Đơn đăng ký tham gia Chương trình Bảo hiểm Sức khỏe Cá nhân và Gia đình Blue Shield

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

Đơn đăng ký này dành cho đăng ký bảo hiểm trực tiếp với Blue Shield cho Blue Shield Chương trình Cá nhân và Gia đình (IFP). Quý vị phải liên hệ với Covered California để sửa đổi hoặc ghi danh vào các chương trình chỉ được bán bởi Covered California. ĐƠN ĐĂNG KÝ THAM GIA PHẢI ĐƯỢC ĐIỀN BẰNG MỰC XANH HOẶC ĐEN, IN HOA CÁC CHỮ CÁI. Vui lòng đảo đảm rằng quý vị trả lời tất cả câu hỏi đầy đủ và chính xác nhất có thể **và bao gồm phí bảo hiểm của tháng đầu tiên** để tránh bị trả lại đơn đăng ký. Nộp TẤT CẢ các trang, từ 1 đến 14, của đơn đăng ký tham gia đầy đủ của quý vị bao gồm bất kỳ tài liệu hỗ trợ nào khác cho Blue Shield Attn: I&B – Applications, P.O. Box 3008, Lodi, CA 95241-9969 hoặc fax: (888) 386-3420. Cách nhanh chóng và hiệu quả nhất là nộp đơn đăng ký trực tuyến tại **buyblueshieldca.com**. Gọi Blue Shield theo số **(888) 256-3650** hoặc liên hệ đại lý của quý vị để được trợ giúp điền đơn đăng ký. **Quý vị nên đánh dấu các ô như sau: ☒**	**(CHỈ DÀNH CHO ĐẠI LÝ CẤP CAO)** MÃ THỊ TRƯỜNG

Lý do đăng ký (chọn một): ☐ Đăng ký mở ☐ Thời gian đăng ký đặc biệt

Bằng cách chọn một sự kiện đủ điều kiện trong thời gian đăng ký đặc biệt, quý vị xác nhận theo tất cả những gì quý vị được biết rằng quý vị đủ điều kiện để đăng ký đặc biệt.

Ngày xảy ra sự kiện cuộc sống đủ điều kiện: _____

Vui lòng giải thích sự kiện cuộc sống đủ điều kiện: _____

Lưu ý: Quý vị phải nộp đơn trong vòng 60 ngày kể từ sự kiện cuộc sống đủ điều kiện để chọn bảo hiểm.

Chọn một: ☐ Bắt đầu đăng ký mới ☐ Chuyển sang chương trình khác ☐ Thêm thành viên gia đình phụ thuộc vào bảo hiểm hiện hữu

Nếu thêm người phụ thuộc vào bảo hiểm hiện hữu và/hoặc yêu cầu chuyển chương trình, vui lòng cung cấp cho mã số ID đăng ký Blue Shield của người đăng ký hiệu hữu: _____

Phần 1 – Thông tin về bảo hiểm sức khỏe của người đăng ký chính

Quý vị có đủ điều kiện để đăng ký chương trình bảo hiểm sức khỏe cá nhân và gia đình Blue Shield nếu quý vị là: cư dân California và chưa ghi danh đăng ký bảo hiểm Medicare. (Các) lựa chọn chương trình bảo hiểm y tế, nha khoa và/hoặc nhãn khoa được chọn cho người đăng ký chính sẽ áp dụng cho tất cả các cá nhân/người phụ thuộc bao gồm trong đơn đăng ký này. Những cá nhân muốn đăng ký một lựa chọn chương trình bảo hiểm khác với của người đăng ký chính phải điền vào một đơn đăng ký riêng và nộp riêng phí/phí bảo hiểm của tháng đầu tiên.

Số An Sinh Xã Hội/Mã số thuế của người đăng ký			
Tên	Họ		Chữ đầu tên đệm
☐ Nam ☐ Nữ	Đã kết hôn: ☐ Có ☐ Không	Bạn đời sống chung: ☐ Có ☐ Không	Ngày sinh (tháng/ngày/năm)

Blue Shield of California is an independent member of the Blue Shield Association C12900-FF-VI_1124

Tên viết tắt của người đăng ký chính _____

Hãy cho chúng tôi biết thông tin về quý vị. Vui lòng mô tả chủng tộc và/hoặc dân tộc của quý vị. Thông tin này được bảo mật và sẽ được sử dụng để đảm bảo rằng mọi người đều được tiếp cận như nhau đến dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Thông tin này sẽ không được sử dụng để quyết định quý vị đủ điều kiện nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe nào.

1. Quý vị có phải là người gốc Tây-Bồ, Gốc La-tinh không? (Chỉ chọn một)	2. Nếu có, vui lòng chọn một câu trả lời:	3. Chủng tộc của quý vị là gì? (chọn một)	
☐ Có ☐ Không ☐ Không rõ ☐ Từ chối trả lời	☐ Người Cuba ☐ Người Guatemala ☐ Người Mexico, Mỹ gốc Mexico, Chicano ☐ Người Puerto Rico ☐ Người El Salvador ☐ 2 Dân tộc trở lên ☐ Gốc Tây-Bồ, La-tinh, Tây Ban Nha khác: _____	☐ Thổ dân Mỹ Da đỏ hoặc Thổ dân Alaska ☐ Người gốc Ấn Độ ☐ Người Mỹ Da đen hoặc người Mỹ gốc Phi ☐ Người Campuchia ☐ Người Trung Quốc ☐ Người Philippines ☐ Người Guam hoặc Chamorro ☐ Người H'Mông ☐ Người Nhật Bản ☐ Người Hàn Quốc	☐ Người Lào ☐ Người Hawaii bản địa ☐ Người Samoa ☐ Người Việt Nam ☐ Người Da Trắng ☐ 2 Chủng tộc trở lên ☐ Khác ☐ Không rõ ☐ Từ chối trả lời Đặt lại

Nếu có những người phụ thuộc phù hợp được bao gồm trong đơn đăng ký của quý vị, tất cả những người phụ thuộc được liệt kê có cùng chủng tộc và/hoặc dân tộc với người đăng ký chính không?
☐ Có ☐ Không Nếu quý vị đã trả lời "Không", vui lòng bổ sung chủng tộc và/hoặc dân tộc của từng người phụ thuộc trong Phần 3.

Phương thức liên hệ ưu tiên: ☐ E-mail ☐ Giấy	Số điện thoại di động của người đăng ký
Số điện thoại khác của người đăng ký (không phải di động)	Số điện thoại cơ quan của người đăng ký

Địa chỉ email của người đăng ký: (Tôi hiểu và đồng ý rằng tôi có thể được liên hệ qua email)

Phần 1 – Thông tin về bảo hiểm sức khỏe của người đăng ký chính (tiếp):

Nếu quý vị hiện đang là thành viên Blue Shield, hãy cung cấp số ID đăng ký:

Địa chỉ nhà (**KHÔNG PHẢI** Hộp Thư Bưu Điện)		Số Căn Hộ
Thành Phố	Tiểu Bang	Mã Bưu Chính
Địa chỉ gửi hóa đơn (nếu khác ở trên)		Số Căn Hộ
Thành Phố	Tiểu Bang	Mã Bưu Chính
Địa chỉ gửi đường bưu điện (nếu khác với địa chỉ nhà)		Số Căn Hộ
Thành Phố	Tiểu Bang	Mã Bưu Chính

C12900-FF-VI_1124

Tên viết tắt của người đăng ký chính _____

Lựa chọn Chương trình bảo hiểm sức khỏe (chỉ đánh dấu vào một ô):
Chương trình của Blue Shield of California:

