

## 혜택 및 보장 요약

Health Net of California, Inc.(Health Net)에서 제공하는 CommunityCare HMO 플랜에 신청해주셔서 감사합니다.

귀하의 **혜택 및 보장 요약(SBC)** 내용을 읽어보시기 바랍니다. SBC 는 다음을 포함하여 귀하의 플랜에 대한 기초적인 정보는 물론 치료가 필요할 때 치료를 받을 수 있는 방법을 제공합니다.

- 귀하의 건강보험이 처리되는 방법.
- 일반적으로 보장되는 의료 서비스 및 귀하의 건강보험에서 부담하는 비용.
- 불만사항 및 이의를 제기할 권리. 이는 귀하의 플랜에 불편사항을 접수하거나 규제기관의 도움을 요청하기 위한 절차입니다.
- 귀하의 건강보험에서 보장되는 더 많은 서비스나 제외되는 서비스.
- 귀하의 플랜에서 특정 의학적 상태에 대한 의료 서비스를 보장할 수 있는 방법에 대한 예시.
- 귀하의 주요 언어로 도움을 받는 방법.
- 자주 묻는 질문 및 답변(Q&A).

귀하의 2018 년 플랜에 대한 SBC 의 사본을 확인, 다운로드 또는 인쇄하려면 [www.myhealthnetca.com](http://www.myhealthnetca.com) 을 방문하십시오.

1. Our Health Plans(우리의 건강보험)를 선택한 후, Plan Materials(플랜 자료들)를 선택합니다.
2. 그 다음 SBC Search Tool(SBC 검색 도구) 링크를 선택합니다.

**Search For Summary Of Benefits and Coverage**

You can find your Summary of Benefits and Coverage—your SBC—in two ways:

1. Enter your coverage code and effective date or
2. Skip to Plan year and fill in the fields.

Contact us if you can't find your SBC.

\* Required field

Coverage code:

Effective date:

OR

\* Year:  2017  2018

\* Region:

\* Have a marketplace plan?  Yes  No

\* Plan type:  Individual Plan  Small Group Plan

Product type:

Metal level:

\* Plan name:

**Note:** To see a list of plans, please complete all required fields above.

3. 검색 페이지가 표시되면 2018 을 선택한 후, CA 를 선택합니다.

4. Have a Marketplace plan?(마켓플레이스 플랜을 가지고 계십니까?)에서 No(아니요)를 선택합니다.

5. Plan type(플랜 종류)에서 Individual Plan(개인 플랜)을 선택합니다.

6. Product type(상품 종류)에서 HMO 를 선택합니다.

7. 그 다음 귀하의 플랜의 Metal level(보장 단계), 즉 Platinum, Gold 또는 Silver 를 선택합니다.

(계속)

8. Plan Name(플랜명) 란에서는 메뉴에서 귀하의 플랜명을 선택합니다. 이 플랜명은 귀하가 가입 신청서에서 선택하신 플랜명과 동일해야 합니다.

9. 플랜의 effective date(발효일)를 선택한 후 Search(검색) 버튼을 클릭합니다.

원하시는 경우, 사본을 받기 위해

1-800-839-2172(TTY: 711)번으로 저희 고객 서비스 센터에 연락하실 수 있습니다.

# 개인 & 가족 플랜 CommunityCare HMO 가입 신청서

요청된 효력 발생일

□□ / □□ / □□□□

신청서는 타이핑하거나 또는 파란색 또는 검정색 펜으로 작성해야 합니다.

**혜택 효력 발생일:** 혜택 보장은 연례 가입기간인 2017년 11월 1일부터 2018년 1월 31일 또는 특별 가입기간에 가입한 경우에만 이용 가능합니다. 지원서는 적격한 사유 발생의 60일 이내에 접수되어야 합니다. 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.

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

Health Net of California, Inc.(Health Net)는 배우자 및 피부양자 자녀를 포함해 건강보장에 가입할 모든 사람의 사회보장번호(SSN)를 **요구합니다.** 이는 건강보험 개혁법(Affordable Care Act)에서 요구하는 대로 귀하의 세금 환급을 위해 귀하에게 보장의 증거를 제공하기 위해 필요합니다. Health Net은 귀하의 SSN을 기타 목적으로 사용하거나 법에서 요구하는 범위를 넘어선 사람과 공유하지 않습니다. 신생아의 경우 귀하는 6개월 이내에 신생아의 사회보장번호를 제공해야 합니다.

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

**중요사항:** 신청자가 영어를 읽고/쓰지 못하는 경우 **파트 V**를 참조하십시오. 개인 및 가족 플랜 CommunityCare HMO 가입 신청서는 중국어, 스페인어 및 한국어 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 VI 참조).

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

## 파트 I. 신청자 정보

신규 신청(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 추가입자 정보를 기입하고 파트 III에 피부양자 정보 작성)

주신청자 성:	이름:	중간 이름 (이니셜):	<input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 여성
---------	-----	--------------	--

영구 자택 주소(PO Box를 제공하는 경우 귀하의 신청서를 완료하기 위해 거주지 증명<sup>1</sup> 또한 제시해야 함.):

도시:	주:	우편번호:	신청자 거주 카운티:
-----	----	-------	-------------

청구서 주소:

우편 주소:

자택 전화번호: ( )	직장 전화번호: ( )	휴대폰 전화번호: ( )	이메일 주소:
-----------------	-----------------	------------------	---------

주신청자 생년월일(월/일/년): / /	주신청자 사회보장번호(필수) - -
--------------------------	------------------------

현재 Health Net 가입자입니까?  예  아니오 "예"라고 답한 경우 주신청자의 가입자 ID 번호:

주치의 ID:	일차 그룹 ID:	현재 환자 여부: <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
---------	-----------	--

선호 언어 선택(선택사항):  영어  스페인어  중국어  한국어

<sup>1</sup>7페이지의 적격한 사유 #5 "캘리포니아 서류 예시"를 참조하십시오.

