

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

Chương trình bảo hiểm Blue Shield cho nhóm 2-50 nhân viên đủ tiêu chuẩn

Có hiệu lực từ ngày 1 tháng 1 năm 2010

Điều rất quan trọng là phải trả lời tất cả các câu hỏi.

- Cung cấp cho nhân viên những dữ kiện được yêu cầu.
- Đánh dấu vào (các) ô cho biết sự lựa chọn bảo hiểm của quý vị và điền tên của chương trình bảo hiểm thích hợp.
(Ví dụ: Access+ HMO® Plan 15
hoặc Shield Spectrum PPOSM Plan 500 Premier)
- Cung cấp số An sinh Xã hội cho mỗi thành viên tham gia.
- Đánh dấu vào ô “Đăng ký tham gia Chương trình bảo hiểm Y tế” cho từng người phụ thuộc được liệt kê trong phần này. Trong khoảng trống có sẵn, hãy liệt kê tất cả những người phụ thuộc đủ tiêu chuẩn mà quý vị muốn đăng ký (kể cả vợ/chồng hoặc người sống chung nhà), ngày sinh, số An sinh Xã hội của họ và mối quan hệ với nhân viên. Bảo hiểm cho người sống chung nhà có trong tất cả chương trình bảo hiểm sức khỏe theo nhóm của Blue Shield. Vui lòng xác nhận đầy đủ điều kiện tham gia với cơ quan của quý vị. **Nếu chọn Access+ HMO, Local Access+ HMO, hoặc Added Advantage POSSM Plan, quý vị phải chọn một Bác sĩ Riêng.** Vui lòng nhập Số của Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe và tên của IPA hoặc Nhóm Y khoa. Tham khảo danh mục nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe HMO tại trang web blueshieldca.com để biết số nhận diện. Xin lưu ý đến hướng dẫn đăng ký tham gia chương trình bảo hiểm nha khoa được mô tả ở bên phải.

Những người con phụ thuộc từ 19-24 tuổi không tàn tật phải được ghi danh toàn thời gian vào trường cao đẳng (tối thiểu 12 cấp học) hoặc trường dạy nghề (hoặc đã được sự chấp thuận của trường cao đẳng hoặc dạy nghề cho nghề vi bệnh). Để được xem là đủ tiêu chuẩn, quý vị phải đánh dấu ô “Sinh viên Toàn Thời gian” là “Có” cho mỗi người phụ thuộc. Blue Shield of California/Blue Shield Life sẽ coi thông tin đã điền này là sự chứng nhận sinh viên toàn thời gian. Bảo hiểm người phụ thuộc trên 18 tuổi cho sinh viên toàn thời gian không áp dụng cho người phụ thuộc của người bảo trợ hợp pháp. Những người con phụ thuộc trên 18 tuổi bị tàn tật có thể đủ tiêu chuẩn hưởng các phúc lợi liên tục theo chương trình bảo hiểm sức khỏe theo nhóm cung cấp cho trẻ em mất khả năng có việc làm bền vững và chủ yếu phụ thuộc vào sự hỗ trợ và nuôi dưỡng của người đăng ký, vợ/chồng hoặc người sống chung nhà. Phải nộp một chứng nhận HIPAA từ công ty bảo hiểm theo nhóm trước đây và chứng nhận tàn tật của Bác sĩ (mẫu C3674) kèm theo đơn đăng ký. Chứng nhận vẫn còn bị tàn tật là cần thiết để duy trì tính đủ tiêu chuẩn.

Access Baja HMO

- Để đăng ký tham gia vào Access Baja HMO, quý vị phải sống hoặc làm việc trong khu vực dịch vụ của Access Baja để bảo đảm được chăm sóc hợp lý.
- Tham khảo *Danh mục Nhà thuốc tây và Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe Access Baja HMO* để lựa chọn bác sĩ chăm sóc chính và thông tin khu vực dịch vụ.

