

Formulario de Cambios en la Cuenta

Plan con derechos adquiridos por antigüedad
California

Instrucciones

- Si usted ya es miembro de Kaiser Permanente for Individuals and Families (KPIF) y está inscrito directamente en una cuenta de KPIF, puede utilizar este formulario para hacer cambios en su plan o cuenta. Solo el suscriptor, padre, madre o tutor legal de una cuenta exclusiva para menores puede llenar este formulario.
- Si usted ya es miembro de KPIF y está inscrito a través de Covered California, todos los cambios en la cuenta o el plan de su cobertura actual deben solicitarse a través de CoveredCA.com. Si no está seguro de cómo se encuentra inscrito o necesita ayuda adicional, llame al **1-800-255-5169 (TTY 711)**.
- Por medio de este formulario, usted puede hacer distintos tipos de cambios en los planes y en las cuentas. Llene la sección A con su información personal y seleccione la fecha en la que le gustaría que entre en vigencia el cambio en su plan o cuenta (no se garantizan las fechas de vigencia). Luego, seleccione los cambios que le gustaría hacer en la Sección B. En los planes con derechos adquiridos por antigüedad, solo puede agregar a un recién nacido o un hijo adoptado recientemente.
- Si usted es un suscriptor que cancela su cobertura, la cobertura de sus dependientes también se cancelará automáticamente. Si cancela su cobertura de KPIF debido a que recientemente es elegible para cobertura de grupo o para Medicare, sus dependientes contarán con un periodo de inscripción especial para inscribirse en una nueva cobertura de KPIF. Visite kp.org/inscripcionesespecial o comuníquese con Servicio a los Miembros para obtener más información.
- Nota: Si tiene derecho a recibir Medicare Parte A o está inscrito en Medicare Parte B, no es elegible para cambiar de plan de KPIF. Si un familiar tiene derecho a recibir Medicare Parte A o está inscrito en Medicare Parte B, no es elegible para cambiar de plan de KPIF ni puede agregarse a su plan de KPIF como un nuevo dependiente.

A. Llene el formulario con su información

Si va a realizar un cambio, actualice las siguientes casillas con su nueva información.

Nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
<input style="width: 300px; height: 1.2em; border: 1px solid #ccc; border-radius: 2px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 1.2em; border: 1px solid #ccc; border-radius: 2px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 1.2em; border: 1px solid #ccc; border-radius: 2px;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 1.2em; border: 1px solid #ccc; border-radius: 2px;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 1.2em; border: 1px solid #ccc; border-radius: 2px;" type="text"/>
Apellido		
Número de historia clínica (si corresponde)	Género:	Número del Seguro Social (si corresponde)
<input style="width: 150px; height: 1.2em; border: 1px solid #ccc; border-radius: 2px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Prefiere no especificar	<input style="width: 20px; height: 1.2em; border: 1px solid #ccc; border-radius: 2px;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 1.2em; border: 1px solid #ccc; border-radius: 2px;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 1.2em; border: 1px solid #ccc; border-radius: 2px;" type="text"/>
Dirección de su casa (no se admiten apartados postales)		
Ciudad		
Estado	Código postal	Teléfono principal (teléfono celular si corresponde)
<input style="width: 20px; height: 1.2em; border: 1px solid #ccc; border-radius: 2px;" type="text"/>	<input style="width: 50px; height: 1.2em; border: 1px solid #ccc; border-radius: 2px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 1.2em; border: 1px solid #ccc; border-radius: 2px;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 1.2em; border: 1px solid #ccc; border-radius: 2px;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 1.2em; border: 1px solid #ccc; border-radius: 2px;" type="text"/>
Dirección de correo electrónico		
<input style="width: 600px; height: 1.2em; border: 1px solid #ccc; border-radius: 2px;" type="text"/>		
Dirección postal	<input type="checkbox"/> Marque esta casilla si es la misma que la dirección de su casa	
Ciudad		
Estado	Código postal	Fecha de vigencia solicitada (la fecha debe ser el primer día del mes)
<input style="width: 20px; height: 1.2em; border: 1px solid #ccc; border-radius: 2px;" type="text"/>	<input style="width: 50px; height: 1.2em; border: 1px solid #ccc; border-radius: 2px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 1.2em; border: 1px solid #ccc; border-radius: 2px;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 1.2em; border: 1px solid #ccc; border-radius: 2px;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 1.2em; border: 1px solid #ccc; border-radius: 2px;" type="text"/>

