

귀하의 플랜을 최대로 활용하십시오

귀하의 혜택 및 보장 요약 받으십시오

CommunityCare HMO 플랜을 신청해주셔서 감사합니다. 귀하의 **혜택 및 보장 요약 (Summary of Benefits and Coverage, SBC)**을 읽으십시오. 혜택 및 보장 요약(SBC)은 귀하의 플랜에 대한 일부 기본 정보 및 다음을 포함해 귀하가 필요로 할 때 진료를 받는 방법에 대해 설명하고 있습니다.

- 귀하의 건강 보험 이용 방법.
- 보장되는 기본적인 의료 서비스 목록 및 귀하의 건강 보험에 대해 지불하는 비용.
- 불만 사항 및 이의 신청을 제출할 귀하의 권리. 귀하의 플랜에 대해 불편 사항을 제기하고 단속 기관의 지원을 요청하기 위해 귀하가 이용하는 과정입니다.
- 귀하의 건강 보험에서 보장 또는 제외되는 기타 서비스의 목록.
- 특정 의료 상태에 대해 귀하의 플랜이 의료적 진료를 보장하는 방법의 예시.
- 귀하의 주 언어로 도움을 받는 방법.
- 자주 묻는 질문 및 답변(Q&A).



귀하의 혜택 및
보장 요약(SBC)을
이해하는 것은
귀하의 건강 보험 보장을
최대한 활용하기 위해
매우 중요합니다.

귀하의 2021년 플랜에 대한 혜택 및 보장 요약(SBC)을
보거나, 다운로드 또는 인쇄하려면,

- 1 www.myhealthnetca.com/sbc를 방문하십시오.
- 2 Health Net을 직접 통한 2021 혜택 및 보장
요약을 선택하십시오.
- 3 CommunityCare HMO 플랜 하에서 귀하가 신청하는
플랜에 대한 혜택 및 보장 요약(SBC)을 찾으십시오.



귀하의 편의를 위해 저희 고객 서비스 센터, **1-800-839-2172 (TTY: 711)**번으로
전화해 사본을 요청하실 수 있습니다.



개인 및 가족 플랜 CommunityCare HMO 가입 신청서



Health Net®

요청된 효력 발생일

 / /

신청서는 타이핑하거나 또는 파란색 또는 검정색 펜으로 작성해야 합니다.

혜택 효력 발생일: 혜택 보장은 연례 가입기간인 2020년 11월 1일부터 2021년 1월 31일 또는 특별 가입기간에 가입한 경우에만 이용 가능합니다. 지원서는 적격한 사유 발생의 60일 이내에 접수되어야 합니다. 일반적으로 1일과 15일 사이에 접수된 신청서의 경우 신청서를 제출한 그 다음 달 1일에 보장 효력이 발생합니다. 16일과 말일 사이에 접수된 신청서의 경우 신청서를 제출한 후 두 번째 달 1일에 보장 효력이 발생합니다.

Medicare 플랜에 현재 가입되어 있는 경우 귀하는 개인 및 가족 플랜에 지원할 자격이 없습니다.

Health Net은 배우자 및 피부양자녀를 포함해 건강보험 보장에 가입하려는 사람의 **사회보장번호(Social Security number, SSN)** 또는 주신청자의 **세금식별번호(Tax Identification Number, TIN)**를 요구합니다. 이는 건강보험 개혁법(Affordable Care Act) 및 상원법안 78(Senate Bill 78)에서 요구하는 대로 귀하의 세금 환급을 위해 귀하에게 보장의 증거를 제공하기 위해 필요합니다. 귀하가 본인의 사회보장번호(SSN) 또는 세금식별번호(TIN), 또는 다른 가족의 사회보장번호(SSN)를 제공할 수 없을 경우에도 귀하는 여전히 보장을 신청할 수 있고 보장은 거절되지 않을 것입니다. Health Net은 귀하의 사회보장번호(SSN) 또는 세금식별번호(TIN)를 기타 목적으로 사용하거나 법에서 요구하지 않는 한 다른 사람과 공유하지 않습니다. 신생아의 경우 귀하는 6개월 이내에 신생아의 사회보장번호(SSN)를 제공해야 합니다.

에이전트/브로커는 신청자를 대신해 본 신청서 및 동의서에 서명할 수 없습니다.

중요사항: 신청자가 영어를 읽고/쓰지 못하는 경우 **파트 vi**를 참조하십시오. 개인 및 가족 플랜 CommunityCare HMO 가입 신청서는 스페인어, 중국어, 한국어 및 베트남어 버전으로 이용하실 수 있습니다. 또한 귀하가 읽는 데 도움을 받으실 수 있습니다. 도움이 필요하시면 1-877-609-8711번으로 문의하십시오.

본 신청서 작성에 도움이 필요한 경우 에이전트/브로커가 도움을 드릴 수 있습니다. 귀하가 본 신청서를 읽고 작성하는 데 도움을 준 에이전트/브로커는 신청서에 서명해야 합니다(파트 vii 참조).

본인(및 적용되는 경우 본인의 피부양자)은 다음의 기간 중 신청합니다. ☐ 연례 가입기간 ☐ 특정 가입기간(파트 iv 참조)

파트 I. 신청자 정보

☐ **신규 가입(아래 가족 유형에 표시)**

- ☐ 본인 ☐ 본인 및 배우자 ☐ 본인 및 동거인 ☐ 본인 및 자녀 ☐ 본인 및 자녀들
☐ 본인, 배우자 및 자녀(들) ☐ 본인, 동거인 및 자녀(들) ☐ 자녀만 ☐ **변경 요청**

☐ **피부양자 추가(아래에 주계약자 정보를 기입하고 파트 iii에 피부양자 정보 작성)**

주신청자 성:		이름:		중간 이름(이니셜):	☐ 남성 ☐ 여성
영구 거주지 주소: ²					
도시:	주:	우편번호:	신청자 거주 카운티:		
청구/우편 주소:					
휴대전화 전화번호: ()	추가 전화번호: ☐ 자택 ☐ 직장 ()		이메일 주소:		
주신청자 생년월일 (월/일/년): / /	주신청자 사회보장번호: - -		주신청자 세금식별번호:		
현재 Health Net 가입자입니까? ☐ 예 ☐ 아니요 “예”라고 답한 경우 주신청자의 가입자 ID 번호:					
주치의 ID:		일차 그룹 ID:		현재 환자 여부: ☐ 예 ☐ 아니요	
선호 언어 선택(선택사항): ☐ 영어 ☐ 스페인어 ☐ 중국어 ☐ 한국어 ☐ 베트남어					

¹자녀만 해당되는 플랜의 신청자는 요청된 보장 효력 발생일에 18세 미만이어야 합니다. 18세 이상의 각 자녀는 별도의 개인 가입 신청서를 제출해야 합니다.

²9페이지 파트 v. “영구 거주지 증명 요건”을 참조하십시오.