Quý vị phải hiểu những tiêu chuẩn chăm sóc được ghi trong Mẫu Tiết lộ. Các chương trình bảo hiểm Access Baja không có bảo hiểm Nha khoa và Nhân thọ.

Hướng dẫn đăng ký tham gia chương trình bảo hiểm nha khoa quan trọng

Quý vị phải đánh dấu vào ô “Đăng ký tham gia Chương trình Bảo hiểm Nha khoa” cho từng người phụ thuộc được liệt kê trong Phần 3 của Đơn đăng ký tham gia dành cho Nhân viên để mỗi người phụ thuộc có thể được bao trả. Nhân viên có thể chọn đăng ký tham gia cho số người phụ thuộc bất kỳ của mình vào chương trình bảo hiểm Blue Shield of California Dental PPO (Bảo hiểm Nha khoa PPO) hoặc Dental HMO (Bảo hiểm Nha khoa HMO).

Dental PPO

- Nhân viên không cần đăng ký tham gia vào chương trình bảo hiểm sức khỏe Blue Shield of California/ Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (Blue Shield Life) để chọn chương trình bảo hiểm nha khoa PPO.

Dental HMO

- Nhân viên không cần đăng ký tham gia vào chương trình bảo hiểm sức khỏe Blue Shield of California/ Blue Shield Life để chọn chương trình bảo hiểm nha khoa HMO.
- Để đăng ký tham gia vào một chương trình bảo hiểm nha khoa HMO, **quý vị phải sống hoặc làm việc gần nhà cung cấp dịch vụ nha khoa tham gia mạng lưới để bảo đảm được chăm sóc hợp lý, như đã xác định trong chương trình.**
- Tham khảo danh mục nhà cung cấp dịch vụ nha khoa HMO để biết khu vực dịch vụ
- Nếu chọn một chương trình bảo hiểm nha khoa HMO, quý vị phải liệt kê số nhận diện nhà cung cấp dịch vụ nha khoa mà quý vị chọn. Tham khảo danh mục nhà cung cấp dịch vụ nha khoa HMO tại trang web blueshieldca.com để biết số nhận diện.

4. Trong phần “Người thụ hưởng Bảo hiểm Nhân thọ”, hãy nhập tên của người nhận phúc lợi bảo hiểm nhân thọ theo nhóm, mối quan hệ của người này với nhân viên và địa chỉ hiện tại của người này.
5. Nhân viên phải ký tên và đề ngày vào giấy ủy quyền cho phép khấu trừ vào bảng lương và tiết lộ thông tin cá nhân và sức khỏe. Blue Shield of California/Blue Shield Life không thể xử lý đơn đăng ký tham gia nếu thiếu giấy ủy quyền có chữ ký.

Mẫu Từ chối Bảo hiểm

Mẫu đơn này (nằm ở trang cuối của đơn đăng ký tham gia) được dùng cho tất cả nhân viên từ chối bảo hiểm cho bản thân và người phụ thuộc. Mẫu này không cần thiết đối với đơn chỉ đăng ký tham gia bảo hiểm nha khoa hoặc nhân thọ.

Nhập tên nhân viên, số An sinh Xã hội, tên cơ quan (nhóm), ngày thuê mướn toàn thời gian và tình trạng hôn nhân. Đánh dấu vào ô thích hợp nếu quý vị, vợ/chồng, người sống chung nhà, hoặc (những) người phụ thuộc của quý vị từ chối bảo hiểm sức khỏe và/hoặc nha khoa. Đánh dấu vào ô phản ánh đúng lý do quý vị từ chối bảo hiểm cho quý vị, vợ/chồng, hoặc (những) người phụ thuộc. Cho biết tên của công ty bảo hiểm sức khỏe và/hoặc nha khoa khác mà quý vị hoặc người phụ thuộc của quý vị có bảo hiểm. **Ký tên và đề ngày nếu quý vị đã từ chối bảo hiểm cho cá nhân hoặc người phụ thuộc.**

