

Đơn dành cho chủ nhân cơ sở thương mại nhỏ/ Employer Application for Small Business



Thuần Việt Kiến Thẻ Bảo/
AsianTreasure

Để tránh chậm trễ trong việc xử lý đơn, xin quý vị nên nhớ: /To avoid processing delays, please make sure you:

- 1 Trả lời các câu hỏi đầy đủ và trung thực. /Answer all questions completely and accurately.
 - 2 Hoàn tất và nộp Đơn Lựa chọn Quyền Lợi và Chương trình Bảo hiểm. /Complete and submit the Product and Benefit Selection Form.
 - 3 Nộp hóa đơn mới nhất có liệt kê những người đang được đài thọ bảo hiểm và tình trạng hiện tại. /Submit the most recent billing statement listing those currently insured and current status.
 - 4 Nộp thông tin mới nhất về tiền lương và thuế vụ. /Submit most recent wage and tax information.
 - 5 Nộp kèm một ngân phiếu đóng tiền cọc cho lệ phí của tháng đầu tiên. /Include a deposit check for the first month's premium.
- ĐỪNG HỦY BỎ HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM QUÝ VỊ ĐANG CÓ CHO ĐẾN KHI QUÝ VỊ NHẬN ĐƯỢC GIẤY THÔNG BÁO CHẤP THUẬN ĐƠN/DO NOT CANCEL YOUR EXISTING COVERAGE UNTIL YOU RECEIVE WRITTEN NOTIFICATION OF APPROVAL.**

UnitedHealthCare Insurance Company
UnitedHealthCare of Texas, Inc.
National Pacific Dental, Inc.
Unimerica Insurance Company
PacifiCare Life & Health Insurance Company

Thông tin tổng quát/General Information

Tên pháp lý của nhóm/Group's Legal Name			Ngày hiệu lực được yêu cầu/ Requested Effective Date		
Tên của nhóm sẽ được in trên thẻ ID hội viên (tối đa là 30 mẫu tự)/Group Name to appear on ID card (maximum 30 characters)					
Địa chỉ/Address				Số ID thuế vụ/Tax ID	
Thành phố/City	Tiểu bang/State	Mã bưu điện/Zip Code	Tên của chủ nhân/người hợp tác (nếu có)/Names of Owners/Partners (if applicable)		
Người liên lạc/Contact Person	Điện thoại/Telephone	Số fax/Fax	Địa chỉ điện thư/Email Address		
Địa chỉ gửi hóa đơn (nếu không cùng địa chỉ bên trên)/Billing Address (If Different)				Số năm hoạt động thương mại/ # of Years in Business	
Hình thức tổ chức thương mại/Organization Type <input type="checkbox"/> Công ty Hợp danh/Partnership <input type="checkbox"/> Làm việc độc lập theo hợp đồng/Ind. Contractor <input type="checkbox"/> Công ty loại C/C-Corp <input type="checkbox"/> Vô vụ lợi/Non-Profit <input type="checkbox"/> Công ty loại S/S-Corp <input type="checkbox"/> Công ty tư nhân/Sole Proprietor <input type="checkbox"/> Công ty Trách nhiệm Hữu hạn/LLC/LLP <input type="checkbox"/> Hình thức khác/Other			Hình thức kinh doanh/ Nature of Business		Mã phân loại kỹ nghệ (SIC)/ Industry (SIC) Code
Tổ chức có nhiều địa điểm/ Multi-Location Group <input type="checkbox"/> Có/Yes <input type="checkbox"/> Không/No	Tổng số địa điểm/ # Locations	Địa chỉ các địa điểm (hoặc liệt kê trên một trang khác)/ Address(es) (or list on additional sheet of paper)			
Số giờ làm việc mỗi tuần để hội đủ điều kiện/# Hours per week to be eligible	Thời gian nhân viên mới tuyển dụng phải chờ/Waiting Period for new hires	<input type="checkbox"/> Ngày đầu của tháng có hợp đồng bảo hiểm từ sau ngày tuyển dụng/1st of Policy Month following Date of Hire <input type="checkbox"/> Ngày đầu của tháng có hợp đồng bảo hiểm sau/1st of Policy Month following [0-90] ngày làm việc/[0-90] days of employment <input type="checkbox"/> Ngày tuyển dụng (không có thời gian chờ)/Date of Hire (no waiting period) <input type="checkbox"/> [0-90] ngày làm việc từ sau ngày tuyển dụng/[0-90] days of employment following Date of Hire		Thời gian chờ được miễn cho người ghi danh lần đầu tiên/Waiting Period waived for initial enrollees <input type="checkbox"/> Có/Yes <input type="checkbox"/> Không/No	
Có bảo hiểm lao động/ Have Worker's Comp <input type="checkbox"/> Có/Yes <input type="checkbox"/> Không/No	Tên của công ty bảo hiểm lao động/ Worker's Comp Carrier Name	Tên của chủ nhân/người hợp tác không được quyền lợi bảo hiểm lao động/Names of Owners/Partners not covered by Workers' Comp:			
Tên của những người đang trong chương trình COBRA/Tiếp tục/Names of Persons currently on COBRA/Continuation:					
<input type="checkbox"/> Xem danh sách đính kèm/See Attached List <input type="checkbox"/> Không có người nào/None					
Nhóm có bảo hiểm qua UnitedHealthcare hoặc PacifiCare trong 12 tháng vừa qua không/Has the Group been insured by UnitedHealthcare or PacifiCare in the last 12 months: <input type="checkbox"/> Có/Yes <input type="checkbox"/> Không/No					
Nếu có, hợp đồng bảo hiểm chấm dứt vào ngày nào/If yes, date coverage terminated: / /					