B. ¿Qué cambios desea hacer?

Los suscriptores (entre ellos, el padre, la madre o el tutor legal de una cuenta exclusiva para menores) pueden hacer todos los cambios que se mencionan a continuación para cualquier familiar. Para hacer un cambio distinto de los indicados a continuación, llame a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000 (TTY 711)**.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cancelar toda la cobertura para mí y todos mis familiares. | <input type="checkbox"/> Agregar cobertura médica para un hijo recién nacido o adoptado recientemente. |
| <input type="checkbox"/> Cancelar la cobertura de un familiar. | <input type="checkbox"/> Cancelar la cobertura dental opcional. |
| <input type="checkbox"/> Cambiar de plan. (Consulte las reglas para el cambio de plan en la página 3. Luego, seleccione el plan al que desea cambiar según esas restricciones). | <input type="checkbox"/> Hacer los cambios indicados en la Sección A. (Si ha cambiado de nombre, adjunte la documentación legal correspondiente). |

C. ¿A qué familiares afecta el cambio? (Consulte la lista a continuación).

Si va a hacer cambios para más de 3 dependientes, adjunte una copia de esta página y llénala con la información de esos dependientes. Proporcione teléfono y correo electrónico únicamente para los dependientes mayores de 18 años.

Cónyuge o pareja de hecho	<input type="checkbox"/> Cambio de nombre	<input type="checkbox"/> Cancelar la cobertura médica	<input type="checkbox"/> Agregar cobertura dental	<input type="checkbox"/> Cancelar la cobertura dental
Nombre			Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
Apellido				
Número de historia clínica (si corresponde)	Género	Número del Seguro Social (si corresponde)		
	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/>	- <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Prefiere no especificar			
Teléfono principal (teléfono celular si corresponde)				
	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>
Dirección de correo electrónico				
<hr/>				
Dependiente 1	<input type="checkbox"/> Cambio de nombre	<input type="checkbox"/> Agregar cobertura médica	<input type="checkbox"/> Cancelar la cobertura médica	
	<input type="checkbox"/> Agregar cobertura dental	<input type="checkbox"/> Cancelar la cobertura dental		
Nombre			Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
Apellido				
Número de historia clínica (si corresponde)	Género	Número del Seguro Social (si corresponde)		
	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/>	- <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Prefiere no especificar			
Teléfono principal (teléfono celular si corresponde)				
	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>
Dirección de correo electrónico				
<hr/>				
Dependiente 2	<input type="checkbox"/> Cambio de nombre	<input type="checkbox"/> Agregar cobertura médica	<input type="checkbox"/> Cancelar la cobertura médica	
	<input type="checkbox"/> Agregar cobertura dental	<input type="checkbox"/> Cancelar la cobertura dental		
Nombre			Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
Apellido				
Número de historia clínica (si corresponde)	Género	Número del Seguro Social (si corresponde)		
	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/>	- <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Prefiere no especificar			
Teléfono principal (teléfono celular si corresponde)				
	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>
Dirección de correo electrónico				

C. ¿A qué familiares afecta el cambio? (Consulte la lista a continuación). (Continuación)

Si va a hacer cambios para más de 3 dependientes, adjunte una copia de esta página y llénela con la información de esos dependientes. Proporcione teléfono y correo electrónico únicamente para los dependientes mayores de 18 años.