Loại trừ bệnh mắc phải từ trước

Luật Chuyển đổi và Trách nhiệm Giải trình Bảo hiểm Y tế năm 1996 (HIPAA) là luật liên bang giới hạn thời gian mà bảo hiểm có thể bị loại trừ do bệnh mắc phải từ trước. Theo luật này, nếu bảo hiểm sức khỏe của một người kết thúc, và người này đăng ký tham gia vào chương trình bảo hiểm sức khỏe mới trong vòng 63 ngày (trừ khoảng thời gian chờ), thì chương trình bảo hiểm mới phải tính thời gian mà người này đã đăng ký tham gia trong chương trình bảo hiểm trước vào khoảng thời gian loại trừ do bệnh mắc phải từ trước của chương trình bảo hiểm mới. Ngoài ra, luật tiểu bang quy định rằng thời gian mà một người đã đăng ký tham gia chương trình bảo hiểm trước phải được tính nếu người này đăng ký tham gia chương trình bảo hiểm mới trong vòng 180 ngày (trừ khoảng thời gian chờ) nếu “chương trình bảo hiểm đáng tin cậy trước” là chương trình bảo hiểm được cơ quan bảo trợ.

Các chương trình bảo hiểm Shield Spectrum PPO, Shield Savings và Blue Shield Life Active ChoiceSM loại trừ bệnh mắc phải từ trước. Bệnh mắc phải từ trước chỉ áp dụng sau khi quý vị đã được bao trả trong sáu (6) tháng liên tục, tính cả khoảng thời gian chờ của cơ quan mới, nếu có. Bệnh mắc phải từ trước không áp dụng đối với:

- Phúc lợi thai sản;
- Trẻ sơ sinh hoặc con nuôi, người được bảo hiểm đáng tin cậy trước trong vòng ba mươi (30) ngày sau khi sinh, nhận con nuôi, hoặc dàn xếp việc nhận con nuôi và người đã đăng ký tham gia vào một trong những chương trình bảo hiểm Blue Shield of California hoặc Blue Shield Life trong vòng sáu mươi ba (63) ngày kể từ chương trình bảo hiểm đáng tin cậy trước (trừ khoảng thời gian chờ);
- Nhân viên và người phụ thuộc được bảo hiểm chính thức theo chương trình bảo hiểm sức khỏe theo nhóm trước đây của cơ quan hiện tại khi chương trình bảo hiểm đó đã kết thúc và người đăng ký tham gia vào ngày có hiệu lực đầu tiên của Chương trình bảo hiểm sức khỏe Blue Shield of California hoặc Blue Shield Life trong vòng 60 ngày từ khi kết thúc chương trình bảo hiểm trước.

Để được chấp nhận chương trình bảo hiểm đáng tin cậy trước, quý vị phải có Chứng nhận Bảo hiểm Đáng tin cậy từ cơ quan, công ty bảo hiểm, hoặc chương trình bảo hiểm sức khỏe trước và nộp chứng nhận này cho Blue Shield of California/Blue Shield Life. Nếu cần hỗ trợ, vui lòng liên lạc với Đại diện Dịch vụ Khách hàng Blue Shield của quý vị.

Blue Shield of California/Blue Shield Life bảo vệ tính bảo mật và sự riêng tư thông tin cá nhân và sức khỏe của quý vị. Thông tin cá nhân và sức khỏe bao gồm những thông tin y tế và thông tin nhận diện cá nhân, như tên, địa chỉ, số điện thoại, và số An sinh Xã hội. Chúng tôi sẽ không tiết lộ thông tin này trừ khi được luật pháp cho phép.

