Balance by CCHP | 2022年CCHP手冊

選擇**Balance**，一個優質及實惠的本地計劃。

個人及家庭保健計劃

包括投保加州 (Covered California)

Balance by CCHP | COVERED CALIFORNIA™

代代關懷

筆記

您好!

我們一直以來的使命是提供優質及可負擔的醫療保健服務，從而改善社區居民的健康。最近全球的挑戰正在提醒我們，醫療保健正需要本地化。我們對於使命的執著比以往任何時候都更加堅定，健康及幸福的生活是所有鄰里的共同目標。

社區根源

我們是一個擁有130年歷史非牟利醫療體系的一部分。我們與社區醫生及護士攜手合作，在您居住的地區提供護理。我們擁有超過7,000位隸屬著名醫療集團，如 Hill Physician Medical Group (北加州最大的醫療集團)、One Medical Group及翡翠東華醫師協會 (Jade Health Care Medical Group) 的主診、專科醫生及醫療服務提供者為您服務。更有多間社區門診中心為您提供快捷方便的服務。

獲取照護

無論您有什麼需求，我們都確保為您在設施方面提供有多種選擇。我們的網絡包括多間優質醫院：東華醫院、史丹福醫療中心、三藩市加大、Dignity Health、Seton Medical Center及Sutter Health。

注重健康

關心您的健康是我們對您的一項持續承諾。除了免費的年度預防性檢查及健身課程外，我們現在還提供虛擬的健康教育課程。您的健康、體魄及安全對於我們比什麼都還重要。

質素保證

Balance by CCHP 是一個符合 Affordable Care Act (ACA) 法案的醫療計劃並且能加入投保加州醫療保險交易平台，服務質量超過了州和聯邦政府標準，令會員得到最好的服務。

選擇 CCHP 就是這簡單

CCHP是本地醫療計劃的優質之選，為您對選擇醫療的煩惱一掃而空。我們擁有經驗豐富的專業團隊，可以為您制定滿足您需求的計劃。

請參閱本手冊。如您準備好加入我們這個擁有大量獲得滿意服務會員的大家庭或有任何疑問，請與我們聯絡! 我們樂意隨時解答問題。

多謝您考慮 **Balance by CCHP**!

您的 CCHP 團隊

有疑問?
1-877-256-2477
(聽力殘障人仕請電
TTY 1-877-681-8898)

Balance by CCHP

可負擔的醫療保健

感謝您考慮讓 **Balance by CCHP** 來為您及您的家人提供醫療保障！我們提供一系列迎合您需要的計劃。

Balance by CCHP 專誠為三藩市及聖馬刁縣的居民提供優質及可負擔的醫療保險。最適合在三藩市及聖馬刁縣生活及工作的您。 我們是一個本地醫療計劃，服務華人社區，為數代人帶來方便及安心。

您可從此手冊內了解我們優質及可負擔的計劃之好處，邁向健康未來！加入後，除了擁有由您信賴的保健計劃所提供的保障，您更可享有一份踏實與安心。

手冊內容包括:

1) **計劃概覽讓您快速了解我們的保障及有價值的服務**
2) **我們提供的計劃列出了您及您的家人的選擇**
3) **關於反歧視及語言協助服務的資訊**
4) **如何聯絡我們**

我們誠意邀請您查閱我們的計劃。如有任何疑問，請與我們友善的營業代表聯絡，我們期待為您服務！

代代關懷

筆記

有疑問?
1-877-256-2477
（聽力殘障人仕請電
TTY 1-877-681-8898）

筆記

您和您的家人應享有 CCHP 優質及可負擔的醫療計劃

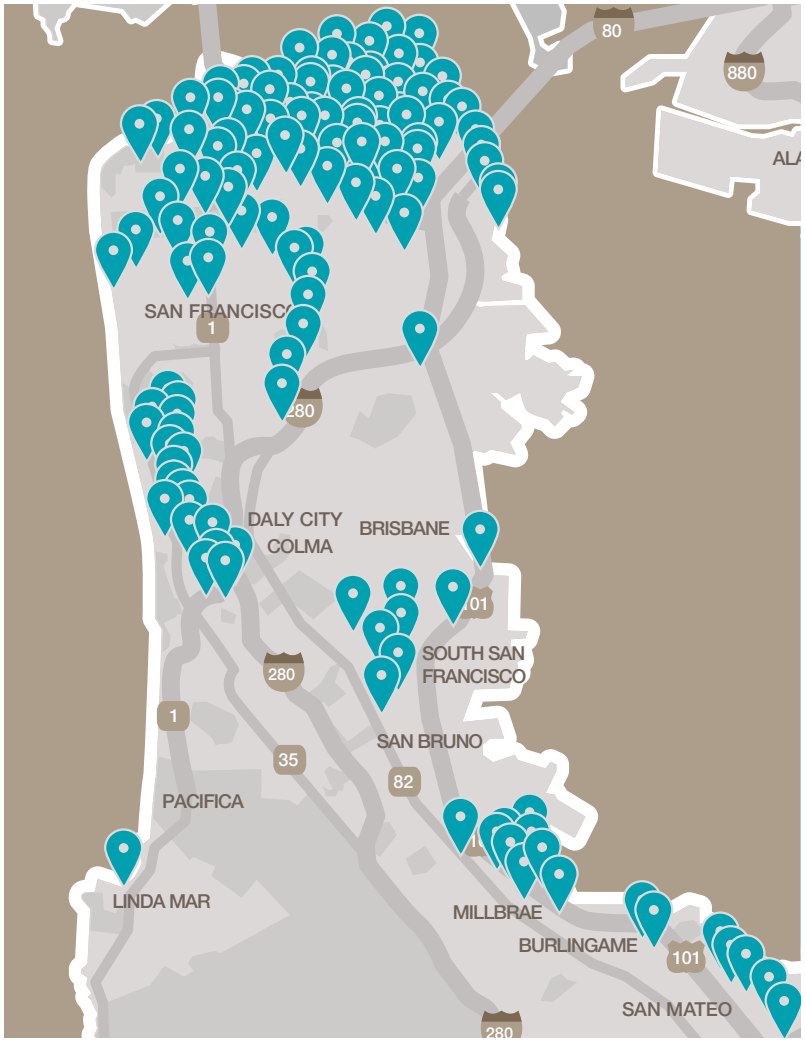
Balance by CCHP 是優質及可負擔的本地醫療保健計劃，我們還提供對您很重要的額外優惠！

Balance by CCHP 保健計劃月費低至1美元

選擇適合您需求的計劃。我們的計劃包含一系列不同月費，扣除額和共付額的計劃。請務必與我們聯絡查看您是否合資格獲得財務輔助，使您的月費降至每月1美元。

醫生及醫院網絡

我們有超過7,000多名本地主診或專科醫生及醫療服務提供者為您服務。他們均隸屬您熟悉的醫療集團，如 Hill Physician Medical Group (北加州最大的醫療 集團)、One Medical Group及翡翠東華醫師協會 (Jade Health Care Medical Group)。您必定能找到優秀的醫生。我們的計劃讓您在有需要時可到就近的三藩市加大、史丹福、Sutter、Dignity、Seton及東華醫院等著名醫院就診 。



有疑問?
1-877-256-2477
(聽力殘障人仕請電
TTY 1-877-681-8898)