Đặt lại

Chương trình Exclusive PPO		**Chương trình Trio HMO**
☐ 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	**Chương trình HDHP-** Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe Khấu Trừ Cao của chúng tôi có thể được ghép với một Health Savings Account (HSA, Tài Khoản Tiết Kiệm Y Tế) ☐ Blue Shield Bronze 60 HDHP PPO ☐ Silver 2600 HDHP PPO	☐ Blue Shield Platinum 90 Trio HMO ☐ Blue Shield Gold 80 Trio HMO ☐ Silver 70 Off Exchange Trio HMO ☐ Bronze 7500 Trio HMO

Chọn và chỉ định bác sĩ chăm sóc chính (PCP), nhóm y tế hoặc trung tâm y tế của quý vị. Để biết danh sách các nhà cung cấp tham gia, hãy truy cập **blueshieldca.com/fad**

Lưu ý: Nếu quý vị không chủ động chọn bác sĩ chăm sóc chính (PCP) hợp lệ khi đăng ký và quý vị đã chọn chương trình Trio HMO, quý vị có thể được tự động chỉ định PCP ảo khi đăng ký. PCP ảo cung cấp lợi thế của dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa chỉ thông qua video hoặc điện thoại để cung cấp nhiều dịch vụ chăm sóc tương tự như các PCP trực tiếp. PCP ảo điều phối mọi dịch vụ chăm sóc cho quý vị, bao gồm mọi dịch vụ chăm sóc chuyên khoa và chăm sóc trực tiếp cần thiết trong mạng lưới các nhà cung cấp của Trio. Quý vị sẽ cần phải có giấy giới thiệu từ PCP ảo để có thể gặp bác sĩ chuyên khoa hoặc nhà cung cấp trực tiếp.

Gọi Blue Shield theo số **(888) 256-3650** hoặc liên hệ đại lý của quý vị để được trợ giúp điền đơn đăng ký.

Tên của bác sĩ, nhóm y tế hoặc trung tâm y tế (bắt buộc): _____

Số ID/giấy phép của bác sĩ, nhóm y tế hoặc trung tâm y tế (bắt buộc):_____

Tên của bác sĩ, nhóm y tế hoặc nhóm trung tâm y tế (bắt buộc):_____
Hiện đang là bệnh nhân? (bắt buộc): ☐ Có ☐ Không

Trong thời gian Đăng Ký Mở (OE), quý vị đủ điều kiện hưởng bảo hiểm có hiệu lực từ ngày 1 tháng 1 nếu quý vị nộp đơn trước ngày 31 tháng 12. Nếu quý vị nộp đơn trước ngày 31 tháng 1, quý vị đủ điều kiện hưởng bảo hiểm có hiệu lực từ ngày 1 tháng 2. Trong Thời Gian Đăng Ký Đặc Biệt (SEP), ngày có hiệu lực của quý vị sẽ phụ thuộc vào sự kiện cuộc sống đủ điều kiện và ngày quý vị nộp đơn đăng ký. Để biết thông tin cụ thể, vui lòng truy cập **blueshieldca.com/QEchecklist**.

Để biết thêm thông tin về ngày bảo hiểm của quý vị có hiệu lực, hãy xem Phần 6(b), Mục 5.

Lưu ý: Có sẵn Tóm Tắt về Quyền Lợi và Bảo Hiểm (SBC) cho tất cả các chương trình bảo hiểm y tế. Những tài liệu này tóm tắt bảo hiểm và quyền lợi của các chương trình.
Đăng nhập vào **blueshieldca.com/policies** để tải về SBC cho bất kỳ chương trình nào mà quý vị đăng ký.

Người đăng ký chính hiện có cư trú tại California không? ☐ Có ☐ Không Nếu không, người đăng ký chính đang cư trú ở đâu?

Cho biết ngôn ngữ ưu tiên: ☐ Tiếng Anh ☐ Tiếng Tây Ban Nha ☐ Tiếng Trung ☐ Tiếng Việt ☐ Tiếng Hàn ☐ Khác:

Phương thức liên hệ ưu tiên (đánh dấu chọn một): ☐ Điện thoại nhà riêng/Khác ☐ Điện thoại di động ☐ Điện thoại cơ quan ☐ E-mail ☐ Thư tín thông thường

Đánh dấu ở đây nếu trước đây quý vị đã có bảo hiểm Blue Shield. ☐
Nếu trước đây đã có bảo hiểm, hãy cung cấp số ID đăng ký Blue Shield, nếu biết:

Quý vị hoặc bất kỳ người nào đăng ký bảo hiểm hiện tại có đủ điều kiện và/hoặc đã tham gia bảo hiểm Medicare không? ☐ Có ☐ Không

Nếu có, ☐ Đủ điều kiện hoặc ☐ Đã đăng ký. Vui lòng ghi rõ tên của (những) người đăng ký:

C12900-FF-VI_1124

Tên viết tắt của người đăng ký chính _____

Phần 2 – Lựa chọn chương trình bảo hiểm bổ sung cho người đăng ký tham gia chính

Quý vị cũng có thể mua một chương trình bảo hiểm nha khoa, nhãn khoa hoặc gói nha khoa + nhãn khoa và/hoặc bảo hiểm nhân thọ để bổ sung cho bảo hiểm sức khỏe của mình. Các chương trình bảo hiểm nha khoa, nhãn khoa, nha khoa + nhãn khoa và/hoặc bảo hiểm nhân thọ cũng có thể được mua riêng mà không cần bảo hiểm y tế. Các lựa chọn chương trình nha khoa và nhãn khoa sẽ áp dụng cho tất cả các cá nhân/người phụ thuộc bao gồm trong đơn đăng ký này.

Các lựa chọn chương trình nha khoa và nhãn khoa (vui lòng chỉ chọn một chương trình bảo hiểm nha khoa và/hoặc một chương trình bảo hiểm nhãn khoa HOẶC gói Specialty Duo):

Chương trình bảo hiểm nha khoa:		**Chương trình bảo hiểm nhãn khoa:**	**Gói Nha khoa + Nhãn khoa:**
☐ Dental HMO ☐ Dental Standard HMO ☐ Dental PPO ☐ Dental PPO 1500	☐ Enhanced Dental PPO 50/2000 ☐ Enhanced Dental PPO 50/2000 Lifetime Ortho 1500	☐ Ultimate Vision 15/25/120* ☐ Ultimate Vision 15/25/150*	☐ Gói nha khoa + nhãn khoa Specialty Duo℠* Đặt lại

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

Chỉ dành cho Dental HMO Plans – truy cập **blueshieldca.com/fad** để tìm một nhà cung cấp dịch vụ nha khoa hoặc nếu có thắc mắc, hãy gọi tới số **(888) 256-3650**. Các chương trình bảo hiểm Dental HMO và Dental Standard HMO không được cung cấp tại một số Mã Bưu Chính, đặc biệt ở các quận Butte, Humboldt, Lake, Lassen, Nevada, Shasta, Sutter, Tehama, Marin, Napa, San Luis Obispo, và Santa Barbara.

Tên nhà cung cấp dịch vụ nha khoa:	Số nhà cung cấp dịch vụ nha khoa

Tùy chọn bảo hiểm nhân thọ*: Bảo hiểm nhân thọ dành cho người đăng ký từ 1 đến 64 tuổi. Bảo hiểm được cung cấp theo các mức tiền từ $10,000 tới tối đa $100,000. Có áp dụng các điều kiện nhất định đối với mức quyền lợi từ $50,000 trở lên. Để mua bảo hiểm nhân thọ, quý vị phải hoàn tất một đơn đăng ký bảo hiểm nhân thọ riêng. Để biết mức giá bảo hiểm nhân thọ và đăng ký bảo hiểm, vui lòng truy cập vào trang web của chúng tôi tại **blueshieldca.com/term-life**.