Đơn đăng ký tham gia dành cho nhân viên

blue of california

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

Đơn đăng ký tham gia dành cho nhân viên (cho 2-50 nhân viên)

Không viết vào phần mờ

- Đăng ký tham gia nhóm mới Mới thuê
 Thêm thành viên gia đình Thuê lại
 Đăng ký tham gia muộn
 Thời gian đăng ký đặc biệt

B/U	OED	RSN	S	TOC	NP	PKG

Thông tin nhân viên (vui lòng đánh máy hoặc viết chữ in rõ ràng và dùng mực đen) Nếu quý vị, vợ/chồng hoặc (những) người phụ thuộc của quý vị từ chối bảo hiểm, vui lòng điền và ký tên vào mẫu Từ chối Bảo hiểm ở cuối đơn đăng ký tham gia này.

1	Số An sinh Xã hội	Tên (nhóm) cơ quan	Số nhóm
S	Họ		
E	Tên		Tên lót
L	Địa chỉ nhà		Căn hộ
F	Thành phố	Tiểu bang	ZIP
Địa chỉ gửi thư (như địa chỉ nhà <input type="checkbox"/>)			
	Thành phố	Tiểu bang	ZIP
	Số điện thoại nhà ()	Số điện thoại cơ quan ()	Địa chỉ e-mail
	Ngày thuê toàn thời gian (Tháng/Ngày/Năm)	Chức danh công việc	Số tiền bảo hiểm Life/AD&D

Quý vị muốn chúng tôi liên lạc với quý vị bằng phương tiện nào? Chọn một trong những phương tiện sau đây:

E-mail Thư tiêu chuẩn Điện thoại: Nhà Cơ quan

Blue Shield sẽ sử dụng phương pháp ưu tiên của quý vị khi có thể.

Quý vị có phải là nhân viên toàn thời gian, đang làm việc ít nhất 30 giờ/tuần cho cơ quan này không? Có Không

Quý vị có phải là nhân viên bán thời gian đang làm việc ít nhất 20 giờ/tuần cho cơ quan này không? Có Không

Nếu không, vui lòng giải thích.

Ngày sinh: Tháng Ngày Năm
Giới tính: Nam Nữ
Tình trạng hôn nhân: Độc thân Đã kết hôn Người sống chung nhà

Nghôn ngữ ưu tiên: Tiếng Anh Tiếng Tây Ban Nha
 Tiếng Trung Quốc Tiếng Việt Khác:

Chiều cao: _____ Cân nặng: _____ Đánh dấu có nếu kèm tờ phụ vào đơn đăng ký tham gia này Có

Quý vị có người phụ thuộc đủ tiêu chuẩn không? Có Không Họ có đang đăng ký tham gia không? Có Không

Nếu không, người phụ thuộc của quý vị có được bao trả bằng hình thức bảo hiểm sức khỏe nào không? Có Không
Vui lòng điền vào mẫu Từ chối Bảo hiểm được bao gồm trong đơn đăng ký tham gia này cho những người phụ thuộc đủ tiêu chuẩn mà không đăng ký tham gia.

Các chương trình bảo hiểm Access+ HMO, Local Access+ HMO và Added Advantage POS

Tên của Bác sĩ Riêng	Số của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe	Tên của IPA/nhóm y khoa	Hiện là bệnh nhân? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
----------------------	---	-------------------------	--

Chỉ áp dụng với chương trình bảo hiểm Dental HMO

Tên của Nhà cung cấp dịch vụ Nha khoa	Số của Nhà cung cấp dịch vụ Nha khoa	Hiện là bệnh nhân? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
---------------------------------------	--------------------------------------	--

2 Đánh dấu và điền tên các chương trình bảo hiểm thích hợp

Các chương trình phúc lợi y tế

- Access+ HMO _____
 Local Access+ HMO _____
 Added Advantage POS _____
 Access Baja HMO _____
 Active Choice¹ _____
 Shield Spectrum PPO _____
 Shield Savings² _____
 Khác _____

Những phúc lợi tùy chọn

- Life/AD&D Insurance³ _____
 Dependent Life Insurance (Bảo hiểm Nhân thọ cho Người phụ thuộc)/Amt. (tối đa \$5,000) _____
 Chương trình bảo hiểm Dental PPO _____
 Chương trình bảo hiểm Dental HMO _____
 Vision plan (Chương trình bảo hiểm mắt) _____
 Khác _____

¹ Được bảo hiểm bởi Blue Shield of California Life & Health Insurance Company.