安全又方便的視像診症服務

CCHP提供既安全又方便的視像診症服務 ,參與的醫生透過視像與往常一樣與您見面。一如既往，醫生也可在符合安全標準的診所為您服務。

您的健康獎賞

我們每個計劃都包括免費的年度檢查，免費的健身課程及健康講座，保持最佳的健康狀態。您甚至會因達到健康指標（例如: 完成年度健康檢查）而獲得財務獎勵 。

配合不同文化和語言為您服務

CCHP和灣區一樣匯聚來自不同文化背景的會員。我們的醫護和會員服務團隊會提供語言幫助和提供適合您文化背景的護理。

為會員提供即時和自助的服務

我們在使用新科技的同時保留了良好的傳統個人化服務，幫助您了解計劃保障並解答您的問題。對於那些喜歡自助的會員，可以使用網上會員醫護資料網站了解計劃保障。對於希望直接與服務代表對話的會員，我們有會員服務代表解答您的疑問。您可以根據自己的喜好與我們聯絡 - 致電，發送電子郵件或親身到訪。

融匯中西精粹的療法

通往健康的道路有許多，為會員提供不同治療選擇非常重要。我們通過承保針灸等東方療法來補充西方醫藥的護理，令會員得到最適當的治療。

筆記

有疑問?
1-877-256-2477
（聽力殘障人仕請電
TTY 1-877-681-8898）

筆記

一系列的保健計劃

我們明白您有獨特的醫療保健需求。您可以自由靈活地選擇通過投保加州網站或直接加入CCHP保健計劃。

- 您可以到投保加州網站選擇加入CCHP，投保加州為符合資格的人士提供財政援助
- 您亦可以直接加入CCHP其他保健計劃

如何開始加入？

1. 確認你的醫療需要及預算

我們提供五個級別的醫療保障:白金(Platinum)、黃金(Gold)、銀(Silver)、銅 (Bronze) 及最低保障 (Minimum Coverage)。

對於那些使用較少醫療服務或處方藥物服務的人來說，最低保障和銅計劃的月保費最實惠。

白金，黃金和白銀計劃的保費較高，但醫療自付額較低。這些計劃適用於定期使用醫療服務的人。 白銀計劃可能適合大部分的人。

2. 確認醫生及醫院網絡的重要性

Balance by CCHP所有的保健計劃醫療網絡有超過7,000位本地主診及專科醫生，及醫療服務提供者為您服務。他們均隸屬您熟悉的醫療集團，如 Hill Physician Medical Group (北加州最大的醫療 集團)、One Medical Group及翡翠東華醫師協會 (Jade Health Care Medical Group)。我們的計劃讓您在有需要時可到就近的三藩市加大、 史丹福、Sutter、Dignity、Seton 及東華醫院等著名醫院就診 。

3. 查詢投保加州的醫療保費財務援助

在投保加州的財務援助下，您的月費更可低至$1。資格取決於您的收入及家庭人數。每10個人中就有9個人獲得財務援助。現在就聯絡我們了解您的資格。

4. 查詢投保加州以外的CCHP保健計劃

除了投保加州保健計劃以外，CCHP還提供了四個保健計劃讓會員直接參加。我們為那些沒有資格獲得財政援助的人提供優質實惠的保健計劃。

有疑問?
1-877-256-2477
(聽力殘障人仕請電
TTY 1-877-681-8898)

Amber 50 HMO Silver

CCHP Amber 是低月費及低年度扣除額的經濟成本計劃。此計劃為注重健康，但預算有限的個人及家庭提供經濟實惠且優質的選擇。

- 門診: $0自付費 (首三次非預防性主治醫生診症)
- 年度醫療扣除額: 個人 $2,750 / 家庭 $5,500
- 年度處方藥物扣除額: 個人 $275 / 家庭 $550
- 自付費限額上限: 個人 $7,500 / 家庭 $15,000

ActiveChoice PPO Silver

CCHP *ActiveChoice* PPO 幫助個人及家庭享受可負擔的醫療保險，及使用某些網絡外服務。

- 網絡內 / 門診: $0自付費 (首三次主治醫生診症)
- 網絡外 / 門診: $50% 共付費 (扣除額達到後)
- 年度醫療/處方藥物扣除額: 個人 $2,500 / 家庭 $5,000
- 自付費限額上限: 個人 $7,500 / 家庭 $15,000

Silver 70 Off Exchange HMO

CCHP Silver 70與投保加州提供的相似，但月費較低。對於注重健康，但需要平衡保費及偶爾有醫療需要的個人及家庭來說，這是一個不錯的選擇。

- 門診: $35自付費
- 年度醫療扣除額: 個人 $3,700 / 家庭 $7,400
- 年度處方藥物扣除額: 個人 $10 / 家庭 $20
- 自付費限額上限: 個人 $8,200 / 家庭 $16,400

Jade 15 HMO Platinum

此計劃無年度扣除額，對於經常使用醫療服務的個人或家庭，CCHP Jade計劃是一個非常適合的選擇。

- 門診: $15 自付費
- 年度醫療/處方藥物扣除額: $0
- 自付費限額上限: 個人 $3,000 / 家庭 $6,000

筆記

有疑問?
1-877-256-2477
(聽力殘障人仕請電
TTY 1-877-681-8898)

Balance by CCHP

我們的計劃之保障一覽表

請細閱各計劃的保障內容。您可以比較各計劃，以便找到最適合您個人需要的計劃。如有疑問，請與我們聯絡。

計劃名稱	Jade 15 Platinum HMO	Silver 70 Off Exchange HMO	Amber 50 Silver HMO	*ActiveChoice* PPO Silver	
				網絡	非網絡
金屬等級 / 精算保障值 %**	鉑 Platinum / 90.59%	銀 Silver / 71.5%	銀 Silver / 68.24%	銀 Silver / 70.62%	
承保項目					
年度扣除額	$0	個人 $3,700 / 家庭 $7,400 (A)	個人 $2,750 / 家庭 $5,500 (A)	個人 $2,500 / 家庭 $5,000 (A) 醫療及處方藥物 (1)	
自付費限額	個人 $3,000/ 家庭 $6,000	個人 $8,200 / 家庭 $16,400	個人 $7,500 / 家庭 $15,000	個人 $7,500 / 家庭 $15,000	
終身累積保障限額	無限額				
專業服務	會員分擔費用				
預防性護理 / 檢查 / 防疫注射	沒有自付費				
主診醫生治療受傷或疾病	$15 自付費	$35 自付費	$0 自付費 首3次主診醫生門診（不適用扣除額）之後，$50 自付費（扣除額到達後）	$0 自付費 首3次主診醫生門診（不適用扣除額）之後，$50 自付費（扣除額到達後）	（扣除額達到後） 50% 共付費
專科醫生門診	$30 自付費	$70 自付費	（扣除額到達後） $50 自付費	（扣除額達到後） $50 自付費	（扣除額達到後） 50% 共付費
產科護理 - 孕前 / 產前 /產後護理	$0 自付費	$0 自付費	$0 自付費	$0 自付費	（扣除額達到後） 50% 共付費
分娩及所有住院服務（醫院服務)	首5日 每日 $150 自付費	（扣除額到達後） 20% 共付費	（扣除額到達後） 首5日 每日 $500 自付費	（扣除額達到後） 首5日 20% 共付費	（扣除額達到後） 50% 共付費
分娩及所有住院服務（專業服務）	$0 自付費	（扣除額到達後） 20% 共付費	$0 自付費	$0 自付費	（扣除額達到後） 50% 共付費
門診服務					
化驗	$5 自付費	$40 自付費	（扣除額達到後） $25 自付費	（扣除額達到後） $10 自付費	（扣除額達到後） 50% 共付費
X光	$5 自付費	$85 自付費	（扣除額達到後） $50 自付費)	（扣除額達到後） $50 自付費	（扣除額達到後） 50% 共付費
造影（CT / PET掃描，MRI 磁力共振）	$100 自付費	$325 自付費	（扣除額達到後） $350 自付費	（扣除額達到後） $200 自付費	（扣除額達到後） 50% 共付費)
手術 - 設施費用（如流動手術中心）	$250 自付費	20% 共付費	（扣除額達到後） $400 自付費 東華醫院 / $1,200 自付費 其它合約醫院	（扣除額達到後） 20% 共付費 東華醫院 / 40% 共付費 其它合約醫院	（扣除額達到後） 50% 共付費
醫生 / 外科手術費用	$0 自付費	20% 共付費	（扣除額達到後） $0 自付費	（扣除額達到後） 20% 共付費 東華醫院 / 40% 共付費 其它合約醫院	（扣除額達到後） 50% 共付費

