

歡迎來到

Balance

您的健康之路由這裡開始

2025 年公司團體健康計劃

查看您在 2025 年可節省多少



Balance
by CCHP



手冊目錄

3	關於 Balance
4	為何選擇 Balance
6	獲得護理
7	One Medical 免費會員資格
8	Balance 計劃選擇
9	自選牙科及視力保障
10	額外增值服務
12	2025 年度保障簡要及保費比較表
20	申請清單
22	計劃申請表格



關於 Balance

我們以灣區為家

Balance 由 CCHP 提供，是一個擁有 40 年的服務經驗及全方位的健康計劃。我們對這裡擁有多元文化而且充滿活力的地方瞭如指掌。

我們的計劃適用於位於三藩市或聖馬刁縣的公司。我們知道許多員工遍佈灣區，所以我們將醫療聯網擴展至阿拉米達及康特拉科斯塔縣，適用於居住在那裡的員工。

我們關心您的健康

免費預防性檢查、遙距就診、現場及虛擬健康教育及健身課程。您可以自由選擇最方便及最安全的方式維持自身的最佳健康狀態。



One Medical 優惠

請向我們查詢如何令您及員工免費獲得 One Medical 會員資格。

為何選擇 **Balance**



「我的健康計劃由 Balance by CCHP 提供。多年來，我很感激 Balance 團隊為我提供不同選擇，助我作出最佳決定。他們總令我喜出望外。」

— Hau Chung Lai 先生，eCircle Investment, Inc.

您的員工值得擁有 Balance 質素

Balance 團體計劃使您能夠為您的員工提供高質素及可負擔的健康計劃。優質健康計劃不但可以讓員工保持健康並提高工作效率，同時有助吸引及留住有價值的員工。為他們及家人保持健康，讓他們安枕無憂。

我們與 7,000+ 醫生及多種醫療設施組成的醫療聯網緊密合作且不斷增長，幾乎覆蓋鄰近地區的所有醫院，從而降低僱主及僱員的醫療費用成本。

價格實惠

2024 年，Balance 在 4 個類別中有 2 個類別的費率都比我們的頂級競爭對手更平宜。在 2025 年，我們仍會繼續維持我們的價格優勢。查看 Balance 可為您節省多少。



資料來源：DMHC 2024, 2025

適合您業務需求的計劃

Balance 計劃適用於在三藩市或聖馬刁縣居住或工作的僱主及僱員，並將醫療聯網擴展至阿拉米達、康特拉科斯塔及馬林縣。

- 我們歡迎各種規模的團體—由一名至數百名員工
- 您可以選擇各種自付額及保費選項的計劃
- 我們提供與 HSA 相容的高扣除額健康計劃 (HDHP)
- 專業本地客戶經理為您服務

我們的計劃幫助許多在三藩市經營的僱主團體客戶遵守本地醫療保健條例 (HCAO/HCSO)。這些多重法規可能會導致不同的保障要求。如有問題，請與 Balance 銷售團隊查詢。

獲得護理

龐大醫生及醫院網絡

獲得護理

透過每個計劃，您和您的員工可選擇我們網路內的 7,000+ 位置便利的聯網醫生、專科醫生及不同設施。我們亦很榮幸與北加州最大的醫療集團 Hill Physicians 成為合作夥伴。

聯網包括：翡翠東華醫師協會及 Hill Physicians，並有地點便利及就近您的頂級醫院。



免費加入 One Medical ? 聽起來真不錯！

現在所有員工及受保家屬都可以立即免費使用 One Medical，一個為忙碌的僱主及僱員提供禮賓式服務的醫務所。24/7 遙距或即日預約可以讓您方便照顧員工的健康。

簡單登記要求，您只需要填寫一份初步健康評估 (IHA) 問卷。

不一樣的醫務診所

One Medical 各間醫務所位置優越、預約醫生簡易快捷，就診時間充裕。您的免費會員資格再加上您已投保的頂級計劃立即變得無懈可：

- 逐一為您照顧，從一般疾病到慢性疾病及心理健康 – 加上化驗、疫苗，及預防性護理
- 應付緊急需要，遍佈灣區的 38 間醫務所延長營業至每週 7 天
- 保持 24/7 緊密聯絡醫護團隊，安排視像就診，及提供即日或翌日預約



one medical

只需 3 個簡單步驟即可免費加入 One Medical

我們將為您提供一年的免費會員資格 - 包括家庭成員

1. One Medical 會收取 \$199 會員年費。當員工選擇加入我們贊助的 One Medical 計劃，我們會代您支付年費
2. 完成初步健康評估 (IHA) 問卷
3. 請向我們的銷售代表詢問詳情

Balance
by CCHP



one medical

我們的計劃

我們提供多種類型的計劃選項，以便您可以選擇適合您業務的正確保障級別。

Balance Ruby 系列 10/20/40：綜合計劃

Ruby 系列是那些希望獲得全面保障並定期使用醫療服務團體的明智選擇。

- 預防性護理 \$0 自付費
- 對於其它初級保健服務，您可以選擇最適合的自付額 (\$10/\$20/\$40)
- 大多數保障服務設有固定自付費，以便您及員工可以預計多少醫療費用及提前知道總自付費用。

Balance Opal 系列 25/50：經濟計劃

Opal 系列對於注重健康，預算有限，及預計不會經常使用醫療服務的團體，Opal 系列是受歡迎之選。

- 每月保費較低
- 包括預防性護理 \$0 自付費

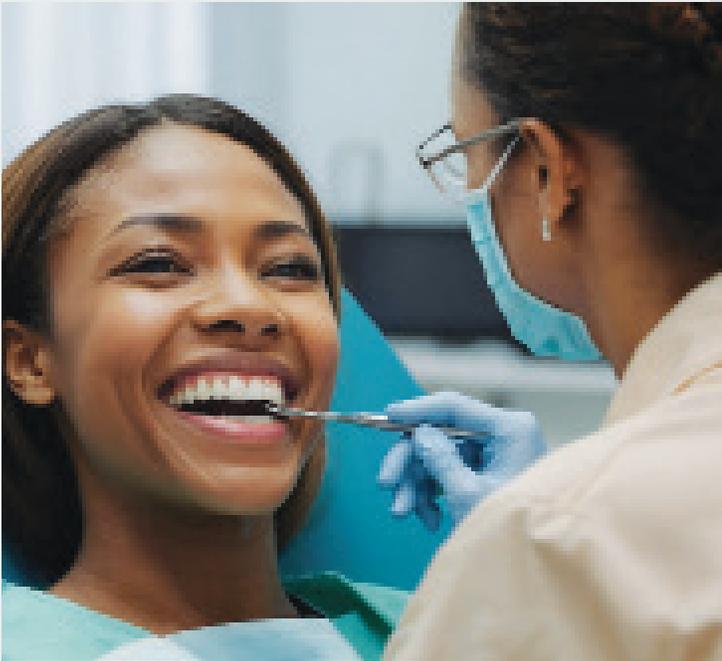
Balance 金屬計劃：非投保加州平台

適合正在尋找類似投保加州計劃，但更願意直接與我們合作的團體。

- 不同成本分攤選擇
- 適合任何公司的保費級別



歡迎查詢根據大型團體不同需求而度身定造的計劃。



自選牙科及視力保障

Balance 僱主團體計劃均包括兒童視力及牙科保障。成人可額外購買自選視力及牙科保障



Balance 與美國最著名的牙科保險公司 Delta Dental 合作提供牙科保障。已同時登記牙科保障的 Balance 會員可以使用 Delta Dental 牙醫聯網獲得專業及可靠的牙科護理服務。當中包括預防性護理，例如定期清潔及檢查，費用相宜甚至無需額外費用。請向我們查詢保障內容。

月費：\$18.05



Balance 與其中一間最著名的視力保險公司 VSP 合作提供自選視力保障。VSP 醫生提供個人化護理，並關注於您的眼睛健康。當您看 VSP 醫生時，可享受較低自付費用，並可以挑選各大品牌的數百種不同眼鏡框。