## 파트 II. 지불 정보 및 보장 선택

### A. 지불 정보

첫 보험료 지불  수표로 지불(금액은 월 보험료에 상응해야 함)

#### 우편 신청

작성된 신청서를 수표와 함께 다음의 주소로 우편 발송:

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

#### 팩스 신청

작성된 신청서를 1-800-977-4161번으로 팩스로 보내고 다음의 주소로 수표 발송:

Health Net Individual & Family Enrollment  
PO Box 894702  
Los Angeles, CA 90189-4702

현 가입자는 [www.myhealthnetca.com](http://www.myhealthnetca.com)에서 “For Members(가입자를 위한)” 섹션에서 *Pay My Bill*(내 청구서 지불)을 선택할 수 있습니다.

#### 가입비 지불

가입자는 Health Net에 가입비를 지불할 책임이 있습니다. Health Net은 가입자, 가입자의 피부양자 또는 주법 및 연방법에서 요구하는 범위 내의 제삼자를 제외한 다른 사람 또는 주체로부터 가입비를 받지 않습니다.

가입비가 상기의 사람이 아닌 개인 또는 주체로부터 지불된 것이 발견되면 Health Net은 해당 지불을 거절하고 가입자에게 지불이 거절된 사실과 가입비를 여전히 지불해야 함을 알릴 것입니다.

### 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 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 사회보장번호를 추가 페이지의 오른쪽 상단에 기재하십시오.

**주:** 각 가족 구성원이 다른 플랜을 선택하는 경우 각 구성원은 본인의 계약을 따르게 됩니다. 각 가족 구성원에 대해 다른 플랜을 명시하기 위해 아래 제공된 공간에 각 가족 구성원을 위해 귀하가 선택하는 플랜의 이름을 반드시 기재하십시오.

동거인 보장의 경우 적용되는 캘리포니아 주법에 따른 자격에 대한 모든 조건이 충족되어야 하며 동거 관계 증명 (Declaration of Domestic Partnership)이 캘리포니아 내무부에 제출되어야 합니다.

다른 플랜을 선택하는 방법:

- a. Health Net은 가입자당 하나의 주소로만 청구서를 발송합니다. 그러므로 한 명의 계약자하에서 처리하려면 모든 가족 구성원은 같은 주소로 청구서를 받아야 합니다.
- b. 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.com](http://www.myhealthnetca.com)에 로그인하십시오. 귀하는 저희 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.
- c. 치과 및 안과 Plus 보장에 대해 귀하가 선택한 HMO 치과 의사에 대한 치과 의사 번호를 제공하십시오. 귀하는 각 가족 구성원에 대해 다른 치과 의사를 선택할 수 있습니다. 치과 의사를 선택하지 않는 경우 귀하를 위해 귀하의 지역에 있는 치과 의사가 선택됩니다. 참여 치과 서비스 제공자의 이름, 주소, 주치의 치과 의사 번호 및 전화번호가 필요하고 서비스 제공자를 선택하는 데 도움이 필요한 경우 1-866-249-2382번을 이용해 Health Net에 전화하거나 [www.myhealthnetca.com](http://www.myhealthnetca.com)에 로그인하십시오.

관계	성	이름	중간 이름 (이니셜)	사회보장번호(필수)	생년월일
<input type="checkbox"/> 배우자 <input type="checkbox"/> 동거인	<input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 여성			- -	/ /
<b>CommunityCare 플랜을 위해 필수:</b> CommunityCare HMO 주치의 ID		CommunityCare HMO 의사 그룹 ID			
<b>성인 치과 및 안과 Plus를 구입하는 경우 HMO 일차 치과 의사 번호 기재</b>					
<b>다른 경우 각 가족 구성원에 대한 의료 플랜 선택</b>					
관계 자녀 1	성	이름	중간 이름 (이니셜)	사회보장번호(필수)	생년월일
<input type="checkbox"/> 아들 <input type="checkbox"/> 딸				- -	/ /
<b>CommunityCare 플랜을 위해 필수:</b> CommunityCare HMO 주치의 ID		CommunityCare HMO 의사 그룹 ID			
<b>성인 치과 및 안과 Plus를 구입하는 경우 HMO 일차 치과 의사 번호 기재</b>					

(계속)

**파트 III. 가입될 가족 구성원(들) (계속)**

관계 자녀 2	성	이름	중간 이름 (이니셜)	사회보장번호(필수)	생년월일
<input type="checkbox"/> 아들 <input type="checkbox"/> 딸				- -	/ /

<b>CommunityCare 플랜을 위해 필수: CommunityCare HMO 주치의 ID</b>	<b>CommunityCare HMO 의사 그룹 ID</b>

**성인 치과 및 안과 Plus를 구입하는 경우 HMO 일차 치과 의사 번호 기재**

--

관계 자녀 3	성	이름	중간 이름 (이니셜)	사회보장번호(필수)	생년월일
<input type="checkbox"/> 아들 <input type="checkbox"/> 딸				- -	/ /

<b>CommunityCare 플랜을 위해 필수: CommunityCare HMO 주치의 ID</b>	<b>CommunityCare HMO 의사 그룹 ID</b>

**성인 치과 및 안과 Plus를 구입하는 경우 HMO 일차 치과 의사 번호 기재**

--

**기존 약관에 신생아 또는 입양 자녀 추가**

신생아/입양 자녀의 성:	이름:	중간 이름 (이니셜):
효력 발생일: <sup>2</sup>	신생아/입양 자녀의 생년월일 (월/일/년):	입양/입양 채택 날짜(월/일/년):
<input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 여성	사회보장번호:	주계약자의 가입자 ID:

CommunityCare HMO 플랜에 적절한 신생아/입양 자녀를 추가하는 경우 귀하는 CommunityCare 네트워크에서 주치의를 선택해야 합니다.