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

Lưu ý: Các mẫu đơn Tóm Tắt về Quyền Lợi và Bảo Hiểm Nha Khoa (SDBC) có sẵn cho tất cả các chương trình bảo hiểm nha khoa. Các mẫu đơn này tóm tắt bảo hiểm và quyền lợi của chương trình. Đăng nhập vào **blueshieldca.com/policies** để tải về các mẫu SDBC cho bất kỳ chương trình nha khoa nào mà quý vị đã đăng ký.

Phần 3(a) – Thông tin của người đăng ký phụ thuộc là vợ/chồng/bạn đời sống chung

☐ Vợ/chồng ☐ Bạn đời sống chung	Giới tính: ☐ Nam ☐ Nữ	Ngày sinh (tháng/ngày/năm)

Số An Sinh Xã Hội/Mã số thuế của người đăng ký

Nếu khác với của người đăng ký chính, người phụ thuộc này thuộc chủng tộc và/hoặc dân tộc nào?

Tên	Họ	Chữ đầu tên đệm

Nơi cư trú của vợ/chồng/bạn đời sống chung có cùng với nơi cư trú của người đăng ký chính không? ☐ Có ☐ Không
Nếu không, người đăng ký này sống ở đâu? (địa chỉ, bao gồm mã bưu chính và tiểu bang)

Phương thức liên hệ ưu tiên: ☐ E-mail ☐ Giấy	Số điện thoại di động của người đăng ký	Số điện thoại khác của người đăng ký (không phải di động)

Địa chỉ email của người đăng ký **(Bắt buộc đối với phương thức liên hệ điện tử)**

Tôi được bạn đời/vợ/chồng của mình ủy quyền để thay mặt anh ấy/cô ấy đồng ý rằng Blue Shield và các đơn vị và đại lý liên kết của mình có thể liên hệ với anh ấy/cô ấy về tài khoản của chúng tôi và các chương trình bảo hiểm y tế và sức khỏe khác nhau dành cho chúng tôi cũng như thông tin khuyến mại khác có thể mang lại quyền lợi cho tôi và những người phụ thuộc của tôi, bao gồm các phương thức liên hệ qua điện thoại hoặc tin nhắn tới các số tôi đã liệt kê trên biểu mẫu này, sử dụng máy quay số tự động hoặc giọng nói nhân tạo hoặc ghi âm trước. ☐ Có ☐ Không

C12900-FF-VI_1124

Phần 3(b) – Thông tin đăng ký của người phụ thuộc là Con cái 1 – Con cái phụ thuộc phải dưới 26 tuổi. Nếu có nhiều hơn tám người con phụ thuộc nộp đơn đăng ký bảo hiểm, vui lòng đính kèm trang bổ sung cung cấp tất cả thông tin được liệt kê dưới đây, chữ ký của quý vị và ngày tháng.

☐ Nam ☐ Nữ	Quan hệ: (ví dụ: con trai/con gái)	Ngày sinh (tháng/ngày/năm)
Số An Sinh Xã Hội/Mã số thuế của người đăng ký		
Nếu khác với của người đăng ký chính, người phụ thuộc này thuộc chủng tộc và/hoặc dân tộc nào?		
Tên	Họ	Chữ đầu tên đệm
Nơi cư trú của con cái phụ thuộc có cùng với nơi cư trú của người đăng ký chính không? ☐ Có ☐ Không Nếu không, người đăng ký này sống ở đâu? (địa chỉ, bao gồm mã bưu chính và tiểu bang)		

Phần 3(c) – Thông tin đăng ký của người phụ thuộc là Con cái 2

☐ Nam ☐ Nữ	Quan hệ: (ví dụ: con trai/con gái)	Ngày sinh (tháng/ngày/năm)
Số An Sinh Xã Hội/Mã số thuế của người đăng ký		
Nếu khác với của người đăng ký chính, người phụ thuộc này thuộc chủng tộc và/hoặc dân tộc nào?		
Tên	Họ	Chữ đầu tên đệm
Nơi cư trú của con cái phụ thuộc có cùng với nơi cư trú của người đăng ký chính không? ☐ Có ☐ Không Nếu không, người đăng ký này sống ở đâu? (địa chỉ, bao gồm mã bưu chính và tiểu bang)		

Phần 3(d) – Thông tin đăng ký của người phụ thuộc là Con cái 3

☐ Nam ☐ Nữ	Quan hệ: (ví dụ: con trai/con gái)	Ngày sinh (tháng/ngày/năm)
Số An Sinh Xã Hội/Mã số thuế của người đăng ký		
Nếu khác với của người đăng ký chính, người phụ thuộc này thuộc chủng tộc và/hoặc dân tộc nào?		
Tên	Họ	Chữ đầu tên đệm
Nơi cư trú của con cái phụ thuộc có cùng với nơi cư trú của người đăng ký chính không? ☐ Có ☐ Không Nếu không, người đăng ký này sống ở đâu? (địa chỉ, bao gồm mã bưu chính và tiểu bang)		

Phần 3(e) – Thông tin đăng ký của người phụ thuộc là Con cái 4

☐ Nam ☐ Nữ	Quan hệ: (ví dụ: con trai/con gái)	Ngày sinh (tháng/ngày/năm)
Số An Sinh Xã Hội/Mã số thuế của người đăng ký		
Nếu khác với của người đăng ký chính, người phụ thuộc này thuộc chủng tộc và/hoặc dân tộc nào?		
Tên	Họ	Chữ đầu tên đệm
Nơi cư trú của con cái phụ thuộc có cùng với nơi cư trú của người đăng ký chính không? ☐ Có ☐ Không Nếu không, người đăng ký này sống ở đâu? (địa chỉ, bao gồm mã bưu chính và tiểu bang)		

C12900-FF-VI_1124

Phần 3(f) – Thông tin đăng ký của người phụ thuộc là Con cái 5

☐ Nam ☐ Nữ	Quan hệ: (ví dụ: con trai/con gái)	Ngày sinh (tháng/ngày/năm)

Số An Sinh Xã Hội/Mã số thuế của người đăng ký

Nếu khác với của người đăng ký chính, người phụ thuộc này thuộc chủng tộc và/hoặc dân tộc nào?

Tên	Họ	Chữ đầu tên đệm

Nơi cư trú của con cái phụ thuộc có cùng với nơi cư trú của người đăng ký chính không? ☐ Có ☐ Không
Nếu không, người đăng ký này sống ở đâu? (địa chỉ, bao gồm mã bưu chính và tiểu bang)

Phần 3(g) – Thông tin đăng ký của người phụ thuộc là Con cái 6

☐ Nam ☐ Nữ	Quan hệ: (ví dụ: con trai/con gái)	Ngày sinh (tháng/ngày/năm)

Số An Sinh Xã Hội/Mã số thuế của người đăng ký

Nếu khác với của người đăng ký chính, người phụ thuộc này thuộc chủng tộc và/hoặc dân tộc nào?

Tên	Họ	Chữ đầu tên đệm

Nơi cư trú của con cái phụ thuộc có cùng với nơi cư trú của người đăng ký chính không? ☐ Có ☐ Không
Nếu không, người đăng ký này sống ở đâu? (địa chỉ, bao gồm mã bưu chính và tiểu bang)

Phần 3(h) – Thông tin đăng ký của người phụ thuộc là Con cái 7

☐ Nam ☐ Nữ	Quan hệ: (ví dụ: con trai/con gái)	Ngày sinh (tháng/ngày/năm)

Số An Sinh Xã Hội/Mã số thuế của người đăng ký

Nếu khác với của người đăng ký chính, người phụ thuộc này thuộc chủng tộc và/hoặc dân tộc nào?

