



# 개인 & 가족 플랜 CommunityCare HMO 가입 신청서

요청된 발효 날짜

□□ / □□ / □□□□

**신청서는 타이핑하거나 또는 파란색 또는 검정색 펜으로 작성해야 합니다.**

**혜택 효력 발생일:** 혜택 보장은 연례 가입기간인 2015년 11월 1일부터 2016년 1월 31일 또는 특별 가입기간에 가입한 경우에만 이용 가능합니다. 지원서는 적격한 이벤트의 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 & 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 필요로 합니다. 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.

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

**중요:** 신청자가 영어를 읽고/쓰지 못하는 경우 **파트 V**를 참조하십시오. 개인 & 가족 플랜 CommunityCare HMO 가입 신청서는 중국어 및 스페인어 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			
주신청자 성:	이름:	중간 이름(이니셜):	<input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 여성
청구서 주소:			
우편 주소:			
자택 주소:			
시:	주:	우편번호:	신청자 거주 카운티:
자택 전화번호: ( )	직장 전화번호: ( )	휴대폰 전화번호: ( )	이메일 주소:
주신청자 생년월일(월/일/년): / /	주신청자 사회보장번호(모든 신청자에 대해 필수): - -	주계약자의 Health Net ID(추가되는 피부양자에 대해 적용되며 변경 요청 시에만):	
일차 진료 의사 ID:	일차 그룹 ID:	현재 환자 여부: <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
선호 언어 선택(선택사항): <input type="checkbox"/> 영어 <input type="checkbox"/> 스페인어 <input type="checkbox"/> 중국어			

## 파트 II. 가입 대상 및 상품 선택

A. 신청 사유	B. 지불 정보
<input type="checkbox"/> 신규 신청(아래 가족 유형에 표시) <input type="checkbox"/> 본인 <input type="checkbox"/> 본인 및 배우자 <input type="checkbox"/> 본인 및 동거인 <input type="checkbox"/> 본인 및 자녀 <input type="checkbox"/> 본인 및 자녀들 <input type="checkbox"/> 본인, 배우자 및 자녀(들) <input type="checkbox"/> 본인, 동거인 및 자녀(들) <input type="checkbox"/> 자녀에만 한정 <input type="checkbox"/> 피부양자 추가 <input type="checkbox"/> 요청 변경(가입기간 또는 특별 가입기간에만 가능)	<b>최초 보험료 지불</b> <input type="checkbox"/> 수표로 지불(금액은 월 보험료에 상응해야 함) <b>우편 신청</b> 작성된 신청서를 수표와 함께 다음의 주소로 우편 발송: Health Net Individual & Family Enrollment PO Box 1150 Rancho Cordova, CA 95741-1150 <b>팩스 신청</b> 작성된 신청서를 다음의 번호로 팩스 발송: 1-800-977-4161번, 그리고 다음의 주소로 수표 발송: Health Net Individual & Family Enrollment PO Box 894702 Los Angeles, CA 90189-4072 현재 가입자는 <a href="http://www.healthnet.com">www.healthnet.com</a> 에서 <i>Make A Payment Now(지금 지불하기)</i> 버튼을 클릭하면 추가 지불 선택 사항을 보실 수 있습니다.
C. 보장 선택	<b>선택적 보장: 성인을 위한 치과/안과 플랜 (18세 이상) -</b> <input type="checkbox"/> 치과 및 안과 Plus - 치과 및 안과 Plus를 주신청자를 위해 구매하는 경우, 18세 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. <b>주: 모든 의료 플랜은 소아 치과 보장을 포함합니다.</b>

## 파트 III. 가입할 가족 구성원(들)

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

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 공란에 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 계약자당 하나의 주소로만 청구서를 발송합니다. 그러므로 한 명의 계약자 하에서 처리하려면 모든 가족 구성원은 같은 주소로 청구서를 받아야 합니다.

b. 귀하는 의료 그룹 및 일차 진료 의사를 선택해야 합니다. 귀하가 가입하려는 각 가족 구성원을 위해 동일한 또는 다른 의사 그룹 및 일차 진료 의사를 선택할 수 있습니다. 일차 진료 의사를 선택하지 않는 경우 귀하를 위해 귀하의 지역에 있는 의사가 선택됩니다. Health Net과 계약된 의사의 최신 목록을 보려면 [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com) > *ProviderSearch(서비스 제공자 검색)*로 로그인하십시오. 귀하는 저희 개인 & 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, 일차 진료 치과 의사 번호 및 전화번호가 필요하고 서비스 제공자를 선택하는 데 도움이 필요한 경우 1-866-249-2382번을 이용해 Health Net에 전화하거나 [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com)에 로그인하십시오.