Dependiente 3	<input type="checkbox"/> Cambio de nombre	<input type="checkbox"/> Agregar cobertura médica	<input type="checkbox"/> Cancelar la cobertura médica		
	<input type="checkbox"/> Agregar cobertura dental	<input type="checkbox"/> Cancelar la cobertura dental			
Nombre			Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	
<input style="width: 200px; height: 20px; border: 1px solid #ccc; border-radius: 5px; font-size: 10pt; padding: 2px 5px; margin-bottom: 5px;" type="text"/>			<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid #ccc; border-radius: 5px; font-size: 10pt; padding: 2px 5px; margin-bottom: 5px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid #ccc; border-radius: 5px; font-size: 10pt; padding: 2px 5px; margin-bottom: 5px;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid #ccc; border-radius: 5px; font-size: 10pt; padding: 2px 5px; margin-bottom: 5px;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid #ccc; border-radius: 5px; font-size: 10pt; padding: 2px 5px; margin-bottom: 5px;" type="text"/>	
Apellido	<input style="width: 450px; height: 20px; border: 1px solid #ccc; border-radius: 5px; font-size: 10pt; padding: 2px 5px; margin-bottom: 5px;" type="text"/>				
Número de historia clínica (si corresponde)	Género		Número del Seguro Social (si corresponde)		
<input style="width: 150px; height: 20px; border: 1px solid #ccc; border-radius: 5px; font-size: 10pt; padding: 2px 5px; margin-bottom: 5px;" type="text"/>					
<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Prefiere no especificar	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid #ccc; border-radius: 5px; font-size: 10pt; padding: 2px 5px; margin-bottom: 5px;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid #ccc; border-radius: 5px; font-size: 10pt; padding: 2px 5px; margin-bottom: 5px;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid #ccc; border-radius: 5px; font-size: 10pt; padding: 2px 5px; margin-bottom: 5px;" type="text"/>		
Teléfono principal (teléfono celular si corresponde)	<input style="width: 450px; height: 20px; border: 1px solid #ccc; border-radius: 5px; font-size: 10pt; padding: 2px 5px; margin-bottom: 5px;" type="text"/>				
<input style="width: 50px; height: 20px; border: 1px solid #ccc; border-radius: 5px; font-size: 10pt; padding: 2px 5px; margin-bottom: 5px;" type="text"/> - <input style="width: 50px; height: 20px; border: 1px solid #ccc; border-radius: 5px; font-size: 10pt; padding: 2px 5px; margin-bottom: 5px;" type="text"/> - <input style="width: 50px; height: 20px; border: 1px solid #ccc; border-radius: 5px; font-size: 10pt; padding: 2px 5px; margin-bottom: 5px;" type="text"/>					
Dirección de correo electrónico	<input style="width: 450px; height: 20px; border: 1px solid #ccc; border-radius: 5px; font-size: 10pt; padding: 2px 5px; margin-bottom: 5px;" type="text"/>				

D. Elija su plan de salud

Si desea cambiar su cobertura a otro plan con derechos adquiridos por antigüedad, solo puede cambiar a un plan que tenga los mismos beneficios o menos. De acuerdo con la lista que se incluye a la derecha, esto significa que solo puede cambiar a un plan que se indique **debajo** de su plan actual. Considere esto y marque la casilla junto al plan al que desee cambiarse. Todos los familiares que estén activos en su cuenta se cambiarán a este plan.

Nota: Una vez que hayan pasado 30 días de la fecha de vigencia de su nuevo plan con derechos adquiridos por antigüedad, no podrá regresar a su plan anterior.

- Copayment 25 HMO
 - Deductible HMO 20/500
 - Copayment 40 HMO
 - Deductible HMO 25/1000
 - Copayment 50 HMO
 - Deductible HMO 30/1500
 - Deductible HMO 40/2000
 - Deductible HMO 0/1700 with HSA
 - Deductible HMO 0/2700 with HSA
 - Deductible HMO 30/2700 with HSA

E. Firme el formulario

- Entiendo que Kaiser Foundation Health Plan, Inc. se basará en la información que yo proporcione en este formulario y que, si cualquier información resulta ser fraudulenta o intencionalmente engañoso, Kaiser Foundation Health Plan, Inc. puede optar por cancelar mi cobertura desde su fecha de entrada en vigencia.
 - Confirmo que ninguna de las personas incluidas en este formulario que está cambiando de plan o que fue agregada como dependiente tiene derecho a recibir Medicare Parte A ni está inscrita en Medicare Parte B.
 - Si trabajé con un corredor de seguros, entiendo que el corredor puede recibir de Kaiser Permanente un pago u otra compensación monetaria en relación con esta cobertura. Nuestra compensación estándar es de \$14 al mes por miembro, más una posible bonificación. Para obtener más información, visite kp.org/brokercompensation (en inglés).
 - Al proporcionar mi dirección de correo electrónico y números de teléfono, entiendo que puedo recibir comunicaciones por correo electrónico, mensaje de texto o mensaje de voz de Kaiser Permanente. Para obtener más información, visite espanol.kaiserpermanente.org/es/termsconditions.

Nota: El suscriptor debe firmar el formulario.

x

For more information about the study, please contact Dr. [REDACTED] at [REDACTED].