Tên	Họ	Chữ đầu tên đệm

Nơi cư trú của con cái phụ thuộc có cùng với nơi cư trú của người đăng ký chính không? ☐ Có ☐ Không
Nếu không, người đăng ký này sống ở đâu? (địa chỉ, bao gồm mã bưu chính và tiểu bang)

Phần 3(i) – Thông tin đăng ký của người phụ thuộc là Con cái 8 – Nếu có nhiều hơn tám người con phụ thuộc nộp đơn đăng ký bảo hiểm, vui lòng đính kèm trang bổ sung cung cấp tất cả thông tin được liệt kê dưới đây, chữ ký của quý vị và ngày tháng. Đánh dấu ở đây nếu có đính kèm trang bổ sung. ☐

☐ Nam ☐ Nữ	Quan hệ: (ví dụ: con trai/con gái)	Ngày sinh (tháng/ngày/năm)

Số An Sinh Xã Hội/Mã số thuế của người đăng ký

Nếu khác với của người đăng ký chính, người phụ thuộc này thuộc chủng tộc và/hoặc dân tộc nào?

Tên	Họ	Chữ đầu tên đệm

Nơi cư trú của con cái phụ thuộc có cùng với nơi cư trú của người đăng ký chính không? ☐ Có ☐ Không
Nếu không, người đăng ký này sống ở đâu? (địa chỉ, bao gồm mã bưu chính và tiểu bang)

C12900-FF-VI_1124

Phần 4 – Thông tin đăng ký của cha mẹ đẻ/cha mẹ kế

Để thêm người đăng ký là cha mẹ đẻ hoặc cha mẹ kế, Người đăng ký chính phải từ 26 tuổi trở lên. Người đăng ký là cha mẹ đẻ/cha mẹ kế phải sống trong California và không được đăng ký Medicare. Áp dụng các quy tắc khác. Nếu có nhiều hơn 2 người phụ thuộc là cha mẹ đẻ/cha mẹ kế nộp đơn đăng ký bảo hiểm, vui lòng đính kèm trang bổ sung cung cấp tất cả thông tin được liệt kê dưới đây, chữ ký của họ và ngày tháng. Đánh dấu ở đây nếu có đính kèm trang bổ sung. ☐

Tổng thu nhập của cha mẹ đẻ hoặc cha mẹ kế trong năm có ít hơn $2,000 không?
☐ Có ☐ Không

Người đăng ký chính có cung cấp hơn một nửa số tiền hỗ trợ cho cha mẹ đẻ/cha mẹ kế trong năm không? ☐ Có ☐ Không

Quý vị có thể liên hệ với California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP, Chương Trình Tư Vấn và Hỗ Trợ Bảo Hiểm Y Tế) để được hướng dẫn. HICAP cung cấp dịch vụ tư vấn về bảo hiểm y tế cho người cao tuổi ở California. HICAP là một dịch vụ được tiểu bang California cung cấp miễn phí. Để tìm văn phòng HICAP địa phương, vui lòng gọi tới số tổng đài HICAP toàn tiểu bang **(1-800-434-0222)** hoặc xem danh sách các chương trình HICAP tại địa phương ở cuối đơn đăng ký này. Hiện đã có hướng dẫn về mức giá để so sánh các đơn bảo hiểm được bán bởi những công ty bảo hiểm khác nhau. Quý vị có thể lấy bản sao của hướng dẫn về mức giá này bằng cách gọi đến số điện thoại miễn phí dành cho người tiêu dùng của Department of Managed Health Care (Phòng Quản Lý Chăm Sóc Sức Khoẻ) **(1-888-466-2219)**, bằng cách gọi đến số điện thoại miễn phí của Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) **(1-800-434-0222)**, hoặc bằng cách truy cập vào trang web của Department of Managed Health Care **(www.dmhc.ca.gov)**.

Phần 4(a) – Thông tin đăng ký của cha mẹ đẻ/cha mẹ kế

☐ Nam ☐ Nữ	Quan hệ: (ví dụ: cha mẹ/cha mẹ kế)	Ngày sinh (tháng/ngày/năm)

Số An Sinh Xã Hội/Mã số thuế của người đăng ký

Nếu khác với của người đăng ký chính, người phụ thuộc này thuộc chủng tộc và/hoặc dân tộc nào?

Tên	Chữ đầu tên đệm

Họ

Nơi cư trú của cha mẹ đẻ/cha mẹ kế có cùng với nơi cư trú của người đăng ký chính không? ☐ Có ☐ Không
Nếu không, người đăng ký này sống ở đâu? (địa chỉ, bao gồm mã bưu chính và tiểu bang)

Phần 4(b) – Thông tin người đăng ký là cha mẹ/cha mẹ kế

☐ Nam ☐ Nữ	Quan hệ: (ví dụ: cha mẹ/cha mẹ kế)	Ngày sinh (tháng/ngày/năm)

Số An Sinh Xã Hội/Mã số thuế của người đăng ký

Nếu khác với của người đăng ký chính, người phụ thuộc này thuộc chủng tộc và/hoặc dân tộc nào?

Tên	Chữ đầu tên đệm

Họ

Nơi cư trú của cha mẹ đẻ/cha mẹ kế có cùng với nơi cư trú của người đăng ký chính không? ☐ Có ☐ Không
Nếu không, người đăng ký này sống ở đâu? (địa chỉ, bao gồm mã bưu chính và tiểu bang)

C12900-FF-VI_1124

Tên viết tắt của người đăng ký chính _____

Phần 5 – Ủy quyền cho tiết lộ thông tin

Bằng cách ký tên vào mẫu đơn này, quý vị đang ủy quyền cho nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, công ty bảo hiểm, tổ chức hỗ trợ bảo hiểm, chương trình bảo hiểm sức khỏe hoặc đại lý bảo hiểm của quý vị tiết lộ thông tin chăm sóc sức khỏe của quý vị và/hoặc người phụ thuộc của quý vị cho Blue Shield of California hoặc Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (gọi chung là Blue Shield) với mục đích xử lý yêu cầu bảo hiểm và để quản lý các quyền lợi theo thỏa thuận dịch vụ chăm sóc sức khỏe/đơn bảo hiểm.

Ngoài ra, bằng cách ký tên vào mẫu đơn này, quý vị đang ủy quyền cho Blue Shield tiết lộ những thông tin chăm sóc sức khỏe cho nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, công ty bảo hiểm, công ty tự bảo hiểm, tổ chức hỗ trợ bảo hiểm, chương trình bảo hiểm sức khỏe hoặc đại lý bảo hiểm của quý vị vì mục đích điều tra hoặc đánh giá bất kỳ yêu cầu về quyền lợi nào. Thông tin chăm sóc sức khỏe được sử dụng hoặc tiết lộ theo giấy ủy quyền này có thể tái tiết lộ và có thể không còn được bảo vệ theo luật liên bang về quyền riêng tư của thông tin sức khỏe nữa.

Quý vị có quyền từ chối ký vào giấy ủy quyền này và từ chối đăng ký. Chương trình bảo hiểm không thể được quản lý một cách hiệu quả nếu không có giấy ủy quyền có chữ ký.

Quý vị được cấp một bản sao của giấy ủy quyền này sau khi quý vị ký tên.

Hết hạn: Ủy quyền này sẽ có hiệu lực: 1) trong ba mươi (30) tháng kể từ ngày ủy quyền cho mục đích xử lý đơn của quý vị, xử lý một yêu cầu phục hồi hoặc xử lý một yêu cầu thay đổi quyền lợi; 2) cho đến khi nào còn cần để xử lý yêu cầu bảo hiểm phát sinh trong thời hạn bảo hiểm; và 3) trong thời hạn bảo hiểm cho tất cả các hoạt động khác theo thỏa thuận dịch vụ chăm sóc sức khỏe/đơn bảo hiểm.