□□□□ - □□□□ - □□□□□□

**파트 III. 가입될 가족 구성원(들) (계속)**

관계	성	이름	중간 이름(이니셜)	사회보장번호	생년월일
<input type="checkbox"/> 배우자 <input type="checkbox"/> 동거인				- -	/ /
<b>CommunityCare 플랜을 위해 필수: CommunityCare HMO 일차 진료 의사 ID</b>		<b>CommunityCare HMO 의사 그룹 ID</b>			
성인 치과 및 안과 Plus를 구입하는 경우 HMO 일차 치과 의사 번호 기재					
다른 경우 각 가족 구성원에 대한 의료 플랜 선택					
관계 자녀 1	성	이름	중간 이름(이니셜)	사회보장번호	생년월일
<input type="checkbox"/> 아들 <input type="checkbox"/> 딸				- -	/ /
<b>CommunityCare 플랜을 위해 필수: CommunityCare HMO 일차 진료 의사 ID</b>		<b>CommunityCare HMO 의사 그룹 ID</b>			
성인 치과 및 안과 Plus를 구입하는 경우 HMO 일차 치과 의사 번호 기재					
관계 자녀 2	성	이름	중간 이름(이니셜)	사회보장번호	생년월일
<input type="checkbox"/> 아들 <input type="checkbox"/> 딸				- -	/ /
<b>CommunityCare 플랜을 위해 필수: CommunityCare HMO 일차 진료 의사 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	생년월일
<input type="checkbox"/> 아들 <input type="checkbox"/> 딸				- -	/ /
<b>CommunityCare 플랜을 위해 필수: CommunityCare HMO 일차 진료 의사 ID</b>		<b>CommunityCare HMO 의사 그룹 ID</b>			
성인 치과 및 안과 Plus를 구입하는 경우 HMO 일차 치과 의사 번호 기재					

**파트 III. 가입될 가족 구성원(들) (계속)****기존 약관에 신생아 또는 입양 자녀 추가**

신생아/입양 자녀의 성:		이름:	중간 이름(이니셜):
효력 발생일 <sup>1</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 Health Net ID:	

CommunityCare HMO 플랜에 적격한 신생아/입양 자녀를 추가하는 경우 귀하는 CommunityCare 네트워크에서 일차 진료 의사를 선택해야 합니다.

일차 진료 의사 ID: 현재 환자 여부:  예  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. 귀하의 수표를 현금화하는 것이 귀하의 신청이 승인되었음을 의미하지는 않습니다. 거절된 경우 귀하의 납부금은 환불됩니다. 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 납부해 주십시오. 귀하는 귀하의 자녀가 출생 또는 입양된 달에 대해 일수로 계산된 보험료를 귀하의 다음 정기적 보험료 청구서에 추가해서 납부하셔야 합니다.

신청서 및 중재 조항은 계약자가 서명해야 합니다. 본 신청서의 처리를 위해 계약자는 본인의 이름을 불펜으로 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>1</sup>출생일 또는 입양일로부터 60일 이내 신청서가 접수된 경우 발효일은 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 이벤트의 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 이벤트 또는 법원 명령의 효력일이 됩니다. 결혼은 신청서 접수 후 다음 달 1일에 효력을 발생합니다. 신청서는 적격한 이벤트 발생 후 60일<sup>2</sup> 이내에 접수되어야 합니다. 적격한 이벤트에 대한 증빙 서류가 요구됩니다. 적용 가능한 적격한 이벤트 및 해당되는 사람의 이름을 아래에 기재하십시오. 추가 피부양자의 경우 별도의 용지를 첨부하십시오.

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

(계속)

<sup>2</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.