² Các chương trình bảo hiểm Shield SavingsSM là chương trình bảo hiểm sức khỏe có khoản tiền khấu trừ cao và đủ tiêu chuẩn HSA.

³ Bảo hiểm nhân thọ theo nhóm cho nhóm 2-9 nhân viên đủ tiêu chuẩn được quản lý và bảo hiểm qua ủy thác của cơ quan nhóm nhỏ.

Họ tên người nộp đơn đăng ký tham gia	Số An sinh Xã hội
---------------------------------------	-------------------

4 Những người nộp đơn xin bảo hiểm hiện tại đã có ai nhận được bảo hiểm sức khỏe chưa? Có Không
 Nếu có, cần phải nộp Bằng chứng Bảo hiểm. (Xem bên dưới.)

Những người nộp đơn xin bảo hiểm đã có ai nhận được bảo hiểm sức khỏe trong thời gian sáu (6) tháng qua chưa? Có Không

Nếu có, liệt kê tên của người nộp đơn/thành viên gia đình: _____

Loại hình bảo hiểm: Nhóm Cá nhân Khác (ghi rõ): _____

Công ty bảo hiểm: _____ Hợp đồng/Số Nhận diện: _____

Ngày bắt đầu bảo hiểm: _____ Ngày kết thúc: _____

Những người nộp đơn xin bảo hiểm có ai đã được đăng ký tham gia Medicare chưa? Có Không

Nếu có, liệt kê tên: _____

Để được chấp nhận chương trình bảo hiểm đáng tin cậy trước, quý vị phải có Bằng chứng Bảo hiểm theo mẫu của Chứng nhận Bảo hiểm Đáng tin cậy từ cơ quan, công ty bảo hiểm, hoặc chương trình bảo hiểm sức khỏe trước và nộp chứng nhận này cho Blue Shield of California/Blue Shield Life. Nếu cần hỗ trợ, vui lòng liên lạc với Đại diện Dịch vụ Khách hàng Blue Shield của quý vị.

5 Người thụ hưởng bảo hiểm nhân thọ	Mối quan hệ với người nộp đơn đăng ký tham gia
Họ tên	
Địa chỉ	
Thành phố	Tiểu bang ZIP

Mẫu cho phép tiết lộ thông tin và ủy quyền: Phần sau đây phải có chữ ký của tất cả nhân viên nộp đơn tham gia bảo hiểm

6 **Tiết lộ thông tin cá nhân và sức khỏe.** Blue Shield of California hoặc Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (gọi chung là “Blue Shield”) hiểu tầm quan trọng của việc bảo vệ sự riêng tư thông tin cá nhân và sức khỏe của quý vị cũng như người phụ thuộc của quý vị. Blue Shield bảo vệ thông tin này bằng điện tử, văn bản và lời nói khi được sử dụng trong toàn công ty của chúng tôi. Blue Shield sẽ không tiết lộ thông tin này nếu không có sự ủy quyền của quý vị, trừ khi được luật pháp cho phép.

Với mục đích quản lý chương trình bảo hiểm Blue Shield của quý vị, Blue Shield được luật tiểu bang và liên bang cho phép thu nhận thông tin sức khỏe của quý vị và người phụ thuộc của quý vị từ 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. Ngoài ra, theo luật tiểu bang và liên bang, Blue Shield được phép tiết lộ thông tin sức khỏe của quý vị và người phụ thuộc của quý vị 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.

Một bản giải thích đầy đủ về các chính sách và thủ tục của Blue Shield (“Thông báo về Thực hành Bảo vệ Tính bảo mật và Riêng tư”) để bảo mật thông tin cá nhân và sức khỏe của quý vị có sẵn và sẽ cung cấp cho quý vị khi được yêu cầu bằng cách gọi đến Phòng Dịch vụ Khách hàng hoặc truy cập vào trang Web của Blue Shield.