Quyền thu hồi: Tôi hiểu rằng tôi có thể thu hồi giấy ủy quyền này bất kỳ lúc nào bằng cách gửi văn bản thông báo thu hồi của tôi cho Blue Shield. Tôi hiểu rằng việc thu hồi giấy ủy quyền này sẽ không ảnh hưởng đến bất kỳ hành động nào mà Blue Shield đã thực hiện dựa trên giấy ủy quyền này trước khi nhận được văn bản thông báo thu hồi của tôi.

Người đăng ký (cha mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp, nếu người đăng ký là trẻ vị thành niên)	Ngày hôm nay
Người đăng ký (cha mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp, nếu người đăng ký là trẻ vị thành niên)	Ngày hôm nay
Vợ/chồng/bạn đời sống chung của người đăng ký	Ngày hôm nay
Cha mẹ đẻ/cha mẹ kế của người đăng ký (nếu đang nộp đơn)	Ngày hôm nay
Cha mẹ đẻ/cha mẹ kế của người đăng ký (nếu đang nộp đơn)	Ngày hôm nay
Người đăng ký từ 18 tuổi trở lên	Ngày hôm nay
Người đăng ký từ 18 tuổi trở lên	Ngày hôm nay
Người đăng ký từ 18 tuổi trở lên	Ngày hôm nay
Người đăng ký từ 18 tuổi trở lên	Ngày hôm nay
Người đăng ký từ 18 tuổi trở lên	Ngày hôm nay
Người đăng ký từ 18 tuổi trở lên	Ngày hôm nay
Người đăng ký từ 18 tuổi trở lên	Ngày hôm nay
Người đăng ký từ 18 tuổi trở lên	Ngày hôm nay

Tiếp tục Phần 6 – Phần này bắt buộc phải có chữ ký của quý vị và ghi ngày hôm nay.

C12900-FF-VI_1124

Phần 6(a) – Xác nhận tính chính xác của người đăng ký

Vui lòng đọc kỹ phần sau. Mỗi thành viên gia đình đăng ký từ 18 tuổi trở lên phải xem lại đơn đăng ký tham gia đã điền và cung cấp chữ ký riêng của mình. Giữ lại một bản của đơn đăng ký này để lưu hồ sơ của quý vị.

Tôi tự chịu trách nhiệm cho sự chính xác và đầy đủ của thông tin được cung cấp trong đơn đăng ký tham gia này. Tôi đã tự kiểm tra tất cả thông tin được cung cấp trong đơn đăng ký này, mặc dù tôi không tự điền. Theo tất cả những gì tôi được biết và tin tưởng, mọi thông tin trong mẫu đơn này là chính xác, đúng sự thật và đầy đủ. Nếu Blue Shield xác định rằng có sự gian lận (bằng hành vi, hoạt động, hoặc thiếu sót) hoặc bất kỳ sự cố tình trình bày sai lạc dữ liệu quan trọng trong thông tin trên đơn đăng ký này, tôi hiểu rằng bảo hiểm có thể bị thu hồi theo quy định của pháp luật.

Dành cho người đăng ký có ngôn ngữ ưu tiên không phải Tiếng Anh: Nếu tôi chỉ rõ trong Phần 1 rằng tôi có ngôn ngữ ưu tiên không phải là Tiếng Anh và tôi đã hoàn tất phần Tiếng Anh của đơn đăng ký này (hoặc một phiên bản khác ngôn ngữ ưu tiên của tôi), thì tôi xác nhận rằng tôi hiểu những câu hỏi của đơn đăng ký tham gia này.

Người đăng ký (cha mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp, nếu người đăng ký là trẻ vị thành niên)	Ngày hôm nay	Tên viết in hoa (và quan hệ nếu người đăng ký là trẻ vị thành niên)
Người đăng ký (cha mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp, nếu người đăng ký là trẻ vị thành niên)	Ngày hôm nay	Tên viết in hoa (và quan hệ nếu người đăng ký là trẻ vị thành niên)
Chữ ký của vợ/chồng/bạn đời sống chung của người đăng ký (nếu đang nộp đơn)	Ngày hôm nay	Tên viết in hoa
Chữ ký của cha mẹ đẻ/cha mẹ kế của người đăng ký (nếu đang nộp đơn)	Ngày hôm nay	Tên viết in hoa
Chữ ký của cha mẹ đẻ/cha mẹ kế của người đăng ký (nếu đang nộp đơn)	Ngày hôm nay	Tên viết in hoa
Chữ ký của thành viên gia đình từ 18 tuổi trở lên (nếu đang nộp đơn)	Ngày hôm nay	Tên viết in hoa
Chữ ký của thành viên gia đình từ 18 tuổi trở lên (nếu đang nộp đơn)	Ngày hôm nay	Tên viết in hoa
Chữ ký của thành viên gia đình từ 18 tuổi trở lên (nếu đang nộp đơn)	Ngày hôm nay	Tên viết in hoa
Chữ ký của thành viên gia đình từ 18 tuổi trở lên (nếu đang nộp đơn)	Ngày hôm nay	Tên viết in hoa
Chữ ký của thành viên gia đình từ 18 tuổi trở lên (nếu đang nộp đơn)	Ngày hôm nay	Tên viết in hoa
Chữ ký của thành viên gia đình từ 18 tuổi trở lên (nếu đang nộp đơn)	Ngày hôm nay	Tên viết in hoa
Chữ ký của thành viên gia đình từ 18 tuổi trở lên (nếu đang nộp đơn)	Ngày hôm nay	Tên viết in hoa
Chữ ký của thành viên gia đình từ 18 tuổi trở lên (nếu đang nộp đơn)	Ngày hôm nay	Tên viết in hoa

C12900-FF-VI_1124

Tên viết tắt của người đăng ký chính _____

Phần 6(b) – Ủy quyền, điều khoản và điều kiện

Vui lòng đọc kỹ các điều khoản và điều kiện sau đây. Mỗi người đăng ký từ 18 tuổi trở lên phải xem lại đơn đăng ký tham gia đã điền và cung cấp chữ ký riêng của mình. Giữ lại một bản của đơn đăng ký này để lưu hồ sơ của quý vị.

1. **Đơn đăng ký tham gia bảo hiểm**: Điều quan trọng là phải biết rằng Blue Shield of California hoặc Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (khi thích hợp) có quyền từ chối đơn đăng ký tham gia bảo hiểm của quý vị nếu quý vị hiện không đủ điều kiện. Đơn đăng ký của quý vị phải được chấp thuận bởi Blue Shield, và ngày có hiệu lực bảo hiểm đã được chỉ định trước khi bảo hiểm có thể có hiệu lực. Nếu quý vị sử dụng người môi giới để hỗ trợ việc đăng ký thì khoản thù lao của họ sẽ dựa trên tỷ lệ phần trăm của tổng phí bảo hiểm hàng tháng của quý vị. Khoản tiền này do Blue Shield chi trả. Phí bảo hiểm hàng tháng của quý vị sẽ giống nhau cho dù quý vị có chọn sử dụng người môi giới hay không. Ngoài ra, người môi giới của quý vị có thể nhận được tiền thưởng nếu đạt được các ngưỡng bán hàng nhất định.