Fecha (mm/dd/aaaa)

/ /

Suscriptor o nuevo suscriptor (padre, madre o tutor legal de los suscriptores menores de 18 años)

Información de contacto

Correo postal: Kaiser Permanente
P.O. Box 23127
San Diego, CA 92193-9921

Línea gratuita para envíos por fax:
Administración de Membresías
1-855-355-5334

¿Tiene preguntas?
Llame al 1-800-464-4000
(TTY 711)

F. Firme el acuerdo de arbitraje de Kaiser Foundation Health Plan, Inc.

Entiendo que (salvo en los casos de tribunales de reclamos menores, reclamos sujetos a un procedimiento de apelación de Medicare o a la normativa de reclamos de la Ley ERISA, y cualquier otro reclamo que no pueda estar sujeto a arbitraje vinculante según la ley aplicable) toda disputa entre mi persona, mis herederos, mis familiares u otras partes asociadas por un lado, y Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (KFHP), cualquier proveedor de atención médica contratado, administradores u otras partes asociadas por el otro, por presunta violación de cualquier deber derivado de la membresía en KFHP o relacionado con esta, incluidos los reclamos por negligencia médica u hospitalaria (como la acusación de que los servicios médicos no eran necesarios, no estaban autorizados o se prestaron de forma incorrecta, negligente o incompetente), reclamos por responsabilidad de las instalaciones, o asuntos relacionados con la cobertura o prestación de servicios o artículos, independientemente de lo que disponga la doctrina jurídica, deberá resolverse mediante arbitraje vinculante conforme a las leyes de California y no a través de una demanda o proceso judicial, salvo que la ley aplicable permita la revisión judicial de los procedimientos arbitrales. Acepto renunciar a mi derecho a un juicio por jurado y a resolver cualquier disputa a través de arbitraje vinculante. Entiendo que todas las disposiciones sobre el arbitraje se incluyen en el *Acuerdo de Membresía, Evidencia de Cobertura y Formulario de Revelación Combinados* (*Combined Membership Agreement, Evidence of Coverage, and Disclosure Form*).

X

Solicitante principal (padre, madre o tutor legal para menores de 18 años)

Fecha (mm/dd/aaaa)

/ /

Aviso de no discriminación

En este documento “nosotros” o “nuestro” se refiere a Kaiser Permanente (Kaiser Foundation Health Plan, Inc, Kaiser Foundation Hospitals, The Permanente Medical Group, Inc. y el Southern California Medical Group). Este aviso está disponible en nuestro sitio web en kp.org/espanol.

La discriminación es ilegal. Nosotros cumplimos con las leyes de derechos civiles federales y estatales.

Nosotros no discriminamos, excluimos ni tratamos a ninguna persona de forma distinta por motivos de edad, raza, identificación de grupo étnico, color, país de origen, antecedentes culturales, ascendencia, religión, sexo, género, identidad de género, expresión de género, orientación sexual, estado civil, discapacidad física o mental, condición médica, fuente de pago, información genética, ciudadanía, lengua materna o estado migratorio.

Kaiser Permanente ofrece los siguientes servicios:

- Ayuda y servicios sin costo a personas con discapacidades para que puedan comunicarse mejor con nosotros, tales como:
 - ◆ intérpretes calificados de lengua de señas,
 - ◆ información escrita en otros formatos (braille, impresión en letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).
- Servicios de idiomas sin costo para las personas cuya lengua materna no sea el inglés, como:
 - ◆ intérpretes calificados,
 - ◆ información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, llame a nuestro Departamento de Servicio a los Miembros a los números que aparecen a continuación. La llamada es gratuita. Servicio a los Miembros está cerrado los días festivos principales.

- Medicare, incluyendo D-SNP: **1-800-443-0815** (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana.
- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Todos los miembros: **1-800-788-0616** (TTY 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Mediante una solicitud, este documento estará disponible en braille, letra grande, audio o en formatos electrónicos. Para obtener una copia en uno de estos formatos alternativos o en otro formato, llame a nuestro Departamento de Servicio a los Miembros y solicite el formato que necesita.

Cómo presentar una queja ante Kaiser Permanente

Usted puede presentar una queja por discriminación ante nosotros si siente que no le hemos proporcionado estos servicios o lo hemos discriminado ilícitamente de otra forma. Puede presentar una queja por teléfono, correo postal, en persona o en línea. Consulte su *Evidencia de Cobertura* (*Evidence of Coverage*) o *Certificado de Seguro* (*Certificate of Insurance*) para obtener más información. También puede llamar a Servicio a los Miembros para informarse sobre las opciones que se apliquen a su caso o si necesita ayuda para presentar una queja. Puede presentar una queja por discriminación de las siguientes maneras:

- **Por teléfono:** llame a nuestro Departamento de Servicio a los Miembros. Los números telefónicos se indican arriba.