주치의 ID:	현재 환자 여부: <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
---------	---

**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 납부해주시요. **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.

<sup>2</sup>출생일 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 발효일에 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 60일<sup>3</sup> 이내에 접수되어야 합니다. 적격한 사유에 대한 증빙 서류가 요구됩니다. 적용 가능한 적격한 사유 및 해당되는 사람의 이름을 아래에 기재하십시오. 추가 피부양자의 경우 별도의 용지를 첨부하십시오.

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

(계속)

<sup>3</sup>귀하의 신청서가 보장의 상실 전에 접수되는 경우 보장이 상실된 다음 달 1일에 효력이 발생합니다. 귀하의 신청서가 보장의 상실 후 60일의 기간 동안 접수되는 경우 신청서 접수 후 다음 달 1일에 효력이 발생합니다.

### 파트 IV. 특별 가입기간(계속)

적격한 사유	캘리포니아 서류의 예시
<p>1) 자격이 되는 개인 또는 그 피부양자가 다음 중 한 가지 이유로(자발적 보장 종료 또는 보험료 미납은 제외) 최소 필수 보장을 상실하는 경우:</p> <p>A. 보장된 직원의 사망.</p> <p>B. 보장된 직원의 고용 종료, 또는 근무 시간 감축.</p> <p>C. 보장된 직원과 그 배우자의 이혼 또는 법적 별거.</p> <p>D. 보장된 직원이 Medicare에 따른 혜택 자격을 얻음.</p> <p>E. 일반적으로 적용 가능한 플랜의 요구 조건에 의거해 피부양자녀가 피부양자녀의 신분 상실.</p> <p>F. 표제 11 파산법에 의거하는 경우, 보장된 직원이 언제든 퇴직했을 때 해당 고용주에 관해 1986년 7월 1일자 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.</p> <p>G. 적격한 개인 또는 그 피부양자가 해당 보험을 갱신할 선택권을 갖고 있다 하더라도 비-달력연도 그룹 건강 플랜 또는 개인 건강보험 보장에 가입한 경우. 보장의 상실 날짜는 플랜 또는 보장연도의 마지막 날임.</p> <p>H. 보험료 미납 또는 사기 또는 중요한 사실에 대한 고의적 오해로 인해 중지를 허용하는 경우를 제외한 이유로 최소 필수 보장의 상실.</p> <p>I. 고용주 지불 종료.</p> <p>J. COBRA 지속 보장의 만료.</p> <p>K. 개인이 Medi-Cal(Medicaid)에 따라 의료적으로 필요한 보장을 상실한 경우(해당 개인의 이전 보장의 자발적 종료 또는 보험료 미납으로 인한 종료 예외).</p> <p>L. 개인이 Medicaid 및/또는 Medi-Cal에 따라 임신 관련 보장을 상실한 경우(해당 개인의 이전 보장의 자발적 종료 또는 보험료 미납으로 인한 종료 예외).</p>	<p>다음 중 하나의 사본:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>이전 보험사 ID 카드의 앞 및 뒷면.</li> <li>보장 상실을 증명하는 이전 보험사의 서신.</li> <li>고용주로부터의 고용 종료 또는 근무 시간 감축 확인(회사의 이름이 적힌 종이에 작성 및 고용주 서명 필수).</li> </ul> <p>• 적격한 사유를 설명하는 신청자로부터의 서신.</p> <p>• 보장 상실을 증명하는 이전 보험사의 서신.</p> <p>고용주로부터의 지불 중단 통지.</p> <p>보장 만료에 대한 COBRA 서류.</p> <p>Medicaid 및/또는 Medi-Cal 서류.</p> <p>Medicaid 및/또는 Medi-Cal 서류.</p>
<p>2) A. 적격한 개인이 피부양자를 얻거나 결혼, 동거, 출산, 입양, 입양 채택 또는 친자 관계의 추정을 통해 피부양자가 되는 경우.</p> <p>B. 가입자가 피부양자를 상실, 또는 이혼 또는 법적 별거에 대한 주법에 정의된 이혼 또는 법적 별거 또는 가입자 또는 그 피부양자의 사망을 통해 피부양자로 더 이상 고려되지 않는 경우.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>결혼 증명서.</li> <li>동거 관계 선언.</li> <li>등록된 동거 관계 증명서.</li> <li>친자관계 추정에 대한 공증된 선서 진술서.</li> <li>출생 증명서.</li> <li>퇴원 기록.</li> <li>입양을 위한 법원 명령 서류.</li> <li>이혼 증명서.</li> <li>법적 별거 동의서.</li> <li>사망 진단서.</li> </ul>

(계속)