2. **Phí/phí bảo hiểm của tháng đầu tiên**: Blue Shield yêu cầu nộp phí/phí bảo hiểm của tháng đầu tiên tại thời điểm nộp đơn. Tìm hiểu về phí/phí bảo hiểm ước tính hàng tháng của quý vị bằng cách truy cập vào **buyblueshieldca.com** hoặc liên hệ với đại lý của quý vị. Tham khảo Phần 8 để biết các lựa chọn thanh toán. Đơn đăng ký của quý vị sẽ bị trả lại nếu chưa đóng đủ lệ phí/phí bảo hiểm. Vui lòng lưu ý rằng việc xử lý bất kỳ khoản thanh toán nào cũng không cấu thành việc chấp thuận đơn đăng ký của quý vị với Blue Shield hoặc Blue Shield Life. Nếu quý vị hiện không đủ điều kiện tham gia bảo hiểm, thì phí/phí bảo hiểm mà quý vị đã nộp cùng với đơn đăng ký sẽ không được xử lý. Nếu quý vị gửi kèm một tấm séc, séc sẽ bị hủy bỏ.

3. **Phí/phí bảo hiểm quá hạn**: Blue Shield bảo lưu quyền thu bất kỳ khoản phí/phí bảo hiểm chưa thanh toán nào cho bảo hiểm trong khoảng thời gian 12 tháng trước ngày bảo hiểm mới có hiệu lực.

4. **Phí/phí bảo hiểm**: Phí/phí bảo hiểm phải được thanh toán đầy đủ và đúng hạn. Bảo hiểm sẽ bị chấm dứt nếu không thanh toán phí/phí bảo hiểm đúng thời hạn như đã quy định trong *Evidence of Coverage (EOC, Chứng Từ Bảo Hiểm) và Thỏa Thuận Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe*/Đơn Bảo Hiểm cũng như theo luật pháp. Quý vị sẽ có trách nhiệm thanh toán toàn bộ chi phí của bất kỳ dịch vụ chăm sóc sức khỏe nào. Và quý vị có thể không đăng ký được bảo hiểm mới cho đến thời gian đăng ký mở tiếp theo.

   (Bắt buộc) Bằng cách đánh dấu vào ô này ☐, tôi công nhận và đồng ý với Chính Sách Thanh Toán Phí Bảo Hiểm Blue Shield sau đây. Tôi cũng xác nhận rằng tôi, hoặc một Người Thanh Toán Bên Thứ Ba Được Chấp Nhận, đang và sẽ thanh toán tất cả các phí bảo hiểm trong tương lai cho bảo hiểm Blue Shield của tôi.

   Người đăng ký có trách nhiệm thanh toán phí/phí bảo hiểm cho Blue Shield of California và/hoặc Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (Blue Shield Life). Blue Shield of California không chấp nhận các khoản thanh toán trực tiếp hoặc gián tiếp cho các phí/phí bảo hiểm từ bất kỳ người nào hoặc đối tượng nào không phải Người Đăng Ký, thành viên gia đình hoặc người giám hộ hợp pháp của họ, hoặc "Người Thanh Toán Bên Thứ Ba Được Chấp Nhận". Người Thanh Toán Bên Thứ Ba Được Chấp Nhận là:

   - Chương trình Ryan White HIV/AIDS thuộc Mục XXVI của Public Health Services Act (Đạo Luật Dịch Vụ Sức Khoẻ Công Cộng)
   - Các bộ lạc, tổ chức bộ lạc của người Mỹ Bản Địa hoặc tổ chức người Mỹ Bản Địa thành thị
   - Chương trình hợp pháp của Liên bang, Tiểu bang hoặc địa phương, bao gồm cả người được hưởng trợ cấp được chỉ đạo bởi một chương trình của chính phủ để thay mặt họ thực hiện thanh toán
   - Các tổ chức từ thiện và các tổ chức liên quan đến Người đăng ký (như nhà thờ hoặc người sử dụng lao động) khi những điều sau đây đúng: thanh toán được đảm bảo cho năm thuộc chương trình, hỗ trợ được cung cấp dựa trên các tiêu chí về tình trạng tài chính và tình trạng sức khoẻ không được xem xét, tổ chức không liên quan đến một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khoẻ, và tổ chức không có lợi ích tài chính trong việc thanh toán một yêu cầu bảo hiểm thuộc chương trình chăm sóc sức khoẻ. Các cơ quan/tổ chức được hưởng lợi tài chính bao gồm các cơ quan/tổ chức nhận phần lớn kinh phí của họ từ các đơn vị có tiền lãi trong việc thanh toán các yêu cầu bảo hiểm sức khoẻ, hoặc các cơ quan/tổ chức chịu sự kiểm soát trực tiếp hoặc gián tiếp của các đơn vị có tiền lãi trong việc thanh toán các yêu cầu bảo hiểm y tế.

   Khi phát hiện ra rằng phí/phí bảo hiểm được thanh toán trực tiếp hoặc gián tiếp bởi một người hoặc tổ chức không phải là những người được liệt kê ở trên hoặc Người đăng ký, Blue Shield of California có quyền từ chối thanh toán và thông báo cho Người đăng ký rằng khoản thanh toán đó không được chấp nhận và các khoản phí/phí bảo hiểm vẫn chưa được thanh toán. Xử lý bất kỳ khoản thanh toán nào không từ bỏ quyền được từ chối thanh toán đó và các thanh toán trong tương lai thuộc đơn bảo hiểm này của Blue Shield of California.

C12900-FF-VI_1124

5. **Ngày bảo hiểm có hiệu lực**: Nếu quý vị đủ điều kiện được nhận bảo hiểm, Blue Shield sẽ thông báo cho quý vị biết về ngày có hiệu lực của khoản bao trả. Các khoản chi phí/phí bảo hiểm còn nợ phải được thanh toán trước khi bảo hiểm có hiệu lực. Bất kỳ khoản phí phát sinh nào đối với các dịch vụ nhận được trước ngày có hiệu lực của quý vị hoặc sau khi hủy bỏ hoặc chấm dứt bảo hiểm sẽ không được chi trả.

   Ngày bảo hiểm có hiệu lực trong thời gian đăng ký đặc biệt có thể khác so với thời gian đăng ký mở. Ngày có hiệu lực được chỉ định bởi Blue Shield và có thể sớm nhất là vào ngày mùng 1 của tháng sau khi nhận được đơn đăng ký trong thời gian đăng ký đặc biệt, theo yêu cầu của luật pháp, hoặc là ngày sinh đối với trường hợp trẻ sơ sinh. Để biết thông tin về thời gian đăng ký đặc biệt và ngày có hiệu lực, vui lòng liên hệ với Blue Shield.

6. **Chấp nhận đơn đăng ký**: Quý vị hiểu rằng chỉ Blue Shield có thể chấp nhận đơn đăng ký của quý vị và cấp khoản bao trả đối với chương trình hoặc đơn bảo hiểm được yêu cầu trong mẫu đơn này. Đại lý hoặc người môi giới của quý vị không thể cấp hoặc đăng ký cho quý vị tham gia bảo hiểm hay thay đổi bất kỳ điều khoản hay điều kiện bảo hiểm nào.

7. **Cha mẹ/người giám hộ**: Nếu quý vị là cha mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp của người đăng ký là trẻ vị thành niên, vui lòng ký tên thay cho người đăng ký ở dưới cùng của Phần 6 này. Trong vai trò cha mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp, quý vị được xác nhận là người có thể đưa ra các yêu cầu và hành động thay mặt người đăng ký liên quan đến bảo hiểm này (theo sự cho phép của luật pháp). Ngoài ra, quý vị đồng ý đảm đương tất cả trách nhiệm thanh toán phí/phí bảo hiểm và tuân theo những điều khoản và điều kiện bảo hiểm. Nếu quý vị không phải là cha mẹ của người đăng ký tham gia, vui lòng đính kèm tài liệu của tòa án chỉ định quý vị làm người giám hộ của trẻ vị thành niên này. Đánh dấu một trong các ô sau đây và xác minh người được phép thay mặt trẻ vị thành niên này (người đăng ký):
   - ☐ Chỉ cha mẹ: _____ (ghi rõ tên và mối quan hệ), hoặc
   - ☐ Chỉ người giám hộ hợp pháp: _____ (ghi rõ tên và mối quan hệ), hoặc
   - ☐ Người được chỉ định hỗ trợ trẻ đủ năng lực y tế _____ (ghi rõ tên và mối quan hệ).
   - ☐ Đánh dấu vào ô này nếu Blue Shield chỉ được thay đổi hợp đồng khi có văn bản yêu cầu của người được xác định ở trên.