- **Por correo postal:** descargue un formulario en kp.org o llame a Servicio a los Miembros y pida que se le envíe un formulario para que lo devuelva.
- **En persona:** llene un formulario de queja o reclamación/solicitud de beneficios (Complaint or Benefit Claim/Request form) en una oficina de Servicio a los Miembros ubicada en un centro del plan (consulte su directorio de proveedores en kp.org/facilities [cambie el idioma a español] para obtener las direcciones).
- **En línea:** utilice el formulario en línea en nuestro sitio web en kp.org.

También puede comunicarse directamente con el coordinador de derechos civiles de Kaiser Permanente a la siguiente dirección:

Attn: Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator

Member Relations Grievance Operations
P.O. Box 939001
San Diego CA 92193

Cómo presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Atención Médica de California (Solo para beneficiarios de Medi-Cal)

También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Atención Médica de California por escrito, por teléfono o por correo electrónico:

- **Por teléfono:** llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Atención Médica (Department of Health Care Services, DHCS) al **916-440-7370** (TTY 711).
- **Por correo postal:** llene un formulario de queja o envíe una carta a:

Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413

Los formularios de queja están disponibles en:
http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.

- **En línea:** envíe un correo electrónico a CivilRights@dhcs.ca.gov.

Cómo presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.

Puede presentar una queja por discriminación ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights). Usted puede presentar su queja por escrito, por teléfono o en línea:

- **Por teléfono:** llame al **1-800-368-1019** (TTY 711 o al **1-800-537-7697**).
- **Por correo postal:** llene un formulario de queja o envíe una carta a:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

Los formularios de quejas están disponibles en:
<https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

- **En línea:** visite el Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles (Civil Rights Complaint Portal) en: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>

Nondiscrimination Notice

Kaiser Permanente Insurance Company (KPIC) does not discriminate based on race, color, national origin, ancestry, religion, sex, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age, or disability.

Language assistance services are available from our Member Services Contact Center 24 hours a day, seven days a week (except closed holidays). We can provide no cost aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as: qualified sign language interpreters and written information in other formats; large print, audio, and accessible electronic formats. We also provide no cost language services to people whose primary language is not English, such as: qualified interpreters and information written in other languages. To request these services, please call **1-800-788-0710** (TTY users call **711**).

If you believe that KPIC failed to provide these services or there is a concern of discrimination based on race, color, national origin, ancestry, religion, sex, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age, or disability you can file a complaint by phone or mail with the KPIC Civil Rights Coordinator. If you need help filing a grievance, the KPIC Civil Rights Coordinator is able to help you.

KPIC Civil Rights Coordinator
P.O. Box 1809
Pleasanton, CA 94566
Phone: 1-800-788-0710

You may also contact the California Department of Insurance regarding your complaint.

By Phone:
California Department of Insurance
1-800-927-HELP
(1-800-927-4357)
TDD: 1-800-482-4
TDD (1-800-482-4833)

By Mail:
California Department of Insurance
Consumer Communications Bureau
300 S. Spring Street
Los Angeles, CA 90013

Electronically:
www.insurance.ca.gov

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights if there is a concern of discrimination based on race, color, national origin, age, disability, or sex. You can file the complaint 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
Phone: 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD).

Complaint forms are available at:

<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>



No Cost Language Services. You can get an interpreter. You can get documents read to you and some sent to you in your language. For help, call us at the number listed on your ID card or 1-800-788-0710 For more help call the CA Dept. of Insurance at 1-800-927-4357. TTY users call 711. English

Servicios en otros idiomas sin ningún costo. Puede conseguir un intérprete. Puede conseguir que le lean los documentos y que algunos se le envíen en su idioma. Para obtener ayuda, llámenos al número que aparece en su tarjeta de identificación o al 1-800-788-0710. Para obtener más ayuda, llame al Departamento de Seguro de CA al 1-800-927-4357. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 711. Spanish