月費：\$3.54



歡迎查詢我們的全面保障及實惠保費內容。

額外增值服務

我們的使命是助您及家人獲得最佳健康。我們為您提供多種有效方法。



Balance 會員平台



會員服務中心 - 2 個地點無需預約（三藩市及帝利市）



社區健康季刊



免費健身課程，包括瑜珈、氣功、太極



健康課程，包括健康飲食及圍產期等主題



針灸服務



健康項目，包括糖尿病管理等慢性病及幫助戒煙計劃



急診中心，方便在非緊急情況前往



24/7 護士諮詢熱線

您的計劃 福利簡要表

以下提供關鍵計劃福利簡要表。

請檢查重要保障內容。如果您沒法找出所需內容，歡迎向我們查詢。

如有任何疑問，請隨時與我們聯絡。

致電或發送電郵

每週 7 天，上午 8 時至晚上 8 時



1-800-893-1598

(聽力殘障人士 TTY: 1-877-681-8898)



Sales@BalanceByCCHP.com

計劃名稱	Ruby 10 Platinum HMO	Ruby 20 Platinum HMO	Ruby 40 Platinum HMO	Opal 25 HMO
金屬等級 / 精算保障值 % ⁽¹⁾	鉑 Platinum / 91.99%	鉑 Platinum / 91.92%	鉑 Platinum / 90.08%	金 Gold / 81.46%
承保項目				
年度扣除額	\$0	\$0	\$0	個人 \$2,100 家庭 \$4,200 ⁽⁹⁾
自付費限額	個人 \$3,100 家庭 \$6,200	個人 \$3,050 家庭 \$6,100	個人 \$3,000 家庭 \$6,000	個人 \$5,800 家庭 \$11,600
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	\$0 自付費			
主診醫生治療受傷或疾病	\$10 自付費	\$20 自付費	\$40 自付費	\$30 自付費
專科醫生門診	\$30 自付費	\$20 自付費	\$40 自付費	\$30 自付費
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
分娩及所有住院服務 (醫院服務)	首5日 每日 \$150 自付費	首5日 每日 \$150 自付費	首5日 每日 \$250 自付費	(扣除額達到後) 首5日 每日 \$250 自付費
分娩及所有住院服務 (專業服務)	\$0 自付費	\$0 自付費	\$0 自付費	\$0 自付費
門診服務				
化驗 / X光	\$15 自付費 (化驗) \$10 自付費 (X光)	\$10 自付費	\$10 自付費	\$25 自付費
造影 (CT / PET掃描, MRI 磁力共振)	\$180 自付費	\$160 自付費	\$150 自付費	\$250 自付費
手術 - 設施費用 (如流動手術中心)	\$100 自付費 東華醫院 \$300 自付費 其它合約醫院	\$100 自付費 東華醫院 \$300 自付費 其它合約醫院	\$150 自付費 東華醫院 \$450 自付費 其它合約醫院	(扣除額達到後) \$250 自付費 東華醫院 \$750 自付費 其它合約醫院
醫生 / 外科手術費用	\$0 自付費	\$0 自付費	\$0 自付費	\$0 自付費

請於此表格中查閱您需要的保障。您可以通過對比，以找到最符合您需求的計劃。
如有任何疑問，歡迎與我們聯絡。

Opal 50 HMO	Platinum 90 HMO	Gold 80 HMO	Silver 70 HMO	Bronze 60 HMO	Bronze 60 HDHP HMO
銀 Silver / 71.73%	鉑 Platinum / 90.44%	金 Gold / 80.49%	銀 Silver / 71.88%	銅 Bronze / 62.95%	銅 Bronze / 63.97%
個人 \$3,800 家庭 \$7,600 [®]	\$0	個人 \$250 家庭 \$500	個人 \$2,500 家庭 \$5,000 [®]	個人 \$6,300 家庭 \$12,600 [®]	個人 \$7,050 家庭 \$14,100 [®] 結合醫療 / 處方藥物
個人 \$9,100 家庭 \$18,200	個人 \$4,500 家庭 \$9,000	個人 \$7,800 家庭 \$15,600	個人 \$8,750 家庭 \$17,500	個人 \$8,200 家庭 \$16,400	個人 \$7,050 家庭 \$14,100
無限額					
會員分擔費用					
\$0 自付費					
\$50 自付費	\$20 自付費	\$35 自付費	\$55 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)	(扣除額達到後) 0% 共付費
\$100 自付費	\$30 自付費	\$55 自付費	\$90 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)	(扣除額達到後) 0% 共付費
\$0 自付費	\$0 自付費	\$0 自付費	\$0 自付費	\$0 自付費	\$0 自付費
(扣除額達到後) 首5日 每日 \$250 自付費	首5日 每日 \$250 自付費	(扣除額達到後) 首5日 每日 \$600 自付費	(扣除額達到後) 40% 共付費	(扣除額達到後) 40% 共付費	(扣除額達到後) 0% 共付費
\$0 自付費	\$0 自付費	\$0 自付費	40% 共付費	(扣除額達到後) 40% 共付費	(扣除額達到後) 0% 共付費
\$50 自付費 (化驗) \$100 自付費 (X光)	\$20 自付費 (化驗) \$30 自付費 (X光)	\$35 自付費 (化驗) \$55 自付費 (X光)	\$55 自付費 (化驗) \$90 自付費 (X光)	\$40 自付費 (化驗) / (扣除額達到後) 40% 共付費 (X光)	(扣除額達到後) 0% 共付費
\$285 自付費	\$100 自付費	(扣除額達到後) \$250 自付費	(扣除額達到後) \$300 自付費	(扣除額達到後) 40% 共付費	(扣除額達到後) 0% 共付費
(扣除額達到後) \$300 自付費 東華醫院 \$750 自付費 其它合約醫院	\$100 自付費	(扣除額達到後) \$300 自付費	(扣除額達到後) 35% 共付費	(扣除額達到後) 40% 共付費	(扣除額達到後) 0% 共付費
\$0 自付費	\$25 自付費	\$35 自付費	35% 共付費	(扣除額達到後) 40% 共付費	(扣除額達到後) 0% 共付費

2025 計劃保障一覽表

計劃名稱	Ruby 10 Platinum HMO	Ruby 20 Platinum HMO	Ruby 40 Platinum HMO	Opal 25 HMO
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	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	首 5 日 每日 \$250 自付費 東華醫院 每日 \$750 自付費 其它合約醫院	(扣除額達到後) 首 5 日 每日 \$250 自付費 東華醫院 每日 \$750 自付費 其它合約醫院
醫生 / 外科醫生費用	\$0 自付費	\$0 自付費	\$0 自付費	\$0 自付費
急症保障				
急症室服務	\$200 自付費	\$230 自付費	\$200 自付費	(扣除額達到後) \$250 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	\$10 自付費	\$20 自付費	\$40 自付費	\$25 自付費
處方藥物保障				
年度處方藥物扣除額	\$0	\$0	\$0	個人 \$250 家庭 \$500
1級: 非商標藥物 (30 日藥物供應)	\$5 自付費	\$5 自付費	\$5 自付費	\$10 自付費
2級: 首選商標藥物 (30 日藥物供應)	\$15 自付費	\$15 自付費	\$15 自付費	(藥物扣除額達到後) \$30 自付費
3級: 非首選商標藥物 (30 日藥物供應)	\$25 自付費	\$25 自付費	\$25 自付費	(藥物扣除額達到後) \$60 自付費
4級: (特)殊藥物 (30 日藥物供應)	每處方藥物 10% 共付費 最高 \$250	每處方藥物 10% 共付費 最高 \$250	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
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			
眼鏡 (鏡框) (每年度1副)	\$0 自付費			
眼鏡 (鏡片) (每年度1副) (可選隱形眼鏡以取代鏡片)	單片 / 雙聚焦 / 三聚焦 / 透視鏡 無分擔費用			
眼鏡 (隱形眼鏡)	\$0 自付費			
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。			