**개인 및 가족 플랜을 위한 특별 가입기간에 대한 적격한 이벤트**

적격한 이벤트	적격한 이벤트의 필수 증빙 서류 제출
<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 관련해 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-역년 그룹 건강 플랜 또는 개인 건강보험 보장에 가입한 경우. 보장의 상실 날짜는 플랜 또는 보장 연도의 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>다음 중 하나의 사본:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 이전 보험사로부터 보장 상실 통지</li> <li>• 고용주로부터 보장 상실 통지</li> <li>• 이전 보험사 ID 카드의 앞 및 뒤면</li> </ul> <p>상황에 따라 증빙 서류가 요구될 수 있음.</p> <p>고용주로부터의 지불 중단 통지.</p> <p>보장 만료에 대한 COBRA 서류.</p>
<p>2) A. 적격한 개인이 피부양자를 얻거나 결혼, 동거, 출산, 입양 또는 입양 채택을 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 피부양자보다 더 이상 고려되지 않는 경우.</p>	<p>법원 문서 또는 입양 기록.</p>
<p>3) 적격한 개인 또는 그 피부양자의 건강 플랜 가입 또는 비-가입이 의도적 또는 고의적이지 않거나 실수인 경우 및 Exchange 또는 보건 후생부(Department of Health and Human Services) 또는 Exchange에서 평가하고 결정하는 대행 기관의 담당자, 직원 또는 에이전트의 실수, 오해, 잘못된 행위 또는 무위로 인한 결과일 경우.</p>	<p>상황에 따라 증빙 서류가 요구될 수 있음.</p>
<p>4) 가입자 또는 그 피부양자가 실질적으로 플랜의 계약 조항을 위반했을 경우.</p>	<p>상황에 따라 증빙 서류가 요구될 수 있음.</p>
<p>5) 적격한 개인 또는 가입자 또는 그 피부양자가 영구적 이주의 결과로 새로운 건강 플랜을 이용하게 되는 경우.</p>	<p>다음 중 하나의 사본:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 임대</li> <li>• 주택 대출 문서</li> <li>• 첫 유틸리티 요금 또는 전화 요금 청구서</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>보호 감찰 또는 가석방 문서.</p>

(계속)



**개인 및 가족 플랜을 위한 특별 가입기간에 대한 적격한 이벤트 (계속)**

적격한 이벤트	적격한 이벤트의 필수 증빙 서류 제출
8) 개인이 다음의 상황에 대해 건강 플랜에 더 이상 참여하지 않는 계약된 서비스 제공자로부터 다른 건강 혜택 플랜에 의거해 서비스를 받고 있는 경우: (a) 급성 질환(질병, 상해 또는 즉각적인 의료적 관심을 요하며 제한적 기한이 있는 기타 의료적 문제로 인해 급작스럽게 증상이 나타나는 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) 36개월이내의 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.	일차 진료 의사(PCP)로부터 받은 날짜가 기재된 서신.
9) 개인이 Exchange를 통해 제공된 건강 혜택 플랜에 관해서는 Exchange에게, 또는 Exchange 외에서 제공된 건강 혜택 플랜에 관해서는 California Department of Managed Health Care에게 해당 개인이 최소 필수 보장에 의거해 보장을 받고 있다고 잘못 전달받았기 때문에 해당 개인에게 주어진 즉각 가입기간에 건강 혜택 플랜에 가입하지 않았음을 증명하는 경우.	상황에 따라 증빙 서류가 요구될 수 있음.
10) 개인이 미국법전(United States Code) 제 32편에 의거해 현역에서 제대한 미국 군대의 예비군이거나 현역에서 제대한 캘리포니아 주방위군인 경우.	현역 신분 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) 개인이 Medicaid에 따라 의료적으로 필요한 보장을 상실한 경우(이전 보장의 자발적 종료 또는 보험료 미납으로 인한 종료 예외).	Medicaid 문서.
13) 개인이 Medicaid에 따라 임신 관련 보장을 상실한 경우(이전 보장의 자발적 종료 또는 보험료 미납으로 인한 종료 예외).	Medicaid 문서.

**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 적격한 통역사의 서비스를 이용해야 함을 의무화하고 있습니다. 적격한 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 적격한 통역사** - Health Net의 적격한 통역사에게 도움을 받은 경우 다음을 작성하십시오.

본인 \_\_\_\_\_은(는) 본 신청서를 작성하는 데 있어서 Health Net에서 승인한 적격한 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): \_\_\_\_\_

적격한 통역사가 다음의 작성에 도움을 주었습니다.

전체 신청서.

기타(설명하십시오): \_\_\_\_\_

적격한 통역사는 다음의 언어로 본인에게 신청서를 읽어주었습니다. \_\_\_\_\_

(계속)

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

서명 및 날짜 (반드시 볼펜 이용)

신청자 서명:	오늘 날짜:
신청서 통역 날짜:	신청서 통역 시간:
적격한 통역사 번호:	

**Health Net에서 승인한 통역사 이외의 적격한 통역사 - Health Net에서 승인한 통역사 이외의 적격한 통역사에게 도움을 받을 경우 다음을 작성하십시오.**

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

본인 \_\_\_\_\_은(는) 적격한 통역사가 (a) 영어가 아닌 언어에서 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.

적격한 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 적격한 통역사가 아니고 신청자에게 도움을 준 통역사에 관해 다음 정보를 기재하십시오.