파트 II. 지불 정보 및 보장 선택

A. 지불 정보(귀하의 신청서가 검토되기 위해서 첫 번째 월 보험료 전액 지불 필수)

첫 보험료 지불 ☐ 수표로 지불(금액은 월 보험료에 상응해야 함)

우편 신청

작성된 신청서를 다음 주소로 우편 발송:

Health Net Individual & Family Enrollment
PO Box 1150
Rancho Cordova, CA 95741-1150

팩스 신청

작성된 신청서를 다음의 번호로 팩스 발송:

1-800-977-4161

귀하의 수표 우편 발송

15페이지의 양식을 작성해 귀하의 수표와 함께 다음으로 보내십시오.

Health Net CA Individual
PO Box 748705
Los Angeles, CA 90074-8705

현 가입자는 **www.myhealthnetca.com**에 로그인하고 "For Members(가입자를 위한)" 섹션에서 *Pay My Bill(내 청구서 지불)*을 선택하십시오.

가입비 지불

가입자는 Health Net에 가입비를 지불할 책임이 있습니다.

B. 보장 선택

Health Net of California, Inc. CommunityCare HMO 플랜은 CommunityCare HMO 서비스 제공자 네트워크를 이용합니다.

☐ **Platinum 90 CommunityCare HMO**

☐ **Gold 80 CommunityCare HMO**

☐ **Silver 70 Off Exchange(일반 보험) CommunityCare HMO**

선택적 보장: 성인(19세 이상)을 위한 치과/안과 플랜.

☐ **치과 및 안과 Plus** - 치과 및 안과 Plus를 주신청자를 위해 구매하는 경우, 19세 이상의 모든 가족 역시 치과 및 안과 Plus 플랜에 가입됩니다. 치과 및 안과 Plus는 연례 가입기간 또는 특별 가입기간 중 의료 혜택 보장과 함께 또는 추가로만 구입할 수 있습니다.

주: 모든 의료 플랜은 소아 치과 및 소아 안과 보장을 포함합니다. 개인은 19세가 되는 달의 마지막 날까지 의료 플랜에 따라 소아 치과 및 안과 보장을 받습니다.



파트 III. 가입할 가족 구성원(들)

본인을 제외하고 가입할 모든 적격한 가족 구성원을 기재하십시오. 기재된 가족 구성원의 성이 귀하와 다른 경우 별도의 용지에 설명을 추가하십시오. 피부양자를 추가하려는 경우 요청된 정보를 기재한 추가 용지를 첨부하십시오.

☐ 추가 용지가 첨부되는 경우 여기에 표시하십시오. 주신청자의 사회보장번호 또는 세금식별번호를 추가 페이지의 오른쪽 상단에 기재하십시오.

주: 가족 구성원이 주계약자와는 다른 건강 플랜을 요구하는 경우 다른 플랜을 요구하는 각 가족 구성원에 대한 별도의 신청서를 작성해 제출해야 합니다. 다른 플랜을 갖는다는 것은 각 가족에게 선택된 플랜에 따른 개별적인 공제액 및 최대 본인 부담금이 적용되고 가족에게 전체적으로 가족 공제액 및/또는 최대 본인 부담금이 적용될 수 없다는 것을 의미합니다. 동거인 보장의 경우 적용되는 캘리포니아 주법에 따른 자격에 대한 모든 조건이 충족되어야 하며 동거 관계 증명(Declaration of Domestic Partnership)이 캘리포니아주 국무장관에게 제출되어야 합니다.

서비스 제공자 선택:

귀하는 의료 그룹 및 주치의를 선택해야 합니다. 귀하가 가입하려는 각 가족 구성원을 위해 동일한 또는 다른 의사 그룹 및 주치의를 선택할 수 있습니다. 주치의를 선택하지 않는 경우 귀하를 위해 귀하의 지역에 있는 의사가 선택됩니다.

Health Net과 계약된 의사의 최신 목록을 보려면 www.myhealthnetca.com을 방문해 Find a Doctor(의사 찾기)로 이동하십시오. 귀하의 저회 개인 및 가족 플랜 네트워크 의사의 전체 목록을 볼 수 있고 전문 분야, 도시, 카운티 또는 의사 이름으로 검색할 수 있습니다. 또한 서비스 제공자 정보를 요청하려면 1-877-609-8711번으로 전화하거나 귀하의 Health Net 승인 에이전트/브로커에게 문의하십시오.

선택적 치과 및 안과 Plus 보장을 구매하는 경우 귀하가 선택한 HMO 치과의사에 대한 치과의사 번호를 제공하십시오. 귀하는 각 가족 구성원에 대해 다른 치과의사를 선택할 수 있습니다. 치과의사를 선택하지 않는 경우 귀하를 위해 귀하의 지역에 있는 치과의사가 선택됩니다. 참여 치과 서비스 제공자의 이름, 주소, 주치의 치과의사 번호 및 전화번호가 필요하거나 서비스 제공자를 선택하는 데 도움이 필요한 경우 1-866-249-2382번을 이용해 Health Net에 전화하거나 www.yourdentalplan.com/healthnet을 방문하십시오.

관계	성	이름	중간 이름 (이니셜)
☐ 배우자 ☐ 동거인	☐ 남성 ☐ 여성		

사회보장번호	생년월일
- -	/ /
COMMUNITYCARE HMO 주치의 ID (COMMUNITYCARE 플랜을 위해 필수)	COMMUNITYCARE HMO 의사 그룹 ID

성인 치과 및 안과 PLUS를 구입하는 경우 HMO 일차 치과의사 번호 기재

관계: 자녀 1	성	이름	중간 이름 (이니셜)
☐ 아들 ☐ 딸			

사회보장번호	생년월일
- -	/ /
COMMUNITYCARE HMO 주치의 ID (COMMUNITYCARE 플랜을 위해 필수)	COMMUNITYCARE HMO 의사 그룹 ID

성인 치과 및 안과 PLUS를 구입하는 경우 HMO 일차 치과의사 번호 기재

(계속)



파트 III. 가입될 가족 구성원(들) (계속)

관계: 자녀 2	성	이름	중간 이름 (이니셜)
☐ 아들 ☐ 딸			

사회보장번호	생년월일
- -	/ /
COMMUNITYCARE HMO 주치의 ID (COMMUNITYCARE 플랜을 위해 필수)	COMMUNITYCARE HMO 의사 그룹 ID

성인 치과 및 안과 PLUS를 구입하는 경우 HMO 일차 치과의사 번호 기재

관계: 자녀 3	성	이름	중간 이름 (이니셜)
☐ 아들 ☐ 딸			

사회보장번호	생년월일
- -	/ /
COMMUNITYCARE HMO 주치의 ID (COMMUNITYCARE 플랜을 위해 필수)	COMMUNITYCARE HMO 의사 그룹 ID

성인 치과 및 안과 PLUS를 구입하는 경우 HMO 일차 치과의사 번호 기재

기존 보험에 신생아 또는 입양 자녀 추가

신생아/입양 자녀의 성:		이름:		중간 이름 (이니셜):	
효력 발생일: ³ (월/일/년):	신생아/입양 자녀의 생년월일 (월/일/년):	입양/입양 채택 날짜 (월/일/년):		☐ 남성	☐ 여성
/ /	/ /	/ /			
사회보장번호:		주계약자의 가입자 ID:			
- -					

CommunityCare HMO 플랜에 적절한 신생아/입양 자녀를 추가하는 경우 귀하는 CommunityCare 네트워크에서 주치의를 선택해야 합니다. 주치의를 선택하지 않는 경우 귀하를 위해 귀하의 지역에 있는 의사가 선택됩니다.