Opal 50 HMO	Platinum 90 HMO	Gold 80 HMO	Silver 70 HMO	Bronze 60 HMO	Bronze 60 HDHP HMO
會員分擔費用					
(扣除額達到後) 首5日 每日 \$250 自付費 東華醫院 / 每日 \$750 自付費 其它合約醫院	首5日 每日 \$250 自付費	(扣除額達到後) 首5日 每日 \$600 自付費	(扣除額達到後) 35% 共付費	(扣除額達到後) 40% 共付費	(扣除額達到後) 0% 共付費
\$0 自付費	\$0 自付費	\$0 自付費	35% 共付費	(扣除額達到後) 40% 共付費	(扣除額達到後) 0% 共付費
(扣除額達到後) \$300 自付費	\$150 自付費	(扣除額達到後) \$250 自付費	(扣除額達到後) 30% 共付費	(扣除額達到後) 40% 共付費	(扣除額達到後) 0% 共付費
\$0 自付費	\$0 自付費	\$0 自付費	\$0 自付費	\$0 自付費	(扣除額達到後) 0% 共付費
\$50 自付費	\$20 自付費	\$35 自付費	\$55 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)	(扣除額達到後) 0% 共付費
個人 \$700 家庭 \$1,400 [®]	\$0	\$0	個人 \$300 家庭 \$600	個人 \$500 家庭 \$1,000	個人 \$7,050 家庭 \$14,100 結合醫療 / 處方藥物
(扣除額達到後) \$30 自付費	\$5 自付費	\$15 自付費	\$19 自付費	(藥物扣除額達到後) \$18 自付費	(扣除額達到後) 0% 共付費
(扣除額達到後) \$80 自付費	\$20 自付費	\$40 自付費	(藥物扣除額達到後) \$85 自付費	(藥物扣除額達到後) 每處方藥物須支付40% 共付費, 最高 \$500	(扣除額達到後) 0% 共付費
(扣除額達到後) \$95 自付費	\$30 自付費	\$70 自付費	(藥物扣除額達到後) \$110 自付費	(藥物扣除額達到後) 每處方藥物須支付40% 共付費, 最高 \$500	(扣除額達到後) 0% 共付費
(扣除額達到後) 每處方藥物 20% 共付費 最高 \$250	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 30% 共付費 最高 \$250	(藥物扣除額達到後) 每處方藥物須支付40% 共付費, 最高 \$500	(扣除額達到後) 0% 共付費
			\$0 自付費		
			\$0 自付費		
			單片 / 雙聚焦 / 三聚焦 / 透視鏡 無分擔費用		
			\$0 自付費		
已包括在計劃內。請參閱保障說明書兒童牙科保健概要。					

- 注釋：** (1) 精算價目表顯示計劃回報利益的相對價值。
(2) 醫療 / 處方藥物的分擔費適用於年度扣除額。
(3) 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）。

- 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。

	Ruby 10 HMO Platinum	Ruby 20 HMO Platinum	Ruby 40 HMO Platinum	Opal 25 HMO Gold	Opal 50 HMO Silver
年齡	月費	月費	月費	月費	月費
0-14	433.97	427.45	403.46	349.21	314.79
15	472.55	465.45	439.32	380.25	342.77
16	487.30	479.98	453.04	392.12	353.47
17	502.05	494.50	466.75	403.99	364.17
18	517.93	510.15	481.51	416.77	375.69
19	533.82	525.80	496.28	429.55	387.21
20	550.27	542.00	511.58	442.79	399.14
21	567.29	558.76	527.40	456.49	411.49
22	567.29	558.76	527.40	456.49	411.49
23	567.29	558.76	527.40	456.49	411.49
24	567.29	558.76	527.40	456.49	411.49
25	569.55	561.00	529.51	458.31	413.13
26	580.90	572.17	540.06	467.44	421.36
27	594.52	585.58	552.71	478.40	431.24
28	616.64	607.37	573.28	496.20	447.29
29	634.79	625.26	590.16	510.81	460.45
30	643.87	634.20	598.60	518.11	467.04
31	657.48	647.61	611.25	529.07	476.91
32	671.10	661.02	623.91	540.02	486.79
33	679.61	669.40	631.82	546.87	492.96
34	688.68	678.34	640.26	554.18	499.54
35	693.22	682.81	644.48	557.83	502.84
36	697.76	687.28	648.70	561.48	506.13
37	702.30	691.75	652.92	565.13	509.42
38	706.84	696.22	657.14	568.78	512.71
39	715.91	705.16	665.58	576.09	519.30
40	724.99	714.10	674.01	583.39	525.88
41	738.61	727.51	686.67	594.35	535.76
42	751.65	740.36	698.80	604.85	545.22
43	769.81	758.24	715.68	619.45	558.39
44	792.50	780.59	736.78	637.71	574.85
45	819.16	806.85	761.56	659.17	594.19
46	850.93	838.14	791.10	684.73	617.23
47	886.67	873.35	824.32	713.49	643.15
48	927.51	913.58	862.30	746.36	672.78
49	967.79	953.25	899.74	778.77	702.00
50	1013.17	997.95	941.93	815.29	734.91
51	1057.99	1042.09	983.60	851.35	767.42
52	1107.34	1090.70	1029.48	891.06	803.22
53	1157.26	1139.88	1075.89	931.23	839.43
54	1211.15	1192.96	1126.00	974.60	878.52
55	1265.05	1246.04	1176.10	1017.97	917.62
56	1323.48	1303.59	1230.42	1064.99	960.00
57	1382.47	1361.70	1285.27	1112.46	1002.79
58	1445.44	1423.73	1343.81	1163.13	1048.47
59	1476.64	1454.46	1372.82	1188.24	1071.10
60	1539.61	1516.48	1431.36	1238.91	1116.77
61	1594.07	1570.12	1481.99	1282.73	1156.28
62	1629.81	1605.32	1515.22	1311.49	1182.20
63	1674.63	1649.47	1556.88	1347.55	1214.71
64+	1701.85	1676.28	1582.18	1369.45	1234.45

- 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15歲或以上的子女的月費是根據年齡計算。

	Platinum 90 HMO	Gold 80 HMO	Silver 70 HMO	Bronze 60 HMO	Bronze 60 HDHP
年齡	月費	月費	月費	月費	月費
0-14	426.15	387.55	310.88	254.80	258.45
15	464.03	422.00	338.51	277.45	281.43
16	478.51	435.17	349.07	286.11	290.21
17	493.00	448.34	359.64	294.77	299.00
18	508.59	462.53	371.02	304.10	308.46
19	524.19	476.71	382.40	313.42	317.92
20	540.35	491.40	394.18	323.08	327.71
21	557.06	506.60	406.37	333.08	337.85
22	557.06	506.60	406.37	333.08	337.85
23	557.06	506.60	406.37	333.08	337.85
24	557.06	506.60	406.37	333.08	337.85
25	559.29	508.63	408.00	334.41	339.20
26	570.43	518.76	416.13	341.07	345.96
27	583.80	530.92	425.88	349.06	354.07
28	605.52	550.68	441.73	362.05	367.24
29	623.35	566.89	454.73	372.71	378.05
30	632.26	574.99	461.23	378.04	383.46
31	645.63	587.15	470.99	386.03	391.57
32	659.00	599.31	480.74	394.03	399.67
33	667.36	606.91	486.83	399.02	404.74
34	676.27	615.02	493.34	404.35	410.15
35	680.72	619.07	496.59	407.02	412.85
36	685.18	623.12	499.84	409.68	415.55
37	689.64	627.17	503.09	412.35	418.26
38	694.09	631.23	506.34	415.01	420.96
39	703.01	639.33	512.84	420.34	426.36
40	711.92	647.44	519.34	425.67	431.77
41	725.29	659.60	529.10	433.66	439.88
42	738.10	671.25	538.44	441.33	447.65
43	755.93	687.46	551.45	451.98	458.46
44	778.21	707.72	567.70	465.31	471.97
45	804.39	731.53	586.80	480.96	487.85
46	835.59	759.90	609.56	499.61	506.77
47	870.68	791.82	635.16	520.60	528.06
48	910.79	828.29	664.42	544.58	552.38
49	950.34	864.26	693.27	568.23	576.37
50	994.91	904.79	725.78	594.87	603.40
51	1038.91	944.81	757.89	621.19	630.09
52	1087.38	988.89	793.24	650.16	659.48
53	1136.40	1033.47	829.00	679.47	689.21
54	1189.32	1081.60	867.61	711.12	721.31
55	1242.24	1129.72	906.21	742.76	753.40
56	1299.62	1181.90	948.07	777.07	788.20
57	1357.55	1234.59	990.33	811.71	823.34
58	1419.38	1290.82	1035.44	848.68	860.84
59	1450.02	1318.69	1057.79	867.00	879.42
60	1511.86	1374.92	1102.90	903.97	916.92
61	1565.33	1423.55	1141.91	935.94	949.35
62	1600.43	1455.47	1167.51	956.93	970.64
63	1644.44	1495.49	1199.61	983.24	997.33
64+	1671.16	1519.80	1219.11	999.22	1013.54