성:	이름:		
적격한 통역사 주소:			
시:	주:	우편번호:	전화:
적격한 통역사 서명:			날짜:

**파트 VI. 신청자의 에이전트/브로커 정보**

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

Health Net 브로커 ID:

Health Net 다이렉트 영업 에이전트 ID:

이름(정자체로 기재):

전화번호:

팩스 번호:

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 제출하는데 어떤 방식으로든 돕지 않았습니니다. 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 제출하는데 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, 신청서 상의 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 기입 및 작성을 완료했습니까? \_\_\_\_\_
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 납부했다더라도 신청서를 Health Net의 가입자 부서에서 수락하고 수락 통지서가 신청자에게 발행되지 않는 한 보장을 받을 수 없습니다. 귀하의 수표를 현금화하는 것이 귀하의 신청이 승인되었음을 의미하지는 않습니다. 거절된 경우 귀하의 납부금은 환불됩니다. 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 사실이며 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 발표일 30일 이전에 다음을 포함하는 서면 통지를 보낼 것입니다.

1. 결정의 근거 및 귀하의 이의신청 권리에 대한 설명,
2. 보장이 철회된 개인 외에 귀하의 보장에 근거해 보장된 다른 모든 가족은 계속 보장을 받을 수 있다고 명시,
3. 귀하의 월 보험료는 플랜 계약에 따라 보장이 지속되는 가족 수에 따라 조정된다는 설명,
4. 보장을 철회한다는 Health Net의 결정에 이의를 제기할 수 있는 귀하의 권리.

플랜 계약이 철회되는 경우:

1. Health Net이 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 환불해 드릴 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, 건강보험 지급과 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.healthnet.com](http://www.healthnet.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 제3자가 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. 본인은 의료 사고 (제공된 의료 서비스가 불필요하거나 승인받지 못했거나 적절하지 않았거나 부주의 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:
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 불펜으로 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 90189-4072.

신청서 및 승인의 복사본을 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 확인서를 통합한 Health Net of California, Inc.를 의미합니다.

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 Health Net's Commercial Contact Center at 1-800-522-0088. Individual & Family Plan (IFP) applicants please call 1-877-609-8711. For more help: If you are enrolled in a PPO or EPO insurance policy underwritten by Health Net Life Insurance Company, call the CA Dept. of Insurance at 1-800-927-4357. If you are enrolled in a HMO or HSP plan provided by Health Net of California, Inc., call the DMHC Helpline at 1-888-HMO-2219. Your ID card indicates whether your plan was issued by Health Net Life Insurance Company or Health Net of California, Inc.

**English**

Servicios de Idiomas Sin Costo. Usted puede solicitar un intérprete. Puede solicitar que se le lean los documentos y que algunos de ellos se le envíen en su idioma. Para obtener ayuda, llámenos al número que aparece en su tarjeta de identificación; los solicitantes de grupo de empleadores deben llamar al Centro de Comunicación Comercial de Health Net al 1-800-522-0088. Los solicitantes del Plan Individual y Familiar (por sus siglas en inglés, IFP) deben llamar al 1-877-609-8711. Para obtener más ayuda: Si está inscrito en una póliza de seguro PPO o EPO asegurada por Health Net Life Insurance Company, llame al Departamento de Seguros de CA al 1-800-927-4357. Si está inscrito en un plan HMO o HSP proporcionado por Health Net of California, Inc., llame a la Línea de Ayuda del Departamento de Cuidado Médico (por sus siglas en inglés, DMHC) de California al 1-888-HMO-2219. Su tarjeta de identificación indica si su plan fue emitido por Health Net Life Insurance Company o Health Net of California, Inc.

**Spanish**

免費語言服務。您可以取得口譯員服務。我們可以把文件朗讀給您聽，也可以把部分翻譯成您語言的文件寄送給您。如需協助，請撥您會員卡上所列的電話號碼與我們聯絡，雇主團體申請人請撥 Health Net 的商業聯絡中心，電話 1-800-522-0088。Individual and Family Plan (IFP) 申請人請撥 1-877-609-8711。如需其他協助：如果您投保的是 Health Net Life Insurance Company 核保的 PPO 或 EPO 保險保單，請撥 California Department of Insurance 電話 1-800-927-4357。如果您投保的是 Health Net of California, Inc. 提供的 HMO 或 HSP 計畫，請撥 DMHC 協助專線 1-888-HMO-2219。您的會員卡會註明您的計畫是由 Health Net Life Insurance Company 或 Health Net of California, Inc. 核發。