Tên của công ty bảo hiểm y tế hiện tại/Name of Current Medical Carrier	Ngày bắt đầu/Begin Date ___/___/___	Tên của công ty bảo hiểm nha khoa hiện tại/Name of Current Dental Carrier	Ngày bắt đầu/Begin Date ___/___/___
	Ngày chấm dứt/End Date ___/___/___		Ngày chấm dứt/End Date ___/___/___
<input type="checkbox"/> Không có công ty nào/None		<input type="checkbox"/> Không có công ty nào/None	

Hiện nay quý vị có đang cung cấp, hoặc có ý định sẽ cung cấp, chương trình Tài khoản Hoàn trả Chi phí Y tế (Health Reimbursement Account, hay HRA) và/hoặc chương trình bảo hiểm bổ sung tự nguyện hay bắt buộc tham gia (thí dụ như chứng bệnh nghiêm trọng, thu nhập trong lúc nằm bệnh viện, hoàn trả tiền khấu trừ, v.v.) cùng với chương trình bảo hiểm UnitedHealthcare hoặc PacifiCare này không? Vui lòng trả lời chính xác, cho biết chương trình này được mua từ UnitedHealthcare, PacifiCare, hoặc từ một công ty bảo hiểm hay một thành phần thứ ba quản lý HRA nào khác./Do you currently offer or intend to offer a Health Reimbursement Account plan and/or voluntary or involuntary supplemental insurance (e.g., critical illness, hospital income, deductible reimbursement, etc.) policy along side this UnitedHealthcare or PacifiCare medical plan? Answers must be accurate whether purchased from UnitedHealthcare, PacifiCare, or any other insurer or third party administrator.

HRA/HRA Có/Yes Không/No Nếu có, vui lòng cho biết loại nào/If yes, please identify type: Definity Standard HRA/Definity Standard HRA Definity Select HRA/Definity Select HRA Chương trình Quản lý HRA khác/Other Administrator HRA

Bảo hiểm bổ sung/Supplemental Insurance Có/Yes Không/No

Nếu quý vị trả lời "có" cho chương trình HRA, quý vị phải chọn chương trình HRA trong danh sách các chương trình bảo hiểm hội đủ điều kiện của chương trình Definity HRA mà nhà môi giới hay đại diện trình bày với quý vị. Các chương trình bảo hiểm khác không hợp lệ để được cùng sử dụng với chương trình Tài khoản Hoàn trả Chi phí Y tế./If you answered "Yes" for HRA, you must choose from the list of Definity HRA-eligible benefit plans as shown to you by your broker or agent. Other plans are not eligible for pairing with a Health Reimbursement Account.