- 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。

	Ruby 10 HMO Platinum	Ruby 20 HMO Platinum	Ruby 40 HMO Platinum	Opal 25 HMO Gold	Opal 50 HMO Silver
年齡	月費	月費	月費	月費	月費
0-14	468.68	461.63	435.72	377.14	339.96
15	510.34	502.67	474.45	410.66	370.18
16	526.26	518.36	489.26	423.48	381.73
17	542.19	534.05	504.07	436.30	393.29
18	559.35	550.94	520.02	450.10	405.73
19	576.50	567.84	535.97	463.90	418.17
20	594.27	585.34	552.48	478.20	431.06
21	612.65	603.44	569.57	492.99	444.39
22	612.65	603.44	569.57	492.99	444.39
23	612.65	603.44	569.57	492.99	444.39
24	612.65	603.44	569.57	492.99	444.39
25	615.10	605.86	571.85	494.96	446.17
26	627.35	617.93	583.24	504.82	455.06
27	642.05	632.41	596.91	516.65	465.72
28	665.95	655.94	619.12	535.88	483.05
29	685.55	675.25	637.35	551.66	497.27
30	695.35	684.91	646.46	559.54	504.38
31	710.06	699.39	660.13	571.38	515.05
32	724.76	713.87	673.80	583.21	525.71
33	733.95	722.92	682.35	590.60	532.38
34	743.75	732.58	691.46	598.49	539.49
35	748.66	737.41	696.02	602.43	543.05
36	753.56	742.24	700.57	606.38	546.60
37	758.46	747.06	705.13	610.32	550.16
38	763.36	751.89	709.69	614.27	553.71
39	773.16	761.55	718.80	622.15	560.82
40	782.96	771.20	727.91	630.04	567.93
41	797.67	785.68	741.58	641.87	578.60
42	811.76	799.56	754.68	653.21	588.82
43	831.36	818.87	772.91	668.99	603.04
44	855.87	843.01	795.69	688.71	620.81
45	884.66	871.37	822.46	711.88	641.70
46	918.97	905.16	854.36	739.48	666.59
47	957.57	943.18	890.24	770.54	694.58
48	1001.68	986.63	931.25	806.04	726.58
49	1045.18	1029.47	971.69	841.04	758.13
50	1094.19	1077.75	1017.25	880.48	793.68
51	1142.59	1125.42	1062.25	919.43	828.79
52	1195.89	1177.92	1111.80	962.32	867.45
53	1249.80	1231.02	1161.92	1005.70	906.56
54	1308.00	1288.35	1216.03	1052.53	948.77
55	1366.20	1345.68	1270.14	1099.37	990.99
56	1429.31	1407.83	1328.81	1150.15	1036.76
57	1493.02	1470.59	1388.04	1201.42	1082.98
58	1561.03	1537.57	1451.27	1256.14	1132.31
59	1594.72	1570.76	1482.59	1283.25	1156.75
60	1662.73	1637.74	1545.82	1337.97	1206.08
61	1721.54	1695.68	1600.49	1385.30	1248.74
62	1760.14	1733.69	1636.38	1416.36	1276.73
63	1808.54	1781.36	1681.37	1455.31	1311.84
64+	1837.93	1810.32	1708.70	1478.96	1333.16

- 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15歲或以上的子女的月費是根據年齡計算。

	Platinum 90 HMO	Gold 80 HMO	Silver 70 HMO	Bronze 60 HMO	Bronze 60 HDHP
年齡	月費	月費	月費	月費	月費
0-14	460.23	418.54	335.73	275.18	279.12
15	501.13	455.74	365.58	299.64	303.93
16	516.78	469.97	376.99	308.99	313.42
17	532.42	484.19	388.40	318.34	322.90
18	549.26	499.51	400.69	328.41	333.12
19	566.11	514.83	412.97	338.49	343.34
20	583.55	530.70	425.70	348.92	353.92
21	601.60	547.11	438.87	359.71	364.86
22	601.60	547.11	438.87	359.71	364.86
23	601.60	547.11	438.87	359.71	364.86
24	601.60	547.11	438.87	359.71	364.86
25	604.01	549.30	440.62	361.15	366.32
26	616.04	560.24	449.40	368.34	373.62
27	630.48	573.37	459.93	376.98	382.38
28	653.94	594.71	477.05	391.00	396.61
29	673.19	612.22	491.09	402.51	408.28
30	682.82	620.97	498.11	408.27	414.12
31	697.26	634.10	508.65	416.90	422.88
32	711.70	647.23	519.18	425.54	431.63
33	720.72	655.44	525.76	430.93	437.11
34	730.35	664.19	532.79	436.69	442.94
35	735.16	668.57	536.30	439.57	445.86
36	739.97	672.95	539.81	442.44	448.78
37	744.78	677.32	543.32	445.32	451.70
38	749.60	681.70	546.83	448.20	454.62
39	759.22	690.46	553.85	453.95	460.46
40	768.85	699.21	560.87	459.71	466.30
41	783.29	712.34	571.41	468.34	475.05
42	797.12	724.92	581.50	476.62	483.44
43	816.37	742.43	595.54	488.13	495.12
44	840.44	764.32	613.10	502.51	509.72
45	868.71	790.03	633.73	519.42	526.86
46	902.40	820.67	658.30	539.56	547.30
47	940.30	855.14	685.95	562.23	570.28
48	983.62	894.53	717.55	588.13	596.55
49	1026.33	933.37	748.71	613.66	622.46
50	1074.46	977.14	783.82	642.44	651.65
51	1121.99	1020.36	818.49	670.86	680.47
52	1174.33	1067.96	856.67	702.15	712.21
53	1227.27	1116.11	895.29	733.81	744.32
54	1284.42	1168.08	936.98	767.98	778.98
55	1341.57	1220.06	978.68	802.15	813.65
56	1403.54	1276.41	1023.88	839.20	851.23
57	1466.10	1333.31	1069.52	876.61	889.17
58	1532.88	1394.04	1118.23	916.54	929.67
59	1565.97	1424.13	1142.37	936.32	949.74
60	1632.75	1484.86	1191.09	976.25	990.24
61	1690.50	1537.38	1233.22	1010.78	1025.27
62	1728.40	1571.85	1260.87	1033.45	1048.25
63	1775.93	1615.07	1295.54	1061.86	1077.08
64+	1804.80	1641.33	1316.59	1079.12	1094.58

感謝您選擇 **Balance by CCHP** 作為您的公司團體保障。此清單將助您收集並呈交所需文件，保障方可生效。所有新申請資料必須符合僱主團體保險申請資格。公司團體必須證明成立已達**6**星期，及其中至少**1**位僱員每週平均工作達**30**小時或以上。擁有 **1-100** 位全職僱員的公司合資格參加小型公司團體計劃，而擁有**100** 位以上僱員的公司將可參加大型公司團體計劃。如果小型公司團體持續符合加州法規下之小型公司團體定義時，保障將可獲得批核及續保。

在提交主申請表格時，請檢查本清單列出的以下文件，以確保申請能及時處理。

- 僱主已簽署的主申請表格正本
- 如果涉及保險經紀，請填寫主申請表格的第**10**節。
- 最近的州季度薪金稅表 (**DE9C**) 的副本 (每**1**頁) 。
 - 請使用以下代碼在 **DE9C** 上註明每位僱員的身份：

T	已離職 (包括離職日期)	PT	兼職
E	合格及已投保	WP	等待期 (包括入職日期)
W	合格及豁免投保	TEMP	臨時僱員
S	季節性		
 - 目前還未在**DE9C**出現的所有員工，我們需要他們最新薪金證明之副本。
 - 勞工保險證明。
 - 如果企業的成立時間不足以獲得 **DE9C**，則可能會呈交**6**週的薪金單，包括預扣稅。
- 現有健康計劃的最新賬單之副本 (每**1**頁) 。 (如適用)
 - 出現在最新賬單上的已離職達**90** 日或以上之員工，他們需要填寫 **COBRA** 申請或豁免表格，以便核對他們是否合資格繼續或拒絕保障。
- 所有符合條件的員工已填妥並簽署的保障申請/豁免表格。
- 如任何僱員已持有聯邦保健作為主要保障，我們需要他們的聯邦保健卡副本，以便核對他們 **A** 及 **B** 部分的資格。
- 支付 **Balance by CCHP** 的首月保費支票。