注釋： * 只通過投保加州提供。

** 精算價目表顯示計劃回報利益的相對價值。

預防性檢查費不適用於扣除額。

(1) 醫療 / 處方藥物的分擔費適用於年度扣除額

(A) 此計劃開始支付您所接受之保障服務前，您須支付所有費用至扣除額為止。除非該服務不適用於扣除額。參考您的保單或保險計劃，以了解扣除額何時重新計算（通常是1月1日，但有例外）。

可從投保加州或直接與 CCHP 選擇這些醫療計劃					
Platinum 90 HMO	**Gold 80 HMO**	**Silver 70* HMO**	**Bronze 60 HMO**	**Bronze 60 HDHP HMO**	**最低保障 HMO**
鉑 Platinum / 89.25%	金 Gold / 78.01%	銀 Silver / 71.5%	銅 Bronze / 64.80%	銅 Bronze / 64.60%	不適用
$0	$0	個人 $3,700 / 家庭 $7,400 [A]	個人 $6,300 / 家庭 $12,600[A]	個人 $7,000/ 家庭 $14,000 [A] 醫療及處方藥物 [1]	個人 $8,700 / 家庭 $17,400 [A] 醫療及處方藥物 [1]
個人 $4,500 / 家庭 $9,000	個人 $8,200/ 家庭 $16,400	個人 $8,200/ 家庭 $16,400	個人 $8,200/ 家庭 $16,400	個人 $7,000/ 家庭 $14,000	個人 $8,700 / 家庭 $17,400
無限額					
會員分擔費用					
沒有自付費					
$15 自付費	$35 自付費	$35 自付費	$65 自付費 （扣除額適用於首3次非預防性檢查後之門診）	支付全額直至達到自付費限額	$0 自付費 （首3次非預防性檢查門診） 之後，支付全額直至達到自付費限額
$30 自付費	$65 自付費	$70 自付費	$95 自付費 （扣除額適用於首3次非預防性檢查後之門診）	支付全額直至達到自付費限額	支付全額直至達到自付費限額
$0 自付費	$0 自付費	$0 自付費	$0 自付費	$0 自付費	$0 自付費
首5日 $250 自付費	首5日 $600 自付費	（扣除額達到後） 20% 共付費	（扣除額達到後） 40% 共付費	支付全額直至達到自付費限額	支付全額直至達到自付費限額
$0 自付費	$0 自付費	20% 共付費	（扣除額達到後） 40% 共付費	支付全額直至達到自付費限額	支付全額直至達到自付費限額
$15 自付費	$40 自付費	$40自付費	$40 自付費	支付全額直至達到自付費限額	支付全額直至達到自付費限額
$30 自付費	$75 自付費	$85 自付費	（扣除額達到後） 40% 共付費	支付全額直至達到自付費限額	支付全額直至達到自付費限額
$75 自付費	$150 自付費	$325 自付費	（扣除額達到後） 40% 共付費	支付全額直至達到自付費限額	支付全額直至達到自付費限額
$100 自付費	$300 自付費	20% 共付費	（扣除額達到後） 40% 共付費	支付全額直至達到自付費限額	支付全額直至達到自付費限額
$25 自付費	$40 自付費	20% 共付費	（扣除額達到後） 40% 共付費	支付全額直至達到自付費限額	支付全額直至達到自付費限額

計劃名稱	Jade 15 Platinum HMO	Silver 70 Off Exchange HMO	Amber 50 Silver HMO	*ActiveChoice* PPO Silver	
				網絡	非網絡
醫院服務	**會員分擔費用**				
設施費用（如病房）	首 5 日 每日 $150 自付費 東華醫院 / 每日 $450 自付費 其它合約醫院	（扣除額達到後） 20% 共付費	（扣除額達到後） 首5日 每日 $500 自付費 東華醫院 / 每日 $1,500 自付費 其它合約醫院	（扣除額達到後） 首5日 20% 共付費 東華醫院 / 40% 共付費 其它合約醫院	（扣除額達到後） 50% 共付費
醫生 / 外科醫生費用	$0 自付費	20% 共付費	$0 自付費	$0 自付費	（扣除額達到後） 50% 共付費
急症保障					
急症室服務	$100 自付費	$400 自付費	（扣除額達到後） $300 自付費	（扣除額達到後） $200 自付費	
專科服務	$0 自付費	$0 自付費	$0 自付費	$0 自付費	
急診護理中心	$50 自付費	$35 自付費	（扣除額達到後） $50 自付費	（扣除額達到後） $50 自付費	
處方藥物保障					
年度處方藥物扣除額	$0	個人 $10/ 家庭 $20	個人 $275/ 家庭 $550	個人 $2,500 / 家庭 $5,000 [A] 醫療及處方藥物 [1]	
1級: 非商標藥物 (30 日藥物供應)	$5 自付費	（藥物扣除額達到後） $15 自付費	$15 自付費	（扣除額達到後） $15 自付費	不受保
2級: 首選商標藥物 (30 日藥物供應)	$15 自付費	（藥物扣除額達到後） $55 自付費	（藥物扣除額達到後）$50 自付費	（扣除額達到後） $50 自付費	不受保
3級: 非首選商標藥物 (30 日藥物供應)	$25 自付費	（藥物扣除額達到後） $85 自付費	（藥物扣除額達到後）$70 自付費	（扣除額達到後） $70 自付費	不受保
4級: (特)殊藥物 (30 日藥物供應)	每處方藥物 10% 共付費、 最高 $250	（藥物扣除額達到後） 每處方藥物 20% 共付費，最高 $250	（藥物扣除額達到後）每處方藥物 20% 共付費，最高 $250	（藥物扣除額達到後）每處方藥物 20% 共付費，最高 $250	不受保
兒童眼科及牙科 （已包括在計劃內）					
兒童眼科（0 - 18 歲）					
眼科檢查（每年度1次）	$0 自付費	$0 自付費	$0 自付費	$0 自付費	不受保
眼鏡（鏡框）（每年度1副）	$0 自付費	$0 自付費	$0 自付費	$0 自付費	不受保
眼鏡（鏡片）（每年度1副）	單片 / 雙聚焦 / 三聚焦 / 透視鏡 無分擔費用	單片 / 雙聚焦 / 三聚焦 / 透視鏡 無分擔費用	單片 / 雙聚焦 / 三聚焦 / 透視鏡 無分擔費用	單片 / 雙聚焦 / 三聚焦 / 透視鏡 無分擔費用	不受保
眼鏡（鏡片） （可選隱形眼鏡以取代鏡片）	$0 自付費	$0 自付費	$0 自付費	$0 自付費	不受保
兒童牙科（0 - 18 歲）	已包括在計劃內。請參閱保障說明書兒童牙科保健概要。				