* Tôi đồng ý: Tất cả thông tin trong mẫu đơn này là chính xác và đúng theo hiểu biết và sự tin tưởng tốt nhất của tôi. Tôi hiểu rằng đó là cơ sở để bảo hiểm có thể được ban hành theo chương trình. Tôi hiểu rằng nếu tôi khai báo sai hoặc bỏ qua những sự kiện quan trọng thì bảo hiểm của tôi có thể bị hủy bỏ hoặc hợp đồng của tôi với cơ quan bị bãi bỏ. Ngoài ra, tôi cho phép cơ quan trừ vào thu nhập của tôi phần đóng góp (nếu có) được yêu cầu theo chi phí của chương trình bảo hiểm này.

Tôi hiểu rằng bảo hiểm chỉ có hiệu lực khi đơn này và đơn đăng ký tham gia của cơ quan của tôi được Blue Shield of California/Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (“Blue Shield Life”) chấp thuận.

Chữ ký của nhân viên Ngày

Tên của nhân viên viết bằng chữ in Ngày

Từ chối bảo hiểm cá nhân (Hãy điền đầy đủ nếu quý vị, vợ/chồng, người sống chung nhà, hoặc (những) người phụ thuộc của quý vị từ chối bảo hiểm của chương trình bảo hiểm sức khỏe và/hoặc nha khoa của Blue Shield of California/Blue Shield of California Life & Health Insurance Company của cơ quan của quý vị). Vui lòng đánh máy hoặc viết chữ in. Dùng mực đen.

Tên nhân viên _____ Số An sinh Xã hội _____

Tên (nhóm) cơ quan _____ Ngày thuê _____

Tình trạng hôn nhân Đã kết hôn Có Không
 Người sống chung nhà Có Không Chức danh công việc _____

Quý vị có phải là nhân viên toàn thời gian, đang làm việc ít nhất 30 giờ/tuần cho cơ quan này không? Có Không
 Quý vị có phải là nhân viên bán thời gian, đang làm việc ít nhất 20 giờ/tuần cho cơ quan này không? Có Không
 Nếu không, vui lòng giải thích: _____

Từ chối bảo hiểm vì:

- Tôi từ chối chương trình bảo hiểm sức khỏe cho tôi, vợ/chồng/người sống chung nhà và người phụ thuộc của tôi.
- Tôi từ chối chương trình bảo hiểm sức khỏe cho:
 - Chỉ vợ/chồng/người sống chung nhà của tôi
 - Chỉ con của tôi
 - Vợ/chồng/người sống chung nhà và con của tôi
 - Chỉ những người phụ thuộc sau đây: _____

- Nếu có chương trình bảo hiểm nha khoa, tôi từ chối chương trình bảo hiểm nha khoa cho tôi, vợ/chồng/người sống chung nhà và tất cả những người phụ thuộc của tôi.
- Tôi từ chối chương trình bảo hiểm nha khoa cho:
 - Chỉ vợ/chồng/người sống chung nhà của tôi
 - Chỉ con của tôi
 - Vợ/chồng/người sống chung nhà và con của tôi
 - Chỉ những người phụ thuộc sau đây: _____

Lý do từ chối bảo hiểm

- Được bao trả bởi chương trình bảo hiểm sức khỏe của cơ quan khác (ví dụ: qua vợ/chồng/người sống chung nhà của quý vị)

Tên công ty bảo hiểm _____

Số thẻ hội viên _____
- Được bao trả bởi một chương trình bảo hiểm sức khỏe hoặc bảo hiểm nha khoa cá nhân

Tên công ty bảo hiểm _____

Số thẻ hội viên _____
- Chương trình bảo hiểm Medicare, Medi-Cal, Healthy Families
- Được bao trả bởi TRICARE
- Không có bảo hiểm sức khỏe của cơ quan khác.
- Được bao trả bởi một chương trình bảo hiểm nha khoa khác