Tham gia chương trình/Participation	Số người nộp đơn cho/ # Applying for:	Số người được miễn cho/ # Waiving for:	Đóng góp/ Contribution	% đóng góp của chủ nhân/ công ty/ Employer %	% đóng góp của nhân viên/ Employee%	% đóng góp của chủ nhân/công ty cho tiền cọc/ Employer % for Dep
Số nhân viên toàn thời gian/# Full Time Employees	Y tế/ Medical	Y tế/ Medical	Y tế/Medical			
Số nhân viên bán thời gian/# Part Time Employees	Nhân thọ/ Life	Nhân thọ/ Life	Nhân thọ/Life			
Số nhân viên không đủ điều kiện/ # Ineligible Employees	Nha khoa/ Dental	Nha khoa/ Dental	Nha khoa/Dental			
	Nhãn khoa/ Vision	Nhãn khoa/ Vision	Nhãn khoa/Vision			
Tổng số nhân viên/ Total # Employees	Chương trình khác/ Other	Chương trình khác/ Other	Chương trình khác/ Other			

Các quyền lợi do "UnitedHealthcare and Affiliates" đài thọ:

Quyền lợi bảo hiểm y tế được đài thọ bởi United HealthCare Insurance Company (PPO, bồi thường) hoặc United HealthCare of Texas, Inc. (HMO) hoặc PacifiCare Life & Health Insurance Company (PPO, bồi thường)

Quyền lợi bảo hiểm nha khoa được đài thọ bởi United HealthCare Insurance Company (bồi thường) hoặc National Pacific Dental, Inc. (DMO)

Quyền lợi bảo hiểm nhân thọ được đài thọ bởi United HealthCare Insurance Company hoặc Unimerica Insurance Company

Quyền lợi bảo hiểm nhãn khoa được đài thọ bởi United HealthCare Insurance Company (PPO, bồi thường) hoặc Unimerica Insurance Company (PPO, bồi thường)/ Coverage Provided by "UnitedHealthcare and Affiliates":

Medical coverage provided by United HealthCare Insurance Company (PPO, indemnity) or United HealthCare of Texas, Inc. (HMO) or PacifiCare Life & Health Insurance Company (PPO, indemnity)

Dental coverage United HealthCare Insurance Company (indemnity) or National Pacific Dental, Inc. (DMO)

Life Insurance coverage provided by United HealthCare Insurance Company or Unimerica Insurance Company

Vision coverage provided by United HealthCare Insurance Company (PPO, indemnity) or Unimerica Insurance Company (PPO, indemnity)

LUẬT BẢO HIỂM CỦA TIỂU BANG QUÝ VỊ ĐÒI HỎI TẤT CẢ CÁC CÔNG TY BẢO HIỂM PHỤC VỤ THỊ TRƯỜNG CÁC NHÓM NHỎ PHẢI CUNG CẤP TẤT CẢ CÁC CHƯƠNG TRÌNH BẢO HIỂM MÀ CÁC CÔNG TY NÀY KINH DOANH CHO CÁC CÔNG TY NHỎ CÓ TỪ 2 ĐẾN 50 NHÂN VIÊN, MỘT KHI ĐƯỢC SỰ YÊU CẦU CỦA MỘT CHỦ NHÂN CÔNG TY NHỎ CHO ĐẾN TOÀN THỂ NHÓM NHỎ, BẤT KỂ TÌNH TRẠNG SỨC KHỎE CỦA CÁ NHÂN NÀO TRONG NHÓM./YOUR STATE INSURANCE LAW REQUIRES ALL CARRIERS IN THE SMALL GROUP MARKET TO ISSUE ANY HEALTH BENEFIT PLAN IT MARKETS TO SMALL EMPLOYERS OF 2-50 ELIGIBLE EMPLOYEES, UPON THE REQUEST OF A SMALL EMPLOYER TO THE ENTIRE SMALL GROUP, REGARDLESS OF THE HEALTH STATUS OF ANY OF THE INDIVIDUALS IN THE GROUP.

