Health Net of California, Inc. (Health Net)
Individual & Family plans

ambetter. FROM | health net.

充分利用您的計畫

獲得您的福利與承保範圍摘要

感謝您申請加入 Ambetter HMO 計畫。**請閱讀您的*福利與承保範圍摘要* (SBC)**。SBC 為您提供有關您的計畫以及如何在需要時獲得照護的一些基礎知識，其中包括：

- 您健保計畫的運作方式。
- 您的健保計畫承保的常見醫療服務及其費用清單。
- 您提出申訴和上訴的權利。這是您向您的計畫提出投訴或請求監管機構援助的流程。
- 您的健保計畫承保或排除的其他服務清單。
- 您的計畫如何承保某些醫療狀況的醫療照護的範例。
- 如何用您的母語取得協助。
- 常見問答 (Q&A)。



瞭解您的 SBC 是
充分利用您的健康保險的關鍵。

如欲檢視、下載或列印您的 2027 年計畫的 SBC 副本：

1. 請造訪 **www.myhealthnetca.com/sbc**。
2. 選擇 *2027 Summary of Benefits and Coverage (Directly through* Health Net)（*2027* 年福利與承保範圍摘要（直接透過 Health Net））。
3. 在 Ambetter HMO 計畫下，找到您正在申請的計畫的 SBC。

如果您願意，請致電 **800-839-2172（聽障專線：711）**與我們的客戶聯絡中心聯絡以索取副本。

Ambetter HMO 計畫是由 Health Net of California, Inc. (Health Net) 提供。Health Net 是 Centene Corporation 的子公司。Health Net 為 Health Net, LLC 的註冊服務標章。本文件所提及的其他所有商標/服務標章仍屬其各自公司所有。版權所有。

FLY2542200CH01w (1/27)

Health Net of California, Inc. (Health Net)

Individual & Family Plans Ambetter HMO

投保申請書

請求的生效日期

☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

填寫申請書時必須鍵入或使用藍色或黑色墨水。

保險生效日期：只能在年度開放投保期間（2026 年 11 月 1 日至 2027 年 1 月 31 日）或特殊投保期間投保保險。在開放投保期間，必須在 12 月 31 日之前收到申請書才能投保於 1 月 1 日生效的保險。如果在 1 月 1 日至 1 月 31 日期間收到申請書，保險將於 2 月 1 日生效。在特殊投保期間，必須在符合資格事件發生後 60 天內收到申請書。通常，如果在 1 日至 15 日期間收到申請書，保險將於提交申請書後下一個月的第一天生效。如果在 16 日至月底期間收到申請書，保險將於提交申請書後第二個月的第一天生效。如果您目前已投保 Medicare 計畫，則您沒有資格申請個人與家庭計畫。

Health Net 要求投保健康保險的所有人（包括配偶和受撫養子女）提供**社會安全局號碼 (SSN)**，或要求主要申請人提供**稅務識別號碼 (TIN)**。提出這項要求的目的是，我們可以按照《平價醫療法案》和參議院法案 78 的要求為您提供保險驗證以便進行報稅。如果您無法為自己提供 SSN 或 TIN 或為其他家庭成員提供 SSN，您仍然可以申請保險，並且保險不會遭拒。Health Net 不會將您的 SSN 或 TIN 用於其他目的，也不會與法律要求以外的任何人分享。若是新生兒，您有六個月的時間提供新生兒的 SSN。

代理人/經紀人不得代表申請人簽署本申請書和協定。

重要事項：如果申請人不會讀/寫英語，請參閱第六部分。Individual & Family Plan Ambetter HMO 投保申請書有西班牙語和中文版本。您也可以請人幫助您閱讀。如需免費幫助，請致電 877-609-8711。

如果您在填寫本申請書時需要援助，代理人/經紀人可以為您提供協助。幫助您閱讀並填寫本申請書的代理人/經紀人必須在本申請書上簽字（請參閱第七部分）。

我（以及我的眷屬，如適用）在以下期間申請：☐ 年度開放投保期 ☐ 特殊投保期（請參閱第四部分）

第一部分 申請人資訊

☐ **新申請（勾選家庭類型）**☐ 自己 ☐ 自己和配偶 ☐ 自己和同居伴侶 ☐ 自己和一個子女 ☐ 自己和多個子女
☐ 自己、配偶和子女 ☐ 自己、同居伴侶和子女 ☐ 僅子女[1] ☐ 自己和父母/繼父母 ☐ 自己、配偶和父母/繼父母
☐ 自己、同居伴侶和父母/繼父母 ☐ 自己、一個子女和父母/繼父母 ☐ 自己、多個子女和父母/繼父母
☐ 自己、配偶、子女和父母/繼父母 ☐ 自己、同居伴侶、子女和父母/繼父母 ☐ 子女和父母/繼父母 ☐ **變更請求**

☐ **新增眷屬（填寫下面的主要投保人資訊，然後在第三部分填寫眷屬資訊。）**

主要申請人的姓氏：	名字：	中間名字首：	☐ 男性 ☐ 女性
永久住所街道地址：[2]			
城市：	州：	郵遞區號：	申請人居住的郡縣：
帳單/郵寄地址：			
手機號碼：（　　）	其他電話號碼：☐ 家庭 ☐ 辦公（　　）	電子郵件地址：	
主要申請人的出生日期（月月/日日/年年）：　/　/	主要申請人的社會安全局號碼：　–　–	主要申請人的稅務識別號碼：	
您目前是否為 Health Net 會員？ ☐ 是 ☐ 否 如果「是」，請提供主要投保人的會員 ID：			
主治醫師 ID：	初級團體 ID：	目前患病 ☐ 是 ☐ 否	

（續）

[1] 截至所申請保險的生效日期，僅限子女的計畫的申請人必須未滿 18 歲。每個年滿 18 歲的子女必須提交單獨的個人投保申請書。
[2] 請參閱第 10 頁的第五部分「永久居住證明要求」。

主要申請人的社會安全局號碼或 TIN 最後 4 位數：_ _ _ _

第一部分 申請人資訊（續）

如有提供，我希望收到以下語言的書面計畫資訊：☐ 英語 ☐ 西班牙語 ☐ 中文

請選擇主要申請人的族裔和/或種族：

族裔：

☐ 西班牙裔、拉丁裔或西班牙人（如果是，還要勾選哪些適用）：
- ☐ 墨西哥人
- ☐ 古巴人
- ☐ 薩爾瓦多人
- ☐ 波多黎各人
- ☐ 瓜地馬拉人

種族：

☐ 白人
☐ 黑人或非裔美國人
☐ 亞洲印度人或阿拉斯加原住民
☐ 夏威夷原住民
☐ 關島人或查莫羅人
☐ 薩摩亞人
☐ 亞洲印度人
☐ 柬埔寨人
☐ 華人
☐ 菲律賓人
☐ 苗族人
☐ 日本人
☐ 韓國人
☐ 寮國人
☐ 越南人
☐ 其他種族