Tên công ty bảo hiểm _____

Số thẻ hội viên _____
- Khác _____

Tôi công nhận rằng cơ quan đã giải thích chương trình bảo hiểm cho tôi, và tôi biết rằng tôi có mọi quyền đăng ký tham gia vào chương trình bảo hiểm này và tôi quyết định không đăng ký tham gia cho tôi và/hoặc (những) người phụ thuộc của tôi, nếu có. Bây giờ tôi từ chối đăng ký tham gia cho tôi, vợ/chồng/người sống chung nhà và/hoặc những người phụ thuộc của tôi vào chương trình bảo hiểm sức khỏe của Blue Shield of California/Blue Shield Life của cơ quan của tôi. Tôi đã quyết định một cách tự nguyện, và không ai cố gắng gây ảnh hưởng đến tôi hoặc gây áp lực để tôi từ chối bảo hiểm.

Nếu tôi từ chối đăng ký cho tôi hoặc cho người phụ thuộc của tôi vì đã có chương trình bảo hiểm khác, hoặc vì cơ quan ngừng đóng góp vào chương trình bảo hiểm này, thì tôi công nhận rằng tôi có thể đăng ký cho bản thân và người phụ thuộc của tôi vào chương trình bảo hiểm này nếu tôi yêu cầu đăng ký trong vòng 31 ngày (60 ngày nếu mất bảo hiểm Medi-Cal hoặc Healthy Families) sau khi chương trình bảo hiểm khác của tôi hoặc của người phụ thuộc của tôi chấm dứt hoặc sau khi cơ quan ngừng đóng góp vào chương trình bảo hiểm khác.

Ngoài ra, nếu tôi có người phụ thuộc mới do hôn nhân/sống chung nhà, sinh con, nhận con nuôi hoặc dàn xếp nhận con nuôi, tôi công nhận rằng, tôi và người phụ thuộc của mình, có thể yêu cầu đăng ký tham gia vào chương trình bảo hiểm sức khỏe của cơ quan của tôi bằng cách nộp đơn đăng ký tham gia bảo hiểm trong vòng 31 ngày từ ngày kết hôn/sống chung nhà, sinh con, nhận con nuôi, hoặc dàn xếp việc nhận con nuôi. Tôi cũng công nhận rằng nếu tôi, hoặc người phụ thuộc của tôi, trở nên đủ tiêu chuẩn cho các Chương trình bảo hiểm Healthy Families hoặc Medi-Cal Premium Assistance, thì tôi hoặc người phụ thuộc có thể yêu cầu đăng ký tham gia vào chương trình bảo hiểm sức khỏe của doanh nghiệp bằng cách nộp đơn xin bảo hiểm trong vòng 60 ngày kể từ khi có thông báo đủ điều kiện cho các chương trình hỗ trợ phí bảo hiểm này.

Nếu tôi đã chỉ ra ở trên rằng lý do tôi từ chối bảo hiểm cho tôi và (những) người phụ thuộc là để bảo hiểm theo chương trình phúc lợi sức khỏe của cơ quan khác, tôi công nhận rằng, nếu tôi hoặc người phụ thuộc của tôi vô tình để mất bảo hiểm theo chương trình phúc lợi sức khỏe của cơ quan khác, thì tôi phải yêu cầu đăng ký tham gia cho tôi và/hoặc người phụ thuộc của tôi vào chương trình phúc lợi sức khỏe của cơ quan của tôi trong vòng 31 ngày. Nếu không, tôi hiểu rằng tôi chỉ có thể đăng ký tham gia cho tôi và/hoặc những người phụ thuộc của tôi vào chương trình bảo hiểm sức khỏe của cơ quan của tôi cho đến khi đơn đăng ký tham gia mở tiếp theo hoặc sau 12 tháng của cơ quan của tôi.

Chữ ký của nhân viên _____ Ngày _____

Cơ quan phải giữ lại một bản sao từ chối bảo hiểm có chữ ký để lưu vào hồ sơ.