**Chinese**

Dịch vụ ngôn ngữ miễn phí. Quý vị có thể được cấp thông dịch viên và người đọc giúp các tài liệu bằng ngôn ngữ của quý vị cho quý vị. Để được trợ giúp, vui lòng gọi cho chúng tôi theo số điện thoại ghi trên thẻ hội viên của quý vị; người ghi danh theo nhóm của hãng sở xin gọi Trung tâm Liên lạc Thương mại của Health Net theo số 1-800-522-0088. Người ghi danh theo Chương trình bảo hiểm dành cho cá nhân và gia đình (Individual and Family Plan, IFP) xin gọi số 1-877-609-8711. Để được trợ giúp bổ túc: Nếu quý vị ghi danh trong các hợp đồng bảo hiểm PPO hoặc EPO do Health Net Life Insurance Company cam kết tài trợ, vui lòng gọi Bộ Bảo hiểm của California theo số 1-800-927-4357. Nếu quý vị ghi danh trong chương trình bảo hiểm HMO hoặc HSP do Health Net of California, Inc. cung cấp, xin gọi Đường dây trợ giúp của DMHC theo số 1-888-HMO-2219. Trên thẻ hội viên của quý vị có ghi rõ chương trình bảo hiểm của quý vị là do Health Net Life Insurance Company hay Health Net of California, Inc. cung cấp.

**Vietnamese**

무료 언어 지원 서비스. 무료 통역사 서비스 및 여러분에게 편한 언어로 서류 낭독 서비스를 받을 수 있습니다. 도움이 필요하신 분은 본인의 ID 카드상에 있는 안내번호로 전화해 주십시오. 고용주 그룹 가입 신청자님의 경우 Health Net의 상업 (Commercial) 고객 서비스 센터, 안내번호 1-800-522-0088번으로 전화해 주십시오. 개인 및 가족 플랜 (IFP) 가입 신청자님은 안내번호 1-877-609-8711번으로 전화해 주십시오. 더 많은 도움이 필요하시면: 만일 귀하가 Health Net Life Insurance Company가 인수한 PPO 또는 EPO 보험 폴리시에 가입하신 경우, 캘리포니아 보험국 (CA Dept. of Insurance), 안내번호 1-800-927-4357번으로 문의하십시오. 만일 귀하가 Health Net of California, Inc.에서 제공하는 HMO 또는 HSP 플랜에 가입하신 경우, 보건관리부 (DMHC) 헬프라인, 안내번호 1-888-HMO-2219번으로 문의하십시오. 귀하의 ID 카드상에 귀하의 플랜이 Health Net Life Insurance Company에서 제공되는지 또는 Health Net of California, Inc.에서 제공되는지 명시되어 있습니다.

**Korean**

Անվճար Լեզվական Մտահույժություններ: Դուք կարող եք բանավոր թարգման ձեռք բերել և փաստաթղթերը ընթերցել տալ Ձեր լեզվով: Օգնության համար մեզ զանգահարեք Ձեր ինքնության (ID) տոմսի վրա նշված համարով, կամ եթե գործատիրոջ խմբի դիմորդ եք, խնդրում ենք 1-800-522-0088 համարով զանգահարել Health Net-ի Հանձնարարի Կապի Կենտրոն: Անհատական և Ընտանեկան Ծրագրի (Individual and Family Plan/IFP) դիմորդներից խնդրում է զանգահարել 1-877-609-8711 համարով: Լրացուցիչ օգնության համար՝ 1-800-927-4357 համարով զանգահարեք Կալիֆորնիայի Ապահովագրության Բաժանմունք (CA Dept. of Insurance), եթե գրանցվել եք PPO կամ EPO ապահովագրական ապահովագրի, որի կողմն է Health Net Life Insurance Company-ն: Եթե գրանցվել եք HMO կամ HSP ծրագրում, որի մատակարարն է Health Net of California, Inc.-ը, 1-888-HMO-2219 համարով զանգահարեք DMHC-ի Օգնության Գծին: Ձեր ինքնության տոմսը նշում է, թե ով է թողարկել Ձեր ծրագիրը՝ Health Net Life Insurance Company-ն, թե՞ Health Net of California, Inc.-ը:

**Armenian**

無料の言語サービス。日本語の通訳が書類をお読みします。サービスをご希望の方は、IDカード記載の番号までお問い合わせください。雇用者団体プランへの加入をお申込みの方は、Health Netの民間コンタクト・センター、1-800-522-0088までお電話ください。個人・家族プラン (IFP) への加入をお申込みの方は、1-877-609-8711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が保険引受会社となるPPOまたはEPO保険ポリシーにご加入の方は、カリフォルニア州保険庁、1-800-927-4357までご連絡ください。Health Net of California, Inc.が提供するHMOまたはHSPプランにご加入の方は、カリフォルニア州管理医療庁 (DMHC) のヘルプライン、1-888-HMO-2219までご連絡ください。お客様のプランの発行者がHealth Net Life Insurance CompanyまたはHealth Net of California, Inc.のどちらであるかは、IDカードに記載されています。

**Japanese**

الخدمات اللغوية المجانية: يمكنك الحصول على مترجم فوري للمساعدة في قراءة مستنداتك باللغة التي تتحدث بها. للحصول على المساعدة يُرجى الاتصال بنا على الرقم الموضح على بطاقة التعريف الخاصة بك، أو إذا كنت من مقدمي الطلبات من الموظفين يُرجى الاتصال بمركز التواصل مع العملاء لدى Health Net على الرقم 1-800-522-0088. بالنسبة لمقدمي طلبات خطة الفرد والأسرة (IFP)، يُرجى الاتصال على الرقم 1-877-609-8711. للحصول على المزيد من المساعدة: إذا كنت مسجلاً في سياسة التأمين بخطة PPO أو EPO التي تكتتبها شركة التأمين على الحياة Health Net Life Insurance Company، يُرجى الاتصال بـ CA Dept. of Insurance (وزارة التأمين بولاية كاليفورنيا) على الرقم 1-800-927-4357. إذا كنت مسجلاً في خطة HMO أو HSP التي توفرها شركة Health Net of California, Inc.، يُرجى الاتصال بخطة المساعدة لدى DMHC على الرقم 1-888-HMO-2219. توضح بطاقة التعريف الخاصة بك ما إذا كان تم إصدار خطتك عبر شركة التأمين على الحياة Health Net Life Insurance Company أو شركة Health Net of California, Inc.

**Arabic**

خدمات بی هزینه مربوط به زبان. می توانید از خدمات یک مترجم شفاهی برخوردار شده و بگویند تا نوشته ها به زبان خودتان برایتان خوانده شوند. برای دریافت کردن کمک، با ما از طریق شماره تلفنی که روی کارت شناسایی شما قید شده است تماس بگیرید، و یا متقاضیان گروه کارفرمایان لطفاً با مرکز تجاری تماس Health Net به شماره 1-800-522-0088 تماس بگیرید. متقاضیان "طرح افراد و خانواده ها" (IFP) لطفاً به شماره 1-877-609-8711 تلفن کنند. برای دریافت کمک بیشتر: اگر برای یک بیمه نامه PPO یا EPO که توسط Health Net Life Insurance Company تضمین شده است ثبت نام کرده اید، به اداره بیمه کالیفرنیا به شماره 1-800-927-4357 تلفن کنید. اگر در یک طرح HMO یا HSP که توسط Health Net of California, Inc. فراهم شده است ثبت نام میکنید، به خط کمکی DMHC به شماره 1-888-HMO-2219 تلفن کنید. کارت شناسایی تان نشان میدهد که آیا طرح شما توسط Health Net Life Insurance Company صادر شده است یا Health Net of California, Inc.

**Farsi**

Walang Gastusin na Mga Serbisyo sa Wika. Maaari kang kumuha ng interpreter at basahin sa iyong wika ang mga dokumento. Para sa tulong, tawagan kami sa numerong nakalista sa iyong ID card, o para sa mga aplikante ng pangkat ng employer, mangyaring tawagan ang Commercial Contact Center ng Health Net sa 1-800-522-0088. Para sa mga aplikante ng Individual & Family Plan (IFP), mangyaring tumawag sa 1-877-609-8711. Para sa karagdagang tulong: Kung naka-enroll ka sa isang insurance policy ng PPO o EPO na napapailalim sa Health Net Life Insurance Company, tawagan ang CA Dept. of Insurance sa 1-800-927-4357. Kung naka-enroll ka sa isang plano ng HMO o HSP na ipinagkakaloob ng Health Net of California, Inc., tawagan ang DMHC Helpline sa 1-888-HMO-2219. Isinasaad ng iyong ID card kung ang iyong plano ay ibinigay ng Health Net Life Insurance Company o Health Net of California, Inc.