☐ **拒絕回答申請人的族裔/種族。**

第二部分 保險選擇和付款資訊

A. 保險選擇

Health Net of California, Inc.Ambetter HMO 計畫使用 Ambetter HMO 醫療服務提供者網絡。

☐ **Platinum 90 Ambetter HMO**

☐ **Gold 80 Ambetter HMO**

☐ **Silver 70 Off Exchange Ambetter HMO**

☐ **Bronze 60 Ambetter HMO[3]**（僅在 Kern 和 Imperial 郡提供）

☐ **Minimum Coverage Ambetter HMO[3]**（僅在 Kern 和 Imperial 郡提供）適用於未滿 30 歲的個人。如果您已年滿 30 歲，但您享有豁免權，因而無需遵守聯邦政府要求擁有最低基本承保的規定，則您可能也有資格參加本計畫。豁免證明必須與本申請書一起提交。

可選保險：成人牙科/視力計畫（年滿 19 歲）。

☐ **Dental and Vision Plus** – 如果主要申請人購買了 Dental and Vision Plus，則所有年滿 19 歲的家庭成員也將加入 Dental and Vision Plus 計畫。Dental and Vision Plus 只能在開放投保期間或特殊投保期間與醫療保險一起購買或新增到醫療保險中。

注意：所有醫療計畫均包括兒科牙科和兒科視力保險。個人將獲得醫療計畫所提供的兒科牙科和視力保險，直到其年滿 19 歲當月的最後一天為止。

B. 付款資訊（需要支付第一個月的保費才能處理您的申請並使保險生效。若不付款，投保將被推遲。）

首次保費付款 ☐ 透過支票、銀行本票或匯票付款（金額必須與每月保費相等）。如果您在線上投保，可以透過預付簽帳卡、銀行簽帳卡、銀行帳戶或信用卡付款。如欲在線上投保，請瀏覽 www.myhealthnetca.com

郵寄申請書	**傳真申請書**	**郵寄您的支票、銀行本票或匯票**
將填妥的申請書郵寄至： Health Net Individual & Family Enrollment PO Box 989731 West Sacramento, CA 95798-9731	將填妥的申請書傳真至： 800-977-4161	填寫第 16 頁上的表格，並將其與您的支票、銀行本票或匯票一起寄送至： Health Net CA Individual PO Box 748705 Los Angeles, CA 90074-8705

現有會員可以登入 **www.myhealthnetca.com**，然後在「For Members」（會員專區）部分中選擇「*Pay My Bill*」（支付我的帳單）。

投保費用付款

投保人應負責向 Health Net 支付投保費用。

C. ICHRA 與 QSEHRA（僅當使用 ICHRA 或 QSEHRA 購買計畫時才需要填寫此部分）

雇主姓名：		雇主計畫開始日期：	
雇主城市：	州：	郵遞區號：	電話號碼：

雇主每月撥款金額 $_____

雇主撥款是：☐ 僅保費 ☐ 保費 + 自費額費用

[3] 本計畫為符合HSA資格的計畫。

主要申請人的社會安全局號碼或 TIN 最後 4 位數：_ _ _ _

第三部分 要投保的家庭成員

請列出除您之外的所有要投保並符合條件的家庭成員。如果所列家庭成員的姓氏與您的姓氏不同，請在另一張紙上進行說明。針對其他眷屬，請另附一張表格填寫所需資訊。

☐ 在隨附補充頁時勾選此處。請在補充頁的右上角寫下主要申請人的社會安全局號碼或稅務識別號碼。

注意：如果家庭成員申請的健保計畫與主要投保人申請的健保計畫不同，每位申請不同計畫的家庭成員應填寫並提交單獨的申請書。參加不同的計畫意味著每個人都將受所選計畫的個人自付額和自費額上限的約束，並且家庭不能共同繳納家庭自付額和/或自費額上限。

針對同居伴侶保險，必須滿足加州適用法律要求的所有資格要求，並且必須向加州州務卿提交同居伴侶聲明。

選擇醫療服務提供者：您必須選擇醫師團體和主治醫師。您可以為您投保的每位家庭成員選擇相同或不同的醫師團體和主治醫師。如果您沒有選擇主治醫師，我們將在您所在地區為您選擇一位。

如欲查詢最新的 Health Net 簽約醫師清單，請瀏覽 www.myhealthnetca.com，然後前往「*Find a Doctor*」（尋找醫生）。您將會看到個人與家庭計畫網絡醫師的完整清單，而您可以使用專科、城市、郡縣或醫生姓名作為條件來進行搜尋。您也可以致電 877-609-8711 索取醫療服務提供者資訊，或與您的 Health Net 授權代理人/經紀人聯絡。

如欲獲得 Dental and Vision Plus 保險的牙醫姓名、地址、主治牙醫號碼以及簽約牙科醫療服務提供者的電話號碼，或在選擇醫療服務提供者時需要幫助，請致電 866-249-2382 與 Health Net 聯絡，或瀏覽 www.yourdentalplan.com/healthnet。

關係		**姓氏**	**名字**	**中間名字首**
☐ 配偶 ☐ 同居伴侶	☐ 男性 ☐ 女性			
社會安全局號碼			**出生日期**	
– –			/ /	
Ambetter HMO 主治醫師 ID（*Ambetter HMO 計畫必填*）			**Ambetter HMO 醫師團體 ID**	

關係：子女 1	**姓氏**	**名字**	**中間名字首**
☐ 兒子 ☐ 女兒			
社會安全局號碼		**出生日期**	
– –		/ /	
Ambetter HMO 主治醫師 ID（*Ambetter HMO 計畫必填*）		**Ambetter HMO 醫師團體 ID**	

（續）

主要申請人的社會安全局號碼或 TIN 最後 4 位數：_ _ _ _

第三部分 要投保的家庭成員（續）

關係：子女 2	姓氏	名字	中間名字首
☐ 兒子 ☐ 女兒			

社會安全局號碼	出生日期
– –	/ /

Ambetter HMO 主治醫師 ID（*Ambetter HMO 計畫必填*）	Ambetter HMO 醫師團體 ID

關係：子女 3	姓氏	名字	中間名字首
☐ 兒子 ☐ 女兒			

社會安全局號碼	出生日期
– –	/ /

Ambetter HMO 主治醫師 ID（*Ambetter HMO 計畫必填*）	Ambetter HMO 醫師團體 ID

父母/繼父母

Medicare 是為年滿 65 歲的人士、未滿 65 歲的特定殘疾人士以及永久性腎功能衰竭患者所提供的聯邦健康保險計畫。如果您有資格參加 Medicare 計畫，您應該仔細檢查您的選項，因為延遲 Medicare 投保可能會導致重大財務影響。您可以致電 800-434-0222 與 Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) 聯絡，以獲得有關您的 Medicare 資格和投保選項的免費諮詢。請瀏覽 www.cahealthadvocates.org/hicap 尋找您附近的 HICAP 辦公室。