免費語言服務。您可使用口譯員。您可請人將文件唸給您聽，並且您可請我們將您的語言版本文件寄給您。如需協助，請致電列於您會員卡上的電話號碼或致電1-800-788-0710與我們聯絡。如需進一步協助，請致電1-800-927-4357與加州保險局聯絡。聽障及語障電話專線使用者請致電711。Chinese

No Cost Language Services. You can get an interpreter and get documents read to you in your language. For help, call us at the number listed on your ID card or 1-800-788-0710. For more help call the CA Dept. of Insurance at 1-800-927-4357. TTY users call 711. English

Doo báqhílinígóó há ata' hane. Ata' halne'i há shónáot'eeh dóó naaltsoos táá hazaad bee bik'í' aschjíigo hach'í' yídóoltah biniiyé hach'í' ánál'íjih tch. Shíká i'doolwoł nínízingo nihich'í' hodíílnih kojí' 1-800-788-0710 éí bee néehózin biniiyé neiyítánigíí bikáá'. Áká e'élyeed jinízingo CA Dept. of Insurance bich'í' hojilnih kwe'é 1-800-927-4357. TTY chojool'íjigo éí íáá bił azhdilchí'. Navajo

Dịch Vụ Ngôn Ngữ Miễn Phí. Quý vị có thể được cấp thông dịch viên và được người đọc tài liệu cho quý vị bằng ngôn ngữ của quý vị. Để được giúp đỡ, xin gọi cho chúng tôi theo số điện thoại ghi trên thẻ ID của quý vị hoặc số 1-800-788-0710. Để được giúp đỡ thêm, xin gọi Bộ Bảo Hiểm CA theo số 1-800-927-4357. Người sử dụng TTY gọi số 711. Vietnamese

무료 언어 서비스. 한국어 통역 서비스 및 한국어로 서류를 낭독해 드리는 서비스를 제공하고 있습니다. 도움이 필요하신 분은 귀하의 ID 카드에 나와 있는 전화번호 또는 1-800-788-0710번으로 문의하십시오. 보다 자세한 사항은 캘리포니아 주 보험국, 전화번호 1-800-927-4357번으로 문의하십시오. TTY 사용자 번호 711. Korean

Mga Libreng Serbisyo kaugnay sa Wika. Maaari kayong kumuha ng tagasalin-wika at hingin na basahin sa inyo ang mga dokumento sa sarili ninyong wika. Para humingi ng tulong, tawagan kami sa numerong nakasulat sa inyong ID card o sa 1-800-788-0710. Para sa karagdagang tulong tawagan ang CA Dept. of Insurance sa 1-800-927-4357. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 711. Tagalog

Անվճար լեզվական ծառայություններ. Դուք կարող եք օգտվել բանավոր թարգմանչի ծառայություններից և խնդրել, որ փաստաթղթերը Ձեր լեզվով կարդան Ձեզ համար: Օգնության համար զանգահարեք մեզ՝ Ձեր ID քարտի վրա նշված կամ 1-800-788-0710 հեռախոսահամարով: Լրացնելով օգնության համար զանգահարեք Կալիֆոռնիայի ապահովագրության դեպարտամենտ՝ 1-800-927-4357 հեռախոսահամարով: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 711: Armenian

Бесплатные переводческие услуги. Вы можете воспользоваться услугами устного переводчика. Вам могут зачитать документы, а некоторые могут быть отправлены вам на вашем языке. Если вам нужна помощь, позвоните нам по номеру, указанному на вашей идентификационной карточке или 1-800-788-0710. За дополнительной помощью обращайтесь в Департамент страхования штата Калифорния (CA Dept. of Insurance) по телефону 1-800-927-4357. Пользователи TTY, звоните по номеру 711. Russian

言語サービス（無料）。通訳に日本語で書類を読んでもらうことができます。通訳サービスが必要な際は、IDカードに記載の番号、または1-800-788-0710にお電話ください。さらにヘルプが必要な場合は、カリフォルニア州保険庁（1-800-927-4357）にお電話ください。TTYユーザーの方は、711までお電話にてご連絡ください。Japanese

خدمات تسهيلات زبانی رایگان. شما می‌توانید مترجم شفاهی بگیرید. می‌توانید درخواست کنید که اسناد برایتان خوانده و بعضی از آن‌ها به زبان خودتان به شما ارسال شود. برای دریافت راهنمایی، با ما به شماره مندرج در زیر یا شماره روی کارت شناسایی‌تان یا 1-800-0710-788-1 تماش بگیرید. برای کسب راهنمایی بیشتر، با اداره بیمه کالیفرنیا به شماره 1-800-927-4357 تماش بگیرید. کاربران TTY می‌توانند با 711 تماش بگیرند. Farsi