呈交填妥的表格及首月保費支票：

郵寄

Balance Sales Department
445 Grant Avenue
San Francisco, CA 94108

或

轉交給您的保險代理人/經紀

如果您需要協助，請致電 **1-888-371-3060** 聯絡營業部。

請保留一份申請表副本以作記錄

擁有權/公司結構證明:

此文件用作驗證新客戶均是正在營運的合法團體，及驗證僱主、管理人員或合作夥伴，是否積極從事業務以決定保障資格。Balance 能會進行網上搜索以檢視有關文件。若搜索結果有異，Balance 可能拒絕有關申請。此要求適用於任何規模的公司團體。

□ 獨資企業:

- 最近的C報稅表 (1040表格)，或
- 加州營業執照，或
- 企業使用名稱聲明 (如適用)

合夥企業及獨資企業 (個人及夫妻)

企業的薪金表格上必須顯示最少1位 DE9C僱員。

- 合夥企業的僱員只包括合夥人**並不符合**公司團體計劃的資格
- 合夥企業的僱員只包括合夥人及/或合夥人的配偶**並不符合**公司團體計劃的資格
- 獨資企業的僱員只包括企業持有人**並不符合**公司團體計劃的資格
- 獨資企業的僱員只包括企業持有人及/或企業持有人的配偶**並不符合**公司團體計劃的資格

□ 合夥企業:

- 適用於所有註冊合夥人的K-1報稅表 (1065表格)，或
- 每位合夥人已簽署的合夥協議，及僱主身份識別號碼信件

□ 股份有限公司:

- S-Corps：K-1報稅表 (1120S表格)，適用於所有註冊持有人/要員。
- C-Corps：1120報稅表 (第1 -2 頁)，包括「附表 E」
- 負責人申報表 (LLC-12 表格)

□ 有限責任公司:

- 所有經理/成員/各方簽署的有限公司協議或適用的報稅表副本 (根據S-Corp、合夥企業或獨資企業指南而成立有限責任公司之方式)，或
- 負責人申報表 (LLC-12 表格)

新/初創企業

除成立時間除外，新/初創企業通常可以滿足所有核保要求。Balance 將考慮成立已達6星期的公司團體，但保留將保障生效日延遲至符合加州法規下之小型公司團體定義的權利。要獲得新/初創企業的批准，可能需要滿足以下內容：

- 薪金記錄或有關文件，顯示該企業的成立時間。這些記錄必須顯示保障生效日期前的12星期已持續出現，並在整段時期出現一位或多位符合條件的僱員。薪金記錄必須包括所有時間的每1頁並列出以下內容：
 - 公司名稱；
 - 公司類型 (見上文)；
 - 支付日期；及
 - 員工姓名、薪金支出、預扣稅款及總計數目
- 個人薪金單據、估計薪金單據、薪金摘要或手寫單據，並不被視為可接受之證明文件。

企業/團體申請表

企業/團體營業部: 電話: 1-888-371-3060 | 傳真: 1-415-955-8819



Balance by CCHP 可提供免費翻譯及以其它語言幫助您填寫此申請表。此申請表連同保障說明書之同意書構成本計劃之合約，申請人可在提交申請表前索取保障說明書之同意書以了解計劃詳情。

1. 企業資料			
法定商業名稱:	經營時間:	商業種類 (詳細):	生效日期: (月/日/年) / /
主要聯絡人:	職位:	電話號碼:	電郵:
次要聯絡人:	職位:	電話號碼:	電郵:
聯邦僱主號碼#:	政府僱主號碼#:	傳真:	發送資料到: <input type="checkbox"/> 僱主 <input type="checkbox"/> 經紀人
商業固定地址 (不接受郵政信箱):			
帳單聯絡人:	職位:	電話號碼:	電郵:
郵寄地址 (如不同上述地址):			
實體種類: <input type="checkbox"/> 有限公司 <input type="checkbox"/> 獨資經營 <input type="checkbox"/> S-公司 <input type="checkbox"/> 合夥 <input type="checkbox"/> 其他 (請解釋) _____			
2. 保障計劃選擇			
醫療保健計劃 <input type="checkbox"/> Ruby ¹⁰ HMO Platinum <input type="checkbox"/> Ruby ²⁰ HMO Platinum <input type="checkbox"/> Ruby ⁴⁰ HMO Platinum <input type="checkbox"/> Opal ²⁵ HMO Gold <input type="checkbox"/> Opal ⁵⁰ HMO Silver <input type="checkbox"/> Platinum ⁹⁰ HMO <input type="checkbox"/> Gold ⁸⁰ HMO <input type="checkbox"/> Silver ⁷⁰ HMO <input type="checkbox"/> Bronze ⁶⁰ HMO <input type="checkbox"/> Bronze ⁶⁰ HDHP HMO			
自選附加保障 (適用於全部 Balance 申請人) <input type="checkbox"/> Adult Vision (VSP) <input type="checkbox"/> Adult Dental (Delta) <input type="checkbox"/> 其他 _____			
Balance 使用:			
3. 僱主負擔的保額		4. 員工獲得福利的資格	
僱員 (min. 50%): \$ / %	受擔養人: \$ / %	下個月的第一天: <input type="checkbox"/> 受雇日期 <input type="checkbox"/> 30 天 <input type="checkbox"/> 60 天 其他 _____	
5. 員工人數 (僱主有責任收集拒絕承保範圍表格)			
員工總數:		合符資格員工總數 (30 小時/每個星期):	
合符資格員工投保 Balance 總人數:	放棄投保的總人數:	每年平均員工人數:	
6. 現時保障的資料			
現時保健公司的名稱:			
你是否打算更換現時的保險? <input type="checkbox"/> 不是 <input type="checkbox"/> 是, 終止日期 (月/日/年): / /			
現時勞保公司:			續保日期 (月/日/年): / /

僱員申請表

Balance by CCHP 營業部電話: 1-888-371-3060 | 傳真: 1-415-955-8819



Balance 可提供免費翻譯及以其它語言幫助您填寫此申請表。此申請表連同保障說明書之同意書構成本計劃之合約，申請人可在提交申請表前索取保障說明書之同意書以了解計劃詳情。

僱員必須填妥寫部份		
公司(團體)名稱:		團體號碼:
保障生效日期: (月/日/年) / /	受僱日期 (月/日/年) : / /	受僱情況: <input type="checkbox"/> 全職 <input type="checkbox"/> 兼職
申請原因: <input type="checkbox"/> 首次申請 <input type="checkbox"/> 年度登記期	<input type="checkbox"/> 新員工 <input type="checkbox"/> 家屬	<input type="checkbox"/> 僱員狀況改變, 原因 _____ <input type="checkbox"/> 其它申請, 原因 _____
保障計劃選擇		
醫療保健計劃	<input type="checkbox"/> Ruby ¹⁰ HMO Platinum	<input type="checkbox"/> Ruby ²⁰ HMO Platinum
	<input type="checkbox"/> Platinum ⁹⁰ HMO	<input type="checkbox"/> Gold ⁸⁰ HMO
	<input type="checkbox"/> Ruby ⁴⁰ HMO Platinum	<input type="checkbox"/> Silver ⁷⁰ HMO
	<input type="checkbox"/> Opal ²⁵ HMO Gold	<input type="checkbox"/> Adult Vision (VSP)
	<input type="checkbox"/> Opal ⁵⁰ HMO Silver	<input type="checkbox"/> Adult Dental (Delta)
	<input type="checkbox"/> Bronze ⁶⁰ HMO	<input type="checkbox"/> 其他 _____
	<input type="checkbox"/> Bronze ⁶⁰ HDHP HMO	
自選附加保障 (可用於全部 Balance 申請人)		
Balance 使用:		

