



Đơn đăng ký Tiếp tục Bảo hiểm COBRA

**Blue Shield of California và
Blue Shield of California Life & Health Insurance Company**

Để bảo vệ quý vị, luật pháp California yêu cầu những thông tin sau đây phải xuất hiện trên biểu mẫu này: Bất kỳ người nào cố ý trình bày thông tin sai lệch hoặc gian lận để có được hoặc sửa đổi phạm vi bảo hiểm hoặc để đưa ra yêu cầu bồi thường tổn thất đều là phạm tội và có thể bị phạt tiền và bị giam giữ trong nhà tù tiểu bang.

Thông tin nhân viên

Họ		Tên	Tên đệm viết tắt
Số An Sinh Xã hội	Số ID Blue Shield	Số nhóm/phần (vui lòng kiểm tra thẻ ID Blue Shield)	
Ngày xảy ra sự kiện đủ điều kiện:	Ngày COBRA có hiệu lực:	Ngày cuối cùng làm việc:	

Sự kiện đủ điều kiện (chọn một)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Chấm dứt hoặc giảm giờ làm việc của nhân viên được bảo hiểm | <input type="checkbox"/> Người phụ thuộc là con cái không còn đủ điều kiện tham gia chương trình |
| <input type="checkbox"/> Nhân viên được bảo hiểm ly hôn hoặc ly thân hợp pháp | <input type="checkbox"/> Chấm dứt hợp đồng hoặc giảm số giờ làm vì khuyết tật |
| <input type="checkbox"/> Nhân viên được bảo hiểm được hưởng quyền lợi Medicare | <input type="checkbox"/> Nhân viên được bảo hiểm bị tử vong |

Thành viên được bảo hiểm đủ điều kiện tham gia COBRA phải hoàn thành phần này:

Số An Sinh Xã hội	Số ID Blue Shield	
Họ	Tên	Tên đệm viết tắt
Địa chỉ		
Thành phố	Tiểu bang	Mã ZIP
Số điện thoại		
Ngày sinh:	Giới tính: <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	Đã kết hôn: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không

Hãy cho chúng tôi biết thông tin về quý vị. Vui lòng cho biết chủng tộc hoặc sắc tộc của quý vị? Chọn tất cả các mục thích hợp. 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 tất cả các mục thích hợp: <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"/> Gốc Tây-Bồ, La Tinh, Tây Ban Nha khác:
--	---

3. Vui lòng cho biết chủng tộc của quý vị? (Vui lòng chọn tất cả các mục thích hợp.)

<input type="checkbox"/> Người Mỹ da đỏ hoặc thổ dân Alaska	<input type="checkbox"/> Ấn Độ châu Á	<input type="checkbox"/> Người da đen hoặc người Mỹ gốc Phi
<input type="checkbox"/> Campuchia	<input type="checkbox"/> Trung Quốc	<input type="checkbox"/> Guam hoặc Chamorro
<input type="checkbox"/> Hmong	<input type="checkbox"/> Nhật Bản	<input type="checkbox"/> Hàn Quốc
<input type="checkbox"/> Người Hawaii bản địa	<input type="checkbox"/> Samoa	<input type="checkbox"/> Việt Nam
<input type="checkbox"/> Khác	<input type="checkbox"/> Từ chối	<input type="checkbox"/> Không biết

Nếu HMO/POS, vui lòng cho biết tên bác sĩ chăm sóc chính của quý vị:

Tên của Independent Practice Association (IPA, Hiệp Hội Hành Nghề Độc Lập)/nhóm y tế:	Số điện thoại
---	---------------

Vui lòng cho biết mức bảo hiểm hiện tại mà quý vị muốn tiếp tục:

- Chọn chương trình bảo hiểm y tế: _____ Chọn chương trình bảo hiểm nha khoa: _____
 Nhân khoa: _____

Chữ ký của thành viên đủ điều kiện

Ngày

Liệt kê dưới đây tất cả những người phụ thuộc đủ điều kiện tham gia bảo hiểm

Chỉ những người phụ thuộc trước đây đã đăng ký chương trình cho nhóm thì mới đủ điều kiện nhận bảo hiểm theo COBRA. Để thêm người phụ thuộc trước đây chưa đăng ký vào bảo hiểm của quý vị theo chương trình cho nhóm, vui lòng xem *Evidence of Coverage* (EOC, Chứng Từ Bảo Hiểm) hoặc *Certificate of Insurance* (COI, Thẻ Bảo Hiểm) để biết các quy định thích hợp.