**Tagalog**

KeV Pab Lus Tsis Muaj Nqi Them. Koj txais tau tus neeg txhais lus thiab muab tau cov ntawv los nyeem rau koj ua koj hom lus. Kom tau kev pab, hu rau peb ntawm tus xovtooj sau rau koj daim npav ID, lossis cov tib neeg yuav thov kev pab tom chaw haujlwm thov hu rau Health Net Lub Chaw Pab Cov Tib Neeg Siv Cov Kev Pab (Customer Contact Center) ntawm 1-800-522-0088. Cov neeg thov kev pab hauv pawg Tus Kheej & Tsev Neeg (Individual and Family Plan; IFP) thov hu rau 1-877-609-8711. Yog xav tau kev pab ntxiv: Yog koj muaj npe nkag nrog PPO lossis EPO cov kev tuav pov hwm los ntawm Health Net Life Insurance Company, hu rau CA Qhov Chaw Saib Xyuas Txog Kev Tuav Pov Hwm (Dept. of Insurance) ntawm 1-800-927-4357. Yog koj muaj npe nkag nrog ib qho kev npaj pab HMO lossis HSP uas los ntawm Health Net of California, Inc., hu rau DMHC Tus Xovtooj Muab Kev Pab ntawm 1-888-HMO-2219. Koj daim npav ID yuav qhia tau tias koj qhov kev npaj pab yog los ntawm Health Net Life Insurance Company lossis Health Net of California, Inc.

**Hmong**

Doo Bqah 'Alinígóó Saad Bee 'áka'anída'awo'ígíí. 'Ata' halne'í dóo naaltsoos bee 'éedahozinígíí t'áa ni nizaad bee hadadilyaago nich'í' yídóoltah. 'Áka'a'eyeed biniiyégo, ninaaltsoos nitl'izi bee néehozinígíí bine'déé' béésh bee haneí biká'ígíí bee nich'í' hodíilnih, doodago ninaalishí bíl hada'dil'ínígíí t'áa shóqdí Health Net Commercial Hane' 'Íl'íh Bíl Haz'ánijí' 1-800-522-0088 hodíilnih. Ła' Jizíh dóo Hooghan Haz'áagi Naaltsoos Hadadít'éhígíí (IFP) hada'dile'ígíí t'áa shóqdí kohjí' 1-877-609-8711 hodíilnih. T'áa náásgóó 'áka'a'eyeed biniiyégo: PPO doodago EPO béeso 'ách'áqáa naa'nil bibee haz'áanii Health Net Life Insurance Company, bich'í' haídíilaaígíí bíl ha'dít'éhígíí bíl ha'diléehgo, CA Dept. béeso 'ách'áqáa naa'nil bíl haz'ánígíí bich'í' kohjí' 1-800-927-4357 hodíilnih. Health Net of California, Inc. biyaadóo HMO doodago HSP bíl ha'dít'éhígíí bíl ha'diléehgo, DMHC 'Áka'aná'awo' Bíl Haz'ánígíí kohjí' 1-888-HMO-2219 hodíilnih. Health Net Life Insurance Company doodago Health Net of California, Inc. bíl naaltsoos bíl náha'dít'éhígíí ninaaltsoos nitl'izi bine'déé' bikáá'.

**Navajo**

ਭਾਸ਼ਾ ਦੀਆਂ ਮੁਫਤ ਸੇਵਾਵਾਂ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਦੁਭਾਸ਼ੀਆਂ ਮਿਲ ਸਕਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਤੁਹਾਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿਚ ਪੜ੍ਹ ਕੇ ਸੁਣਾਏ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਮਦਦ ਲਈ, ਤੁਹਾਡੇ ਆਈ ਡੀ ਕਾਰਡ 'ਤੇ ਦਿੱਤੇ ਨੰਬਰ ਤੇ ਸਾਨੂੰ ਫੋਨ ਕਰੋ, ਜਾਂ ਇੰਪਲਾਇਰ ਗਰੁੱਪ ਦੇ ਅਰਜ਼ੀਦਾਤਾ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ Health Net ਦੇ ਗਾਹਕ ਸੰਪਰਕ ਕੇਂਦਰ ਨੂੰ 1-800-522-0088 ਨੰਬਰ ਤੇ ਫੋਨ ਕਰੋ। ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਅਤੇ ਪਰਿਵਾਰਕ ਯੋਜਨਾ (IFP) ਵਾਲੇ ਅਰਜ਼ੀਦਾਤਾ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ 1-877-609-8711 ਨੰਬਰ ਤੇ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ। ਹੋਰ ਮਦਦ ਲਈ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ Health Net Life Insurance Company ਵਲੋਂ ਜਾਰੀ ਕਿਸੇ PPO ਜਾਂ EPO ਬੀਮਾ ਪਾਲਿਸੀ ਲਈ ਨਾਂ ਲਿਖਵਾਇਆ ਹੈ ਤਾਂ ਕੈਲੀਫੋਰਨਿਆ ਬੀਮਾ ਵਿਭਾਗ ਨੂੰ 1-800-927-4357 ਨੰਬਰ ਤੇ ਫੋਨ ਕਰੋ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ Health Net of California, Inc. ਵਲੋਂ ਮੁਹੱਈਆ ਕੀਤੀ ਗਈ ਕਿਸੇ HMO ਜਾਂ HSP ਯੋਜਨਾ ਲਈ ਨਾਂ ਲਿਖਵਾਇਆ ਹੈ ਤਾਂ DMHC ਦੀ ਹੈਲਪਲਾਈਨ ਨੂੰ 1-888-HMO-2219 ਨੰਬਰ ਤੇ ਫੋਨ ਕਰੋ। ਤੁਹਾਡੇ ਆਈ ਡੀ ਕਾਰਡ ਤੇ ਦਿਖਾਇਆ ਗਿਆ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਡੀ ਯੋਜਨਾ Health Net Life Insurance Company ਵਲੋਂ ਜਾਰੀ ਕੀਤੀ ਗਈ ਸੀ ਜਾਂ Health Net of California, Inc. ਵਲੋਂ।