ਬਿਨਾ ਲਾਗਤ ਦੀ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ। ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਦੁਭਾਸੀਆ ਲੈ ਸਕਦੇ ਹੋ ਅਤੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਕਿਸੇ ਤੋਂ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਪੜਾ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਮਦਦ ਲਈ, ਸਾਨੂੰ ਤੁਹਾਡੇ ਆਈਡੀ ਕਾਰਡ 'ਤੇ ਸੂਚੀਬੱਧ ਨੰਬਰ 'ਤੇ ਜਾਂ 1-800-788-0710 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਹੋਰ ਮਦਦ ਲਈ CA ਬੀਮਾ ਵਿਭਾਗ ਨੂੰ 1-800-927-4357 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। TTY ਵਰਤੋਂਕਾਰ 711 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰਨਾ। Punjabi

ເໝັນການສະໜັບຕົວໃໝ່ ໜູ້ອາໄຫດແລ້ວລັດທີ່ກັບປະປຸປ ສີຂົງເຄີຍມາດັກລົບສາງໃຫຍ່ ດ້ວຍການເປັນປຸງ ສຳກັບຜົ່ນຍິ
ສູ່ມະຊຸມສັ່ນຕູ້ມະຄາເພື່ອ ຕາມຄະລາມເລີຍເຈັ້ນຄ້າເບີບໝາຍ ID ຮປສ່ມະນຸ ປູ 1-800-788-0710 ສຳກັບຜົ່ນຍິເຈັ້ນຄ້າເບີບໝາຍ
ກູ້ຮ່ວມຕູ້ເກົ່າກັບພັດທະນາກ່າວປ່ອງ ກໍບກາຍບໍ່ກົງກີ່ຕົ້ນ ຕາມຄະລາມ 1-800-927-4357 ມູ້ກົດຄ່າເປີ TTY ຕາມຄະລາມ 711 Khmer

خدمات اللغة بدون تكلفة. يمكنك الحصول على مترجم شفوي وخدمة قراءة المستندات لك باللغة التي تختار للحصول على المساعدة، اتصل بنا على الرقم المدرج في بطاقة الهوية الخاصة بك أو برقم 1-800-788-0710. لمزيد من المساعدة، اتصل بقسم التأمين بولاية كاليفورنيا على الرقم 1-800-927-4357. مستخدمو TTY يمكنهم الاتصال برقم 711 Arabic . 711

Cov Kev Pab Cuam Txhais Lus Dawb. Koj tuaj yeem tau txais ib tus neeg txhais lus thiab txais tau cov ntaub ntawv uas nyeem tag ntawd xa tuaj rau koj muab sau ua koj hom lus xa tuaj Yog xav tau kev pab, hu rau peb ntawm tus xov tooj teev muaj nyob rau ntawm koj daim yuaj ID los yog 1-800-788-0710 Yog xav tau kev pab ntxiv hu rau CA Chaw Ua Hauj Lwm Tswj Kev Tuav Pov Hwm ntawm 1 800-927-4357. Cov neeg siv TTY hu rau 711. Hmong

निःशुल्क भाषा सेवाएं। आप एक दुभाषिया को ले सकते हैं और दस्तावेजों को अपनी भाषा में पढ़वा सकते हैं। सहायता के लिए, हमें अपने आईडी कार्ड पर दर्ज नंबर या 1-800-788-0710 पर कॉल करें। अधिक सहायता के लिए सीए बीमा विभाग को 1-800-927-4357 पर कॉल करें। टीटीवाई उपयोगकर्ता 711 पर कॉल करें। Hindi

บริการด้านภาษาโดยไม่มีค่าใช้จ่าย คุณสามารถรับล่ามและรับการอ่านเอกสารให้คุณฟังในภาษาของคุณได้ หากต้องการความช่วยเหลือโปรดโทรหาเราตามหมายเลขที่ระบุในบัตรประจำตัวประชาชน หรือ 1-800-788-0710 หากต้องการความช่วยเหลือเพิ่มเติมโปรดติดต่อฝ่ายประกันภัยของ CA ที่หมายเลข 1-800-927-4357 ผู้ใช้ TTY โทร 711 ภาษาอังกฤษ Thai