關係：父母/繼父母 1	姓氏	名字	中間名字首
☐ 男性 ☐ 女性			

社會安全局號碼	出生日期
– –	/ /

Ambetter HMO 主治醫師 ID（*Ambetter HMO 計畫必填*）	Ambetter HMO 醫師團體 ID

（續）

主要申請人的社會安全局號碼或 TIN 最後 4 位數：_ _ _ _

第三部分 要投保的家庭成員（續）

關係：父母/繼父母 2	姓氏	名字	中間名字首
☐ 男性 ☐ 女性			

社會安全局號碼	出生日期
– –	/ /

Ambetter HMO 主治醫師 ID（*Ambetter HMO 計畫必填*）	Ambetter HMO 醫師團體 ID

在現有計畫中新增眷屬（新生兒、收養/安置收養、繼子女或承擔親子關係、法院命令的保險、婚姻或同居伴侶關係以及父母/繼父母）

眷屬姓氏：	名字：	中間名字首：

眷屬出生日期（月月/日日/年年）：[4] / /	上面列出的婚姻、同居伴侶關係或其他適用的符合資格事件（月月/日日/年年）： / /	☐ 男性 ☐ 女性

社會安全局號碼： – –	主要投保人的會員 ID：

如果您要向 Ambetter HMO 計畫新增眷屬，您必須從 Ambetter HMO Network 中選擇一位主治醫師。如果您沒有選擇主治醫師，我們將在您所在地區為您選擇一位。

主治醫師 ID：	目前患病：☐ 是 ☐ 否

一般條件：如果在出生日期或收養日期後 60 天內未收到您的申請書，Health Net of California, Inc.(Health Net) 將要求填寫標準申請書。Health Net 的任何其他部門、高級職員、代理人或員工均無權核准投保。投保人的經紀人或代理人不能核准本申請書、變更本申請書的條款或免除本申請書的要求。本申請書應成為計畫合約的一部分。

請為新生兒或收養子女繳納第一個月的保費。**請注意：**如果子女的保險生效日期不是當月的第一天，您將需要支付按比例計算的額外保費，該費用將新增到您的下一個定期保費帳單中。

本申請書和仲裁條款必須由投保人簽字。投保人必須親自用墨水簽名，並同意遵守仲裁條款以及本申請書和計畫合約的條款、條件和規定，以便處理本申請書。為了考慮本申請書，經紀人或任何其他人均不得簽署本申請書和仲裁條款。

[4] 如果在出生日期或收養日期後 60 天內收到本申請書，生效日期將為新生兒/收養子女的出生日期或收養日期（如果更早，則生效日期為以收養為目的的安置日期）。

主要申請人的社會安全局號碼或 TIN 最後 4 位數：__ __ __ __

第四部分 特殊投保期

除了開放投保期外，您和您的眷屬還有資格在某些符合資格事件發生後 60 天內的特殊投保期間投保或變更計畫。通常，如果在 1 日至 15 日期間收到申請書，保險將於提交申請書後下一個月的第一天生效。如果在 16 日至月底期間收到申請書，保險將於提交申請書後第二個月的第一天生效。**這些生效日期的例外情況包括出生、收養、收養安置或透過子女撫養令或其他法院命令，這些例外情況的保險生效日期將是符合資格事件或法院命令的日期。婚姻的保險生效日期將是收到申請書後下一個月的第一天。**必須在符合資格事件發生後 60 天[5] 內收到本申請書。需要提供符合資格事件證明。請在下面寫下適用的符合資格事件及其適用人員的姓名。針對其他眷屬，請另附一張紙。

符合資格事件編號（見下頁圖表）	事件日期	主要申請人	配偶/同居伴侶	眷屬 1	眷屬 2	眷屬 3	父母/繼父母 1	父母/繼父母 2

[5] 如果在失去保險前收到您的申請書，您的生效日期將是失去保險後下一個月的第一天。如果在失去保險後 60 天內收到申請書，生效日期將是收到申請書後下一個月的第一天。

（續）

主要申請人的社會安全局號碼或 TIN 最後 4 位數：_ _ _ _

第四部分 特殊投保期（續）

符合資格事件		加州文件範例
1)	合格人士或其眷屬失去最低基本承保，這可能是由於以下其中一個原因造成（不包括自願終止之前的保險或因未能支付保費而導致保險終止的情況）。針對這些事件，您可能有資格在符合資格事件發生之前或之後 60 天投保：	以下其中一項的副本： • 原保險公司的 ID 卡正反面。 • 原保險公司出具的證明失去保險的信函。 • 雇主的終止或工時減少確認（必須帶有雇主信頭並由雇主管理階層簽字）。
	A. 受保雇員死亡。	
	B. 受保雇員的聘雇終止或工時減少。	
	C. 受保雇員與其配偶離婚或合法分居。	
	D. 受保雇員有權享受 Medicare 所提供的福利。	
	E. 根據計畫的普遍適用要求，受撫養子女不再是受撫養子女。	
	F. 第 11 章破產規定的案件訴訟程序，自 1986 年 7 月 1 日或之後開始，涉及受保雇員隨時退休的雇主。在這種情況下，失去保險包括在訴訟程序開始日期之前或之後一年內大幅消除涉及符合資格受益人（配偶/同居伴侶、受撫養子女、父母/繼父母或倖存配偶/同居伴侶）的保險。	
	G. 即使合格人士或其眷屬可以選擇續約此類保險，但投保了任何非曆年團體健保計畫或個人健康保險。失去保險的日期是計畫或保單年度的最後一天。	
	H. 除了未能支付保費或因欺詐或蓄意不實陳述重要資訊而允許撤銷的情況之外，因任何原因失去最低基本承保。	• 申請人佐證符合資格事件的信函。 • 原保險公司出具的證明失去保險的信函。
	I. 雇主終止撥款。	雇主終止撥款的通知。
	J. COBRA 延續保險已用盡。	反映保險已用盡的 COBRA 書面文件。
	K. 合格人士失去 Medi-Cal 或 Medicaid 所提供且醫療所必需的保險（不包括自願終止之前的保險或因未能支付保費而導致保險終止的情況）。	Medi-Cal 或 Medicaid 文件。
	L. 合格人士失去 Medi-Cal 或 Medicaid 所提供且與懷孕有關的保險（不包括自願終止之前的保險或因未能支付保費而導致保險終止的情況）。	Medi-Cal 或 Medicaid 文件。
2)	A. 合格人士透過婚姻、同居伴侶關係、出生、收養、收養安置或承擔親子關係而獲得眷屬或成為眷屬。	• 結婚證書。 • 同居伴侶聲明。 • 同居伴侶登記證書。 • 經公證的承擔親子關係宣誓書。 • 出生證明。 • 出院記錄。 • 收養的法院命令文件。 • 離婚判決書。 • 合法分居協議。 • 死亡證明。
	B. 投保人透過離婚或合法分居所在州的州法律規定的離婚或合法分居或因投保人或其眷屬死亡而失去眷屬或不再被視為眷屬。	