Các câu hỏi về tổng số nhân viên trong nhóm/Questions Regarding Group Size

<input type="checkbox"/> COBRA/COBRA <input type="checkbox"/> Tiếp tục theo tiểu bang/St. Continuation	Thế theo luật pháp liên bang, nếu nhóm của quý vị có 20 nhân viên hay nhiều hơn trong hồ sơ lương bổng của công ty, trong ít nhất là 50% của ngày làm việc của nhóm trong năm trước, quý vị phải cấp cho nhân viên chương trình bảo hiểm tiếp tục COBRA. Theo luật pháp tiểu bang, không kể con số nhân viên trong nhóm của quý vị, chúng tôi sẽ cung cấp chương trình Tiếp tục theo Tiểu bang./Under federal law, if your group had 20 or more employees on your payroll on at least 50% of the group's working days of the preceding calendar year, you must provide employees with COBRA continuation. Under state law, regardless of your group's size, we will offer State Continuation.
<input type="checkbox"/> Chương trình Medicare là căn bản/Medicare Primary <input type="checkbox"/> Chương trình bảo hiểm là căn bản/Plan Primary	Thế theo luật liên bang, nếu nhóm của quý vị có 20 nhân viên hoặc nhiều hơn, trong 20 tuần hoặc lâu hơn trong năm trước, Chương trình Bảo hiểm Y tế là chương trình căn bản và Medicare là chương trình phụ. Điều này không trình bày tất cả các điều lệ áp dụng trên thể chế Medicare ở cấp nhóm. Nhóm cần liên lạc với (các) cố vấn pháp lý và/hoặc thuế vụ để biết thông tin về những điều lệ khác mà có thể ảnh hưởng đến thể chế Medicare của Nhóm. Thế theo luật liên bang, Nhóm có trách nhiệm xác định chính xác thể chế Medicare của Nhóm./Under federal law, if your group had 20 or more employees during 20 or more calendar weeks in the preceding calendar year, the Health Plan is primary and Medicare is secondary. This statement does not set forth all rules governing group level Medicare status. The Group should contact their legal and/or tax advisor(s) for information regarding other rules that may impact the Group's Medicare status. Under federal law it is the Group's responsibility to accurately determine its Medicare status.
<input type="checkbox"/> Có/Yes <input type="checkbox"/> Không/No	Có tổ chức hay thực thể nào liên quan đến nhóm này mà có đủ điều kiện để cùng khai thuế lợi tức thế theo Phần 414 của Đạo luật Thuế vụ hay không? Nếu có, vui lòng cho biết các tên pháp lý của tất cả các tổ hợp công ty khác và tổng số nhân viên của mỗi công ty./Are there any other entities associated with this group that are eligible to file a combined tax return under Section 414 of the Internal Revenue Code? If yes, please give the legal names of all other corporations and the number of employees employed by each.

Thông tin quan trọng/Important Information

Tôi hiểu là Chứng từ Bảo hiểm hoặc Bản Tóm tắt Chương trình Bảo hiểm và những tài liệu, thông báo và thông tin liên lạc khác liên quan đến các quyền lợi bảo hiểm ghi trong đơn này có thể được chuyển đến cho tôi và cho nhân viên thuộc trong Nhóm bằng phương tiện điện tử.

Tôi xác nhận là, với mọi sự hiểu biết của tôi, thông tin mà tôi cung cấp trong đơn này – kể cả thông tin về những người thụ hưởng quyền lợi hợp lệ và những người phụ thuộc đã chọn tiếp tục tham gia chương trình bảo hiểm qua chương trình COBRA hoặc chương trình bảo hiểm tiếp tục của tiểu bang – đều chính xác và trung thực. Tôi hiểu là UnitedHealthcare and Affiliates sẽ căn cứ vào thông tin mà tôi cung cấp để cứu xét tình trạng hội đủ điều kiện tham gia chương trình bảo hiểm, đưa ra mức lệ phí và để dùng trong những mục đích khác, và sự trình bày sai lệch một cách cố ý và nghiêm trọng, hoặc những phát biểu có tính cách gian lận sẽ đưa đến việc hợp đồng bảo hiểm của nhóm bị bãi bỏ, quyền lợi bảo hiểm chấm dứt, lệ phí bị gia tăng hồi tố, bắt đầu từ ngày hợp đồng có hiệu lực, hoặc những hậu quả khác được pháp luật cho phép áp dụng.

Bất cứ ai cố tình gian lận và lường gạt công ty bảo hiểm hoặc một người khác, nộp đơn yêu cầu bảo hiểm, trong đó ghi những thông tin giả dối nghiêm trọng, hoặc với mục đích lừa dối, dấu giếm những thông tin xác thực, người đó có hành động gian lận bảo hiểm, và đó là một tội phạm trước pháp luật.