可從投保加州或直接與 CCHP 選擇這些醫療計劃					
Platinum 90 HMO	Gold 80 HMO	Silver 70* HMO	Bronze 60 HMO	Bronze 60 HDHP HMO	最低保障 HMO
會員分擔費用					
首 5 日 每日 $250 自付費	首 5 日 每日 $600 自付費	（扣除額達到後） 20% 共付費	（扣除額達到後） 40% 共付費	支付全額直至達到 自付費限額	支付全額直至達到 自付費限額
$0 自付費	$0 自付費	20% 共付費	（扣除額達到後） 40% 共付費	支付全額直至達到 自付費限額	支付全額直至達到 自付費限額
$150 自付費	$350 自付費	$400 自付費	（扣除額達到後） 40% 共付費	支付全額直至達到 自付費限額	支付全額直至達到 自付費限額
$0 自付費	$0 自付費	$0 自付費	$0 自付費	支付全額直至達到 自付費限額	$0 自付費
$15 自付費	$35 自付費	$35 自付費	$65 自付費（扣除額適用於首3次非預防性檢查後之門診）	支付全額直至達到 自付費限額	$0 自付費（首3次非預防性檢查門診）之後，支付全額直至達到自付費限額
$0	$0	個人 $300 / 家庭 $600	個人 $500 / 家庭 $1,000	個人 $7,000/ 家庭 $14,000 [A] 醫療及處方藥物 [1]	個人 $8,700 / 家庭 $17,400 [A] 醫療及處方藥物 [1]
$5 自付費	$15 自付費	（藥物扣除額達到後） $15 自付費	（藥物扣除額達到後） $18 自付費	支付全額直至達到 自付費限額	支付全額直至達到 自付費限額
$15 自付費	$55 自付費	（藥物扣除額達到後） $55 自付費	（藥物扣除額達到後） 40% 共付費，最高$500	支付全額直至達到 自付費限額	支付全額直至達到 自付費限額
$25 自付費	$80 自付費	（藥物扣除額達到後） $85 自付費	（藥物扣除額達到後） 40% 共付費，最高$500	支付全額直至達到 自付費限額	支付全額直至達到 自付費限額
每處方藥物 10% 共付費 最高 $250	每處方藥物 20% 共付費 最高 $250	（藥物扣除額達到後） 每處方藥物 20% 共付費，最高 $250	（藥物扣除額達到後） 40% 共付費，最高$500	支付全額直至達到 自付費限額	支付全額直至達到 自付費限額
$0 自付費	$0 自付費	$0 自付費	$0 自付費	$0 自付費	$0 自付費
$0 自付費	$0 自付費	$0 自付費	$0 自付費	$0 自付費	支付全額直至達到 自付費限額
單片 / 雙聚焦 / 三聚焦 / 透視鏡 無分擔費用	單片 / 雙聚焦 / 三聚焦 / 透視鏡 無分擔費用	單片 / 雙聚焦 / 三聚焦 / 透視鏡 無分擔費用	單片 / 雙聚焦 / 三聚焦 / 透視鏡 無分擔費用	單片 / 雙聚焦 / 三聚焦 / 透視鏡 無分擔費用	單片 / 雙聚焦 / 三聚焦 / 透視鏡 支付全額直至 達到自付費限額
$0 自付費	$0 自付費	$0 自付費	$0 自付費	$0 自付費	支付全額直至 達到自付費限額
已包括在計劃內。請參閱保障說明書兒童牙科保健概要。					

如何聯絡我們 ，華人保健計劃營業部

1-877-256-2477 | sales@cchphealthplan.com | 445 Grant Avenue, Suite 700 | San Francisco, CA 94108

Balance by CCHP

Individual & Family Plans | 個人/家庭計劃

2022 Monthly Rates | *San Francisco County* | 三藩市縣

- Each family member will be charged the premium for their age and rating region for their household.
- Only the first three of the oldest children under 21 in the family are charged; additional enrolled children will have no premium rate.
- All dependents age 21 and older are charged premiums based on their ages.

- 每位家庭成員的月費是根據年齡及居住地區計算。
- 只有前三名年齡最大的 21 歲以下子女會被計算入投保費用，額外的投保子女則免費。
- 所有 21 歲或以上的子女的月費是根據年齡計算。

	Jade 15 Platinum HMO	Silver 70 Off Exchange HMO	Amber 50 Silver HMO	*ActiveChoice* PPO
AGE / 年齡	RATE / 月費	RATE / 月費	RATE / 月費	RATE / 月費
0-14	$439.98	$340.54	$323.92	$312.75
15	$479.08	$370.81	$352.71	$340.55
16	$494.04	$382.38	$363.72	$351.18
17	$508.99	$393.96	$374.73	$361.81
18	$525.09	$406.42	$386.59	$373.26
19	$541.20	$418.88	$398.44	$384.70
20	$557.88	$431.79	$410.72	$396.56
21	$575.13	$445.15	$423.42	$408.82
22	$575.13	$445.15	$423.42	$408.82
23	$575.13	$445.15	$423.42	$408.82
24	$575.13	$445.15	$423.42	$408.82
25	$577.43	$446.93	$425.12	$410.46
26	$588.93	$455.83	$433.59	$418.64
27	$602.74	$466.51	$443.75	$428.45
28	$625.17	$483.88	$460.26	$444.39
29	$643.57	$498.12	$473.81	$457.47
30	$652.77	$505.24	$480.59	$464.01
31	$666.58	$515.93	$490.75	$473.83
32	$680.38	$526.61	$500.91	$483.64
33	$689.01	$533.29	$507.26	$489.77
34	$698.21	$540.41	$514.04	$496.31
35	$702.81	$543.97	$517.42	$499.58
36	$707.41	$547.53	$520.81	$502.85
37	$712.01	$551.09	$524.20	$506.12
38	$716.61	$554.65	$527.59	$509.39
39	$725.82	$561.78	$534.36	$515.94
40	$735.02	$568.90	$541.14	$522.48
41	$748.82	$579.58	$551.30	$532.29
42	$762.05	$589.82	$561.04	$541.69
43	$780.45	$604.07	$574.59	$554.77
44	$803.46	$621.87	$591.52	$571.13
45	$830.49	$642.79	$611.43	$590.34
46	$862.70	$667.72	$635.14	$613.24
47	$898.93	$695.77	$661.81	$638.99
48	$940.34	$727.82	$692.30	$668.43
49	$981.17	$759.42	$722.36	$697.45
50	$1027.18	$795.03	$756.24	$730.16
51	$1072.62	$830.20	$789.69	$762.46
52	$1122.66	$868.93	$826.52	$798.02
53	$1173.27	$908.10	$863.79	$834.00
54	$1227.90	$950.39	$904.01	$872.84
55	$1282.54	$992.68	$944.24	$911.68
56	$1341.78	$1038.53	$987.85	$953.79
57	$1401.59	$1084.83	$1031.89	$996.30
58	$1465.43	$1134.24	$1078.89	$1041.68
59	$1497.07	$1158.72	$1102.17	$1064.17
60	$1560.91	$1208.13	$1149.17	$1109.55
61	$1616.12	$1250.87	$1189.82	$1148.79
62	$1652.35	$1278.91	$1216.50	$1174.55
63	$1697.79	$1314.08	$1249.95	$1206.85
64+	$1725.38	$1335.43	$1270.26	$1226.46

Balance by CCHP

Individual & Family Plans | 個人/家庭計劃

2022 Monthly Rates | *San Francisco County* | 三藩市縣

- Each family member will be charged the premium for their age and rating region for their household.
- Only the first three of the oldest children under 21 in the family are charged; additional enrolled children will have no premium rate.
- All dependents age 21 and older are charged premiums based on their ages.