**파트 IV. 특별 가입기간(계속)**

적격한 사유	캘리포니아 서류의 예시
<p>3) 적격한 개인 또는 그 피부양자의 건강보험 가입 또는 비-가입이 의도적 또는 고의적이지 않거나 실수인 경우 및 가입 지원을 제공하거나 가입 행위를 하는데 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.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 이전 보험사 ID 카드의 앞 및 뒷면.</li> <li>• 적격한 사유를 증명하는 Exchange 또는 HHS로부터의 서신.</li> </ul>
<p>4) 가입자 또는 그 피부양자가 실질적으로 플랜의 계약 조항을 위반했을 경우.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exchange 또는 기타 플랜으로부터의 결정이 담긴 문서.</li> </ul>
<p>5) 적격한 개인 또는 가입자 또는 그 피부양자가 영구적 이주의 결과로 새로운 건강보험을 이용하게 되는 경우.</p>	<p>접수 가능한 거주 증명 서류의 사본:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 현재 운전 면허증 또는 ID 카드.</li> <li>• 신청자의 이름으로 된 현재의 유효한 주 차량 등록증.</li> <li>• 신청자의 고용 증거.</li> <li>• 신청자가 공공 또는 민간 고용 기관에 등록되어 있다는 증거.</li> <li>• 신청자가 본인의 자녀를 학교에 등록시켰다는 증거.</li> <li>• 신청자가 공공 지원을 받고 있다는 증거.</li> <li>• 유권자 등록 영수증, 유권자 통지 카드 또는 선거 등록 개요.</li> <li>• 신청자의 이름으로 된 현재 공공요금 고지서.</li> <li>• 신청자의 이름으로 된 현재 집세 또는 주택 할부금 지불 영수증. 친척으로부터 제공된 집세 영수증은 해당되지 않음.</li> <li>• 주거주자를 나타내는 담보 증권.</li> <li>• 신청자의 이름으로 된 임대 계약서.</li> <li>• 신청자의 이름으로 된 정부 우편(SSA 내역서, DMV 통지서 등).</li> <li>• 휴대폰 요금 고지서.</li> <li>• 신용카드 내역서.</li> <li>• 인쇄된 이름과 주소를 포함한 은행 내역서 또는 취소된 수표.</li> <li>• 미 우편 서비스의 주소 변경 확인 서신.</li> <li>• 귀하의 주소가 포함된 이삿짐 회사 계약서 또는 영수증.</li> <li>• 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.</li> <li>• 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.</li> <li>• 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.</li> </ul>
<p>6) 개인이 적합한 주 또는 연방 법원 명령에 따라 피부양자로서 보장되어야 하는 경우.</p>	<p>법원 서류.</p>
<p>7) 출소한 경우.</p>	<p>사유 발생 날짜가 기재된 보호 감찰 또는 가석방 서류.</p>

(계속)

**파트 IV. 특별 가입기간(계속)**

적격한 사유	캘리포니아 서류의 예시
<p>8) 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) 36 개월이내의 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.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>서비스 제공자의 해당 네트워크로부터의 종료를 설명하는 건강보험으로부터의 서신.</li> <li>및</li> <li>가입자의 상태를 설명하는 서비스 제공자로부터의 서신.</li> </ul>
<p>9) 개인이 최소 필수 보장에 의거해 보장을 받고 있다고 잘못된 정보를 받았기 때문에 해당 개인이 이용할 수 있는 가입기간 동안 건강 혜택 플랜에 가입하지 않았다는 것을 Covered California에 증명.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>적격한 사유를 설명하는 신청자로부터의 서신.</li> <li>보험 갱신 서신의 사본.</li> </ul>
<p>10) 개인이 미국법전(United States Code) 제32편에 의거해 현역에서 제대한 미국 군대의 예비군이거나 현역에서 제대한 캘리포니아 주방위군인 경우.</p>	<p>현역 제대 증빙 서류.</p>
<p>11) 보험료 세금 공제의 사전 지불에 새롭게 자격이 되거나 자격을 상실한 경우 또는 비용 분담 제한에 자격 변경이 생긴 경우.</p>	<p>귀하가 자격이 있는 보험료 지원을 증명할 보험료 세금 공제 선급금(Advanced Premium Tax Credit, APTC) 문서.</p>
<p>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.</p>	<p>위증죄로 처벌될 수 있다는 전제 하에 귀하의 이름 및 보장에 가입된 가정 폭력의 희생자의 이름이 진술되어 있는 서명된 서면 진술서.</p>
<p>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.</p>	<p>Covered California 또는 Medi-Cal로부터 받은 자격 거절 서신.</p>
<p>14) 개인이 Covered California를 통한 보장 구입 결정에 영향을 끼치는 플랜 혜택, 서비스 지역 또는 보험료와 관련된 자료에 문제가 있었음을 Covered California에 증명하는 경우.</p>	<p>위증죄로 처벌될 수 있다는 전제 하에 귀하의 이름, 건강보험 이름, 발생한 오류 및 오류가 발생한 날짜가 진술되어 있는 서명된 서면 진술서.</p>

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

**파트 V에 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 볼펜 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. \_\_\_\_\_

(계속)

**파트 V. 기본 가입에 대한 개인 및 가족 플랜 예외-언어 지원에 관한 책임 진술서(계속)**

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

성:	이름:		
적격한 통역사 주소:			
도시:	주:	우편번호:	전화번호:
적격한 통역사 서명:			날짜:

**파트 VI. 신청자의 에이전트/브로커 정보**

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

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

**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. 신청서를 누가 가입 및 작성을 완료했습니까? (전체 이름 정자체로 기재) \_\_\_\_\_
2. 신청자(들)가 신청서에 서명하는 것을 직접 목격했습니까?  예  아니오
3. 신청자(들)가 신청서에 서명한 후 이를 검토했습니까?  예  아니오

Health Net HMO 치과 및 안과 플랜은 Health Net of California, Inc.에서 제공합니다. Health Net 치과 혜택은 Dental Benefit Providers of California, Inc.에서 운영합니다. Health Net 안과 혜택은 EyeMed Vision Care, LLC에서 서비스를 제공합니다.

