

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, parent, 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. Luego, en la Sección B, seleccione los cambios que quiere hacer y proceda a completar cualquier otra sección relacionada con dichos cambios.
- Si usted es un suscriptor que cancela su cobertura, la cobertura de sus dependientes también se cancelará automáticamente. Puede elegir mantener a sus hijos menores de 21 años en una cuenta exclusiva para menores. 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/inscripcionespecial** o comuníquese con Servicio a los Miembros para obtener más información.
- Si agrega un dependiente a su plan, cualquier otra cobertura que esta persona tenga no se cancelará de manera automática, a menos que se indique en este formulario. Para evitar pagar dos planes o quedar sin cobertura, cancele cualquier otra cobertura que tenga a partir del día anterior al comienzo de su nueva cobertura.
- 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.
- Tenga en cuenta que el Programa de Asesoramiento y Defensoría del Seguro Médico (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) brinda asesoramiento sobre la cobertura de salud a los residentes de California sin cargo. Llame al HICAP, al 1-800-434-0222, para obtener más información. Consulte la página 8 para encontrar información sobre su programa HICAP local.

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)

 / /

Apellido

Número de historia clínica (si corresponde)

Género:

- Masculino Femenino
 Prefiere no especificar

Número del Seguro Social (si corresponde)

 - -

Dirección de su casa (no se admiten apartados postales)

Ciudad

Estado

Código postal

Condado

Teléfono principal (teléfono celular si corresponde)

 - -

Dirección de correo electrónico

Dirección postal Marque esta casilla si es la misma que la dirección de su casa

Ciudad

Estado

Código postal

B. ¿Qué cambios desea hacer?

Marque las casillas de los cambios que desea hacer e incluya a todos los familiares afectados. No haremos ningún cambio para ningún familiar que no se mencione en la lista.

Puede hacer los siguientes cambios durante la inscripción abierta o un periodo de inscripción especial. 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"/> Cambiar de plan | <input type="checkbox"/> Agregar cobertura dental opcional para adultos (para todos los miembros de mi plan de 19 años o más). |
| <input type="checkbox"/> Agregar cobertura médica para un familiar | <input type="checkbox"/> Cancelar la cobertura dental opcional para adultos (de todos los miembros de mi plan de 19 años o más). |
| <input type="checkbox"/> Cambiar una cuenta exclusiva para menores a una cuenta familiar conmigo como suscriptor | |

(Se aplican restricciones para períodos de inscripción especial. Visite kp.org/inscripcionespecial para obtener más información).

Combine cuentas de KPIF

Las cuentas se pueden combinar durante el periodo de inscripción abierta o un periodo de inscripción especial.

- Deseo agregar a mi cuenta a uno o más familiares que ya tienen un plan de KPIF. Hacer esto cancelará el plan existente de sus familiares.
(Indique qué familiares se transferirán a su cuenta en la Sección C).

Cancelación de cuenta

Nombre

Inicial del segundo nombre

Apellido

Número de historia clínica del suscriptor para la cancelación de la cuenta

X

Fecha (mm/dd/aaaa)

 / /

Suscriptor o padre/madre/tutor legal para la cancelación de la cuenta

Puede realizar los siguientes cambios en cualquier momento del año. (Nota: Para estos cambios, puede saltarse las Secciones D y E).

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cancelar toda la cobertura para mí y todos mis familiares. | <input type="checkbox"/> Cancelar mi cobertura y la de mi cónyuge o pareja de hecho, y mantener a mis hijos menores de 21 años en una cuenta exclusiva para menores. |
| <input type="checkbox"/> Cancelar la cobertura de un familiar. | <input type="checkbox"/> Hacer los cambios indicados en la Sección A. (Si ha cambiado de nombre, adjunte la documentación legal correspondiente). |
| <input type="checkbox"/> Cancelar mi cobertura y mantener a mis hijos menores de 21 años en una cuenta exclusiva para menores. | |

Fecha de vigencia solicitada (no se garantiza)

 / / (mm/dd/aaaa)