- 每位家庭成員的月費是根據年齡及居住地區計算。
- 只有前三名年齡最大的 21 歲以下子女會被計算入投保費用，額外的投保子女則免費。
- 所有 21 歲或以上的子女的月費是根據年齡計算。

	PLANS AVAILABLE OUTSIDE AND INSIDE COVERED CALIFORNIA 可通過或不通過投保加州市場選擇這些醫療計劃					*ONLY AVAILABLE INSIDE COVERED CALIFORNIA* *僅可透過 Covered CA 投保加州選擇此醫療計劃*
	Platinum[90] HMO	Gold[80] HMO	Bronze[60] HMO	Bronze[60] HDHP	Minimum Coverage HMO 最低保障 HMO	Silver[70] HMO
AGE / 年齡	RATE / 月費	RATE / 月費	RATE / 月費	RATE / 月費	RATE / 月費	RATE / 月費
0-14	$451.96	$408.10	$272.43	$272.16	$263.17	$367.78
15	$492.14	$444.38	$296.65	$296.35	$286.56	$400.47
16	$507.50	$458.25	$305.91	$305.60	$295.50	$412.97
17	$522.86	$472.12	$315.16	$314.85	$304.45	$425.47
18	$539.40	$487.05	$325.14	$324.81	$314.08	$438.93
19	$555.94	$501.99	$335.11	$334.77	$323.71	$452.39
20	$573.08	$517.46	$345.43	$345.09	$333.69	$466.34
21	$590.80	$533.47	$356.12	$355.76	$344.01	$480.76
22	$590.80	$533.47	$356.12	$355.76	$344.01	$480.76
23	$590.80	$533.47	$356.12	$355.76	$344.01	$480.76
24	$590.80	$533.47	$356.12	$355.76	$344.01	$480.76
25	$593.16	$535.60	$357.54	$357.19	$345.39	$482.68
26	$604.98	$546.27	$364.67	$364.30	$352.27	$492.30
27	$619.16	$559.07	$373.21	$372.84	$360.52	$503.84
28	$642.20	$579.88	$387.10	$386.71	$373.94	$522.59
29	$661.11	$596.95	$398.50	$398.10	$384.95	$537.97
30	$670.56	$605.48	$404.19	$403.79	$390.45	$545.66
31	$684.74	$618.29	$412.74	$412.33	$398.71	$557.20
32	$698.92	$631.09	$421.29	$420.87	$406.96	$568.74
33	$707.78	$639.09	$426.63	$426.20	$412.12	$575.95
34	$717.23	$647.63	$432.33	$431.90	$417.63	$583.64
35	$721.96	$651.89	$435.18	$434.74	$420.38	$587.49
36	$726.68	$656.16	$438.03	$437.59	$423.13	$591.33
37	$731.41	$660.43	$440.87	$440.43	$425.88	$595.18
38	$736.14	$664.70	$443.72	$443.28	$428.64	$599.03
39	$745.59	$673.23	$449.42	$448.97	$434.14	$606.72
40	$755.04	$681.77	$455.12	$454.66	$439.64	$614.41
41	$769.22	$694.57	$463.67	$463.20	$447.90	$625.95
42	$782.81	$706.84	$471.86	$471.38	$455.81	$637.01
43	$801.72	$723.91	$483.25	$482.77	$466.82	$652.39
44	$825.35	$745.25	$497.50	$497.00	$480.58	$671.62
45	$853.12	$770.32	$514.23	$513.72	$496.75	$694.22
46	$886.20	$800.20	$534.18	$533.64	$516.02	$721.14
47	$923.42	$833.81	$556.61	$556.06	$537.69	$751.43
48	$965.96	$872.22	$582.25	$581.67	$562.46	$786.04
49	$1007.90	$910.09	$607.54	$606.93	$586.88	$820.18
50	$1055.17	$952.77	$636.03	$635.39	$614.40	$858.64
51	$1101.84	$994.91	$664.16	$663.50	$641.58	$896.62
52	$1153.24	$1041.32	$695.14	$694.45	$671.51	$938.44
53	$1205.23	$1088.27	$726.48	$725.75	$701.78	$980.75
54	$1261.36	$1138.95	$760.31	$759.55	$734.46	$1026.42
55	$1317.48	$1189.63	$794.14	$793.35	$767.14	$1072.09
56	$1378.34	$1244.57	$830.82	$829.99	$802.58	$1121.61
57	$1439.78	$1300.05	$867.86	$866.99	$838.35	$1171.61
58	$1505.36	$1359.27	$907.39	$906.48	$876.54	$1224.98
59	$1537.85	$1388.61	$926.98	$926.05	$895.46	$1251.42
60	$1603.43	$1447.82	$966.50	$965.54	$933.64	$1304.78
61	$1660.15	$1499.04	$1000.69	$999.69	$966.67	$1350.93
62	$1697.37	$1532.65	$1023.13	$1022.10	$988.34	$1381.22
63	$1744.04	$1574.79	$1051.26	$1050.21	$1015.52	$1419.20
64+	$1772.39	$1600.39	$1068.34	$1067.28	$1032.02	$1442.27

Balance by CCHP

Individual & Family Plans | 個人/家庭計劃

2022 Monthly Rates | *San Mateo County* | 聖馬刁縣

- Each family member will be charged the premium for their age and rating region for their household.
- Only the first three of the oldest children under 21 in the family are charged; additional enrolled children will have no premium rate.
- All dependents age 21 and older are charged premiums based on their ages.

- 每位家庭成員的月費是根據年齡及居住地區計算。
- 只有前三名年齡最大的 21 歲以下子女會被計算入投保費用，額外的投保子女則免費。
- 所有 21 歲或以上的子女的月費是根據年齡計算。

	Jade 15 Platinum HMO	Silver 70 Off Exchange HMO	Amber 50 Silver HMO	*ActiveChoice* PPO
AGE / 年齡	RATE / 月費	RATE / 月費	RATE / 月費	RATE / 月費
0-14	$475.17	$367.78	$349.83	$337.77
15	$517.41	$400.47	$380.93	$367.80
16	$533.56	$412.97	$392.82	$379.28
17	$549.71	$425.47	$404.71	$390.76
18	$567.10	$438.94	$417.52	$403.12
19	$584.50	$452.40	$430.32	$415.48
20	$602.51	$466.34	$443.58	$428.29
21	$621.14	$480.76	$457.30	$441.53
22	$621.14	$480.76	$457.30	$441.53
23	$621.14	$480.76	$457.30	$441.53
24	$621.14	$480.76	$457.30	$441.53
25	$623.63	$482.68	$459.13	$443.30
26	$636.05	$492.30	$468.28	$452.13
27	$650.96	$503.84	$479.25	$462.72
28	$675.18	$522.59	$497.09	$479.94
29	$695.06	$537.97	$511.72	$494.07
30	$705.00	$545.66	$519.04	$501.14
31	$719.91	$557.20	$530.01	$511.73
32	$734.81	$568.74	$540.99	$522.33
33	$744.13	$575.95	$547.85	$528.95
34	$754.07	$583.64	$555.16	$536.02
35	$759.04	$587.49	$558.82	$539.55
36	$764.01	$591.34	$562.48	$543.08
37	$768.98	$595.18	$566.14	$546.62
38	$773.95	$599.03	$569.80	$550.15
39	$783.88	$606.72	$577.11	$557.21
40	$793.82	$614.41	$584.43	$564.28
41	$808.73	$625.95	$595.40	$574.87
42	$823.02	$637.01	$605.92	$585.03
43	$842.89	$652.39	$620.56	$599.16
44	$867.74	$671.62	$638.85	$616.82
45	$896.93	$694.22	$660.34	$637.57
46	$931.72	$721.14	$685.95	$662.30
47	$970.85	$751.43	$714.76	$690.11
48	$1015.57	$786.04	$747.69	$721.90
49	$1059.67	$820.18	$780.15	$753.25
50	$1109.36	$858.64	$816.74	$788.57
51	$1158.43	$896.62	$852.86	$823.46
52	$1212.47	$938.45	$892.65	$861.87
53	$1267.13	$980.75	$932.89	$900.72
54	$1326.14	$1026.43	$976.34	$942.67
55	$1385.15	$1072.10	$1019.78	$984.61
56	$1449.13	$1121.62	$1066.88	$1030.09
57	$1513.73	$1171.62	$1114.44	$1076.01
58	$1582.67	$1224.98	$1165.20	$1125.02
59	$1616.84	$1251.42	$1190.35	$1149.31
60	$1685.78	$1304.79	$1241.11	$1198.32
61	$1745.41	$1350.94	$1285.01	$1240.70
62	$1784.55	$1381.23	$1313.82	$1268.52
63	$1833.62	$1419.21	$1349.95	$1303.40
64+	$1863.42	$1442.27	$1371.89	$1324.58