（續）

主要申請人的社會安全局號碼或 TIN 最後 4 位數：_ _ _ _

第四部分 特殊投保期（續）

符合資格事件		加州文件範例
3)	合格人士或其眷屬在一項健保計畫中的投保或非投保為無心、無意或錯誤，是高級職員、雇員、提供投保援助或開展投保活動的非健康保險交易市場實體、健康保險交易市場或 Department of Health and Human Services 的代理人或其機構出現錯誤、不實陳述、不當行為或不作為的結果（具體由健康保險交易市場來評估和判定）。	• 原保險公司 ID 卡正反面。 • 健康保險交易市場或 HHS 出具的證明發生符合資格事件的信函。
4)	投保人或其眷屬投保的健保計畫嚴重違反了其合約的重要條款。	健康保險交易市場或其他計畫的決議文件。
5)	合格人士或投保人或其眷屬因永久搬家而獲得新的健保計畫。 請注意，出於獲得醫療照護的目的而搬家（例如搬到住院醫院或類似醫療機構接受治療）並非本特殊投保期的「永久搬家」。	可接受的居住證明文件副本： • 目前的駕駛執照或身份證。 • 申請人名下的目前有效的州車輛登記表。 • 申請人受雇的證據。 • 申請人已在公共或私人職業介紹所登記的證據。 • 申請人已將其子女入學的證據。 • 申請人正在接受公共援助的證據。 • 選民登記收條、選民通知卡或選民登記摘要。 • 申請人名下的目前水電費帳單。 • 申請人名下的目前租金或抵押付款收據。親戚提供的租金收據不予接受。 • 顯示主要居住地的抵押契據。 • 申請人名下的租賃協定。 • 以申請人名義發送的政府郵件（SSA 聲明、DMV 通知等）。 • 手機帳單。 • 信用卡對帳單。 • 印有姓名和地址的銀行對帳單或註銷支票。 • 美國郵政署的地址變更確認函。 • 顯示您的地址的搬家公司合約或收據。 • 如果您住在其他人的家中，例如家人、朋友或室友，您可以寄送此人的信函/聲明，說明您與他們住在一起，而不僅僅是暫時拜訪。此人必須提供上述其中一個文件來證明自己的居住權。 • 如果您無家可歸或住在過渡性住房中，您可以提交您所在州的其他居民的信函或聲明，說明他們知道您住在哪裡，並且可以驗證您住在該地區，而不僅僅是暫時拜訪。此人必須提供上述其中一個文件來證明自己的居住權。 • 當地非營利社會服務提供者（不包括非營利醫療保健提供者）或政府機構（包括庇護所）的信函，該信函可以驗證您住在該地區，而不僅僅是拜訪。
6)	根據有效的州或聯邦法院命令，合格人士必須以眷屬的身分強制獲得承保。	法院文件。
7)	合格人士已獲釋出獄。	顯示事件日期的緩刑或假釋釋放書面文件。

（續）

主要申請人的社會安全局號碼或 TIN 最後 4 位數：_ _ _ _

第四部分 特殊投保期（續）

符合資格事件		加州文件範例
8)	合格人士因下列任一情況而透過其他健康福利計畫的簽約醫療服務提供者接受服務，但該醫療服務提供者不再參與該健保計畫網絡：(a) 急性病症（因疾病、生病、受傷或其他醫療狀況而突然開始出現症狀，並需要立即就醫且持續時間有限的病症）；(b) 嚴重慢性病（因疾病或其他醫療問題或醫療狀況而導致的病症，其性質嚴重且持續不斷而無法完全治癒，或經過長時間會惡化，或需要持續治療以緩解病情或預防惡化）；(c) 絕症（無法治癒或逆轉的病症，很可能在一年或一年之內導致死亡）；(d) 懷孕；(e) 剛出生至 36 個月大的新生兒照護；或 (f) 由醫療服務提供者建議並以書面記錄要在保險合約終止日期後的 180 天內或新受保會員保險生效日期起的 180 天內進行的外科手術或其他程序，並且該醫療服務提供者不再參與健保計畫。	• 醫療保健計畫公司出具的證明醫療服務提供者與網絡終止合作的信函。 以及 • 醫療服務提供者出具的證明投保人病症的信函。
9)	合格人士向健康保險交易市場證明，由於合格人士接獲錯誤訊息而以為自己享有最低基本承保，因此未在上一個投保期投保健康福利計畫。	• 申請人佐證符合資格事件的信函。 • 計畫續約信函的副本。
10)	合格人士是根據《美國法典》第 32 章規定從執行勤務返回部隊的美國軍隊預備役成員，或是從執行勤務返回部隊的加州國民警衛隊成員。	退役文件。
11)	剛剛獲得或喪失保費抵減稅額的預先給付資格，或分攤費用減免的資格發生變化。	顯示您有資格獲得保費援助的預先保費抵減稅額 (APTC) 書面文件。
12)	合格人士或投保人是家暴虐待或配偶遺棄的受害者，包括同一家庭內的眷屬或未婚受害者，已投保最低基本承保，並希望投保與虐待或遺棄的加害者不同的保險；或是家暴虐待或配偶遺棄受害者的眷屬，與受害者一起提出申請。	根據偽證罪處罰簽署的書面聲明，註明您的姓名以及投保保險的家暴虐待受害者的姓名。
13)	個人或眷屬在年度開放投保期間或由於符合資格事件而透過 Covered California 申請保險，由 Covered California 評估為可能符合 Medi-Cal 資格，並在開放投保結束後或符合資格事件發生後 60 天以上被判定不符合 Medi-Cal 資格；或在年度開放投保期間申請 Medi-Cal 承保，並在開放投保結束後被判定為不符合資格。	Covered California 或 Medi-Cal 的資格拒絕函。
14)	合格人士向 Covered California 充分證明，有關計畫福利、服務區域或保費的重大錯誤影響合格人士透過 Covered California 購買保險的決定。	根據偽證罪處罰簽署的書面聲明，註明您的姓名、健保計畫名稱、發生的錯誤以及發生錯誤的日期。
15)	合格人士或投保人或其眷屬剛剛獲得透過個人保險 HRA (ICHRA) 或合格小額雇主健康還款計畫 (QSEHRA) 購買個人健保計畫的資格。	申請人出具的信函，證明他們已獲得 ICHRA 或 QSEHRA，並包含 ICHRA 或 QSEHRA 開始日期。
16)	個人投保了 COBRA 延續保險，雇主將支付全部或部分保費或政府機構將提供津貼，但雇主完全停止對 COBRA 延續承保提撥款項或政府津貼完全停止。	申請人證明符合資格事件的信函。