주치의 ID:	현재 환자 여부: ☐ 예 ☐ 아니요
---------	---

일반적인 조건: 귀하의 가입 신청이 출생일 또는 입양일로부터 60일 이내에 접수되지 않는 경우, Health Net of California, Inc. (Health Net)는 기본 신청서를 작성하도록 요구할 것입니다. Health Net의 기타 부서, 담당자, 에이전트 또는 직원은 가입을 허가할 권리가 없습니다. 계약자의 브로커 또는 에이전트는 승인을 제공하거나 조건을 변경 또는 본 신청서의 요구 조건을 면제할 수 없습니다. 본 신청서는 플랜 계약서의 일부입니다.

신생아 또는 입양 자녀에 대한 첫 월 보험료를 납부해주시오. **주의사항:** 자녀의 보장 효력일이 해당 월의 첫째 날이 아닌 경우 귀하는 일별로 계산된 추가 보험료를 다음 정기적 보험 청구서에 추가해서 지불해야 합니다.

신청서 및 중재 조항은 계약자가 서명해야 합니다. 본 신청서의 처리를 위해 계약자는 본인의 이름을 볼펜으로 직접 서명하고, 중재 조항 및 조건, 본 신청서의 조건 및 조항 및 플랜 계약을 준수할 것에 동의해야 합니다. 본 신청서가 고려되기 위해서는 브로커 또는 기타 타인이 본 신청서 및 중재 조항에 서명할 수 없습니다.

³출생일 또는 입양일로부터 60일 이내 신청서가 접수된 경우 효력 발생일은 출생일 또는 입양일(또는 입양 목적의 채택이 먼저인 경우 입양 채택일)이 됩니다.



파트 IV. 특별 가입기간

정기 가입기간 외에 귀하 및 귀하의 피부양자는 특정 적격한 사유 발생의 60일 이내인 특별 가입기간 중에 가입 또는 플랜을 변경할 자격이 있습니다. 일반적으로 1일부터 15일 사이에 접수된 신청의 경우 신청서를 제출한 다음 달 1일부터 보장의 효력이 발생합니다. 16일과 말일 사이에 접수된 신청서의 경우 신청서를 제출한 달로부터 두 번째 달 1일에 보장의 효력이 발생합니다. **이러한 효력 발생일에 대한 예외는 출산, 입양, 입양 채택 또는 아동 지원 명령 또는 법원 명령을 포함하며 이는 적격한 사유 또는 법원 명령의 효력 발생일이 됩니다. 결혼은 신청서 접수 후 다음 달 1일에 효력을 발생합니다.** 신청서는 적격한 사유 발생 후 60일⁴ 이내에 접수되어야 합니다. 적격한 사유에 대한 증빙 서류가 요구됩니다. 적용 가능한 적격한 사유 및 해당되는 사람의 이름을 아래에 기재 하십시오. 추가 피부양자의 경우 별도의 용지를 첨부하십시오.

적격한 사유 # (다음 페이지의 표 참조)	사유 발생 날짜	주신청자	배우자/동거인	피부양자 1	피부양자 2	피부양자 3

⁴귀하의 신청서가 보장의 상실 전에 접수되는 경우 보장이 상실된 다음 달 1일에 효력이 발생됩니다. 귀하의 신청서가 보장의 상실 후 60일의 기간 동안 접수되는 경우 신청서 접수 후 다음 달 1일에 효력이 발생됩니다.

(계속)



파트 IV. 특별 가입기간 (계속)

적격한 사유	캘리포니아주 서류의 예시
1) 자격이 되는 개인 또는 자격이 되는 개인의 피부양자가 다음 중 한 가지 이유로(자발적 종료 종료 또는 보험료 미납으로 인한 종료는 제외) 최소 필수 보장을 상실하는 경우. 이러한 사유의 경우, 귀하는 적격한 사유 60일 이전 또는 이후에 가입할 자격이 있을 수 있습니다. A. 보장된 직원의 사망. B. 보장된 직원의 고용 종료, 또는 근무 시간 감축. C. 보장된 직원과 그 배우자의 이혼 또는 법적 별거. D. 보장된 직원이 Medicare에 따른 혜택 자격을 얻음. E. 일반적으로 적용 가능한 플랜의 요구 조건에 의거해 피부양자녀가 피부양자녀의 신분 상실. F. 표제 11 파산법에 의거하는 경우, 보장된 직원이 언제든 퇴직했을 때 해당 고용주에 관해 1986년 7월 1일에, 또는 그 이후에 개시된 절차. 이 경우 보장의 상실은 절차가 시작한 날 이전 또는 이후 1년 내에 적격한 수혜자(배우자/동거인, 피부양자녀 또는 남은 배우자/동거인)에 관한 보장의 실질적 종료를 포함. G. 적격한 개인 또는 적격한 개인의 피부양자가 해당 보험을 갱신할 선택권을 갖고 있다 하더라도 비-달력연도 그룹 건강보험 또는 개인 건강보험 보장에 가입한 경우. 보장의 상실 날짜는 플랜 또는 보장연도의 마지막 날임. H. 보험료 미납 또는 사기 또는 중요한 사실에 대한 고의적 오해로 인해 중지를 허용하는 경우를 제외한 이유로 최소 필수 보장의 상실. I. 고용주 지불 종료. J. COBRA 지속 보장의 만료. K. 적격한 개인이 Medi-Cal 또는 Medicaid에 따라 의료적으로 필요한 보장을 상실한 경우(이전 보장의 자발적 종료 또는 보험료 미납으로 인한 종료 예외). L. 적격한 개인이 Medi-Cal 또는 Medicaid에 따라 임신 관련 보장을 상실한 경우(이전 보장의 자발적 종료 또는 보험료 미납으로 인한 종료 예외).	다음 중 하나의 사본: • 이전 보험사 ID 카드의 앞면 및 뒷면. • 보장 상실을 증명하는 이전 보험사의 서신. • 고용주로부터의 고용 종료 또는 근무 시간 감축 확인 (회사의 이름이 적힌 종이에 작성 및 고용주 서명 필수). • 적격한 사유를 설명하는 신청자로부터의 서신. • 보장 상실을 증명하는 이전 보험사의 서신. 고용주로부터의 지불 중단 통지. 보장 만료에 대한 COBRA 서류. Medi-Cal 또는 Medicaid 서류. Medi-Cal 또는 Medicaid 서류.
2) A. 적격한 개인이 피부양자를 얻거나 결혼, 동거, 출산, 입양, 입양 채택 또는 친자 관계의 추정을 통해 피부양자가 되는 경우. B. 가입자가 피부양자를 상실 또는 이혼 또는 법적 별거에 대한 주법에 정의된 이혼 또는 법적 별거 또는 가입자 또는 가입자의 피부양자의 사망을 통해 피부양자로 더 이상 고려되지 않는 경우.	• 결혼 증명서. • 동거 관계 선언. • 등록된 동거 관계 증명서. • 친자관계 추정에 대한 공증된 선서 진술서. • 출생 증명서. • 퇴원 기록. • 입양을 위한 법원 명령 서류. • 이혼 증명서. • 법적 별거 동의서. • 사망 진단서.