01.09.22

Balance by CCHP

Individual & Family Plans | 個人/家庭計劃

2022 Monthly Rates | *San Mateo County* | 聖馬刁縣

- Each family member will be charged the premium for their age and rating region for their household.
- Only the first three of the oldest children under 21 in the family are charged; additional enrolled children will have no premium rate.
- All dependents age 21 and older are charged premiums based on their ages.

- 每位家庭成員的月費是根據年齡及居住地區計算。
- 只有前三名年齡最大的 21 歲以下子女會被計算入投保費用，額外的投保子女則免費。
- 所有 21 歲或以上的子女的月費是根據年齡計算。

	PLANS AVAILABLE OUTSIDE AND INSIDE COVERED CALIFORNIA 可通過或不通過投保加州市場選擇這些醫療計劃					*ONLY AVAILABLE INSIDE COVERED CALIFORNIA* *僅可透過 Covered CA 投保加州選擇此醫療計劃*
	Platinum[90] HMO	Gold[80] HMO	Bronze[60] HMO	Bronze[60] HDHP	Minimum Coverage HMO 最低保障 HMO	Silver[70] HMO
AGE / 年齡	RATE / 月費	RATE / 月費	RATE / 月費	RATE / 月費	RATE / 月費	RATE / 月費
0-14	$488.12	$440.75	$294.23	$293.93	$284.22	$397.21
15	$531.51	$479.93	$320.38	$320.06	$309.49	$432.51
16	$548.10	$494.91	$330.38	$330.05	$319.15	$446.01
17	$564.69	$509.89	$340.38	$340.04	$328.81	$459.51
18	$582.55	$526.02	$351.15	$350.80	$339.21	$474.05
19	$600.42	$542.15	$361.92	$361.56	$349.61	$488.59
20	$618.92	$558.86	$373.07	$372.70	$360.39	$503.65
21	$638.07	$576.14	$384.61	$384.22	$371.53	$519.22
22	$638.07	$576.14	$384.61	$384.22	$371.53	$519.22
23	$638.07	$576.14	$384.61	$384.22	$371.53	$519.22
24	$638.07	$576.14	$384.61	$384.22	$371.53	$519.22
25	$640.62	$578.45	$386.15	$385.76	$373.02	$521.30
26	$653.38	$589.97	$393.84	$393.45	$380.45	$531.68
27	$668.69	$603.80	$403.07	$402.67	$389.37	$544.14
28	$693.58	$626.27	$418.07	$417.65	$403.86	$564.39
29	$714.00	$644.71	$430.38	$429.95	$415.74	$581.01
30	$724.21	$653.92	$436.53	$436.09	$421.69	$589.32
31	$739.52	$667.75	$445.76	$445.32	$430.61	$601.78
32	$754.83	$681.58	$454.99	$454.54	$439.52	$614.24
33	$764.40	$690.22	$460.76	$460.30	$445.10	$622.03
34	$774.61	$699.44	$466.92	$466.45	$451.04	$630.34
35	$779.72	$704.05	$469.99	$469.52	$454.01	$634.49
36	$784.82	$708.66	$473.07	$472.60	$456.98	$638.64
37	$789.93	$713.27	$476.15	$475.67	$459.96	$642.80
38	$795.03	$717.88	$479.22	$478.74	$462.93	$646.95
39	$805.24	$727.09	$485.38	$484.89	$468.87	$655.26
40	$815.45	$736.31	$491.53	$491.04	$474.82	$663.57
41	$830.76	$750.14	$500.76	$500.26	$483.74	$676.03
42	$845.44	$763.39	$509.61	$509.10	$492.28	$687.97
43	$865.86	$781.83	$521.91	$521.39	$504.17	$704.58
44	$891.38	$804.87	$537.30	$536.76	$519.03	$725.35
45	$921.37	$831.95	$555.38	$554.82	$536.49	$749.76
46	$957.10	$864.22	$576.91	$576.34	$557.30	$778.83
47	$997.30	$900.51	$601.14	$600.54	$580.71	$811.54
48	$1043.24	$942.00	$628.84	$628.21	$607.46	$848.93
49	$1088.54	$982.90	$656.14	$655.49	$633.83	$885.79
50	$1139.59	$1028.99	$686.91	$686.22	$663.56	$927.33
51	$1189.99	$1074.51	$717.30	$716.58	$692.91	$968.35
52	$1245.51	$1124.63	$750.76	$750.01	$725.23	$1013.52
53	$1301.66	$1175.33	$784.60	$783.82	$757.93	$1059.21
54	$1362.27	$1230.07	$821.14	$820.32	$793.22	$1108.54
55	$1422.89	$1284.80	$857.68	$856.82	$828.52	$1157.87
56	$1488.61	$1344.14	$897.29	$896.40	$866.79	$1211.35
57	$1554.97	$1404.06	$937.29	$936.36	$905.42	$1265.34
58	$1625.79	$1468.02	$979.98	$979.00	$946.66	$1322.98
59	$1660.89	$1499.70	$1001.14	$1000.14	$967.10	$1351.54
60	$1731.71	$1563.66	$1043.83	$1042.79	$1008.34	$1409.17
61	$1792.97	$1618.97	$1080.75	$1079.67	$1044.01	$1459.01
62	$1833.16	$1655.26	$1104.98	$1103.88	$1067.41	$1491.73
63	$1883.57	$1700.78	$1135.37	$1134.23	$1096.76	$1532.74
64+	$1914.19	$1728.42	$1153.82	$1152.66	$1114.59	$1557.66

2022 個人及家庭計劃申請表

如有需要，華人保健計劃可以提供免費翻譯及其它語言幫助填寫該申請表。
這申請表連同保障說明書構成為計劃合約，申請人在提交申請表前可索取保障說明書了解計劃詳情。

電話:**1-888-371-3060**
傳真:**1-415-955-8819**

申請原因

請選擇一個

☐首次申請（申請期為11月1日2021年至1月31日2022年）

☐特別登記期（2月1日2022年至10月31日2022年，請附上證明文件）

☐加配偶/同居伴侶 ☐加子女 現有會員號碼# _____ 現有計劃: ____

生效日期 (月/日/年) / /

請選擇一個計劃

醫療計劃選擇: ☐Jade[15] HMO Platinum ☐Amber[50] HMO Silver ☐ActiveChoice PPO Silver ☐Platinum[90] HMO ☐Gold[80] HMO ☐Silver[70] HMO ☐Bronze[60] HMO ☐Bronze[60] HDHP HMO ☐Minimum Coverage HMO

自選附加保障: ☐成人眼科保障 (VSP) ☐成人牙科保障(Delta Dental)