C. ¿A qué familiares afecta el cambio? (Mencíonalos a continuación).

Cónyuge o pareja de hecho	<input type="checkbox"/> Cambio de nombre	<input type="checkbox"/> Agregar cobertura médica	<input type="checkbox"/> Agregar cobertura dental opcional para adultos
		<input type="checkbox"/> Cancelar la cobertura médica	<input type="checkbox"/> Cancelar la cobertura dental opcional para adultos
Nombre	Inicial del segundo nombre		Elija una opción:
<input style="width: 400px; height: 1.2em; border: 1px solid #ccc; border-radius: 2px; font-size: 0.9em; font-family: inherit; margin-bottom: 5px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 1.2em; border: 1px solid #ccc; border-radius: 2px; font-size: 0.9em; font-family: inherit; margin-bottom: 5px;" type="text"/>		<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja de hecho
Apellido	<input style="width: 300px; height: 1.2em; border: 1px solid #ccc; border-radius: 2px; font-size: 0.9em; font-family: inherit; margin-bottom: 5px;" type="text"/>		
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Género	Número del Seguro Social (si corresponde)	
<input style="width: 50px; height: 1.2em; border: 1px solid #ccc; border-radius: 2px; font-size: 0.9em; font-family: inherit; margin-bottom: 5px;" type="text"/> / <input style="width: 50px; height: 1.2em; border: 1px solid #ccc; border-radius: 2px; font-size: 0.9em; font-family: inherit; margin-bottom: 5px;" type="text"/> / <input style="width: 50px; height: 1.2em; border: 1px solid #ccc; border-radius: 2px; font-size: 0.9em; font-family: inherit; margin-bottom: 5px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Prefiere no especificar	<input style="width: 50px; height: 1.2em; border: 1px solid #ccc; border-radius: 2px; font-size: 0.9em; font-family: inherit; margin-bottom: 5px;" type="text"/> - <input style="width: 50px; height: 1.2em; border: 1px solid #ccc; border-radius: 2px; font-size: 0.9em; font-family: inherit; margin-bottom: 5px;" type="text"/> - <input style="width: 50px; height: 1.2em; border: 1px solid #ccc; border-radius: 2px; font-size: 0.9em; font-family: inherit; margin-bottom: 5px;" type="text"/>	
Número de historia clínica (si corresponde)	Teléfono principal (teléfono celular si corresponde)		
<input style="width: 200px; height: 1.2em; border: 1px solid #ccc; border-radius: 2px; font-size: 0.9em; font-family: inherit; margin-bottom: 5px;" type="text"/>	<input style="width: 50px; height: 1.2em; border: 1px solid #ccc; border-radius: 2px; font-size: 0.9em; font-family: inherit; margin-bottom: 5px;" type="text"/> - <input style="width: 50px; height: 1.2em; border: 1px solid #ccc; border-radius: 2px; font-size: 0.9em; font-family: inherit; margin-bottom: 5px;" type="text"/> - <input style="width: 50px; height: 1.2em; border: 1px solid #ccc; border-radius: 2px; font-size: 0.9em; font-family: inherit; margin-bottom: 5px;" type="text"/>		
Dirección de correo electrónico	<input style="width: 300px; height: 1.2em; border: 1px solid #ccc; border-radius: 2px; font-size: 0.9em; font-family: inherit; margin-bottom: 5px;" type="text"/>		

Si va a hacer cambios para más de 2 padres o padrastrós, adjunte una copia de esta página y llénela con la información de esas personas.

Padre o madre/padrastra o madrastra 1	<input type="checkbox"/> Cambio de nombre	<input type="checkbox"/> Agregar cobertura médica	<input type="checkbox"/> Agregar cobertura dental opcional para adultos
		<input type="checkbox"/> Cancelar la cobertura médica	<input type="checkbox"/> Cancelar la cobertura dental opcional para adultos
Nombre	Inicial del segundo nombre		Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
<input style="width: 400px; height: 1.2em; border: 1px solid #ccc; border-radius: 2px; font-size: 0.9em; font-family: inherit; margin-bottom: 5px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 1.2em; border: 1px solid #ccc; border-radius: 2px; font-size: 0.9em; font-family: inherit; margin-bottom: 5px;" type="text"/>		<input style="width: 50px; height: 1.2em; border: 1px solid #ccc; border-radius: 2px; font-size: 0.9em; font-family: inherit; margin-bottom: 5px;" type="text"/> / <input style="width: 50px; height: 1.2em; border: 1px solid #ccc; border-radius: 2px; font-size: 0.9em; font-family: inherit; margin-bottom: 5px;" type="text"/> / <input style="width: 50px; height: 1.2em; border: 1px solid #ccc; border-radius: 2px; font-size: 0.9em; font-family: inherit; margin-bottom: 5px;" type="text"/>
Apellido	<input style="width: 300px; height: 1.2em; border: 1px solid #ccc; border-radius: 2px; font-size: 0.9em; font-family: inherit; margin-bottom: 5px;" type="text"/>		
Número de historia clínica (si corresponde)	Género	Número del Seguro Social (si corresponde)	
<input style="width: 200px; height: 1.2em; border: 1px solid #ccc; border-radius: 2px; font-size: 0.9em; font-family: inherit; margin-bottom: 5px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Prefiere no especificar	<input style="width: 50px; height: 1.2em; border: 1px solid #ccc; border-radius: 2px; font-size: 0.9em; font-family: inherit; margin-bottom: 5px;" type="text"/> - <input style="width: 50px; height: 1.2em; border: 1px solid #ccc; border-radius: 2px; font-size: 0.9em; font-family: inherit; margin-bottom: 5px;" type="text"/> - <input style="width: 50px; height: 1.2em; border: 1px solid #ccc; border-radius: 2px; font-size: 0.9em; font-family: inherit; margin-bottom: 5px;" type="text"/>	
Teléfono principal (teléfono celular si corresponde)	<input style="width: 300px; height: 1.2em; border: 1px solid #ccc; border-radius: 2px; font-size: 0.9em; font-family: inherit; margin-bottom: 5px;" type="text"/>		
Dirección de correo electrónico	<input style="width: 300px; height: 1.2em; border: 1px solid #ccc; border-radius: 2px; font-size: 0.9em; font-family: inherit; margin-bottom: 5px;" type="text"/>		