(계속)



파트 IV. 특별 가입기간 (계속)

적격한 사유	캘리포니아주 서류의 예시
3) 적격한 개인 또는 적격한 개인의 피부양자의 건강보험 가입 또는 비-가입이 의도적 또는 고의적이지 않거나 실수인 경우 및 가입 지원을 제공하거나 가입 행위를 하는 데 있어서 담당자, 직원 또는 비-Exchange 주체 또는 Exchange 또는 보건 후생부(Department of Health and Human Services)의 에이전트 또는 Exchange에서 평가하고 결정하는 대로 중개하는 데 있어서의 실수, 오해, 잘못된 행위 또는 무위로 인한 결과일 경우.	• 이전 보험사 ID 카드의 앞면 및 뒷면. • 적격한 사유를 증명하는 Exchange 또는 HHS로부터의 서신.
4) 가입자 또는 가입자의 피부양자가 실질적으로 플랜의 계약 조항을 위반했을 경우.	Exchange 또는 기타 플랜으로부터의 결정이 담긴 문서.
5) 적격한 개인 또는 가입자 또는 적격한 개인의 또는 가입자의 피부양자가 영구적 이주의 결과로 새로운 건강보험을 이용하게 되는 경우.	접수 가능한 거주 증명 서류의 사본: • 현재 운전 면허증 또는 ID 카드. • 신청자의 이름으로 된 현재의 유효한 주 차량 등록증. • 신청자의 고용 증거. • 신청자가 공공 또는 민간 고용 기관에 등록되어있다는 증거. • 신청자가 본인의 자녀를 학교에 등록시켰다는 증거. • 신청자가 공공 지원을 받고 있다는 증거. • 등록 영수증, 유권자 통지 카드 또는 선거 등록 개요. • 신청자의 이름으로 된 현재 공공요금 고지서. • 신청자의 이름으로 된 현재 집세 또는 주택 할부금 지불 영수증. 친척으로부터 제공된 집세 영수증은 해당되지 않음. • 주거주자를 나타내는 담보 증권. • 신청자의 이름으로 된 임대 계약서. • 신청자의 이름으로 된 정부 우편(SSA 내역서, DMV 통지서 등). • 휴대전화 요금 고지서. • 신용카드 내역서. • 인쇄된 이름과 주소를 포함한 은행 내역서 또는 취소된 수표. • 미 우편 서비스의 주소 변경 확인 서신. • 귀하의 주소가 포함된 이삿짐 회사 계약서 또는 영수증. • 다른 사람, 예를 들어 가족, 친구 또는 룸메이트의 집으로 이사하는 경우, 이러한 사람이 잠시 방문이 아닌 함께 거주한다고 진술한 서신/내역서를 보낼 수 있음. 이러한 사람은 상기의 문서 중 하나를 포함함으로써 본인의 거주를 증명해야 함. • 귀하가 집이 없거나 임시 거주 중인 경우 귀하가 어디에 거주하는지 알고 귀하가 해당 지역에 거주하고 있음을 확인할 수 있으며 임시 거주가 아님을 증명하기 위해 해당 주의 다른 거주자로부터의 서신 또는 진술서를 제출할 수 있음. 이러한 사람은 상기의 문서 중 하나를 포함함으로써 본인의 거주를 증명해야 함. • 귀하가 해당 지역에 거주하고 있고 임시 방문이 아님을 증명할 수 있는 지역 비영리 사회 복지 서비스 제공자(비영리 의료 서비스 제공자 제외) 또는 정부 기관(보호소 포함)으로부터의 서신.
6) 적격한 개인이 적합한 주 또는 연방 법원 명령에 따라 피부양자로서 보장되어야 하는 경우.	법원 서류.
7) 적격한 개인이 출소한 경우.	사유 발생 날짜가 기재된 보호 감찰 또는 가석방 서류.

(계속)



파트 IV. 특별 가입기간 (계속)

적격한 사유	캘리포니아주 서류의 예시
8) 적격한 개인이 다음의 상황에 대해 건강보험 네트워크에 더 이상 참여하지 않는 계약된 서비스 제공자로부터 다른 건강 혜택 플랜에 의거해 서비스를 받고 있는 경우: (a) 급성 질환(즉각적인 의료적 관심을 요하는 질병, 상해 또는 기타 의료적 문제로 인해 발생하는 급작스런 증상을 수반하고 제한적 기한이 있는 의료적 상태), (b) 심각한 만성 질환(질병, 질환 또는 기타 의료적 문제 또는 상태가 심각하고 장기간 충분한 치료가 없으면 지속 또는 악화되거나, 차도를 유지하고 악화를 예방하기 위해 지속적인 치료가 요구되는 의료적 장애로 인한 의료적 상태), (c) 말기 질환(일 년 이내 사망의 가능성이 높은 불치 또는 이전 상태로 돌아갈 수 없는 상태), (d) 임신, (e) 36개월 이내의 신생아 관리, (f) 계약 종료일로부터 180일 이내 또는 새로 보장된 보험사의 보장 효력 발생일의 180일 이내에 더 이상 건강 플랜에 참여하지 않는 서비스 제공자가 추천하고 문서를 작성한 수술 또는 기타 시술.	- 서비스 제공자의 해당 네트워크로부터의 종료를 설명하는 건강보험으로부터의 서신. - 및 - 가입자의 상태를 설명하는 서비스 제공자로부터의 서신.
9) 적격한 개인이 최소 필수 보장에 의거해 보장을 받고 있다고 잘못된 정보를 받았기 때문에 적격한 개인이 이용할 수 있는 가입기간 동안 건강 혜택 플랜에 가입하지 않았다는 것을 Covered California에 증명.	- 적격한 사유를 설명하는 신청자로부터의 서신. - 보험 갱신 서신의 사본.
10) 적격한 개인이 미국법전(United States Code) 제32편에 의거해 현역에서 제대한 미국 군대의 예비군이거나 현역에서 제대한 캘리포니아 주방위군인 경우.	현역 제대 증빙 서류.
11) 보험료 세금 공제의 사전 지불에 새롭게 자격이 되거나 자격을 상실한 경우 또는 비용 분담 제한에 자격 변경이 생긴 경우.	귀하가 자격이 있는 보험료 지원을 증명할 보험료 세금 공제 선급금(Advanced Premium Tax Credit, APTC) 문서.
12) 자격이 되는 개인 또는 가입자가 가정 내 피부양자 또는 비혼 희생자를 포함해 가정 폭력 또는 배우자 유기의 희생자이고, 최저 필수 보장에 가입되어 있으며, 학대 또는 유기 가해자로부터 별도의 보장에 가입하기를 원하거나 또는 해당 개인이 가정 폭력 또는 배우자 유기의 희생자와 동일하게 신청되어 있는 희생자의 피부양자인 경우.	위증죄로 처벌될 수 있다는 전제하에 귀하의 이름 및 보장에 가입된 가정 폭력의 희생자의 이름이 진술되어 있는 서명된 서면 진술서.
13) 개인 또는 피부양자가 연례 가입기간 동안 또는 적격한 사유 발생 시에 Covered California를 통해 보장을 신청하고, Medi-Cal의 잠재적 가입자로서 Covered California에 의해 평가를 받고, 연례 가입이 종료된 이후 또는 적격한 사유 발생 후 60일 이상이 지난 후 Medi-Cal에 적격하지 않다고 평가를 받았거나 또는 연례 가입기간 동안 Medi-Cal의 보장을 신청하고 연례 가입기간이 종료된 후 자격이 없다고 결정된 경우.	Covered California 또는 Medi-Cal로부터 받은 자격 거절 서신.
14) 적격한 개인이 Covered California를 통한 보장 구입 결정에 영향을 끼치는 플랜 혜택, 서비스 지역 또는 보험료와 관련된 자료에 문제가 있었음을 Covered California에 증명하는 경우.	위증죄로 처벌될 수 있다는 전제하에 귀하의 이름, 건강보험 이름, 발생한 오류 및 오류가 발생한 날짜가 진술되어 있는 서명된 서면 진술서.