A. 申請人資料

姓:	名:	中間名:	社會安全卡 / 工卡 號碼#:	
出生日期（月/日/年）: / /	年齡:	性別: ☐男 ☐女	婚姻狀況: ☐單身 ☐已婚	
電子郵件:		手機號碼:	住宅電話:	
住宅地址 (不接受郵政信箱)		城市:	州:	郵區號碼:

所有書信會寄至您的住址，如果您希望將保密或隱私的醫療資料寄往其它地址，請於下列填寫新地址。您亦可以要求用其他方式向您發送醫療信息。請致電CCHP。

郵寄地址:	城市:	州:	郵區號碼:
主治醫生 (PCP):	醫療組別:	您是否此醫生的現時病人? ☐是 ☐否	
公司名稱:		公司電話:	
公司地址:	城市:	州:	郵區號碼:

書面資料語言選擇: ☐中文 ☐英文 ☐西班牙文 ☐其他 ____

可選的問題

申請人種族

☐印度人 ☐非裔美國人 ☐柬埔寨人 ☐中國人 ☐菲律賓人 ☐關島/查莫洛人
☐苗族人 ☐班牙或拉丁裔 ☐日本人 ☐韓國人 ☐寮國人 ☐夏威夷原住民
☐薩摩亞人 ☐白人 ☐越南人 ☐其他 ____

Revised 10/26/20-CH

B. 如家屬一起投保，請填寫此部分

☐ 配偶 ☐ 同居伴侶	姓:	名:	中間名 :
出生日期 （月/日/年） / /		社會安全卡/ 工卡號碼:	性別: ☐ 男 ☐女
主治醫生 (PCP) :		醫療組別:	現時病人? ☐是 ☐否
子女#1	姓:	名:	中間名 :
出生日期 （月/日/年） : / /		社會安全卡/ 工卡號碼:	性別: ☐男 ☐女
主治醫生 (PCP) :		醫療組別:	現時病人? ☐是 ☐否
子女 # 2	姓:	名:	中間名 :
出生日期 （月/日/年） / /		社會安全卡/ 工卡號碼:	性別: ☐男 ☐女
主治醫生 (PCP) :		醫療組別:	現時病人? ☐是 ☐否
子女# 3	姓:	名:	中間名 :
出生日期 （月/日/年） / /		社會安全卡/ 工卡號碼:	性別: ☐男 ☐ 女
主治醫生 (PCP) :		醫療組別:	現時病人? ☐是 ☐否

C. 如果申請人委托經紀人，請填寫此部份

本人明白經紀人在協助我購買此醫療保險後，可能得到華人保健計劃的報酬。不論我是否使用經紀人，我的會費是不變。

申請人簽名 X	經紀人姓名:	日期 （月/日/年） / /

D. 保險代理/ 經紀人證書 (AB2569, Cal H&S §1389.8)

此項是由經紀人填寫

通知代理人: 如果您協助申請人提交此申請，法律要求您證明此協助。如果在進行此證明時，您已知有任何虛假的重大事實，您將受到高達一萬（$ 10,000）美元的民事處罰，這是根據加利福尼亞州健康和安全法規第1389.8節（c）的授權）或保險法第10119.3節，以及現行法律規定的任何其它適用的處罰或補救措施。

我, _____, 協助申請人提交了這份申請。我有建議申請人完整，真實地回答所有問題，並且不要隱瞞要求的信息。我已解釋，隱瞞信息可能導致將來取消保險。

據我所知，此表格的信息是完整和準確的。我以易於理解的語言向申請人解釋了如果提供不準確信息的風險，並且申請人理解了我的解釋。

經紀人簽名 :		經紀人姓名:	日期 （月/日/年） / /
電話號碼:	傳真號碼:	電子郵箱:	CA執照號碼:
代理經紀公司名稱:			**CCHP使用**
代理經紀公司地址:			

E. 申請規章 - 請詳細閱讀以下內容:

I. 申請條例

「華人保健計劃」保留拒絕接受申請投保的權利。

1. 本人明白在申請期間是不會有任何醫療保障。直至收到「華人保健計劃」的投保批准通知書。
2. 如果申請被接受，這份申請表格將會成為申請人及「華人保健計劃」的投保合約的一部份。如有任何訴訟，本人及家人同意遵照和採納由仲裁人提出的方法解決，而並非由陪審團或法庭裁決。
3. 本人明白，如在此申請表格內有意填報不實的資料。CCHP可以撤銷申請人的保障如果填報的資料是不實或遺漏是故意的。

II. 同意書:

本人及所有申請人現申請投保「華人保健計劃」，我們同意遵守及履行保健計劃契約上的守則及規定，本人經已閱讀並明白此申請表的內容，本人下列的簽署是表示我們願意接受上述的條件及規定，同時本人亦保證是次申請表上填寫的資料均為真實及正確。本人同意如果在生效日期前，本人或家屬的健康狀況有所改變，而與原來填報的資料不相符，本人必須即時通知「華人保健計劃」。
本人明白在此申請表內填報的資料如有不正確，不實，或有漏報等情況，一經查實，「華人保健計劃」有權取消本人的會員資格及所有保障福利，而且取消日期可以追溯到最初的生效日期。

III. 私隱及健康資料

CCHP了解將您和您的家屬的個人和健康信息保密的重要性。不論是以電子，書面和口頭形式CCHP都會保護這些信息。除非法律允許，否則未經您的授權，CCHP不會披露此信息。

為了管理您的CCHP保險範圍，州和聯邦法律允許CCHP從醫療保健提供者，保險公司，保險支持組織，健康計劃或您的保險代理人處獲取您和您家屬的健康信息。此外，根據州和聯邦法律，CCHP被允許向醫療保健提供者，保險公司，保險支持組織，健康計劃或您的保險代理人披露您和您的家屬的健康信息。

有關保護您的個人和健康信息機密性的CCHP政策和程序（“保密和隱私慣例通知”）的完整說明，可致電客戶服務部或瀏覽CCHP網站。

IV. 仲裁協議:

本人已瞭解（除小額理賠情況外）任何所有由本人和投保家屬與華人保健計劃及其所屬機構引起的協議爭議，包括醫療過失理賠（即不論本保健計劃提供的任何醫療服務是非必要或未經批准的，或為不適當、疏忽、或判斷失當），均應依加州法規提交仲裁解決，而不提出訴訟或訴諸法庭程序，除非法律有仲裁程序司法審查的規定。簽署本合約的各方放棄其交由陪審團法庭解決爭議的憲法權利，並接受採用提交具有約束力的仲裁。關於具有約束力的仲裁詳情，請查保障說明書。

申請人簽名 X	請用正楷填寫姓名:	日期 (月/日/年) / /
配偶 / 同居伴侶簽名 X	請用正楷填寫姓名:	日期 (月/日/年) / /
十八歲或以上家屬簽名		
子女#1 簽名 X	請用正楷填寫姓名:	日期 (月/日/年) / /
子女#2 簽名 X	請用正楷填寫姓名:	日期 (月/日/年)
子女#3 簽名 X	請用正楷填寫姓名:	日期 (月/日/年) / /

營銷來源

☐電視 ☐電台 ☐星島日報 ☐世界日報 ☐其他日報 ☐介紹 ☐街會/活動

CCHP 使用

營業代表1 [ ] 營業代表 [ ] 付款 [信用卡 / 賬單/ 支票號碼#] 金額 [ ] 日期[ ]

收到表格日期 [ ] 包裹寄出日期[ ]