1. 僱員資料		
姓:	名:	中間名:
婚姻狀況: <input type="checkbox"/> 單身 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 同居伴侶	出生日期 (月/日/年) : / /	社會安全號碼:
電郵:	手提電話:	住宅電話:
家居地址 (不接受郵政信箱):		
郵寄地址 (如跟住址不同):		
主診醫生 (PCP) :	醫療團體:	目前是否此醫生的病人? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
One Medical: <input type="checkbox"/> 是的，我想加入 One Medical。如果您選擇“是”，我們將為您選擇您的主診醫生(PCP)。稍後可自由更改。		
您是屬於哪個種族？（選擇所有適合選項）		
<input type="checkbox"/> 美洲印第安人或阿拉斯加原住民	<input type="checkbox"/> 其他，請註明： _____	
<input type="checkbox"/> 亞洲人	<input type="checkbox"/> 不詳	
<input type="checkbox"/> 黑人或非裔美國人	<input type="checkbox"/> 拒絕回答	
<input type="checkbox"/> 西班牙裔或拉丁裔		
<input type="checkbox"/> 夏威夷原住民或其他太平洋島民		
<input type="checkbox"/> 白人/高加索人		
您是屬於哪個族裔？（選擇所有適合選項）		
<input type="checkbox"/> 非裔美國人	<input type="checkbox"/> 菲律賓人	<input type="checkbox"/> 俄羅斯人
<input type="checkbox"/> 美國人	<input type="checkbox"/> 西班牙裔/拉丁裔	<input type="checkbox"/> 越南人
<input type="checkbox"/> 阿拉伯人	<input type="checkbox"/> 伊朗人	<input type="checkbox"/> 其他，請註明： _____
<input type="checkbox"/> 亞裔印度人	<input type="checkbox"/> 韓國人	<input type="checkbox"/> 不詳
<input type="checkbox"/> 黑人	<input type="checkbox"/> 老撾人	<input type="checkbox"/> 拒絕回答
<input type="checkbox"/> 中國人	<input type="checkbox"/> 拉美裔	
<input type="checkbox"/> 歐洲人	<input type="checkbox"/> 墨西哥人	

您用作醫療保健溝通的首選語言：		
文字 語言 <input type="checkbox"/> 美式手語 (ASL) <input type="checkbox"/> 阿拉伯語 <input type="checkbox"/> 保加利亞語 <input type="checkbox"/> 中文 / 廣東話 <input type="checkbox"/> 中文 / 國語 <input type="checkbox"/> 英語 <input type="checkbox"/> 韓語	文字 語言 <input type="checkbox"/> 高棉語 <input type="checkbox"/> 老撾語 <input type="checkbox"/> 波斯語 <input type="checkbox"/> 波蘭語 <input type="checkbox"/> 旁遮普語 <input type="checkbox"/> 俄語 <input type="checkbox"/> 西班牙語	文字 語言 <input type="checkbox"/> 他加祿語 / 菲律賓語 <input type="checkbox"/> 南語 <input type="checkbox"/> 其他，請註明： <hr/> <input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 拒絕回答
您出生時的指定性別？		
<input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 拒絕回答		
您的首選代名詞？		
<input type="checkbox"/> 他/他/他的 <input type="checkbox"/> 他們/他們/他們的（中性單數或複數） <input type="checkbox"/> 沒有代名詞 <input type="checkbox"/> 拒絕回答 <input type="checkbox"/> 她/她/她的 <input type="checkbox"/> Ze/Zir/Zirs（中性單數，適合不想使用「他們」） <input type="checkbox"/> 其他，請註明：_____		
您目前的性別？		
<input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 跨性別男 / 女性轉男性 (FTM) <input type="checkbox"/> 跨性別女 / 男性轉女性 (MTF) <input type="checkbox"/> 別酷兒（非二元性別）		<input type="checkbox"/> 其他性別或其他，請註明： <hr/> <input type="checkbox"/> 拒絕回答
您的性取向？		
<input type="checkbox"/> 女同性戀 / 男同性戀 / 同性戀 <input type="checkbox"/> 異性戀 <input type="checkbox"/> 雙性戀		<input type="checkbox"/> 其他，請描述： <hr/> <input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 拒絕回答
2. 家屬資料		
<input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 同居伴侶	姓: _____	名: _____ 中間名: _____
出生日期 (月/日/年) : _____ / _____ / _____		社會安全號碼: _____
主診醫生 (PCP) : _____		醫療團體: _____ 目前是否此醫生的病人? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
您是屬於哪個種族？（選擇所有適合選項）		
<input type="checkbox"/> 美洲印第安人或阿拉斯加原住民 <input type="checkbox"/> 亞洲人 <input type="checkbox"/> 黑人或非裔美國人 <input type="checkbox"/> 西班牙裔或拉丁裔 <input type="checkbox"/> 夏威夷原住民或其他太平洋島民 <input type="checkbox"/> 白人/ 高加索人		<input type="checkbox"/> 其他，請註明： <hr/> <input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 拒絕回答
您是屬於哪個族裔？（選擇所有適合選項）		
<input type="checkbox"/> 非裔美國人 <input type="checkbox"/> 美國人 <input type="checkbox"/> 阿拉伯人 <input type="checkbox"/> 亞裔印度人 <input type="checkbox"/> 黑人 <input type="checkbox"/> 中國人 <input type="checkbox"/> 歐洲人		<input type="checkbox"/> 菲律賓人 <input type="checkbox"/> 西班牙裔/拉丁裔 <input type="checkbox"/> 伊朗人 <input type="checkbox"/> 韓國人 <input type="checkbox"/> 老撾人 <input type="checkbox"/> 拉美裔 <input type="checkbox"/> 墨西哥人
		<input type="checkbox"/> 俄羅斯人 <input type="checkbox"/> 越南人 <input type="checkbox"/> 其他，請註明：_____
		<input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 拒絕回答

您用作醫療保健溝通的首選語言：			
文字 語言 <input type="checkbox"/> 美式手語 (ASL) <input type="checkbox"/> 阿拉伯語 <input type="checkbox"/> 保加利亞語 <input type="checkbox"/> 中文 / 廣東話 <input type="checkbox"/> 中文 / 國語 <input type="checkbox"/> 英語 <input type="checkbox"/> 韓語	文字 語言 <input type="checkbox"/> 高棉語 <input type="checkbox"/> 老撾語 <input type="checkbox"/> 波斯語 <input type="checkbox"/> 波蘭語 <input type="checkbox"/> 旁遮普語 <input type="checkbox"/> 俄語 <input type="checkbox"/> 西班牙語	文字 語言 <input type="checkbox"/> 他加祿語 / 菲律賓語 <input type="checkbox"/> 南語 <input type="checkbox"/> 其他，請註明： _____ <input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 拒絕回答	
您出生時的指定性別？			
<input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 拒絕回答			
您的首選代名詞？			
<input type="checkbox"/> 他/他/他的 <input type="checkbox"/> 他們/他們/他們的（中性單數或複數） <input type="checkbox"/> 沒有代名詞 <input type="checkbox"/> 拒絕回答 <input type="checkbox"/> 她/她/她的 <input type="checkbox"/> Ze/Zir/Zirs（中性單數，適合不想使用「他們」） <input type="checkbox"/> 其他，請註明： _____			
您目前的性別？			
<input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 跨性別男 / 女性轉男性 (FTM) <input type="checkbox"/> 跨性別女 / 男性轉女性 (MTF) <input type="checkbox"/> 別酷兒（非二元性別）		<input type="checkbox"/> 其他性別或其他，請註明： _____ <input type="checkbox"/> 拒絕回答	
您的性取向？			
<input type="checkbox"/> 女同性戀 / 男同性戀 / 同性戀 <input type="checkbox"/> 異性戀 <input type="checkbox"/> 雙性戀		<input type="checkbox"/> 其他，請描述： _____ <input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 拒絕回答	
<input type="checkbox"/> 家屬 # 1	姓:	名:	中間名:
出生日期 (月/日/年) : / /		社會安全號碼:	
主診醫生 (PCP) :		醫療團體:	目前是否此醫生的病人? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
您是屬於哪個種族？（選擇所有適合選項）			
<input type="checkbox"/> 美洲印第安人或阿拉斯加原住民 <input type="checkbox"/> 亞洲人 <input type="checkbox"/> 黑人或非裔美國人 <input type="checkbox"/> 西班牙裔或拉丁裔 <input type="checkbox"/> 夏威夷原住民或其他太平洋島民 <input type="checkbox"/> 白人/高加索人		<input type="checkbox"/> 其他，請註明： _____ <input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 拒絕回答	
您是屬於哪個族裔？（選擇所有適合選項）			
<input type="checkbox"/> 非裔美國人 <input type="checkbox"/> 美國人 <input type="checkbox"/> 阿拉伯人 <input type="checkbox"/> 亞裔印度人 <input type="checkbox"/> 黑人 <input type="checkbox"/> 中國人 <input type="checkbox"/> 歐洲人		<input type="checkbox"/> 菲律賓人 <input type="checkbox"/> 西班牙裔/拉丁裔 <input type="checkbox"/> 伊朗人 <input type="checkbox"/> 韓國人 <input type="checkbox"/> 老撾人 <input type="checkbox"/> 拉美裔 <input type="checkbox"/> 墨西哥人	
<input type="checkbox"/> 俄羅斯人 <input type="checkbox"/> 越南人 <input type="checkbox"/> 其他，請註明： _____ <input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 拒絕回答			
您用作醫療保健溝通的首選語言：			
文字 語言 <input type="checkbox"/> 美式手語 (ASL) <input type="checkbox"/> 阿拉伯語 <input type="checkbox"/> 保加利亞語 <input type="checkbox"/> 中文 / 廣東話 <input type="checkbox"/> 中文 / 國語 <input type="checkbox"/> 英語 <input type="checkbox"/> 韓語	文字 語言 <input type="checkbox"/> 高棉語 <input type="checkbox"/> 老撾語 <input type="checkbox"/> 波斯語 <input type="checkbox"/> 波蘭語 <input type="checkbox"/> 旁遮普語 <input type="checkbox"/> 俄語 <input type="checkbox"/> 西班牙語	文字 語言 <input type="checkbox"/> 他加祿語 / 菲律賓語 <input type="checkbox"/> 南語 <input type="checkbox"/> 其他，請註明： _____ <input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 拒絕回答	

