늘 날짜	정자체 이름
신청인의 부모/계부모의 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
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 연중 가입 기간 중 서명 날짜로부터 30일 이내 또는 적격 사유가 발생한 때로부터 60일 이내에 반드시 신청서를 접수해야 합니다.**

C12900-FF-KO (9/23)

**파트 7 - 보험판매사 정보: Blue Shield 공인 판매 대리인이 작성**

1. 귀하가 본 신청서를 작성했습니까?  예  아니요

2. '예'일 경우, 명시된 대로 정확하게 본 신청서의 모든 질문 항목을 질문했습니까?  예  아니요

3. 응답을 가감 없이 정확히 기록했습니까?  예  아니요(아래에 이유 설명).

4. 보장범위 증서 및 의료 서비스 계약/정책이 주 가입자에게 직접 발송되기를 원하십니까?  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 저는 아래에 서명함으로써 제가 아는 한 본 신청서의 정보가 완전하고 정확하다는 것을 확인합니다. 저는 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, 해당인은 현행 법에 따라 부과되는 벌금 또는 배상금에 더해 최대 일만 달러(\$10,000)의 민사 처벌을 받아야 합니다.

보험판매사 서명(필수 사항) \_\_\_\_\_ 오늘 날짜(필수 사항) \_\_\_\_\_ 정자체 이름 \_\_\_\_\_

**보험판매사:** 신청서 내 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:**

- 예상 회비/보험료를 파악하려면 [buyblueshieldca.com](http://buyblueshieldca.com)을 방문하거나 담당 판매 대리인에게 문의하십시오.
- 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 납입해야 할 경우, 반드시 보장 발효일 전에 납부해야 합니다.

**납부 방법**

귀하의 첫 달 회비/보험료를 수표\* 또는 머니 오더 제출로 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 출금되며, 가입자는 은행으로부터 수표를 돌려받지 못합니다.

## 캘리포니아 카운티의 지역 HICAP 사무소

Alameda 카운티  
333 Hegenberger Road, Suite 850  
Oakland, CA 94621  
(510) 839 - 0393

Alpine, Amador, Calaveras, Mariposa  
및 Toulumne 카운티  
19074 Standard Road, Ste. A  
Sonora, CA 95370  
(209) 532 - 6272 ext. 226

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

Contra Costa 카운티  
400 Ellinwood Way  
Pleasant Hill, CA 94523  
Contra Costa 내부 유선 전화:  
1- 800 - 510 - 2020  
주 외: 925 - 655 - 1393

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

El Dorado, Nevada, Placer,  
Sacramento, San Joaquin,  
Sutter, Yolo 및 Yuba 카운티  
505 12th Street  
Sacramento, CA 95814  
1- 800 - 434 - 0222  
(916) 376 - 8915

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

Humboldt 카운티  
333 J Street  
Eureka, CA 95501  
707 - 444 - 3000

Imperial 및 San Diego 카운티  
5151 Murphy Canyon Road, Suite 110  
San Diego CA 92123  
(858) 565 - 8772, 사무소 - San Diego  
(760) 353 - 0223, 사무소 - Imperial

Inyo, Mono, Riverside 및 San  
Bernardino 카운티  
9121 Haven Ave, Suite 220  
Rancho Cucamonga, CA 91739  
909 - 256 - 8369 ext. 307

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, Suite 201  
Petaluma, CA 94954  
1- 800 - 434 - 0222  
(707) 526 - 4108

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

Los Angeles 카운티  
520 S. Lafayette Park Place, Suite 214  
Los Angeles, CA 90057  
(213) 383 - 4519  
L.A. 카운티 내: (800) 824 - 0780

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

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

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

San Benito 및 Santa Cruz 카운티  
1777 A Capitola Road  
Santa Cruz, CA 95062  
(831) 462 - 5510

San Francisco 카운티  
601 Jackson Street, 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., Suite 100  
San Mateo, CA 94402  
(650) 627 - 9350

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

Stanislaus 카운티  
3500 Coffee Road  
Suite 19  
Modesto CA 95355  
(209) 558 - 4540

Ventura 카운티  
646 County Square Drive, Suite 100  
Ventura, CA 93003  
805 - 477 - 7310



## NOTICES AVAILABLE ONLINE

### Nondiscrimination and Language Assistance Services

Blue Shield complies with applicable state and federal civil rights laws. We also offer language assistance services at no additional cost.

View our nondiscrimination notice and language assistance notice: [blueshieldca.com/notices](https://blueshieldca.com/notices). You can also call for language assistance services: **(866) 346-7198 (TTY: 711)**.

If you are unable to access the website above and would like to receive a copy of the nondiscrimination notice and language assistance notice, please call Customer Care at **(888) 256-3650 (TTY: 711)**.

### Servicios de asistencia en idiomas y avisos de no discriminación

Blue Shield cumple con las leyes de derechos civiles federales y estatales aplicables. También, ofrecemos servicios de asistencia en idiomas sin costo adicional.

Vea nuestro aviso de no discriminación y nuestro aviso de asistencia en idiomas en [blueshieldca.com/notices](https://blueshieldca.com/notices). Para obtener servicios de asistencia en idiomas, también puede llamar al **(866) 346-7198 (TTY: 711)**.

Si no puede acceder al sitio web que aparece arriba y desea recibir una copia del aviso de no discriminación y del aviso de asistencia en idiomas, llame a Atención al Cliente al **(888) 256-3650 (TTY: 711)**.

### 非歧視通知和語言協助服務

Blue Shield 遵守適用的州及聯邦政府的民權法。同時，我們免費提供語言協助服務。

如需檢視我司的非歧視通知和語言幫助通知，請造訪 [blueshieldca.com/notices](https://blueshieldca.com/notices)。您還可致電尋求語言協助服務：**(866) 346-7198 (TTY: 711)**。

如果您無法造訪上述網站，且希望收到一份非歧視通知和語言幫助通知的副本，請致電客戶服務部，電話：**(888) 256-3650 (TTY: 711)**。