파트 v. 영구 거주지 증명 요건

Health Net은 신청자로서 귀하가 현재 캘리포니아주에 거주하고 있어야 하고 가입 신청을 검토하기 전에 귀하의 첫 보험료를 지불할 것을 요구하고 있습니다.

귀하의 신청서 검토 시 Health Net은 신청자의 거주를 증명하기 위한 추가 정보를 요청할 권리가 있습니다.

영구 거주지는 의료적 치료를 받기 위한 의료 시설로의 이주 또는 의료적 진료를 받기 위한 목적으로 서비스 지역 내를 방문하는 것은 포함되지 않습니다.

접수 가능한 증명 서류:

- 현재 캘리포니아주 운전 면허증 또는 ID 카드.
- 신청자의 이름으로 된 현재의 유효한 캘리포니아주 차량 등록증.
- 신청자의 캘리포니아주 내 고용 증거.
- 신청자가 캘리포니아주 내 공공 또는 민간 고용 기관에 등록되어있다는 증거.
- 신청자가 본인의 자녀를 캘리포니아주 내 학교에 등록시켰다는 증거.
- 신청자가 캘리포니아주 내에서 공공 지원을 받고 있다는 증거.
- 유권자 등록 영수증, 유권자 통지 카드 또는 선거 등록 개요.
- 신청자의 이름으로 된 현재 캘리포니아주 공공요금 고지서.
- 신청자의 이름으로 된 현재 캘리포니아주 집세 또는 주택 할부금 지불 영수증. 친척으로부터 제공된 집세 영수증은 해당되지 않음.
- 주거주자를 나타내는 담보 증권.
- 신청자의 이름으로 된 임대 계약서.
- 신청자의 이름으로 된 정부 우편(SSA 내역서, DMV 통지 등).
- 휴대폰 요금 고지서.
- 신용카드 내역서.
- 인쇄된 이름과 주소를 포함한 은행 내역서 또는 취소된 수표.
- 미 우편 서비스의 주소 변경 확인 서신.
- 귀하의 주소가 포함된 이삿짐 회사 계약서 또는 영수증.
- 다른 사람, 예를 들어 가족, 친구 또는 룸메이트의 집으로 이사하는 경우, 이러한 사람이 잠시 방문이 아닌 함께 거주한다고 진술한 서신/내역서를 보낼 수 있음. 이러한 사람은 상기의 문서 중 하나를 포함함으로써 본인의 거주를 증명해야 함.
- 귀하가 집이 없거나 임시 거주 중인 경우 귀하가 어디에 거주하는지 알고 귀하가 해당 지역에 거주하고 있음을 확인할 수 있으며 임시 거주가 아님을 증명하기 위해 해당 주의 다른 거주자로부터의 서신 또는 진술서를 제출할 수 있음. 이러한 사람은 상기의 문서 중 하나를 포함함으로써 본인의 거주를 증명해야 함.
- 귀하가 해당 지역에 거주하고 있고 임시 방문이 아님을 증명할 수 있는 지역 비영리 사회 복지 서비스 제공자(비영리 의료 서비스 제공자 제외) 또는 정부 기관(보호소 포함)으로부터의 서신.

신청자가 한 명의 자녀만을 위한 보장을 신청하는 경우 부모 또는 법적 보호자로부터의 해당 자녀가 거주하는 곳의 거주지 증명이 요구됩니다.



파트 VI. 기본 가입에 대한 개인 및 가족 플랜 예외 - 언어 지원에 관한 책임 진술서

파트 VI에 대한 안내: 다음 절차는 신청자가 신청서의 언어로 읽고, 쓰고 또는 말할 수 없기 때문에 신청서를 작성할 수 없을 때 적용됩니다. Health Net은 귀하가 본 신청서를 작성하는 데 도움이 필요한 경우 적절한 통역사의 서비스를 이용해야 함을 의무화하고 있습니다. 적절한 통역사 서비스 및 이용 방법에 대한 정보가 필요한 경우 1-877-609-8711번을 이용해 Health Net에 문의하십시오. 적용되는 경우 본 양식은 개인 및 가족 플랜 가입 신청서와 함께 제출되어야 합니다.

Health Net의 적절한 통역사 - Health Net의 적절한 통역사에게 도움을 받은 경우 다음을 작성하십시오.

본인 _____은(는) 본 신청서를 작성하는 데 있어서 Health Net에서 승인한 적절한 통역사로부터 도움을 받았습니다. 그 이유는 본인이:

☐ 본 신청서에 기재된 언어로 읽을 수 없습니다. ☐ 본 신청서에 기재된 언어로 말할 수 없습니다.

☐ 본 신청서에 기재된 언어로 쓸 수 없습니다. ☐ 기타(설명하십시오): _____

적절한 통역사가 다음의 작성에 도움을 주었습니다: ☐ 전체 신청서.