主要申請人的社會安全局號碼或 TIN 最後 4 位數：_ _ _ _

第五部分 永久居住證明要求

Health Net 要求，作為申請人，您目前必須是加州永久居民，並且在考慮您的投保申請書之前支付初始保費。

在審查您的申請書後，Health Net 保留要求提供更多資訊以確定申請人居住地的權利。

請注意，永久居住不包括搬到醫療機構接受治療或前往服務區域獲得醫療照護。

可接受的證明文件包括：

- 目前的加州駕駛執照或身份證。
- 申請人名下的目前有效的加州車輛登記表。
- 申請人在加州受雇的證據。
- 申請人已在加州的公共或私人職業介紹所登記的證據。
- 申請人已將其子女就讀於加州學校的證據。
- 申請人正在加州接受公共援助的證據。
- 選民登記收條、選民通知卡或選民登記摘要。
- 申請人名下的目前加州水電費帳單。
- 申請人名下的目前加州租金或抵押付款收據。親戚提供的租金收據不予接受。
- 顯示主要居住地的抵押契據。
- 申請人名下的租賃協定。
- 以申請人名義發送的政府郵件（SSA 聲明、DMV 通知等）。
- 手機帳單。
- 信用卡對帳單。
- 印有姓名和地址的銀行對帳單或註銷支票。
- 美國郵政署的地址變更確認函。
- 顯示您的地址的搬家公司合約或收據。
- 如果您住在其他人的家中，例如家人、朋友或室友，您可以寄送此人的信函/聲明，說明您與他們住在一起，而不僅僅是暫時拜訪。此人必須提供上述其中一個文件來證明自己的居住權。
- 如果您無家可歸或住在過渡性住房中，您可以提交您所在州的其他居民的信函或聲明，說明他們知道您住在哪裡，並且可以驗證您住在該地區，而不僅僅是暫時拜訪。此人必須提供上述其中一個文件來證明自己的居住權。
- 當地非營利社會服務提供者（不包括非營利醫療保健提供者）或政府機構（包括庇護所）的信函，該信函可以驗證您住在該地區，而不僅僅是拜訪。

如果申請的是僅限子女的保單，需要父母或法定監護人提供子女居住地的居住證明。

主要申請人的社會安全局號碼或 TIN 最後 4 位數：_ _ _ _

第六部分 個人與家庭計畫的標準投保例外 - 關於語言協助的責任聲明

第六部分說明：當申請人因無法讀、寫和/或說本申請書的語言而無法完成申請時，應使用以下流程。Health Net 要求，如果您在填寫本申請書時需要協助，必須使用合格口譯員服務。Health Net 將根據您的要求免費提供合格口譯員。請致電 877-609-8711 與 Health Net 聯絡，瞭解有關合格口譯員服務以及如何獲得這些服務的資訊。若適用，必須將本表格與個人與家庭計畫投保申請書一起提交。

Health Net 合格口譯員 – 請在 Health Net 合格口譯員的協助下填寫以下內容。

本人_____是在 Health Net 授權的合格口譯員的協助下完成本申請書，原因是我：

☐ 不會讀本申請書的語言。 ☐ 不會說本申請書的語言。

☐ 不會寫本申請書的語言。 ☐ 其他（請說明）：_____

合格口譯員協助我完成了： ☐ 整個申請書。

☐ 其他（請說明）：_____

合格口譯員用以下語言向我閱讀了本申請書：_____

簽名和日期（需要用墨水填寫）

申請人簽名：	今日日期： / /
口譯申請書的日期： / /	口譯申請書的時間：
合格口譯員號碼： ( )	

Health Net 合格口譯員之外的合格口譯員 – 請在 Health Net 合格口譯員之外的合格口譯員的協助下填寫以下內容。

如果由 Health Net 提供的合格口譯員之外的合格口譯員協助您完成本申請書，該口譯員必須填寫以下內容：

本人 _____ 瞭解合格口譯員應：(a) 擁有與接受過非英語高等教育（學院或大學同等學歷）的母語人士相當的詞彙量；(b) 能夠在交流中表現出文化敏感性，同時考慮到每種語言都包含廣泛的變體；(c) 具有母語人士語言技能（母語人士語言技能是透過在語言社區中成長或生活而培養的）；以及 (d) 具有相應的非英語讀寫能力（讀寫能力將透過母語的高等教育來證明）。

作為合格口譯員，我親自閱讀並完成了上述申請人的申請書，原因是：

☐ 申請人不會讀本申請書的語言。 ☐ 申請人不會說本申請書的語言。

☐ 申請人不會寫本申請書的語言。 ☐ 其他（請說明）：_____

根據偽證罪處罰，我聲明我會向申請人閱讀：

☐ 整個申請書。 ☐ 其他（請說明）：_____

我用以下語言向申請人閱讀了本申請書：_____

請提供以下有關協助申請人並且非 Health Net 合格口譯員的合格口譯員的資訊：

姓氏：		名字：	
合格口譯員的地址：			
城市：	州：	郵遞區號：	電話： ( )
合格口譯員簽名：		日期： / /	

主要申請人的社會安全局號碼或 TIN 最後 4 位數：_ _ _ _

第七部分 申請人的代理人/經紀人資訊

為了向代理人/經紀人寄送信件，需要填寫代理人/經紀人的完整姓名和地址。

Health Net 經紀人/代理人 ID 或全國保險業務員編號 (NPN)

姓名（請以正楷填寫）：	電話號碼： (　　)
地址：	
電子郵件地址：	
申請人的代理人/經紀人簽名/號碼（必填）：	**簽署日期（必填）：** /　　/

代理人/經紀人證明

本人 _____（代理人/經紀人姓名），

（註：您必須選擇相應的方塊。您只能選擇一個方塊。）

(____) 沒有以任何方式協助申請人填寫或提交本申請書。所有資訊均由申請人填寫，我沒有提供任何協助或建議。本人瞭解，如果我的這份聲明的任何部分不實，我可能會受到民事處罰，包括但不限於最高 $20,000 的罰款。

或者

(____) 協助了申請人提交本申請書。我建議申請人完整真實地回答所有問題，並且不得隱瞞本申請書上要求的任何資訊。我解釋說，隱瞞資訊可能會導致將來撤銷或取消保險。申請人向我表明其理解這些說明和警告。據我所知，本申請書上的資訊完整準確。本人瞭解，如果我的這份聲明的任何部分不實，我可能會受到民事處罰，包括但不限於最高 $20,000 的罰款。

請回答所有問題 1 至 3。

1. **誰填寫並完成了本申請書？（用正楷書寫全名）**

_____

2. 您是否親自見證了申請人簽署本申請書？ ☐ 是 ☐ 否

3. 您是否審核了申請人簽署的申請書？ ☐ 是 ☐ 否

主要申請人的社會安全局號碼或 TIN 最後 4 位數：_ _ _ _

第八部分 投保條件

一般條件：如果申請人因不符合資格條件而沒有資格投保，Health Net 保留拒絕任何保險申請的權利。除非 Health Net 會員服務部接受本申請書並向申請人發出接受通知，否則即使您向 Health Net 支付了第一個月的保費，也無法承保保險。Health Net 的任何其他部門、高級職員、代理人或員工均無權核准投保。申請人的代理人或經紀人不能核准本申請書、變更本申請書的條款或免除本申請書的要求。本申請書應成為計畫合約的一部分。