8. **Ủy quyền vợ/chồng/bạn đời sống chung thực hiện thay đổi**: Nếu quý vị là một người đăng ký có vợ/chồng/bạn đời sống chung cũng đang nộp đơn đăng ký bảo hiểm, vui lòng nêu rõ liệu quý vị có ủy quyền cho vợ/chồng/bạn đời sống chung của quý vị thực hiện thay đổi hợp đồng/đơn bảo hiểm thay mặt quý vị không. Quý vị có thể rút lại sự ủy quyền này vào bất kỳ lúc nào bằng cách gửi yêu cầu bằng văn bản cho Blue Shield.

   ☐ **Có**
   ☐ **Không**

9. **Ủy quyền cho đại lý của quý vị cung cấp/nhận thông tin**: Bằng cách để trống ô này, quý vị ủy quyền cho đại lý bảo hiểm, người môi giới hoặc đại lý cấp cao (gọi là "đại lý của quý vị") tiếp cận tất cả thông tin trên đơn đăng ký tham gia này. Đánh dấu vào ô này nếu quý vị **không muốn** ủy quyền cho đại lý của mình.

   ☐

10. **Quy trình để cho phép Blue Shield tiết lộ thông tin cá nhân và sức khỏe cho bên thứ ba**: Nếu quý vị muốn ủy quyền cho vợ/chồng, bạn đời sống chung hoặc bên thứ ba truy cập thông tin sức khỏe cá nhân của quý vị, vui lòng hoàn tất mẫu đơn có tiêu đề Authorization for the Use or Disclosure of Health Information (Cho phép Sử dụng hoặc Tiết lộ Thông tin Sức khỏe). Để nhận mẫu đơn này, hãy truy cập vào **blueshieldca.com/Privacy**, hoặc gọi **(888) 256-3650**.

11. **Luật pháp California cấm các công ty bảo hiểm y tế yêu cầu hoặc sử dụng xét nghiệm HIV làm điều kiện để được bảo hiểm y tế.**

12. **Trả lời thông tin được yêu cầu**: Quý vị đồng ý hợp tác với Blue Shield (hoặc Blue Shield Life, nếu áp dụng) bằng cách cung cấp, hoặc cho phép truy cập, tài liệu và những thông tin khác được yêu cầu (như lệnh của tòa án để cung cấp bảo hiểm cho người phụ thuộc, v.v.) để chứng minh thông tin được cung cấp trong đơn đăng ký tham gia bảo hiểm này. Quý vị xác nhận và đồng ý rằng việc không cung cấp hoặc từ chối cung cấp những tài liệu hoặc thông tin được yêu cầu này có thể dẫn đến việc từ chối đơn đăng ký này hoặc thu hồi hay hủy bảo hiểm của quý vị.

C12900-FF-VI_1124

13. **Nhận tài liệu và liên hệ qua phương tiện liên hệ điện tử thay bản in:** Quý vị sẽ nhận được chương trình phúc lợi theo yêu cầu và các tài liệu liên quan đến bảo hiểm và thông tin liên hệ qua email tại **blueshieldca.com/policies**, và/hoặc đăng nhập vào trang web của Blue Shield tại địa chỉ **blueshieldca.com**, nếu áp dụng. Các tài liệu được cung cấp cho quý vị qua phương tiện liên lạc điện tử bao gồm:
    - Thẻ Nhận Dạng (ID) Người Đăng Ký Blue Shield
    - Tuyên Bố Quyền Lợi (SOB)
    - Tóm Tắt Quyền Lợi và Bảo Hiểm (SBC)
    - Evidence of Coverage và Thỏa thuận về Dịch vụ Chăm sóc Sức khỏe (EOC)/Đơn bảo hiểm
    - Tóm tắt Quyền lợi Nha khoa và Phạm vi Bao trả (SDBC)

    Quý vị có quyền nhận bản tài liệu in qua bưu điện miễn phí vào bất kỳ thời điểm nào. Để nhận các tài liệu in qua đường thư tín, để chọn không nhận thư từ trao đổi qua email, hoặc nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi **(888) 256-3650**.
14. **Bác sĩ chăm sóc chính (PCP) ảo:** Quý vị đồng ý rằng nếu quý vị không chủ động chọn bác sĩ chăm sóc chính (PCP) hợp lệ khi đăng ký và quý vị đã chọn chương trình Trio HMO, quý vị có thể được tự động chỉ định PCP ảo khi đăng ký. PCP ảo cung cấp lợi thế của dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa chỉ thông qua video hoặc điện thoại để cung cấp nhiều dịch vụ chăm sóc tương tự như các PCP trực tiếp. PCP ảo điều phối mọi dịch vụ chăm sóc cho quý vị, bao gồm mọi dịch vụ chăm sóc chuyên khoa và chăm sóc trực tiếp cần thiết trong mạng lưới các nhà cung cấp của Trio. Quý vị sẽ cần phải có giấy giới thiệu từ PCP ảo để có thể gặp bác sĩ chuyên khoa hoặc nhà cung cấp trực tiếp.

C12900-FF-VI_1124

Tôi đã xem xét mọi câu trả lời có liên quan đến tôi trong đơn đăng ký này. Tôi đã đọc bản Tóm Tắt Quyền Lợi (SOB), Tóm Tắt Quyền Lợi và Bảo Hiểm (SBC) nếu thích hợp, cùng các điều khoản và điều kiện bảo hiểm và ủy quyền đã nêu ở trên. Với chữ ký của tôi bên dưới, tôi đảm bảo rằng thông tin được cung cấp trong đơn đăng ký này là đầy đủ và chính xác theo tất cả những gì tôi được biết, và tôi hiểu và đồng ý với các điều khoản và điều kiện bảo hiểm và sự uỷ quyền mà tôi đã cung cấp. (Lưu ý quan trọng: Mỗi người đăng ký là người lớn phải tự ký tên.) Tôi hiểu rằng tôi phải thông báo cho Blue Shield biết nếu có bất kỳ điều gì thay đổi hoặc khác với những gì tôi đã ghi trong đơn đăng ký này trước khi tôi bắt đầu đăng ký với Blue Shield.