Mối quan hệ	Họ	Tên	Ngày sinh:
Bảo hiểm sức khỏe khác? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu là HMO/POS thì tên của bác sĩ chăm sóc chính: Tên/mã số IPA/Nhóm y tế (MG):		Số An Sinh Xã Hội:

Hãy cho chúng tôi biết thông tin về quý vị. Vui lòng cho biết chủng tộc hoặc sắc tộc của quý vị? Chọn tất cả các mục thích hợp. 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 tất cả các mục thích hợp: <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"/> Gốc Tây-Bồ, La Tinh, Tây Ban Nha khác:
--	---

3. Vui lòng cho biết chủng tộc của quý vị? (Vui lòng chọn tất cả các mục thích hợp.)		
<input type="checkbox"/> Người Mỹ da đỏ hoặc thổ dân Alaska	<input type="checkbox"/> Ấn Độ châu Á	<input type="checkbox"/> Người da đen hoặc người Mỹ gốc Phi
<input type="checkbox"/> Campuchia <input type="checkbox"/> Trung Quốc	<input type="checkbox"/> Philippines	<input type="checkbox"/> Guam hoặc Chamorro
<input type="checkbox"/> Hmong <input type="checkbox"/> Nhật Bản	<input type="checkbox"/> Hàn Quốc	<input type="checkbox"/> Lào
<input type="checkbox"/> Người Hawaii bản địa <input type="checkbox"/> Samoa	<input type="checkbox"/> Việt Nam	<input type="checkbox"/> Người da trắng
<input type="checkbox"/> Khác <input type="checkbox"/> Từ chối	<input type="checkbox"/> Không biết	

Mối quan hệ	Họ	Tên	Ngày sinh:
Bảo hiểm sức khỏe khác? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu là HMO/POS thì tên của bác sĩ chăm sóc chính: Tên/mã số IPA/MG:		Số An Sinh Xã Hội:

Hãy cho chúng tôi biết thông tin về quý vị. Vui lòng cho biết chủng tộc hoặc sắc tộc của quý vị? Chọn tất cả các mục thích hợp. 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 tất cả các mục thích hợp: <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"/> Gốc Tây-Bồ, La Tinh, Tây Ban Nha khác:
--	---

3. Vui lòng cho biết chủng tộc của quý vị? (Vui lòng chọn tất cả các mục thích hợp.)		
<input type="checkbox"/> Người Mỹ da đỏ hoặc thổ dân Alaska	<input type="checkbox"/> Ấn Độ châu Á	<input type="checkbox"/> Người da đen hoặc người Mỹ gốc Phi
<input type="checkbox"/> Campuchia <input type="checkbox"/> Trung Quốc	<input type="checkbox"/> Philippines	<input type="checkbox"/> Guam hoặc Chamorro
<input type="checkbox"/> Hmong <input type="checkbox"/> Nhật Bản	<input type="checkbox"/> Hàn Quốc	<input type="checkbox"/> Lào
<input type="checkbox"/> Người Hawaii bản địa <input type="checkbox"/> Samoa	<input type="checkbox"/> Việt Nam	<input type="checkbox"/> Người da trắng
<input type="checkbox"/> Khác <input type="checkbox"/> Từ chối	<input type="checkbox"/> Không biết	

Mối quan hệ	Họ	Tên	Ngày sinh:
Bảo hiểm sức khỏe khác? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu là HMO/POS thì tên của bác sĩ chăm sóc chính: Tên/mã số IPA/MG:		Số An Sinh Xã Hội:

Hãy cho chúng tôi biết thông tin về quý vị. Vui lòng cho biết chủng tộc hoặc sắc tộc của quý vị? Chọn tất cả các mục thích hợp. 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 tất cả các mục thích hợp: <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"/> Gốc Tây-Bồ, La Tinh, Tây Ban Nha khác:
--	---

3. Vui lòng cho biết chủng tộc của quý vị? (Vui lòng chọn tất cả các mục thích hợp.)		
<input type="checkbox"/> Người Mỹ da đỏ hoặc thổ dân Alaska	<input type="checkbox"/> Ấn Độ châu Á	<input type="checkbox"/> Người da đen hoặc người Mỹ gốc Phi
<input type="checkbox"/> Campuchia <input type="checkbox"/> Trung Quốc	<input type="checkbox"/> Philippines	<input type="checkbox"/> Guam hoặc Chamorro
<input type="checkbox"/> Hmong <input type="checkbox"/> Nhật Bản	<input type="checkbox"/> Hàn Quốc	<input type="checkbox"/> Lào
<input type="checkbox"/> Người Hawaii bản địa <input type="checkbox"/> Samoa	<input type="checkbox"/> Việt Nam	<input type="checkbox"/> Người da trắng
<input type="checkbox"/> Khác <input type="checkbox"/> Từ chối	<input type="checkbox"/> Không biết	

Vui lòng gửi lại đơn đã điền đầy đủ thông tin tới địa chỉ thích hợp bên dưới, tùy theo quy mô của nhóm:

Với nhóm chủ lao động có ít hơn 100 nhân viên:

Gửi đơn đã hoàn thành qua email hoặc qua đường bưu điện tới:
small.group@blueshieldca.com
Blue Shield of California
P.O. Box 3008
Lodi, CA 95241-1912
Fax: (855) 808-8598

Với nhóm chủ lao động có 100 nhân viên trở lên:

Gửi đơn đã hoàn thành qua đường bưu điện tới:
Blue Shield of California
P.O. Box 629014
El Dorado Hills, CA 95762-9014
Fax: (916) 350-8800