☐ 기타(설명하십시오): _____

적절한 통역사는 다음의 언어로 본인에게 신청서를 읽어주었습니다: _____

서명 및 날짜 (반드시 불펜 이용)

신청자 서명:	오늘 날짜: / /
신청서 통역 날짜: / /	신청서 통역 시간:
적절한 통역사 번호: ()	

Health Net에서 승인한 통역사 이외의 적절한 통역사 - Health Net에서 승인한 통역사 이외의 적절한 통역사에게 도움을 받은 경우 다음을 작성하십시오.

Health Net에서 제공하는 적절한 통역사 이외의 적절한 통역사가 본 신청서를 작성하는 데 귀하에게 도움을 준 경우 해당 통역사는 다음을 작성해야 합니다.

본인 _____은(는) 적절한 통역사가 (a) 영어가 아닌 언어로 고급 교육(2년제 대학 또는 4년제 대학에 준함)을 받은 원어민의 수준의 어휘력을 지니고, (b) 커뮤니케이션에 있어서 민감한 문화적 차이를 설명할 수 있고, (c) 원어민 수준의 언어 능력(언어 커뮤니티에서 성장 또는 기능을 함으로써 개발된 언어 능력)을 가지고 있고, (d) 영어가 아닌 언어에서 관련된 독해 및 작문 능력(독해 및 작문 능력은 모국어로 받은 고급 교육으로 증명)을 갖고 있어야 함을 이해합니다.

적절한 통역사로서 본인은 다음과 같은 이유로 상기의 신청자를 위해 직접 본 신청서를 읽고 작성했습니다.

☐ 신청자가 본 신청서에 기재된 언어로 읽을 수 없습니다. ☐ 신청자가 본 신청서에 기재된 언어로 말할 수 없습니다.

☐ 신청자가 본 신청서에 기재된 언어로 쓸 수 없습니다. ☐ 기타(설명하십시오): _____

본인은 위증 시 처벌 받는 조건에 따라 다음을 신청자에게 읽어 주었음을 맹세합니다:

☐ 전체 신청서. ☐ 기타(설명하십시오): _____

본인은 다음의 언어로 신청자에게 신청서를 읽어 주었습니다: _____

Health Net의 적절한 통역사가 아니고 신청자에게 도움을 준 적절한 통역사에 관해 다음 정보를 기재하십시오:

성:	이름:		
적절한 통역사 주소:			
도시:	주:	우편번호:	전화: ()
적절한 통역사 서명:		날짜: / /	



파트 VII. 신청자의 에이전트/브로커 정보

에이전트/브로커의 전체 이름 및 전화번호는 해당 에이전트/브로커에게 발송될 서신을 위해 필요합니다.

Health Net과 계약된 에이전트 또는 브로커의 국가 프로듀서 번호(National Producer Number, NPN)	Health Net 직영 영업 에이전트 ID:
이름(정자체로 기재):	전화번호: ()
주소:	
이메일 주소:	
신청자의 에이전트/브로커 서명/번호(필수):	서명 날짜(필수): / /

에이전트/브로커 증명

본인 _____ (에이전트/브로커 이름)은(는)

(주: 반드시 적절한 박스를 선택해야 합니다. 박스 하나만 선택할 수 있습니다.)

() 신청자(들)가 본 신청서를 작성 또는 제출하는 데 어떤 방식으로든 돕지 않았습니다. 본인의 어떤 도움 또는 조언 없이 신청자(들)가 모든 정보를 작성했습니다. 본인은 본인이 작성한 본 진술서의 일부가 허위일 경우, 최대 \$10,000에 상당한 벌금을 포함하나 이에 국한되지 않는 민사상 벌금이 적용될 수 있음을 이해합니다.

또는

() 신청자(들)가 이 신청서를 제출하는 데 도움을 제공했습니다. 신청자(들)에게 모든 질문에 완전하고 진실되게 답변해야 하며 신청서에서 요청된 모든 정보를 제공해야 한다고 설명했습니다. 정보를 제공하지 않으면 추후 보장 철회 또는 취소를 야기할 수 있다고 설명했습니다. 신청자(들)는 이러한 지침 및 경고를 이해했다고 표명했습니다. 본인이 아는 한, 신청서상의 정보는 완전하며 정확합니다. 본인은 본인이 작성한 본 진술서의 일부가 허위일 경우, 최대 \$10,000에 상당한 벌금을 포함하나 이에 국한되지 않는 민사상 벌금이 적용될 수 있음을 이해합니다.

1부터 3까지 모든 질문에 답변하십시오.

1. 누가 신청서를 기입 및 작성했습니까? (전체 이름 정자체로 기재)

2. 신청자(들)가 신청서에 서명하는 것을 직접 목격했습니까? ☐ 예 ☐ 아니요

3. 신청자(들)가 신청서에 서명한 후 이를 검토했습니까? ☐ 예 ☐ 아니요



파트 VIII. 가입 조건

일반적인 조건: Health Net은 신청자가 가입 조건을 충족하지 않아 보장을 받을 자격이 없는 경우 가입 신청을 거절할 권리가 있습니다. Health Net에 첫 월 보험료를 납부했다라도 신청서를 Health Net의 가입자 부서에서 수락하고 수락 통지서가 신청자에게 발행되지 않는 한 보장을 받을 수 없습니다. Health Net의 기타 부서, 담당자, 에이전트 또는 직원은 가입을 허가할 권리가 없습니다. 신청자의 에이전트 또는 브로커는 승인을 제공하거나 조건을 변경 또는 본 신청서의 요구 조건을 면제할 수 없습니다. 본 신청서는 플랜 계약서의 일부입니다.

HEALTH NET이 플랜 계약을 철회할 수 있는 경우

보장의 첫 24개월 내에 Health Net은 사기로 간주되는 어떠한 행위, 또는 귀하 또는 귀하를 대신해 제출된 서면 정보 또는 귀하의 가입 신청서 중 중요한 사실의 고의적 오해로 인해 플랜 계약을 철회할 수 있습니다.

중요한 정보는 Health Net에 알려진 경우 Health Net이 보장을 거절했을 정보입니다.

플랜 계약이 거절되는 경우 Health Net은 플랜 계약에 의거한 보장 조항에 대한 책임이 없습니다.

본 신청서에 서명함으로써 귀하는 모든 답변이 사실이고, 완전하고, 정확하며, 신청서는 Health Net과 귀하 사이의 플랜 계약의 일부가 될 것임을 표명합니다. 본 신청서에 서명함으로써 귀하는 플랜 계약의 조항을 준수할 것에 동의합니다.

가입 후 Health Net이 귀하의 신청 정보를 조사하는 경우 Health Net은 귀하에게 이러한 조사, 조사의 기준에 대해 알려야 하고 귀하에게 대응할 기회를 주어야 합니다.

Health Net이 귀하의 보장을 철회하기로 결정하는 경우 그러한 결정은 검토를 위해 Health Net과 계약된 독립적 감사관에게 우선 전달됩니다.

플랜 계약이 철회되면 Health Net은 철회 효력 발생일 30일 이전에 다음을 포함하는 서면 통지를 보낼 것입니다.