HEALTH NET 可以廢止計畫合約的情況

在保險開始生效的前 24 個月內，Health Net 可能會因您從事任何足以構成詐欺的舉動或行為，或因您在您或您代表所提交之投保申請書或隨附文件中的書面資訊蓄意針對重要資訊作出任何不實陳述，而廢止計畫合約。

重要資訊是指，Health Net 在知曉的情況下將會拒絕核發保險的資訊。

如果計畫合約遭到廢止，Health Net 將沒有責任提供計畫合約中所規定的保險。

簽署本申請書即表明您證明，所有回答均屬實、完整且正確，並且本申請書將會成為 Health Net 與您簽署之計畫合約的一部分。簽署本申請書即表明您進一步同意遵守計畫合約中的條款。

如果 Health Net 欲在您投保後調查您的申請資訊，Health Net 必須通知您有關此調查之事和調查的理由，並讓您有機會可以作出回覆。

如果 Health Net 決定廢止您的保險，其會先將該決定送交給與 Health Net 簽約的第三方審核員進行審查。

如果計畫合約遭到廢止，Health Net 將會在合約廢止生效日期前，提前 30 天提供書面通知，該通知將會：

1. 說明決定的理由；
2. 提供廢止計畫合約的生效日期；
3. 澄清說明除了保險遭到廢止的人士之外，受保於您保險之下的所有會員將可繼續享有承保；
4. 說明您的月保費將會有所調整，以反映仍受保於計畫合約下的會員人數；
5. 說明如果您對 Health Net 的決定有異議，您向 Health Net 和/或 Department of Managed Health Care 申請審查的權利及選項；並且
6. 附上一份審查申請權利表。從取消、廢止或拒絕續保通知所示日期開始算起，您有 180 天的時間可以向 Health Net 和/或 Department of Managed Health Care 提交審查申請權利表。

如果計畫合約遭到廢止：

1. Health Net 可撤銷您的保險，就如同您從未享有保險一樣，且您將會喪失健康福利，包括已接受之治療的承保；
2. Health Net 將會退還您已支付的所有保費，扣除 Health Net 代您支付的任何醫療費用，且 Health Net 可能會向您追討其自保險生效日期起根據計畫合約規定所給付的任何費用；且
3. Health Net 保留其根據加州法律就廢止之事而起的問題尋求任何其他法律救濟的權利。

如果 Health Net 拒絕您的上訴，您有權向 California Department of Managed Health Care 尋求協助。

受保護健康資訊的使用與透露：本人確認並瞭解，醫療保健提供者可能會向 Health Net 透露有關我或我的眷屬的健康資訊。Health Net 使用並可能透露這些資訊用於治療、付款和健保計畫營運目的，包括但不限於使用管理、品質改進以及疾病或個案管理計畫。Health Net 的隱私權行使聲明包含在計畫合約中，我還可以在網站 www.myhealthnetca.com 或透過 Health Net 客戶聯絡中心獲得該聲明的副本。使用和透露受保護健康資訊的授權有效期應為自我在下一頁簽名之日起 24 個月。

如果唯一申請人是未成年：如果本申請書中的唯一申請人未滿 18 歲，申請人的父母或法定監護人必須簽字。透過簽字即表明申請人特此同意對本申請書中資訊的準確性以及保費的付款承擔法律責任。如果該責任方不是申請人的親生父母，必須隨本申請書提交授權監護權的法院文件副本。

如果申請人不會讀本申請書的語言：如果申請人不會讀本申請書的語言，並且在口譯員的協助下完成了本申請書，申請人必須簽署並提交責任聲明（請參閱本申請書的第六部分，「個人與家庭計畫的標準投保例外 - 關於語言協助的責任聲明」）。

主要申請人的社會安全局號碼或 TIN 最後 4 位數：_ _ _ _

第九部分 重要條款

注意：為了保護您的權益，加州法律要求在本表格上顯示以下內容。蓄意提供虛假理賠或欺詐性索賠，以獲得損失賠償的任何人，其行為是犯罪行為，可處以罰款和囚禁在州監獄。

禁止愛滋病毒檢測：加州法律禁止醫療保健服務機構、計畫或保險公司要求或使用愛滋病毒檢測作為獲得保險的條件。

確認與同意：本人作為申請人理解並同意，投保 Health Net 或接受其服務，即表示我和任何投保的眷屬應遵守計畫合約的條款、條件和規定。如欲獲得計畫合約副本，請致電 877-609-8711 與 Health Net 聯絡。**本人作為申請人已閱讀並理解本申請書的條款，我在下面簽名即表明，本申請書中輸入的資訊是完整、真實和正確的，我接受這些條款。**

約束性仲裁協議：本人作為申請人理解並同意，我（包括我的任何投保家庭成員或繼承人或個人代表）與 Health Net 之間的任何和所有爭議必須提交給最終和約束性仲裁，而不是陪審團或法庭審判。本仲裁協議包括根據任何法律理論所述，由計畫合約或我的 Health Net 承保範圍導致或與之有關的任何爭議。即使醫療保健提供者或其代理人或員工等其他方參與爭議，本仲裁任何爭議的協議也適用。本人理解，同意將所有爭議提交給最終和約束性仲裁，即表明包括 Health Net 在內的各方放棄了由陪審團在法庭上裁決爭議的憲法權利。本人還特此放棄參與任何集體訴訟或集體仲裁的所有權利。本人也理解，我可能與 Health Net 發生的涉及醫療事故理賠的糾紛（即，所提供的任何醫療服務是否為不必要或未經授權，或是否為不適當、疏忽或不稱職）也應接受最終的約束性仲裁。本人理解，計畫合約包含了更詳細的仲裁條款。若計畫合約須遵守 ERISA 的 29 U.S.C. § § 1001-1461，則強制性仲裁可能不適用於特定爭議。本人在下面簽名，即表明我理解並同意本約束性協議的條款，並同意將任何爭議提交約束性裁決，而不是法院。

申請人，或父母或法定監護人（如果申請人未滿 18 歲）： 正楷書寫姓名：_____ 簽名：_____	簽署日期：	申請人眷屬簽名（年滿 18 歲）：	簽署日期：
配偶/同居伴侶簽名（年滿 18 歲）：	簽署日期：	申請人眷屬簽名（年滿 18 歲）：	簽署日期：
申請人父母/繼父母簽名：	簽署日期：	申請人眷屬簽名（年滿 18 歲）：	簽署日期：
申請人父母/繼父母簽名：	簽署日期：		

本申請書和仲裁條款必須由申請人簽字。申請人必須親自用墨水簽名，並同意遵守仲裁條款以及本申請書和計畫合約的條款、條件和規定，以便處理本申請書。為了考慮本申請書，代理人/經紀人或任何其他人均不得簽署本申請書和仲裁條款。