Health Net of California, Inc.는 Health Net, Inc.의 자회사입니다. Health Net은 Health Net, Inc.의 고유등록상표입니다. 모든 사용 권한은 Health Net, Inc.에 있습니다.

## 파트 VII. 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 허위로 구성된 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 발효일 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 캘리포니아 법에 의거해 철회로부터 발생하는 어떠한 법적 구제를 받을 권리가 있습니다.

**Health Net이 귀하의 이의신청을 거절하는 경우 귀하는 California Department of Managed Health Care로부터 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](http://www.myhealthnetca.com) 또는 Health Net 고객 문의 센터를 통해 본 통지의 사본을 받을 수도 있습니다. 보호되는 건강 정보의 이용 및 공개 승인은 다음 페이지의 본인의 서명으로부터 24개월의 기간 동안 유효합니다.

**신청자 본인이 미성년자인 경우:** 단독으로 신청하는 신청자가 18세 미만인 경우 신청자의 부모 또는 법적 보호자가 이에 대해 서명을 해야 합니다. 서명함으로써 해당 개인은 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 V, "기본 가입에 대한 개인 및 가족 플랜 예외-언어 지원에 관한 책임 진술서" 참조).

**파트 VIII. 중요 조항**

주의사항: 귀하를 보호하기 위해 캘리포니아 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:** 캘리포니아 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 것을 이해하고 있습니다. 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 보호자의 서명:	서명 날짜:	신청자의 피부양자 서명(18세 이상):	서명 날짜:
정자체로 이름 기재: _____ 서명: _____			
배우자/동거인 또는 신청자의 피부양자 서명(18세 이상):	서명 날짜:	신청자의 피부양자 서명(18세 이상):	서명 날짜:
신청자의 피부양자 서명(18세 이상):	서명 날짜:	신청자의 피부양자 서명(18세 이상):	서명 날짜:

본 신청서 및 본 중재 조항은 신청자(들)가 서명해야 합니다. 본 신청서의 처리를 위해 신청자(들)는 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 에이전트/브로커 또는 기타 타인이 본 신청서 및 중재 조항에 서명할 수 없습니다.

개인 수표를 "Health Net" 앞으로 작성하십시오. 작성이 완료된 신청서를 우편으로 발송하려면 다음으로 보내십시오. Health Net Individual & Family Enrollment, PO Box 1150, Rancho Cordova, CA 95741-1150. 신청서를 팩스로 보내길 원하는 경우 1-800-977-4161번으로 팩스를 보내고 다음의 주소로 수표를 발송하십시오: Health Net Individual & Family Enrollment, PO Box 894702, Los Angeles, CA 90189-4702.

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.

캘리포니아주 비차별 요구사항(혜택 보장 서류에 설명) 이외에도 Health Net of California, Inc.(Health Net)는 적용되는 연방 인권법을 준수하고 인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애 또는 성별을 근거로 차별하지 않습니다. Health Net은 인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애 또는 성별 때문에 고객을 배제하거나 다르게 대우하지 않습니다.

Health Net은

- 장애가 있으신 분들이 저희와 원활한 의사소통을 하실 수 있도록 적격의 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 적격의 통역사 및 기타 언어로 작성된 정보 등 무료 언어 서비스를 제공합니다. 이러한 서비스가 필요하신 경우 Health Net 고객 문의 센터로 연락하십시오.

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

Health Net이 이러한 서비스를 제공하지 못했거나 어떠한 방식으로든 인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애 또는 성별을 근거로 차별을 했다고 생각되는 경우, 귀하는 상기의 전화번호로 전화해 불만사항 제기에 도움이 필요하다고 말씀하시면 불만사항을 제기할 수 있습니다. Health Net의 고객 문의 센터(Customer Contact Center)가 귀하께 도움을 드릴 것입니다. 귀하는 또한 우편으로 불만사항을 제기하실 수 있습니다: Health Net of California, Inc., PO Box 10348, Van Nuys, California 91410-0348, 팩스: 1-877-831-6019, 또는 온라인: healthnet.com.

귀하는 또한 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>에서 이용 가능한 인권 사무소 불편사항 포털(Office for Civil Rights Complaint Portal)을 통해 온라인으로 또는 다음의 우편 또는 전화번호를 이용해 미국 보건 후생부(Department of Health and Human Services), 인권 사무소에 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.

본 페이지는 인쇄 목적으로 비워두었습니다

## 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, call us at the number listed on your ID card, or employer group applicants please call 1-800-522-0088 (TTY: 711). Individual & Family Plan (IFP) applicants please call 1-877-609-8711 (TTY: 711). For more help: If you are enrolled in a PPO or EPO insurance policy from Health Net Life Insurance Company, call the CA Dept. of Insurance at 1-800-927-4357. If you are enrolled in an HMO or HSP plan from Health Net of California, Inc., call the DMHC Helpline at 1-888-HMO-2219.

## Arabic

خدمات اللغة مجانية. يمكنك الحصول على مترجم فوري. ويمكنك الحصول على وثائق مقروءة لك. للحصول على المساعدة، اتصل بنا على الرقم الموجود على بطاقة الهوية، أو يرجى من مقدمي طلبات مجموعة أصحاب العمل الاتصال بمركز الاتصال 1-800-522-0088 (TTY: 711). يرجى من مقدمي طلبات خطة الأفراد والعائلة (IFP) الاتصال على الرقم 1-877-609-8711 (TTY: 711). وللحصول على المساعدة: في حال كنت مسجلاً في بوليصة تأمين المنظمة المزودة المفضلة PPO أو المنظمة المزودة الحصرية EPO من Health Net Life Insurance Company، اتصل على قسم التأمين في كاليفورنيا على الرقم 1-800-927-4357. في حال كنت مسجلاً في منظمة المحافظة على الصحة HMO أو خطة التوفير الصحية HSP من شركة Health Net of California, Inc.، اتصل على خط المساعدة في قسم الرعاية الصحية المدارة DMHC على الرقم 1-888-HMO-2219.