1. 결정의 근거 설명,
2. 철회 효력 발생일 제공,
3. 보장이 철회된 개인 외에 귀하의 보장에 근거해 보장된 다른 모든 가족은 계속 보장을 받을 수 있다고 명시,
4. 귀하의 월 보험료는 플랜 계약에 따라 보장이 지속되는 가족 수에 따라 조정된다는 설명,
5. Health Net의 결정에 동의하지 않는 경우 Health Net 및/또는 관리 보건국 양측에서 갖고 있는 귀하의 권리 및 선택 사항 설명 및
6. 검토 요청 권리 양식 포함. 귀하는 해지, 철회 또는 비갱신 통지 날짜로부터 180일 이내에 Health Net 및/또는 관리 보건국에 요청 권리 양식을 제출해야 합니다.

플랜 계약이 철회되는 경우:

1. Health Net은 존재하지 않았던 것처럼 귀하의 보장을 취소할 수 있고 귀하는 이미 받았던 치료에 대한 보장을 포함해 건강보험 혜택을 상실할 것입니다.
2. Health Net은 귀하를 대신해 Health Net이 지불한 모든 의료비를 제외하고 귀하가 납부한 모든 보험료를 환불해드릴 것이며, 원래 보장일로부터 플랜 계약에 따라 지불된 모든 금액을 귀하로부터 회수할 수 있습니다.
3. Health Net은 캘리포니아주 법에 의거해 철회로부터 발생하는 어떠한 법적 구제를 받을 권리가 있습니다.

Health Net이 귀하의 이의신청을 거절하는 경우 귀하는 캘리포니아주 관리보건국(California Department of Managed Health Care)으로부터 지원을 요구할 권리가 있습니다.

보호되는 건강 정보의 이용과 공개: 본인은 건강 관리 서비스 제공자가 본인 또는 본인의 피부양자에 대한 건강 정보를 Health Net에 제공할 수 있다는 것을 알고 있습니다. Health Net은 치료, 지급 및 건강보험 운영(이용 관리, 품질 개선, 질병 또는 케이스 관리 프로그램을 포함하나 이에 국한되지 않음)을 위해 본 정보를 이용 및 공개할 수 있습니다. Health Net의 개인정보 보호정책의 통지가 본 플랜 계약에 포함되어 있으며 본인은 또한 www.myhealthnetca.com 또는 Health Net 고객 서비스 센터를 통해 본 통지의 사본을 받을 수도 있습니다. 보호되는 건강 정보의 이용 및 공개 승인은 다음 페이지의 본인의 서명으로부터 24개월의 기간 동안 유효합니다.

단독 신청자가 미성년자인 경우: 단독으로 신청하는 신청자가 18세 미만인 경우 신청자의 부모 또는 법적 보호자가 이에 대해 서명을 해야 합니다. 서명함으로써 신청자는 본 신청서에 기재된 정보의 정확성 및 보험료 지불에 법적 책임이 있음에 동의합니다. 해당 책임자가 신청자의 친부모가 아닌 경우 보호자 역할을 승인하는 법원 문서 사본을 본 신청서와 함께 제출해야 합니다.

신청자가 본 신청서의 언어로 읽을 수 없는 경우: 신청자가 본 신청서의 언어로 읽을 수 없고 통역사가 신청서 작성에 도움을 준 경우 신청자는 책임 진술서(Statement of Accountability)에 서명 및 제출해야 합니다(본 신청서 파트 VI, “기본 가입에 대한 개인 및 가족 플랜 예외-언어 지원에 관한 책임 진술서” 참조).



파트 IX. 중요 조항

주의 사항: 귀하를 보호하기 위해 캘리포니아주 법은 다음을 이 양식에 표시하도록 정하고 있습니다. 보상 지급에 대해 허위 또는 잘못된 클레임을 하는 것은 범죄가 되며 벌금 또는 주 교도소에 구금될 수 있습니다.

HIV 검사 금지: 캘리포니아주 법은 건강보험 서비스, 건강보험 회사들이 건강보험 제공의 조건으로 HIV 검사를 요청하거나 이용할 수 없도록 금지하고 있습니다.

확인 및 동의: 본인, 즉 신청자는 Health Net에 가입 또는 Health Net으로부터 서비스를 받음으로써 본인 및 다른 가입된 피부양자들이 보험 플랜 계약의 조건 및 조항을 이해하고 이를 준수할 것에 동의합니다. 플랜 계약의 사본을 원하시는 분은 1-877-609-8711번을 이용해 Health Net으로 문의하십시오. **본인, 즉 신청자는 본 신청서의 조건을 읽고 이해하며 아래 본인의 서명은 본 신청서에 기재된 정보가 온전하고 사실이며 정확하다는 것과 이러한 조건을 수락한다는 것을 의미합니다.**

구속력 있는 중재 합의: 본인, 즉 신청자는 본인과 Health Net 사이의 모든 분쟁(모든 가족 구성원 또는 상속인이나 대리인 포함)을 배심원 또는 법정 대신 최종적이며 구속력 있는 중재를 통해 해결해야 한다는 것을 이해하고 이에 동의합니다. 본 중재에 대한 합의는 모든 법률에 규정된 플랜 계약 또는 본인의 Health Net 보험 보장에서 발생하거나 이와 관련된 모든 분쟁을 포함합니다. 본 분쟁에 대한 중재 합의는 건강 관리 서비스 제공자 또는 그에 속한 에이전트 또는 직원과 같은 제삼자가 분쟁에 관계된 경우에도 적용됩니다. 본인은 모든 분쟁을 최종적이며 구속력 있는 중재를 통해 해결하는 것에 동의함으로써 Health Net을 포함한 모든 당사자들이 분쟁을 배심원이 있는 법원에서 판결받을 수 있는 헌법적 권리를 포기하는 것임을 이해하고 있습니다. 또한 본인은 단체 행동 또는 단체 소송에 참여할 모든 권리를 포기합니다. 본인은 의료 사고(제공된 의료 서비스가 불필요하거나 승인받지 못했거나 적절하지 않았거나 부주의하게 또는 불완전하게 제공되었는지 여부)에 대한 분쟁도 최종적이며 구속력 있는 중재의 적용을 받는다는 것을 이해하고 있습니다. 본인은 중재에 대한 자세한 규정이 플랜 계약에 포함되어 있다는 것을 이해하고 있습니다. 의무적인 중재는 플랜 계약이 ERISA, 29 U.S.C. §§ 1001-1461에 적용되는 경우 특정 분쟁에는 적용되지 않을 수 있습니다. 아래 본인의 서명은 본인이 구속력 있는 중재의 조건을 이해하고 그에 동의하며 재판소 대신 구속력 있는 중재에 모든 분쟁을 제출하는 것에 동의함을 의미합니다.