UnitedHealthcare/PacificCare tường trình về việc thù lao cho nhà cung cấp bảo hiểm: Chúng tôi trả tiền thù lao cho các nhà môi giới và nhân viên đại diện (gọi chung là "nhà cung cấp bảo hiểm") đối với các dịch vụ họ thực hiện liên quan đến việc kinh doanh các sản phẩm bảo hiểm của chúng tôi thế theo mọi điều luật hiện hành. Chúng tôi trả "tiền hoa hồng căn bản" căn cứ vào những yếu tố như loại sản phẩm, số tiền lệ phí hàng tháng, số người trong nhóm và số nhân viên. Số tiền hoa hồng này được phản ánh qua mức lệ phí hàng tháng. Ngoài ra, chúng tôi có thể phát tiền thưởng, thế theo chương trình tiền thưởng thỉnh thoảng được thành lập để khuyến khích việc giới thiệu sản phẩm mới, và để làm phần thưởng khích lệ cho việc đạt mục đích kinh doanh, giữ vững mức theo đuổi, mục tiêu phát triển hoặc những mục đích khác. Tiền thưởng không phản ảnh qua mức lệ phí hàng tháng nhưng được xuất ra từ ngân khoản chi phí hành chánh tổng quát. Nói chung, tổng số tiền dành cho tiền thưởng của chúng tôi chỉ dưới 10% của tổng số tiền thù lao nhà cung cấp bảo hiểm được trả. Quy định của chúng tôi là không trả tiền hoa hồng cho các nhà cung cấp bảo hiểm đối với những sản phẩm mà khách hàng cũng đã trả tiền hoa hồng hay tiền lệ phí nào khác cho nhà cung cấp bảo hiểm. Vui lòng lưu ý là thỉnh thoảng chúng tôi cũng trả tiền cho các nhà cung cấp bảo hiểm đối với các dịch vụ họ thực hiện không liên quan đến việc bán chương trình bảo hiểm (thí dụ như thù lao cho dịch vụ qua hình thức đại lý bảo hiểm hoặc cố vấn).

Tiền thù lao cho các nhà cung cấp bảo hiểm được tiết lộ và trình bày trong Mẫu khai A thuộc Mẫu 5500 ERISA dành cho khách hàng, thế theo đạo luật ERISA. Chúng tôi cung cấp báo cáo Mẫu khai A cho khách hàng. Thêm vào đó, chúng tôi cũng có nội quy để bảo đảm là các nhà cung cấp bảo hiểm tường trình chính xác những thu xếp về thù lao với khách hàng nhưng chúng tôi không chắc chắn là các nhà cung cấp bảo hiểm sẽ hoàn toàn tuân theo nội quy này. Để biết thông tin tổng quát về sự thu xếp về thù lao của các nhà cung cấp bảo hiểm của chúng tôi, kể cả số phần trăm ước tính của phần tiền thưởng so với tổng số tiền thù lao, vui lòng vào trang mạng <http://www.uhc.com> và nhấp vào ô kéo xuống dành cho chủ nhà/công ty dưới tiêu đề "View Our Programs – Producer Payment Programs" (hay "Xem các chương trình của chúng tôi – Chương trình thanh toán thù lao cho nhà cung cấp bảo hiểm".) Để biết thông tin chính xác về tiền thù lao được trả ra liên quan đến hợp đồng bảo hiểm của quý vị, vui lòng liên lạc với nhà cung cấp bảo hiểm của quý vị./

I understand that the Certificate of Coverage or Summary Plan Description, and other documents, notices and communications regarding the coverage indicated on this application may be transmitted electronically to me and to the Group's employees.

I represent that, to the best of my knowledge, the information I have provided in this application – including information regarding qualified beneficiaries and dependents who have elected continuation under COBRA or state continuation laws – is accurate and truthful. I understand that UnitedHealthcare and Affiliates will rely on the information I provide in determining eligibility for coverage, setting premium rates, and other purposes, and that any intentional and material misrepresentation or fraudulent statement may result in rescission of the group policy, termination of coverage, increase in premiums retroactive to the policy date, or other consequences as permitted by law.

Any person who knowingly and with intent to defraud any insurance company or other person files an application for insurance containing any materially false information or conceals, for the purpose of misleading, information concerning any fact material thereto commits a fraudulent insurance act, which is a crime.