您出生時的指定性別？			
<input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 拒絕回答			
您的首選代名詞？			
<input type="checkbox"/> 他/他/他的 <input type="checkbox"/> 他們/他們/他們的（中性單數或複數） <input type="checkbox"/> 沒有代名詞 <input type="checkbox"/> 拒絕回答 <input type="checkbox"/> 她/她/她的 <input type="checkbox"/> Ze/Zir/Zirs（中性單數，適合不想使用「他們」） <input type="checkbox"/> 其他，請註明：_____			
您目前的性別？			
<input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 跨性別男 / 女性轉男性 (FTM) <input type="checkbox"/> 跨性別女 / 男性轉女性 (MTF) <input type="checkbox"/> 別酷兒（非二元性別）		<input type="checkbox"/> 其他性別或其他，請註明：_____ <input type="checkbox"/> 拒絕回答	
您的性取向？			
<input type="checkbox"/> 女同性戀 / 男同性戀 / 同性戀 <input type="checkbox"/> 異性戀 <input type="checkbox"/> 雙性戀		<input type="checkbox"/> 其他，請描述：_____ <input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 拒絕回答	
家屬 # 2			
姓:		名:	中間名:
出生日期 (月/日/年) : / /		社會安全號碼:	
主診醫生 (PCP) :		醫療團體:	目前是否此醫生的病人? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
您是屬於哪個種族？（選擇所有適合選項）			
<input type="checkbox"/> 美洲印第安人或阿拉斯加原住民 <input type="checkbox"/> 亞洲人 <input type="checkbox"/> 黑人或非裔美國人 <input type="checkbox"/> 西班牙裔或拉丁裔 <input type="checkbox"/> 夏威夷原住民或其他太平洋島民 <input type="checkbox"/> 白人/ 高加索人		<input type="checkbox"/> 其他，請註明：_____ <input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 拒絕回答	
您是屬於哪個族裔？（選擇所有適合選項）			
<input type="checkbox"/> 非裔美國人 <input type="checkbox"/> 美國人 <input type="checkbox"/> 阿拉伯人 <input type="checkbox"/> 亞裔印度人 <input type="checkbox"/> 黑人 <input type="checkbox"/> 中國人 <input type="checkbox"/> 歐洲人	<input type="checkbox"/> 菲律賓人 <input type="checkbox"/> 西班牙裔/拉丁裔 <input type="checkbox"/> 伊朗人 <input type="checkbox"/> 韓國人 <input type="checkbox"/> 老撾人 <input type="checkbox"/> 拉美裔 <input type="checkbox"/> 墨西哥人	<input type="checkbox"/> 俄羅斯人 <input type="checkbox"/> 越南人 <input type="checkbox"/> 其他，請註明：_____ <input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 拒絕回答	
您用作醫療保健溝通的首選語言：			
文字 語言 <input type="checkbox"/> 美式手語 (ASL) <input type="checkbox"/> 阿拉伯語 <input type="checkbox"/> 保加利亞語 <input type="checkbox"/> 中文 / 廣東話 <input type="checkbox"/> 中文 / 國語 <input type="checkbox"/> 英語 <input type="checkbox"/> 韓語	文字 語言 <input type="checkbox"/> 高棉語 <input type="checkbox"/> 老撾語 <input type="checkbox"/> 波斯語 <input type="checkbox"/> 波蘭語 <input type="checkbox"/> 旁遮普語 <input type="checkbox"/> 俄語 <input type="checkbox"/> 西班牙語	文字 語言 <input type="checkbox"/> 他加祿語 / 菲律賓語 <input type="checkbox"/> 南語 <input type="checkbox"/> 其他，請註明：_____ <input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 拒絕回答	
您出生時的指定性別？			
<input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 拒絕回答			
您的首選代名詞？			
<input type="checkbox"/> 他/他/他的 <input type="checkbox"/> 他們/他們/他們的（中性單數或複數） <input type="checkbox"/> 沒有代名詞 <input type="checkbox"/> 拒絕回答 <input type="checkbox"/> 她/她/她的 <input type="checkbox"/> Ze/Zir/Zirs（中性單數，適合不想使用「他們」） <input type="checkbox"/> 其他，請註明：_____			
您目前的性別？			
<input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 跨性別男 / 女性轉男性 (FTM) <input type="checkbox"/> 跨性別女 / 男性轉女性 (MTF) <input type="checkbox"/> 別酷兒（非二元性別）		<input type="checkbox"/> 其他性別或其他，請註明：_____ <input type="checkbox"/> 拒絕回答	