신청자 또는 신청자가 18세 미만인 경우 부모 또는 법적 보호자:	서명 날짜:	신청자의 피부양자 (18세 이상) 서명:	서명 날짜:
정자체로 이름 기재: _____			
서명: _____			
배우자/동거인 또는 신청자의 피부양자 (18세 이상) 서명:	서명 날짜:	신청자의 피부양자 (18세 이상) 서명:	서명 날짜:
신청자의 피부양자 서명 (18세 이상) 서명:	서명 날짜:	신청자의 피부양자 (18세 이상) 서명:	서명 날짜:

(계속)



본 신청서 및 본 중재 조항은 신청자(들)가 서명해야 합니다. 본 신청서의 처리를 위해 신청자(들)는 신청자의 이름을 볼펜으로 직접 서명하고, 중재 조항 및 조건, 본 신청서의 조건 및 조항 및 플랜 계약을 준수할 것에 동의해야 합니다. 본 신청서가 고려되기 위해서는 에이전트/브로커 또는 기타 타인이 본 신청서 및 중재 조항에 서명할 수 없습니다.

귀하는 신청서 및 승인의 복사본 및 팩스 사본을 제출하실 수 있습니다. Health Net은 본 신청서 및 승인의 사본을 귀하의 기록을 위해 보관하실 것을 권합니다.

여기에서 “Health Net”이라 함은 본 가입 신청이 적용되는 보장을 승인 또는 관리하는 Health Net의 계열사 및 자회사를 포함합니다. “플랜 계약”은 플랜 계약 및 보험 적용 확인서(Evidence of Coverage)를 통합한 Health Net of California, Inc.를 의미합니다.



파트 X. Health Net에 귀하의 가입 신청서 및 수표 제출을 위한 안내.

- 작성된 귀하의 신청서를 다음 주소로 우편으로 보내십시오.

Health Net Individual and Family Enrollment
PO BOX 1150
Rancho Cordova, CA 95754

- 또는 작성된 신청서를 1-800-977-4161번을 이용해 팩스로 보내십시오.
- 그리고 귀하의 수표 및 작성된 양식을 아래 주소로 우편으로 보내십시오.

Health Net CA Individual
PO BOX 748705
Los Angeles, CA 90074-8705

✂ 절취선

귀하의 납부가 귀하의 신청서에 확실하게 적용되도록 하기 위해 귀하의 수표를 작성된 양식과 함께 다음으로 우편으로 보내십시오.

Health Net CA Individual
PO BOX 748705
Los Angeles, CA 90074-8705

신청서 정보

신청자 이름:

신청자 주소

신청자 생년월일(월/일/년):
/ /

신청자 사회보장번호:
- -

✂ 절취선



비차별 통지문

캘리포니아주 비차별 요구사항(혜택 보장 서류에 설명) 이외에도 Health Net of California, Inc.(Health Net)는 적용되는 연방 인권법을 준수하고 인종, 피부색, 출신 국가, 조상, 종교, 결혼 여부, 성적체성, 성적 성향, 연령, 장애 또는 성별을 근거로 차별하거나 제외하거나 또는 다르게 대하지 않습니다.

HEALTH NET은

- 장애가 있으신 분들이 저희와 원활한 의사소통을 하실 수 있도록 자격을 갖춘 수화 통역사 및 기타 형식(큰 활자, 이용 가능한 전자 형식 및 기타)으로 작성된 정보 등 무료 지원 및 서비스를 제공합니다.
- 영어가 주 언어가 아닌 분들을 위해 자격을 갖춘 통역사 및 기타 언어로 작성된 정보 등 무료 언어 서비스를 제공합니다.

이러한 서비스가 필요하신 경우 Health Net 고객센터 서비스 센터로 연락하십시오.

개인 및 가족 플랜(IFP) 가입자 On Exchange/Covered California 1-888-926-4988 (TTY: 711)

개인 및 가족 플랜(IFP) 가입자 Off Exchange 1-800-839-2172 (TTY: 711)

개인 및 가족 플랜(IFP) 신청자 1-877-609-8711 (TTY: 711)

Health Net을 통한 그룹 플랜 1-800-522-0088 (TTY: 711)

Health Net이 이러한 서비스를 제공하지 못했거나 상기의 요인 중 하나를 근거로 차별했다고 생각하시는 경우 상기의 번호를 이용해 Health Net의 고객센터 서비스 센터(Customer Contact Center)로 전화해 불만사항을 제기하는 데 도움이 필요하다고 말씀하십시오. Health Net의 고객센터 서비스 센터는 귀하께서 불만사항을 제기하는 데 도움을 드릴 수 있습니다. 또한 우편, 팩스 또는 이메일로 불만사항을 제출하실 수 있습니다.

Health Net of California, Inc. Appeals & Grievances

PO Box 10348

Van Nuys, CA 91410-0348

팩스: 1-877-831-6019

이메일: Member.Discrimination.Complaints@healthnet.com (가입자) 또는

Non-Member.Discrimination.Complaints@healthnet.com (신청자)

귀하의 건강 문제가 긴급한 경우, 귀하가 이미 Health Net of California, Inc.에 불만사항을 신청하고 그 결과에 만족하지 않는 경우 또는 Health Net of California, Inc.에 불만사항을 신청한지 30일 이상이 지난 경우 관리보건국(Department of Managed Health Care, DMHC)에 독립 의료 심사/불편사항 양식(Independent Medical Review/Complaint Form)을 제출하실 수 있습니다. 1-888-466-2219(TDD: 1-877-688-9891)번을 이용해 DMHC 헬프 데스크(Help Desk)로 전화하거나 www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint에서 온라인으로 불편사항 양식을 제출하실 수 있습니다.

인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애 또는 성별 때문에 차별을 당했다고 생각하시는 경우

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>에서 OCR 불편사항 포털(Complaint Portal)을 이용하거나 다음 주소 또는 전화번호를 통해 미 보건후생부(U.S. Department of Health and Human Services), 인권 사무소(Office for Civil Rights, OCR)로 인권 불편사항을 제기하실 수 있습니다: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019 (TDD: 1-800-537-7697).

불편사항 신고서는 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>에서 이용하실 수 있습니다.



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। नियोजित 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 ntauv 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 ntauv 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 bą́ąh ílínígóó saad bee háká ada'iiyeed. Ata' halne'ígíí da ła' ná hádídóot'íjł. Naaltsoos da t'áá
shí shizaad k'éhjí shichí' yídooltah nínízingo t'áá ná ákódoolníł. 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)

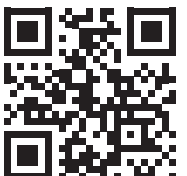
خدمات زبان بدون هزینه. می توانید یک مترجم شفاهی بگیرید. می توانید درخواست کنید اسناد به زبان شما برایتان خوانده شوند. برای
دریافت کمک، اگر کارت شناسایی دارید، لطفاً با شماره مرکز تماس مشتریان تماس بگیرید. متقاضیان گروه کارفرما لطفاً با مرکز تماس
تجاری Health Net به شماره 1-800-522-0088 (TTY: 711) تماس بگیرید. 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 прочесть
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 cầu 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)