## Armenian

Անվճար լեզվական ծառայություններ: Դուք կարող եք բանավոր թարգմանիչ ստանալ: Փաստաթղթերը կարող են կարդալ ձեզ համար ձեր լեզվով: Օգնության համար զանգահարեք մեզ ձեր ID քարտի վրա նշված հեռախոսահամարով, իսկ գործատուի իմրի դիմորդներին խնդրում ենք զանգահարել 1-800-522-0088 (TTY: 711) հեռախոսահամարով: Անհատական և Ընտանեկան Օրագրի անգլերեն հապավումը (IFP) դիմորդներին խնդրում ենք զանգահարել 1-877-609-8711 (TTY: 711) հեռախոսահամարով: Լրացուցիչ օգնության համար, եթե անդամագրված եք Health Net Life Insurance Company-ի PPO կամ EPO ապահովագրությանը, զանգահարեք Կալիֆորնիայի Ապահովագրության բաժին՝ 1-800-927-4357 հեռախոսահամարով: Եթե անդամագրված եք Health Net of California, Inc.-ի HMO կամ HSP ծրագրին, զանգահարեք DMHC օգնության գիծ՝ 1-888-HMO-2219 հեռախոսահամարով:

## Chinese

免費語言服務。您可使用口譯員。您可請人使用您的語言將文件內容唸給您聽，並請我們將有您語言版本的部分文件寄給您。如需協助，請致電您會員卡上所列的電話號碼與我們聯絡，雇主團體申請人請致電 1-800-522-0088 (TTY: 711)。個人與家庭計畫 (IFP) 申請人請致電 1-877-609-8711 (TTY: 711)。如需進一步協助：如果您透過 Health Net Life Insurance Company 投保 PPO 或 EPO 保單，請致電 1-800-927-4357 與加州保險局聯絡。如果您透過 Health Net of California, Inc. 投保 HMO 或 HSP 計畫，請致電 DMHC 協助專線 1-888-HMO-2219。

## Hindi

बिना लागत की भाषा सेवाएँ। आप एक दुभाषिया प्राप्त कर सकते हैं। आपको दस्तावेज अपनी भाषा में पढ़ कर सुनाए जा सकते हैं। मदद के लिए, आपके आईडी कार्ड पर दिए गए सूचीबद्ध नंबर पर हमें कॉल करें, या नियोक्ता समूह आवेदक कृपया 1-800-522-0088 (TTY: 711) संपर्क केंद्र पर कॉल करें। कृपया व्यक्तिगत और पारिवारिक प्लैन (IFP) के आवेदक 1-877-609-8711 (TTY: 711) पर कॉल करें। अधिक मदद के लिए: यदि आप Health Net Life Insurance Company PPO या ईपीओ EPO बीमा पॉलिसी में नामांकित हैं, तो कैलिफोर्निया बीमा विभाग को 1-800-927-4357 पर कॉल करें। यदि आप Health Net of California, Inc., एचएमओ HMO या एचएसपी HSP प्लैन में नामांकित हैं, तो डीएमएचसी DMHC हेल्पलाइन के 1-888-HMO-2219 पर कॉल करें।

**Hmong**

Kev Pab Txhais Lus Dawb. Koj xav tau neeg txhais lus los tau. Koj xav tau neeg nyeem cov ntaub ntawv kom yog koj hom lus los tau xav tau kev pab, hu peb tau rau ntawm tus xov tooj nyob ntawm koj daim npav, los yog tias koj yog tus neeg tso npe xav tau kev pab kho mob los ntawm koj txoj hauj-lwm thov hu rau 1-800-522-0088 (TTY: 711). Yog koj yog tus tso npe xav tau kev pab kho mob rau Ib Tug Neeg & Tsev Neeg Individual & Family Plan (IFP) thov hu 1-877-609-8711 (TTY: 711). Xav tau kev pab ntxiv: Yog koj tau tsab ntawv tuav pov hwm PPO los yog EPO los ntawm Health Net Life Insurance Company, hu mus rau CA Dept. of Insurance ntawm 1-800-927-4357. Yog koj tau txoj kev pab kho mob HMO los yog HSP los ntawm Health Net of California, Inc., hu mus rau DMHC tus xov tooj pab Helpline ntawm 1-888-HMO-2219.

**Japanese**

無料の言語サービス。通訳をご利用いただけます。日本語で文書をお読みします。援助が必要な場合は、IDカードに記載されている番号までお電話いただくか、雇用主を通じた団体保険の申込者の方は、1-800-522-0088、(TTY: 711) までお電話ください。個人および家族向けプラン (IFP) の申込者の方は、1-877-609-8711 (TTY: 711) までお電話ください。さらに援助が必要な場合: Health Net Life Insurance CompanyのPPOまたはEPO保険ポリシーに加入されている方は、カリフォルニア州保険局 1-800-927-4357 まで電話でお問い合わせください。Health Net of California, Inc.のHMO またはHSPに加入されている方は、DMHCヘルプライン 1-888-HMO-2219 まで電話でお問い合わせください。