您的性取向？			
<input type="checkbox"/> 女同性戀 / 男同性戀 / 同性戀 <input type="checkbox"/> 異性戀 <input type="checkbox"/> 雙性戀		<input type="checkbox"/> 其他，請描述： _____ <input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 拒絕回答	
家屬 # 3			
姓: _____		名: _____	中間名: _____
出生日期 (月/日/年) : / /		社會安全號碼: _____	
主診醫生 (PCP) :		醫療團體: _____	目前是否此醫生的病人? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
您是屬於哪個種族？（選擇所有適合選項）			
<input type="checkbox"/> 美洲印第安人或阿拉斯加原住民 <input type="checkbox"/> 亞洲人 <input type="checkbox"/> 黑人或非裔美國人 <input type="checkbox"/> 西班牙裔或拉丁裔 <input type="checkbox"/> 夏威夷原住民或其他太平洋島民 <input type="checkbox"/> 白人/高加索人		<input type="checkbox"/> 其他，請註明： _____ <input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 拒絕回答	
您是屬於哪個族裔？（選擇所有適合選項）			
<input type="checkbox"/> 非裔美國人 <input type="checkbox"/> 美國人 <input type="checkbox"/> 阿拉伯人 <input type="checkbox"/> 亞裔印度人 <input type="checkbox"/> 黑人 <input type="checkbox"/> 中國人 <input type="checkbox"/> 歐洲人	<input type="checkbox"/> 菲律賓人 <input type="checkbox"/> 西班牙裔/拉丁裔 <input type="checkbox"/> 伊朗人 <input type="checkbox"/> 韓國人 <input type="checkbox"/> 老撾人 <input type="checkbox"/> 拉美裔 <input type="checkbox"/> 墨西哥人	<input type="checkbox"/> 俄羅斯人 <input type="checkbox"/> 越南人 <input type="checkbox"/> 其他，請註明： _____ <input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 拒絕回答	
您用作醫療保健溝通的首選語言：			
文字 語言 <input type="checkbox"/> 美式手語 (ASL) <input type="checkbox"/> 阿拉伯語 <input type="checkbox"/> 保加利亞語 <input type="checkbox"/> 中文 / 廣東話 <input type="checkbox"/> 中文 / 國語 <input type="checkbox"/> 英語 <input type="checkbox"/> 韓語	文字 語言 <input type="checkbox"/> 高棉語 <input type="checkbox"/> 老撾語 <input type="checkbox"/> 波斯語 <input type="checkbox"/> 波蘭語 <input type="checkbox"/> 旁遮普語 <input type="checkbox"/> 俄語 <input type="checkbox"/> 西班牙語	文字 語言 <input type="checkbox"/> 他加祿語 / 菲律賓語 <input type="checkbox"/> 南語 <input type="checkbox"/> 其他，請註明： _____ <input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 拒絕回答	
您出生時的指定性別？			
<input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 拒絕回答			
您的首選代名詞？			
<input type="checkbox"/> 他/他/他的 <input type="checkbox"/> 他們/他們/他們的（中性單數或複數） <input type="checkbox"/> 沒有代名詞 <input type="checkbox"/> 拒絕回答 <input type="checkbox"/> 她/她/她的 <input type="checkbox"/> Ze/Zir/Zirs（中性單數，適合不想使用「他們」） <input type="checkbox"/> 其他，請註明： _____			
您目前的性別？			
<input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 跨性別男 / 女性轉男性 (FTM) <input type="checkbox"/> 跨性別女 / 男性轉女性 (MTF) <input type="checkbox"/> 別酷兒（非二元性別）		<input type="checkbox"/> 其他性別或其他，請註明： _____ <input type="checkbox"/> 拒絕回答	
您的性取向？			
<input type="checkbox"/> 女同性戀 / 男同性戀 / 同性戀 <input type="checkbox"/> 異性戀 <input type="checkbox"/> 雙性戀		<input type="checkbox"/> 其他性別或其他，請註明： _____ <input type="checkbox"/> 拒絕回答	
家屬 # 4			
姓: _____		名: _____	中間名: _____
出生日期 (月/日/年) : / /		社會安全號碼: _____	
主診醫生 (PCP) :		醫療團體: _____	目前是否此醫生的病人? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

您是屬於哪個種族？（選擇所有適合選項）		
<input type="checkbox"/> 美洲印第安人或阿拉斯加原住民 <input type="checkbox"/> 亞洲人 <input type="checkbox"/> 黑人或非裔美國人 <input type="checkbox"/> 西班牙裔或拉丁裔 <input type="checkbox"/> 夏威夷原住民或其他太平洋島民 <input type="checkbox"/> 白人/高加索人		<input type="checkbox"/> 其他，請註明： _____ <input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 拒絕回答
您是屬於哪個族裔？（選擇所有適合選項）		
<input type="checkbox"/> 非裔美國人 <input type="checkbox"/> 美國人 <input type="checkbox"/> 阿拉伯人 <input type="checkbox"/> 亞裔印度人 <input type="checkbox"/> 黑人 <input type="checkbox"/> 中國人 <input type="checkbox"/> 歐洲人	<input type="checkbox"/> 菲律賓人 <input type="checkbox"/> 西班牙裔/拉丁裔 <input type="checkbox"/> 伊朗人 <input type="checkbox"/> 韓國人 <input type="checkbox"/> 老撾人 <input type="checkbox"/> 拉美裔 <input type="checkbox"/> 墨西哥人	<input type="checkbox"/> 俄羅斯人 <input type="checkbox"/> 越南人 <input type="checkbox"/> 其他，請註明： _____ <input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 拒絕回答
您用作醫療保健溝通的首選語言：		
文字 語言 <input type="checkbox"/> 美式手語 (ASL) <input type="checkbox"/> 阿拉伯語 <input type="checkbox"/> 保加利亞語 <input type="checkbox"/> 中文 / 廣東話 <input type="checkbox"/> 中文 / 國語 <input type="checkbox"/> 英語 <input type="checkbox"/> 韓語	文字 語言 <input type="checkbox"/> 高棉語 <input type="checkbox"/> 老撾語 <input type="checkbox"/> 波斯語 <input type="checkbox"/> 波蘭語 <input type="checkbox"/> 旁遮普語 <input type="checkbox"/> 俄語 <input type="checkbox"/> 西班牙語	文字 語言 <input type="checkbox"/> 他加祿語 / 菲律賓語 <input type="checkbox"/> 南語 <input type="checkbox"/> 其他，請註明： _____ <input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 拒絕回答
您出生時的指定性別？		
<input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 拒絕回答		
您的首選代名詞？		
<input type="checkbox"/> 他/他/他的 <input type="checkbox"/> 他們/他們/他們的（中性單數或複數） <input type="checkbox"/> 沒有代名詞 <input type="checkbox"/> 拒絕回答 <input type="checkbox"/> 她/她/她的 <input type="checkbox"/> Ze/Zir/Zirs（中性單數，適合不想使用「他們」） <input type="checkbox"/> 其他，請註明： _____		
您目前的性別？		
<input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 跨性別男 / 女性轉男性 (FTM) <input type="checkbox"/> 跨性別女 / 男性轉女性 (MTF) <input type="checkbox"/> 別酷兒（非二元性別）		<input type="checkbox"/> 其他性別或其他，請註明： _____ <input type="checkbox"/> 拒絕回答
您的性取向？		
<input type="checkbox"/> 女同性戀 / 男同性戀 / 同性戀 <input type="checkbox"/> 異性戀 <input type="checkbox"/> 雙性戀		<input type="checkbox"/> 其他性別或其他，請註明： _____ <input type="checkbox"/> 拒絕回答

3. 聯邦保健資料 (Medicare)

以上申請人目前是否擁有聯邦保健？

否 是，請附上聯邦保健卡的副本，及填寫姓名: _____

4. 披露個人及健康病歷資料

Balance 明白保護您及您家屬的個人及健康病歷資料的重要性。不論是電子、書寫、及口述形式，Balance 均會保護您的資料。除非受法律批准，否則 Balance 不會在沒有您授權的情況下披露您的資料。以提供給您醫療保障，依據州及聯邦法例，Balance 獲准從醫療提供者、保險公司、保險支助機構、醫療保健公司或您的保險經紀人獲取您及您家屬的個人及健康病歷資料。Balance 獲准披露您及您家屬的個人及健康病歷資料給予醫療提供者、保險公司、保險支助機構、醫療保健公司或您的保險經紀人。有關您個人及健康病歷資料保密的完整說明，請查閱 Balance 的條款及程序(「資料保密規定通知」)。您可致電會員部索取，或到 Balance 的網頁下載。

5. 仲裁協議

本人已了解(除小額理賠情況外)任何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，包括醫療過失索償(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。簽署本合約之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，請查詢保障說明書。

僱員簽名	僱員姓名(請用正楷填寫):	日期(月/日/年): / /
僱主或受權代表簽名:	僱主或受權代表姓名及職位 (請用正楷填寫):	日期(月/日/年): / /

拒絕/豁免投保表格



只適用於拒絕投保 Balance by CCHP 的員工或其家屬

公司名稱	公司保單號碼
拒絕投保的僱員名字	

填寫此表格如果您或您的家屬（包括您的配偶）已擁有其他健康保險而拒絕參加此計劃。您或您的家屬將來可以再申請參加。您的申請必須在您的其他保險是在不自願的情下結束後 60 天內提交給Balance。

此外，如您沒有參加僱主的團體健康計劃，但基於婚姻，出生，領養或安置新的受撫養人，您可以為自己及您的家屬申請。申請必須在事發 60 天內提交給 Balance。

家屬姓名	關係
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

拒絕參加原因	
請選擇拒絕原因:	
<input type="checkbox"/> 已參加配偶/同居伴侶僱主提供的醫療保險計劃。 保險公司名稱及會員號碼：_____	
<input type="checkbox"/> 參加了 Medicare 和/或 Medi-Cal	
<input type="checkbox"/> 其他: _____	
拒絕投保僱員簽名 / 日期	僱主簽名 / 日期

僱主必須保留此已簽名的表格。

有關更多資訊

請聯絡 **Balance** 銷售團隊

致電或電郵

星期一至星期日，上午 8 時至晚上 8 時



1-800-893-1598

(聽力殘障人士 TTY: 1-877-681-8898)



Sales@BalanceByCCHP.com

Balance by 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。