Người đăng ký (cha mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp, nếu người đăng ký là trẻ vị thành niên)	Ngày hôm nay	Tên viết in hoa (và quan hệ của quý vị nếu người đăng ký là trẻ vị thành niên)
Người đăng ký (cha mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp, nếu người đăng ký là trẻ vị thành niên)	Ngày hôm nay	Tên viết in hoa (và quan hệ của quý vị nếu người đăng ký là trẻ vị thành niên)
Chữ ký của vợ/chồng/bạn đời sống chung của người đăng ký (nếu đang nộp đơn)	Ngày hôm nay	Tên viết in hoa
Chữ ký của cha mẹ đẻ/cha mẹ kế của người đăng ký (nếu đang nộp đơn)	Ngày hôm nay	Tên viết in hoa
Chữ ký của cha mẹ đẻ/cha mẹ kế của người đăng ký (nếu đang nộp đơn)	Ngày hôm nay	Tên viết in hoa
Chữ ký của thành viên gia đình từ 18 tuổi trở lên (nếu đang nộp đơn)	Ngày hôm nay	Tên viết in hoa
Chữ ký của thành viên gia đình từ 18 tuổi trở lên (nếu đang nộp đơn)	Ngày hôm nay	Tên viết in hoa
Chữ ký của thành viên gia đình từ 18 tuổi trở lên (nếu đang nộp đơn)	Ngày hôm nay	Tên viết in hoa
Chữ ký của thành viên gia đình từ 18 tuổi trở lên (nếu đang nộp đơn)	Ngày hôm nay	Tên viết in hoa
Chữ ký của thành viên gia đình từ 18 tuổi trở lên (nếu đang nộp đơn)	Ngày hôm nay	Tên viết in hoa
Chữ ký của thành viên gia đình từ 18 tuổi trở lên (nếu đang nộp đơn)	Ngày hôm nay	Tên viết in hoa
Chữ ký của thành viên gia đình từ 18 tuổi trở lên (nếu đang nộp đơn)	Ngày hôm nay	Tên viết in hoa
Chữ ký của thành viên gia đình từ 18 tuổi trở lên (nếu đang nộp đơn)	Ngày hôm nay	Tên viết in hoa

Lưu ý quan trọng: Chúng tôi phải nhận được đơn đăng ký của quý vị trong vòng 30 ngày kể từ ngày ký, trong thời gian đăng ký mở hàng năm hoặc trong vòng 60 ngày kể từ khi có xảy ra sự kiện cuộc sống đủ điều kiện.

C12900-FF-VI_1124

Tên viết tắt của người đăng ký chính _____

Phần 7 – Thông tin của đại lý cấp cao: Được hoàn tất bởi đại lý ủy quyền của Blue Shield

1. Quý vị đã hoàn tất đơn đăng ký này? ☐ Có ☐ Không

2. Nếu có, quý vị có hỏi chính xác từng câu hỏi trong đơn đăng ký này như được trình bày không? ☐ Có ☐ Không

3. Các câu trả lời có được ghi nhận lại chính xác như đã được cung cấp cho quý vị không? ☐ Có ☐ Không, kèm giải thích.

4. Quý vị có muốn *Evidence of Coverage và Thỏa Thuận Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe*/Đơn Bảo Hiểm được gửi trực tiếp cho người đăng ký không? ☐ Có ☐ Không

Tên đại lý cấp cao (đơn vị/cá nhân được hưởng hoa hồng)			
Địa chỉ email	☐ Cập nhật email	Số của đại lý cấp cao	
Số điện thoại	☐ Cập nhật số điện thoại	Số fax	☐ Cập nhật fax
Địa chỉ của đại lý cấp cao			☐ Cập nhật địa chỉ
Thành Phố		Tiểu Bang	Mã Bưu Chính
Tên đại lý cấp cao		Số của đại lý cấp cao	

Với chữ ký của tôi dưới đây, tôi, trong vai trò là đại lý, người môi giới, luật sư, công ty luật sư hoặc người đại diện đã hỗ trợ người nộp đơn trong việc gửi đơn đăng ký này, xác minh rằng theo tất cả những gì tôi được biết, thông tin trong đơn đăng ký này là đầy đủ và chính xác. Tôi đã giải thích cho người nộp đơn bằng ngôn ngữ dễ hiểu về rủi ro đối với người nộp đơn khi cung cấp thông tin không chính xác và người nộp đơn đã hiểu lời giải thích.
Nếu một người khai báo cố tình nêu là đúng bất kỳ thông tin quan trọng nào mà họ biết là sai, người đó, ngoài mọi hình phạt hoặc biện pháp khắc phục được áp dụng theo luật hiện hành, sẽ phải chịu hình phạt dân sự lên đến mười nghìn đô la ($10,000).

Chữ ký của đại lý (bắt buộc)	Ngày hôm nay (bắt buộc)	Tên viết in hoa

Đại lý cấp cao: Vui lòng bảo đảm điền đầy đủ từng phần của đơn đăng ký. Trong trường hợp thiếu hoặc không đủ thông tin, Blue Shield có thể liên hệ trực tiếp với người đăng ký để thu thập thông tin hoàn chỉnh.

Phần 8 – Hóa đơn và thông tin thanh toán

Cách tính phí/phí bảo hiểm ước tính hàng tháng

- Truy cập **buyblueshieldca.com** để xem mức phí bảo hiểm ước tính đến hạn hoặc trao đổi với đại lý của quý vị để biết phí/phí bảo hiểm ước tính.
- Phải nộp lệ phí/phí bảo hiểm tháng đầu tiên tại thời điểm nộp đơn đăng ký.
- Blue Shield sẽ cung cấp mức phí/phí bảo hiểm cuối cùng trước mọi ngày bảo hiểm có hiệu lực. Nếu số tiền cuối cùng khác với phí/phí bảo hiểm ước tính và số tiền bổ sung còn nợ, khoản thanh toán phải được nộp trước khi bảo hiểm có hiệu lực.

Tùy chọn thanh toán

Quý vị có thể thanh toán phí/phí bảo hiểm của tháng đầu tiên bằng cách gửi séc* hoặc chuyển tiền.

* Khi thanh toán bằng séc, quý vị cho phép Blue Shield sử dụng thông tin từ séc của quý vị để thực hiện chuyển tiền điện tử một lần từ tài khoản của quý vị hoặc để xử lý thanh toán dưới dạng giao dịch séc. Khi chúng tôi sử dụng thông tin từ séc của quý vị để thực hiện chuyển tiền điện tử, tiền sẽ được rút khỏi tài khoản của quý vị ngay trong ngày chúng tôi chấp thuận đơn đăng ký của quý vị và quý vị sẽ không nhận lại séc từ tổ chức tài chính của mình.

C12900-FF-VI_1124

Các Văn Phòng HICAP Địa Phương của Quận California

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

Các Quận Alpine, Amador, Calaveras, Mariposa, và Toulumne
19074 Standard Road, Ste. A
Sonora, CA 95370
(209) 532-6272 máy lẻ 226

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

Quận Contra Costa
400 Ellinwood Way
Pleasant Hill, CA 94523
Nội vùng Contra Costa từ số điện thoại cố định: (800) 510-2020
Ngoài tiểu bang: (925) 655-1393

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

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

Các Quận Fresno và Madera
5363 N. Fresno Street
Fresno, CA 93710
(559) 224-9117

Quận Humboldt
333 J Street
Eureka, CA 95501
(707) 444-3000

Các Quận Imperial và San Diego
5151 Murphy Canyon Road, Suite 110
San Diego CA 92123
(858) 565-8772, văn phòng – San Diego
(760) 353-0223, văn phòng – Imperial

Inyo, Mono, Riverside và San Bernardino
9121 Haven Ave, Suite 220
Rancho Cucamonga, CA 91739
(909) 256-8369 máy lẻ 307

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

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

Các Quận Lake, Marin, Mendocino, Napa, Solano và Sonoma
1129 Industrial Ave, Suite 201
Petaluma, CA 94954
(800) 434-0222
(707) 526-4108

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

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

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

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

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

Các Quận San Benito và Santa Cruz
1777 A Capitola Road
Santa Cruz, CA 95062
(831) 462-5510

Quận San Francisco
601 Jackson Street, 2nd Floor
San Francisco, CA 94133
(415) 677-7520

Các Quận San Luis Obispo và Santa Barbara
528 South Broadway
Santa Maria, CA 93454
(805) 928-5663

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

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

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

Quận Ventura
646 County Square Drive, Suite 100
Ventura, CA 93003
(805) 477-7310

THÔNG BÁO CÓ SẴN TRỰC TUYẾN

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**. 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**. 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**。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)**。