特別登記期間申請證明

您只能在11月1日至1月30日的公開註冊期間申請個人健康計劃。
有些例外情況可能允許您在此期間之外申請。請仔細閱讀以下聲明，請選最適合您的原因證明您有資格可以在特別登記期間申請。
如果以後我们確定此信息不正確，您的申請可能會被取消。

申请人姓名:	要求生效日期 (月/日/年): / /

填寫此表格並不保證接受豁免申請，請提供所需文件.
我證明我有資格獲得特殊申請（選最適用的原因）：

- ☐ 結婚或成為同居伴侶關係
- ☐ 離婚，合法分居，解除同居伴侶關係或死亡
- ☐ 孩子出生，領養或接受寄養
- ☐ 子女年滿26歲
- ☐ 獲得公民身份
- ☐ 失去Medi-Cal白卡的資格
- ☐ 失去雇主保险 （例如員工死亡，終止僱傭，減少工時）
- ☐ 失去公司CORBA
- ☐ 失去学生健康保险
- ☐ 不符合投保加州稅收抵免或減少費用分攤的資格
- ☐ 離開華人保健的服務地區
- ☐ 您的註冊過程中發生了不當行為或錯誤信息
- ☐ 監獄釋放
- ☐ 從現役兵返回
- ☐ 獲得Health & Human Services的艱苦豁免證明
- ☐ 法院下令提供健康保險
- ☐ 聯邦政府認可的美洲印第安人/阿拉斯加原住民
- ☐ 其它（請提供解釋）：_____

特別登記期所需的文件
申請人如果是用特別登記期投保必需在事發60天內申請及提供以下文件

事件	支持文件
婚姻	*結婚證書*
離婚	*離婚法令文件*
出生/收養/兒童的合法監護權	*出生證明或出院文件*
子女年滿26歲	*以前的健康保險證明*
投保人死亡	*死亡證明*
合法移民或美國公民身份	*有效的美國護照，綠卡或法律支持文件*
失去雇主醫療保險	*以前的雇主健康保險證明*
失去配偶雇主的保險	*以前的雇主健康保險證明*
失去COBRA	*失去COBRA的證明信*
失去Medi-Cal白卡	*失去Medi-Cal證明文件*
失去投保加州成本分攤減少的資格	*投保加州信件*
搬出/搬入華人保健的服務地區	*新舊地址的證明，如水電費賬單，信用卡賬單，保險單，銀行對賬單，駕駛執照或教育機構文件。兩份文件都必須證明在搬遷後60天內申請。*

申請人签名 X	日期 (月/日/年) / /

Balance by CCHP

Discrimination is Against the Law

Chinese Community Health Plan (CCHP) complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. CCHP does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Chinese Community Health Plan:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
  - Qualified sign language interpreters
  - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:
  - Qualified interpreters
  - Information written in other languages

If you need these services, contact CCHP Member Services.

If you believe that CCHP has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with us in person, by phone, by mail, or by fax at:

CCHP Member Services
445 Grant Ave, Suite 700, San Francisco, CA 94108
1-888-775-7888, TTY 1-877-681-8898
Fax 1-415-397-2129

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at *https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf*, or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW.
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201,
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Complaint forms are available at *http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html*.

華人保健計劃（CCHP 遵守適用的聯邦民權法律規定，不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而歧視任何人。華人保健計劃（CCHP） 不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而排斥任何人或以不同的方式對待他們。

華人保健計劃（CCHP）：

- 向殘障人士免費提供各種援助和服務，以幫助他們與我們進行有效溝通，如：
  - 合格的手語翻譯員
  - 以其他格式提供的書面資訊（大號字體、音訊、無障礙電子格式、其他格式）
- 向母語非英語的人員免費提供各種語言服務，如：
  - 合格的翻譯員
  - 以其他語言書寫的資訊

如果您需要此類服務，請聯絡華人保健計劃（CCHP）

如果您認為華人保健計劃（CCHP） 未能提供此類服務或者因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而透過其他方式歧視您，您可以親自提交投訴，或者以郵寄、傳真或電郵的方式向我們提交投訴：

CCHP Member Services
445 Grant Ave, Suite 700, San Francisco, CA 94108
1-888-775-7888, 聽力殘障人仕電話 1-877-681-8898
傳真 1-415-397-2129

您還可以向 U.S. Department of Health and Human Services（美國衛生及公共服務部）的 Office for Civil Rights（民權辦公室）提交民權投訴，透過 Office for Civil Rights Complaint Portal 以電子方式投訴：https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf，或者透過郵寄或電話的方式投訴：

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C.20201
1-800-368-1019，800-537-7697 (TDD)（聾人用電信設備）

登入 http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html 可獲得投訴表格。

Chinese Community Health Plan (CCHP) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Chinese Community Health Plan no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Chinese Community Health Plan:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
  - Intérpretes de lenguaje de señas capacitados.
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
  - Intérpretes capacitados.
  - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con CCHP Member Services.

Si considera que CCHP no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a la siguiente persona:

CCHP Member Services
445 Grant Ave, Suite 700, San Francisco, CA 94108
1-888-775-7888, TTY 1-877-681-889
Fax 1-415-397-2129.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE. UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Multi-language Interpreter Services

English: ATTENTION: If you speak another language, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-888-775-7888 (TTY: 1-877-681-8898).

Spanish: ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-888-775-7888 (TTY: 1-877-681-8898).

Chinese: 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電1-888-775-7888

(TTY: 1-877-681-8898)。

Tagalog: PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-888-775-7888 (TTY: 1-877-681-8898).

Vietnamese: CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-888-775-7888

(TTY: 1-877-681-8898).

Korean: 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다.

1-888-775-7888 (TTY: 1-877-681-8898) 번으로 전화해 주십시오.

Russian: ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-888-775-7888 (телетайп: 1-877-681-8898)

Arabic:

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم

1-888-775-7888 (TTY:1-877-681-8898) .

Hindi: ध्यान द: यद आप हदी बोलते ह तो आपके िलए मुफ्त म भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध ह।

1-888-775-7888 (TTY: 1-877-681-8898) पर कॉल कर।

Japanese: 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。

1-888-775 7888 (TTY: 1-877-681-8898) まで、お電話にてご連絡ください。

Armenian: ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Զանգահարեք 1-888-775-7888

(TTY (հեռատիպ)՝ 1-877-681-8898):

Punjabi: ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ।

1-888-775 7888 (TTY: 1-877-681-8898) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Cambodian: ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតឈ្នួល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-888-775-7888 (TTY: 1-877-681-8898)។

Hmong: LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-888-775 7888 (TTY: 1-877-681-8898).

Thai: เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-888-775 7888 (TTY: 1-877-681-8898).

Persian (Farsi):

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-888-775-7888 (TTY: 1-877-681-8898) تماس بگیرید.

Lao (Laotian):

ຄວາມສົນໃຈ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ທ່ານສາມາດຕິດຕໍ່ເບີຂ້າງລຸ່ມນີ້ ເພື່ອຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອງທ່ານໄດ້.

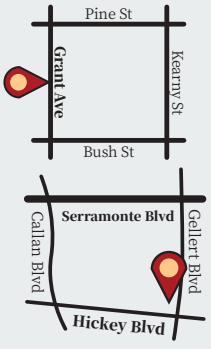
ໂທຫາເບີ 1-888-775-7888 (TTY: 1-877-681-8898).

Balance by CCHP

致電
1-877-256-2477

瀏覽
www.CCHPHealthPlan.com

視像會議
預約：致電或電郵我們的銷售部
(Sales@CCHPHealthPlan.com)

親臨
San Francisco Office:
445 Grant Avenue, San Francisco, CA 94108

Daly City Office:
386 Gellert Boulevard, Daly City, CA 94015