**Punjabi**

សេវាបំពេញសេវាឥតគិតថ្លៃ។ អ្នកអាចទទួលបានអ្នកបកប្រែភាសា និងច្បាប់គ្រឿងផ្សេងៗទៀតសម្រាប់អ្នកជាភាសាខ្មែរបាន។ សំរាប់ជំនួយ សូមទូរស័ព្ទមកយើង តាមលេខមានកត់នៅលើប័ណ្ណ ID របស់អ្នក ក្រុមនិយោជកអ្នកដាក់ពាក្យសុំ សូមទូរស័ព្ទទៅមជ្ឈមណ្ឌលទំនាក់ទំនងពាណិជ្ជកម្មរបស់ Health Net តាមលេខ 1-800-522-0088។ អ្នកដាក់ពាក្យសុំដោះស្រាយបញ្ហាក្រុមនិយោជក (IFP) សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-877-609-8711។ សំរាប់ព័ត៌មានបន្ថែម : បើអ្នកបានចុះឈ្មោះក្នុងច្បាប់សន្យាធានារ៉ាប់រង PPO ឬ EPO បានធានារ៉ាប់រងដោយ Health Net Life Insurance Company ទូរស័ព្ទទៅក្រុមសុំ ធានារ៉ាប់រងរដ្ឋកាលីហ្វ័រនីញ៉ា តាមលេខ 1-800-927-4357។ បើអ្នកបានចុះឈ្មោះក្នុងគំរោង HMO ឬ HSP ដែលបានផ្តល់ដោយ Health Net of California, Inc.។ ទូរស័ព្ទទៅខ្សែជំនួយ DMHC តាមលេខ 1-888-HMO-2219។ ប័ណ្ណ ID របស់អ្នក បង្ហាញថាគំរោងរបស់អ្នកបានចេញ ដោយ Health Net Life Insurance Company ឬ Health Net of California, Inc.។

**Khmer**

Бесплатные услуги перевода. Вы можете воспользоваться услугами переводчика, и вам могут прочесть документы на вашем языке. Если вам требуется помощь, звоните нам по номеру телефона, указанному на вашей идентификационной карте. Участники плана группового страхования по месту работы могут обратиться в Коммерческий контактный центр компании Health Net (Commercial Contact Center) по телефону 1-800-522-0088. Участники планов индивидуального и семейного страхования (Individual and Family Plan, IFP), пожалуйста, звоните по номеру 1-877-609-8711. Для получения дополнительной помощи: если у вас страховой полис Организации с предпочтительными поставщиками услуг (Preferred Provider Organization, PPO) или Организации с обязательными поставщиками услуг (Exclusive Provider Organization, EPO), который предоставляется компанией Health Net Life Insurance Company, обращайтесь в Департамент страхования штата Калифорния (CA Dept. of Insurance) по телефону 1-800-927-4357. Если вы зарегистрированы в плане НМО или HSP, который предоставлен компанией Health Net of California, Inc., звоните на телефон Горячей линии Департамента организованного медицинского обслуживания (DMHC Helpline) по номеру 1-888-HMO-2219. На вашей идентификационной карте указано, был ли ваш план оформлен компанией Health Net Life Insurance Company или компанией Health Net of California, Inc.

**Russian**