UnitedHealthcare/PacifiCare disclosure regarding producer compensation: We pay brokers and agents (referred to collectively as "producers") compensation for their services in connection with the sale of our insured products, in compliance with applicable law. We pay "base commissions" based on factors such as product type, amount of premium, group size and number of employees. These commissions are reflected in the premium rate. In addition, we may pay bonuses pursuant to bonus programs established from time to time which are designed to encourage the introduction of new products and provide incentives to achieve production targets, persistency levels, growth goals or other objectives. Bonuses are not reflected in the premium rate but are paid from our general administrative expenses. In general, our total bonuses are less than 10% of total producer compensation paid. It is our policy not to pay commissions to producers with respect to a product for which the customer is also paying the producer a commission or other fee. Please note we also make payments from time to time to producers for services other than those relating to the sale of policies (for example, compensation for services as a general agent or as a consultant).

Producer compensation is subject to disclosure on Schedule A of the ERISA Form 5500 for customers governed by ERISA. We provide Schedule A reports to our customers. We also have taken steps to ensure that producers properly disclose their compensation arrangements to their customers, but we cannot guarantee the producer's compliance. For general information on our producer payment arrangements, including the approximate percentage of total compensation that total bonus payments comprise, please go to <http://www.uhc.com> and click on the drop down box for employers under "View Our Programs – Producer Payment Programs." For specific information about the compensation payable with respect to your particular policy, please contact your producer.

Chữ ký/Signature

Chữ ký được ủy quyền thay cho nhóm/ Group Authorized Signature	Chức vụ/Title	Ngày/Date
---	---------------	-----------

Thông tin về tiền hoa hồng/Commission Information

Tên nhà cung cấp bảo hiểm/Writing Producer Name	Số an sinh xã hội (SSN) của nhà cung cấp bảo hiểm/Writing Producer SSN			Nhà cung cấp bảo hiểm có được đề cử với UHC/PHS không?/Is the Producer appointed with UHC/PHS? <input type="checkbox"/> Có/Yes <input type="checkbox"/> Không/No
Tiền hoa hồng trả cho/Commissions Payable to:	Mã số của người trả tiền/ Payee Code	Mã số CRID/ CRID Code	Số ID thuế vụ/Tax ID#	Nếu có nhiều hơn 1 nhà cung cấp bảo hiểm*,/If more than 1 Producer*, Chia/Split _____%
Địa chỉ/Street Address	Thành phố/City		Tiểu bang/State	Mã bưu điện/Zip Code
Điện thoại của nhà cung cấp bảo hiểm/Producer Phone #	Địa chỉ điện thư của nhà cung cấp bảo hiểm/Producer Email Address		Số fax của nhà cung cấp bảo hiểm/ Producer Fax Number	

Nội dung của đơn này đã được trình bày và giải thích rõ ràng trong một buổi họp với Nhóm đã nộp đơn này. Quyền lợi được đài thọ, điều kiện tham gia, giới hạn về tình trạng y tế có trước (PPO), hậu quả của việc trình bày thông tin sai lệch, không chính xác và các điều kiện về chấm dứt sự tham gia chương trình đã được bàn thảo./The contents of this application were fully explained during a meeting with the Group submitting this application. Coverage, eligibility, pre-existing conditions limitations (PPO), the effect of misrepresentations, and termination provisions were discussed.

Chữ ký của nhà cung cấp bảo hiểm/Producer Signature	Ngày/Date
---	-----------

* Nếu có nhiều hơn 1 Nhà cung cấp bảo hiểm, xin cho biết thông tin về nhà cung cấp bảo hiểm thứ nhì trên giấy rời./
If more than 1 Producer, provide the second Producer's information on an additional sheet of paper.

Đại diện kinh doanh/Nhân viên kinh doanh thuộc UHC/PHS/UHC/PHS Sales Representative/Account Executive

Đại diện kinh doanh/Nhân viên kinh doanh thuộc UHC/PHS/Sales Representative or Account Executive (First & Last Name)

Thông tin về thù lao của Đại lý bảo hiểm/General Agent Override Information

Đại lý bảo hiểm/General Agent	Điện thoại/Phone #	Mã đặc quyền kinh doanh/Franchise Code		
Địa chỉ/Street Address	Thành phố/City	Tiểu bang/State	Mã bưu điện/Zip Code	

Bộ tập sách quản trị/Admin Kit

Gửi bộ tập sách quản trị về/Send Admin Kit To:	Địa chỉ/Address
--	-----------------

1250 Capital of Texas Hwy South
Building One, Ste. 250
Austin, TX 78746

1333 West Loop South
Ste. 1100
Houston, TX 77027

5800 Granite Parkway
Ste. 900
Plano, TX 75024

6200 Northwest Parkway
San Antonio, TX 787249