**Khmer**

សេវាកម្មភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ។ អ្នកអាចទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់។ អ្នកអាចស្តាប់គេអានឯកសារឱ្យអ្នកនៅក្នុងភាសារបស់អ្នក។ សម្រាប់ជំនួយ សូមទាក់ទងយើងខ្ញុំតាមរយៈលេខទូរសព្ទដែលមាននៅលើកាតសម្គាល់ខ្លួនរបស់អ្នក ឬ បេក្ខជនក្រុមនិយោជក អាចទាក់ទងទៅមជ្ឈមណ្ឌលទំនាក់ទំនងពាណិជ្ជកម្មនៃក្រុមហ៊ុន 1-800-522-0088 (TTY: 711)។ បេក្ខជនផែនការគ្រួសារ និងបេក្ខជនផែនការបុគ្គល សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-609-8711 (TTY: 711)។ សម្រាប់ជំនួយបន្ថែម ៖ បើសិនអ្នកបានចុះ ឈ្មោះក្នុងគោលការណ៍ធានារ៉ាប់រង PPO ឬ EPO Health Net Life Insurance Company សូមទាក់ទងទៅនា យកដ្ឋានធានារ៉ាប់រង CA តាមរយៈទូរសព្ទលេខ 1-800-927-4357។ បើសិនអ្នកបានចុះឈ្មោះក្នុងផែនការ HMO ឬ HSP ពីក្រុមហ៊ុន Health Net នៃរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា សូមទាក់ទងលេខទូរសព្ទជំនួយ DMHC ៖ 1-888-HMO-2219។

**Korean**

무료 언어 서비스. 통역 서비스를 받을 수 있습니다. 귀하가 구사하는 언어로 문서의 낭독 서비스를 받으실 수 있습니다. 도움이 필요하시면 보험 ID 카드에 수록된 번호로 전화하시거나 고용주 그룹 신청인의 경우 1-800-522-0088 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오. Individual & Family Plan (IFP) 신청인의 경우, 1-877-609-8711 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오. 추가 도움이 필요하시면, Health Net Life Insurance Company의 PPO 또는 EPO 보험에 가입되어 있으시면 캘리포니아 주 보험국에 1-800-927-4357번으로 전화해 주십시오. Health Net of California, Inc.의 HMO 또는 HSP 플랜에 가입되어 있으시면 DMHC 도움라인에 1-888-HMO-2219번으로 전화해 주십시오.

**Navajo**

Saad Bee Áká E'eyeed T'áá Jíík'e. Ata' halne'ígíí hóló. T'áá hó hazaad k'éhjí naaltsoos hach'í' wóltah. Shíká a'doowol nínízingo naaltsoos bee néího'dólzíníígíí bikáa'gi béésh bee hane'í bikáá' áajj' hodíílnih éí doodaii' employer groupqjí ninaaltsoos siítsoozgo éí 1-800-522-0088 (TTY: 711). T'áá hó dóó ha'áłchíní bíł hak'é'éstí'ígíí [IFP wolyéhígíí] éí kojí' hojilnih 1-877-609-8711 (TTY: 711). Shíká anáa'doowol jinízingo: PPO éí doodaii' EPOqjí Health Net Life Insurance Company wolyéhíjí béeso ách'ááqá h naa'nil biniiyé hwe'iina' bik'é'éstí'go éí CA Dept. of Insurance bich'í' hojilnih 1-800-927-4357. HMO éí doodaii' HSPqjí Health Net of Californiaqjí béeso ách'ááqá h naa'nil biniiyé hats'íís bik'é'éstí'go éí kojí' hojilnih DMHC Helpline 1-888-HMO-2219.

## Persian (Farsi)

خدمات زبان به طور رایگان. می توانید یک مترجم شفاهی بگیرید. می توانید درخواست کنید که اسناد به زبان شما برایتان قرائت شوند. برای دریافت راهنمایی، با ما به شماره ای که روی کارت شناسایی شما درج شده تماس بگیرید، یا درخواست کنندگان گروه کارفرما لطفاً با مرکز تماس بازرگانی 1-800-522-0088 (TTY: 711) تماس بگیرید. درخواست کنندگان برنامه انفرادی یا خانواده (IFP) لطفاً با شماره 1-877-609-8711 (TTY: 711) تماس بگیرید. برای دریافت راهنمایی بیشتر: اگر در بیمه نامه PPO یا EPO از سوی Health Net Life Insurance Company عضویت دارید، با CA Dept. of Insurance به شماره 1-800-927-4357 تماس بگیرید. اگر در برنامه HMO یا HSP از سوی Health Net of California, Inc. عضویت دارید، با خط راهنمایی تلفنی DMHC به شماره 1-888-HMO-2219 تماس بگیرید.

## Panjabi (Punjabi)

ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਲਾਗਤ ਤੋਂ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ। ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਦੁਭਾਸ਼ਿਆ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਤੁਹਾਡੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਪੜ੍ਹ ਕੇ ਸੁਣਾਏ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਮਦਦ ਲਈ, ਆਪਣੇ ਆਈਡੀ ਕਾਰਡ ਤੇ ਦਿੱਤੇ ਨੰਬਰ ਤੇ ਸਾਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ 1-800-522-0088 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਅਤੇ ਪਾਰਿਵਾਰਕ ਪਲੈਨ (IFP) ਦੇ ਆਵੇਕ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ 1-877-609-8711 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਵਧੇਰੀ ਮਦਦ ਲਈ: ਜੇ Health Net Life Insurance Company ਤੋਂ ਇੱਕ ਪੀਪੀਓ PPO ਜਾਂ ਈਓਪੀਏ EPO ਬੀਮਾ ਪਾਲਿਸੀ ਵਿੱਚ ਨਾਮਾਂਕਿਤ ਹੋ, ਤਾਂ ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਬੀਮਾ ਵਿਭਾਗ ਨੂੰ 1-800-927-4357 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਹੈਲਥ ਨੈੱਟ ਆਫ ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ, ਇੱਕ ਤੋਂ ਇੱਕ ਐਚਐਮਓ HMO ਜਾਂ ਐਚਐਸਪੀ HSP ਪਲੈਨ ਵਿੱਚ ਨਾਮਾਂਕਿਤ ਹੋ ਤਾਂ ਡੀਐਮਐਚਸੀ DMHC ਹੈਲਪਲਾਈਨ ਨੂੰ 1-888-HMO-2219 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