您可以提交本申請書和授權書的影印件或傳真件。Health Net 建議您保留本申請書和授權書的副本作為記錄。

本文件提及的所有「Health Net」均包括承銷或管理本投保申請書所適用保險的 Health Net 附屬公司和子公司。「計畫合約」是指 Health Net of California, Inc. 合併的計畫合約和承保範圍證明。

主要申請人的社會安全局號碼或 TIN 最後 4 位數：_ _ _ _

牙科和視力福利由 Health Net of California, Inc. (「Health Net」) 提供。牙科福利由 Dental Benefit Providers of California, Inc. (DBP) 管理。DBP 是加州的持照專業醫療保健服務計畫，不隸屬於 Health Net。Health Net 與 EyeMed Vision Care, LLC 簽訂合約來管理視力福利。

Ambetter HMO 計畫是由 Health Net of California, Inc. (Health Net) 提供。Health Net of California, Inc. 是 Health Net, LLC 和 Centene Corporation 的子公司。Health Net 為 Health Net, LLC 的註冊服務標章。本文件所提及的其他所有商標/服務標章仍屬其各自公司所有。版權所有。

主要申請人的社會安全局號碼或 TIN 最後 4 位數：_ _ _ _

第十部分向 Health Net 提交投保申請書以及支票、銀行本票或匯票的說明。

- **將您填妥的申請書郵寄至：**
  Health Net Individual and Family Enrollment
  PO Box 989731
  West Sacramento, CA 95798-9731
- **或者將您填妥的申請書傳真至 800-977-4161。**
- **並且將您的支票、銀行本票或匯票以及填妥的下表郵寄至：**
  Health Net CA Individual
  PO BOX 748705
  Los Angeles, CA 90074-8705

✂ *沿此處剪下*

為了幫助確保您的付款適用於您的申請，請將您的支票、銀行本票或匯票與填妥的本表一起郵寄至：
Health Net CA Individual
PO BOX 748705
Los Angeles, CA 90074-8705

申請人資訊

申請人姓名：	
申請人地址	
申請人出生日期（月月/日日/年年）： / /	申請人的社會安全局號碼： – –

需要支付第一個月的保費才能處理您的申請並使保險生效。若不付款，投保將被推遲。

✂ *沿此處剪下*

English
No Cost Language Services. You can get an interpreter. You can get documents read to you and some sent to you in your language. For help, if you have an ID card, please call the Customer Contact Center number. Employer group applicants please call Health Net's Commercial Contact Center at 1-800-522-0088 (TTY: 711). Individual & Family Plan (IFP) applicants please call 1-877-609-8711 (TTY: 711).

Arabic
خدمات لغوية مجانية. يمكننا أن نوفر لك مترجم فوري. ويمكننا أن نقرأ لك الوثائق بلغتك. للحصول على المساعدة، يرجى الاتصال برقم مركز خدمة العملاء المبين على بطاقتك. فيما يتعلق بمقدمي طلبات مجموعة صاحب العمل، يرجى التواصل مع مركز الاتصال التجاري في Health Net عبر الرقم: 1-800-522-0088 (TTY: 711). فيما يتعلق بمقدمي طلبات خطة الأفراد والعائلة، يرجى الاتصال بالرقم 1-877-609-8711 (TTY: 711).

Armenian
Անվճար լեզվական ծառայություններ: Դուք կարող եք բանավոր թարգմանիչ ստանալ: Փաստաթղթերը կարող են կարդալ ձեր լեզվով: Եթե ID քարտ ունեք, օգնության համար խնդրում ենք զանգահարել Հաճախորդների սպասարկման կենտրոնի հեռախոսահամարով: Գործատուի խմբի դիմորդներին խնդրում ենք զանգահարել Health Net-ի Կոմերցիոն սպասարկման կենտրոն՝ 1-800-522-0088 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711): Individual & Family Plan (IFP) դիմորդներին խնդրում ենք զանգահարել 1-877-609-8711 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711):

Chinese
免費語言服務。您可使用口譯員服務。您可請人將文件唸給您聽並請我們將某些文件翻譯成您的語言寄給您。如需協助且如果您有會員卡，請撥打客戶聯絡中心電話號碼。雇主團保計畫的申請人請撥打 1-800-522-0088（聽障專線：711）與 Health Net 私人保險聯絡中心聯絡。Individual & Family Plan (IFP) 的申請人請撥打 1-877-609-8711（聽障專線：711）。

Hindi
बिना शुल्क भाषा सेवाएं। आप एक दुभाषिया प्राप्त कर सकते हैं। आप दस्तावेजों को अपनी भाषा में पढ़वा सकते हैं। मदद के लिए, यदि आपके पास आईडी कार्ड है तो कृपया ग्राहक संपर्क केंद्र के नंबर पर कॉल करें। नियोक्ता सामूहिक आवेदक कृपया हेल्थ नेट के कमर्शियल संपर्क केंद्र को 1-800-522-0088 (TTY: 711) पर कॉल करें। व्यक्तिगत और फैमिली प्लान (आईएफपी) आवेदक कृपया 1-877-609-8711 (TTY: 711) पर कॉल करें।

Hmong
Tsis Muaj Tus Nqi Pab Txhais Lus. Koj tuaj yeem tau txais ib tus kws pab txhais lus. Koj tuaj yeem muaj ib tus neeg nyeem cov ntaub ntawv rau koj ua koj hom lus hais. Txhawm rau pab cuam, yog tias koj muaj daim npav ID, thov hu rau Neeg Qhua Lub Chaw Tiv Toj tus npawb. Tus tswv ntiav neeg ua haujlwm pab pawg sau ntawv thov ua haujlwm thov hu rau Health Net Qhov Chaw Tiv Toj Kev Lag Luam ntawm 1-800-522-0088 (TTY: 711). Tus Neeg thiab Tsev Neeg Qhov Kev Npaj (IFP) cov neeg thov ua haujlwm thov hu rau 1-877-609-8711 (TTY: 711).