## Russian

Бесплатная помощь переводчиков. Вы можете получить помощь устного переводчика. Вам могут прочитать документы в переводе на ваш родной язык. За помощью обращайтесь к нам по телефону, приведенному на вашей идентификационной карточке участника плана. Если вы хотите стать участником группового плана, предоставляемого работодателем, звоните в коммерческий контактный центр компании 1-800-522-0088 (TTY: 711). Если вы хотите стать участником плана для семей и частных лиц (IFP), звоните по телефону 1-877-609-8711 (TTY: 711). Дополнительная помощь: Если вы включены в полис PPO или EPO от страховой компании Health Net Life Insurance Company, звоните в Департамент страхования штата Калифорния CA Dept. of Insurance, телефон 1-800-927-4357. Если вы включены в план HMO или HSP от страховой компании Health Net of California, Inc., звоните по контактной линии Департамента управляемого медицинского обслуживания (DMHC), телефон 1-888-HMO-2219.

## Spanish

Servicios de idiomas sin costo. Puede solicitar un intérprete. Puede obtener el servicio de lectura de documentos y recibir algunos en su idioma. Para obtener ayuda, llámenos al número que figura en su tarjeta de identificación. Los solicitantes del grupo del empleador deben llamar al 1-800-522-0088 (TTY: 711). Los solicitantes de planes individuales y familiares deben llamar al 1-877-609-8711 (TTY: 711). Para obtener más ayuda, haga lo siguiente: Si está inscrito en una póliza de seguro PPO o EPO de Health Net Life Insurance Company, llame al Departamento de Seguros de California, al 1-800-927-4357. Si está inscrito en un plan HMO o HSP de Health Net of California, Inc., llame a la línea de ayuda del Departamento de Atención Médica Administrada, al 1-888-HMO-2219.

## Tagalog

Walang Bayad na Mga Serbisyo sa Wika. Makakakuha kayo ng isang interpreter. Makakakuha kayo ng mga dokumento na babasahin sa inyo sa inyong wika. Para sa tulong, tawagan kami sa nakalistang numero sa inyong ID card, o para sa grupo ng mga aplikante ng employer, mangyaring tawagan ang 1-800-522-0088 (TTY: 711). Para sa mga aplikante ng Plano para sa Indibiduwal at Pamilya Individual & Family Plan, (IFP), mangyaring tawagan ang 1-877-609-8711 (TTY: 711). Para sa higit pang tulong: Kung nakatala kayo sa insurance policy ng PPO o EPO mula sa Health Net Life Insurance Company, tawagan ang CA Dept. of Insurance sa 1-800-927-4357. Kung nakatala kayo sa HMO o HSP na plan mula sa Health Net of California, Inc., tawagan ang Helpline ng DMHC sa 1-888-HMO-2219.

## **Thai**

ไม่มีค่าบริการด้านภาษา คุณสามารถใช้ล่ามได้ คุณสามารถให้อ่านเอกสารให้ฟังเป็นภาษาของคุณได้ สำหรับความช่วยเหลือโทรหาเราตามหมายเลขที่ให้ไว้บนบัตรประจำตัวของคุณ หรือ ผู้สมัครกลุ่มนายจ้าง กรุณาโทรหาศูนย์ติดต่อเชิงพาณิชย์ของ 1-800-522-0088 (TTY: 711) ผู้สมัครแผนบุคคลและครอบครัว Individual & Family Plan (IFP) กรุณาโทร 1-877-609-8711 (TTY: 711) สำหรับความช่วยเหลือเพิ่มเติม หากคุณสมัครทำกรมธรรม์ประกันภัย PPO หรือ EPO กับ Health Net Life Insurance Company โทรหากรมการประกันภัยรัฐแคลิฟอร์เนียได้ที่ 1-800-927-4357 หากคุณสมัครแผน HMO หรือ HSP กับ Health Net of California, Inc. โทรหาสายด่วนความช่วยเหลือของ DMHC ได้ที่ 1-888-HMO-2219.

## **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 nhận trợ giúp, hãy gọi cho chúng tôi theo số được liệt kê trên thẻ ID của quý vị, hoặc người nộp đơn vào chương trình theo nhóm của chủ sử dụng lao động vui lòng gọi 1-800-522-0088 (TTY: 711). Người nộp đơn thuộc Chương Trình Cá Nhân & Gia Đình viết tắt trong tiếng Anh là (IFP) vui lòng gọi số 1-877-609-8711 (TTY: 711). Để nhận thêm trợ giúp: Nếu quý vị đăng ký hợp đồng bảo hiểm PPO hoặc EPO từ Health Net Life Insurance Company, vui lòng gọi Sở Y Tế CA theo số 1-800-927-4357. Nếu quý vị đăng ký vào chương trình HMO hoặc HSP từ Health Net of California, Inc., vui lòng gọi Đường Dây Trợ Giúp DMHC theo số 1-888-HMO-2219.

본 페이지는 인쇄 목적으로 비워두었습니다

본 페이지는 인쇄 목적으로 비워두었습니다