Japanese
無料の言語サービスを提供しております。通訳者もご利用いただけます。日本語で文書をお読みすることも可能です。ヘルプについては、IDカードをお持ちの場合は顧客連絡センターまでお電話ください。雇用主を通じた団体保険の申込者の方は、Health Netの顧客連絡センター（1-800-522-0088、TTY: 711）までお電話ください。個人・家族向けプラン（IFP）の申込者の方は、1-877-609-8711（TTY: 711）までお電話ください。

Khmer
សេវាភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ។ លោកអ្នកអាចទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់។ លោកអ្នកអាចស្តាប់គេអានឯកសារឱ្យ
លោកអ្នកជាភាសារបស់លោកអ្នក។ សម្រាប់ជំនួយ ប្រសិនបើលោកអ្នកមានប័ណ្ណសម្គាល់ខ្លួន សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់
លេខរបស់មជ្ឈមណ្ឌលទំនាក់ទំនងអតិថិជន។ អ្នកដាក់ពាក្យសុំគម្រោងជាក្រុមដែលជាបុគ្គលិក សូមហៅទូរស័ព្ទទៅ
កាន់មជ្ឈមណ្ឌលទំនាក់ទំនងរបស់ Health Net តាមរយៈលេខ 1-800-522-0088 (TTY: 711)។ អ្នកដាក់ពាក្យសុំ
គម្រោងជាលក្ខណៈបុគ្គល និងក្រុមគ្រួសារ (IFP) សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-609-8711 (TTY: 711)។

Korean
무료 언어 서비스입니다. 통역 서비스를 받으실 수 있습니다. 문서 낭독 서비스를 받으실 수 있으며 일부 서비스는 귀하가 구사하는 언어로 제공됩니다. 도움이 필요하시면 ID 카드에 수록된 번호로 고객서비스 센터에 연락하십시오. 고용주 그룹 신청인의 경우 Health Net의 상업 고객서비스 센터에 1-800-522-0088(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 개인 및 가족 플랜(IFP) 신청인의 경우 1-877-609-8711(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

Navajo
Doo bą́ą́h ílínígóó saad bee háká ada’iiyeed. Ata’ halne’ígíí da ła’ ná hádídóot’įįł. Naaltsoos da t’áá shí shizaad k’ehjí shichį́’ yídooltah nínízingo t’áá ná ákódoolnííł. Ákót’éego shíká a’doowoł nínízingo Customer Contact Center hoolyéhíjį’ hodíílnih ninaaltsoos nanitingo bee néého’dolzinígíí hodoonihjį’ bikáá’. Naaltsoos nehiltsóosgo naanish bá dahikahígíí éí kojį’ hodíílnih Health Net’s Commercial Contact Center 1-800-522-0088 (TTY: 711). T’áá hó dóó ha’áłchíní (IFP) báhígíí éí kojį’ hojilnih 1-877-609-8711 (TTY: 711).

Persian (Farsi)
خدمات زبان بدون هزینه. می توانید یک مترجم شفاهی بگیرید. می توانید درخواست کنید اسناد به زبان شما برایتان خوانده شوند. برای دریافت کمک، اگر کارت شناسایی دارید، لطفاً با شماره مرکز تماس مشتریان تماس بگیرید. متقاضیان گروه کارفرما لطفاً با مرکز تماس تجاری Health Net به شماره 1-800-522-0088 (TTY:711) تماس بگیرند. متقاضیان طرح فردی و خانوادگی (IFP)* لطفاً با شماره 1-877-609-8711 (TTY:711) تماس بگیرید.

Panjabi (Punjabi)
ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਲਾਗਤ ਵਾਲੀਆਂ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ। ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦੀ ਸੇਵਾ ਹਾਸਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਤੁਹਾਡੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਪੜ੍ਹ ਕੇ ਸੁਣਾਏ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਮਦਦ ਲਈ, ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਇੱਕ ਆਈਡੀ ਕਾਰਡ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਗਾਹਕ ਸੰਪਰਕ ਕੇਂਦਰ ਨੰਬਰ ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਮਾਲਕ ਦਾ ਗਰੁੱਪ ਬਿਨੈਕਾਰ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਹੈਲਥ ਨੈੱਟ ਦੇ ਵਪਾਰਕ ਸੰਪਰਕ ਕੇਂਦਰ ਨੂੰ 1-800-522-0088 (TTY: 711) ‘ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਅਤੇ ਪਰਿਵਾਰਕ ਯੋਜਨਾ (IFP) ਬਿਨੈਕਾਰਾਂ ਨੂੰ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ 1-877-609-8711 (TTY: 711) ‘ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Russian
Бесплатная помощь переводчиков. Вы можете получить помощь переводчика. Вам могут прочитать документы на Вашем родном языке. Если Вам нужна помощь и у Вас при себе есть карточка участника плана, звоните по телефону Центра помощи клиентам. Участники коллективных планов, предоставляемых работодателем: звоните в коммерческий центр помощи Health Net по телефону 1-800-522-0088 (TTY: 711). Участники планов для частных лиц и семей (IFP): звоните по телефону 1-877-609-8711 (TTY: 711).

Spanish
Servicios de idiomas sin costo. Puede solicitar un intérprete, obtener el servicio de lectura de documentos y recibir algunos en su idioma. Para obtener ayuda, si tiene una tarjeta de identificación, llame al número del Centro de Comunicación con el Cliente. Los solicitantes del grupo del empleador deben llamar al Centro de Comunicación Comercial de Health Net, al 1-800-522-0088 (TTY: 711). Los solicitantes de planes individuales y familiares deben llamar al 1-877-609-8711 (TTY: 711).

Tagalog
Walang Bayad na Mga Serbisyo sa Wika. Makakakuha kayo ng interpreter. Makakakuha kayo ng mga dokumento na babasahin sa inyo sa inyong wika. Para sa tulong, kung mayroon kayong ID card, mangyaring tumawag sa numero ng Customer Contact Center. Para sa mga grupo ng mga aplikante ng tagapag-empleyo, mangyaring tumawag sa Commercial Contact Center ng Health Net sa 1-800-522-0088 (TTY: 711). Para sa mga aplikante ng Planong Pang-indibiduwal at Pampamilya (Individual & Family Plan, IFP), mangyaring tumawag sa 1-877-609-8711 (TTY: 711).

Thai
ไม่มีค่าบริการด้านภาษา คุณสามารถใช้ล่ามได้ คุณสามารถให้อ่านเอกสารให้ฟังเป็นภาษาของคุณได้ หากต้องการความช่วยเหลือ และคุณมีบัตรประจำตัว โปรดโทรหมายเลขศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ ผู้สมัครกลุ่มนายจ้าง โปรดโทรหาศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์เชิงพาณิชย์ของ Health Net ที่หมายเลข 1-800-522-0088 (โหมด TTY: 711) ผู้สมัครแผนบุคคลและครอบครัว (Individual & Family Plan: IFP) โปรดโทร 1-877-609-8711 (โหมด TTY: 711)

Vietnamese
Các Dịch Vụ Ngôn Ngữ Miễn Phí. Quý vị có thể có một phiên dịch viên. Quý vị có thể yêu c ầu được đọc cho nghe tài liệu bằng ngôn ngữ của quý vị. Để được giúp đỡ, nếu quý vị có thẻ ID, vui lòng gọi đến số điện thoại của Trung Tâm Liên Lạc Khách Hàng. Những người nộp đơn xin bảo hiểm nhóm qua hãng sở vui lòng gọi Trung Tâm Liên Lạc Thương Mại của Health Net theo số 1-800-522-0088 (TTY: 711). Người nộp đơn thuộc Chương Trình Cá Nhân & Gia Đình (IFP), vui lòng gọi số 1-877-609-8711 (TTY: 711).

CA Commercial On and Off-Exchange Member Notice of Language Assistance

FLY017550EH00 (12/17)