Padre o madre/padrastra o madrastra 2	<input type="checkbox"/> Cambio de nombre	<input type="checkbox"/> Agregar cobertura médica	<input type="checkbox"/> Agregar cobertura dental opcional para adultos
		<input type="checkbox"/> Cancelar la cobertura médica	<input type="checkbox"/> Cancelar la cobertura dental opcional para adultos
Nombre	Inicial del segundo nombre		Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
<input style="width: 400px; height: 1.2em; border: 1px solid #ccc; border-radius: 2px; font-size: 0.9em; font-family: inherit; margin-bottom: 5px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 1.2em; border: 1px solid #ccc; border-radius: 2px; font-size: 0.9em; font-family: inherit; margin-bottom: 5px;" type="text"/>		<input style="width: 50px; height: 1.2em; border: 1px solid #ccc; border-radius: 2px; font-size: 0.9em; font-family: inherit; margin-bottom: 5px;" type="text"/> / <input style="width: 50px; height: 1.2em; border: 1px solid #ccc; border-radius: 2px; font-size: 0.9em; font-family: inherit; margin-bottom: 5px;" type="text"/> / <input style="width: 50px; height: 1.2em; border: 1px solid #ccc; border-radius: 2px; font-size: 0.9em; font-family: inherit; margin-bottom: 5px;" type="text"/>
Apellido	<input style="width: 300px; height: 1.2em; border: 1px solid #ccc; border-radius: 2px; font-size: 0.9em; font-family: inherit; margin-bottom: 5px;" type="text"/>		
Número de historia clínica (si corresponde)	Género	Número del Seguro Social (si corresponde)	
<input style="width: 200px; height: 1.2em; border: 1px solid #ccc; border-radius: 2px; font-size: 0.9em; font-family: inherit; margin-bottom: 5px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Prefiere no especificar	<input style="width: 50px; height: 1.2em; border: 1px solid #ccc; border-radius: 2px; font-size: 0.9em; font-family: inherit; margin-bottom: 5px;" type="text"/> - <input style="width: 50px; height: 1.2em; border: 1px solid #ccc; border-radius: 2px; font-size: 0.9em; font-family: inherit; margin-bottom: 5px;" type="text"/> - <input style="width: 50px; height: 1.2em; border: 1px solid #ccc; border-radius: 2px; font-size: 0.9em; font-family: inherit; margin-bottom: 5px;" type="text"/>	
Teléfono principal (teléfono celular si corresponde)	<input style="width: 300px; height: 1.2em; border: 1px solid #ccc; border-radius: 2px; font-size: 0.9em; font-family: inherit; margin-bottom: 5px;" type="text"/>		
Dirección de correo electrónico	<input style="width: 300px; height: 1.2em; border: 1px solid #ccc; border-radius: 2px; font-size: 0.9em; font-family: inherit; margin-bottom: 5px;" type="text"/>		

C. ¿A qué familiares afecta el cambio? (Mencíonalos a 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 1	<input type="checkbox"/> Cambio de nombre	<input type="checkbox"/> Agregar cobertura médica	<input type="checkbox"/> Agregar cobertura dental opcional para adultos
	<input type="checkbox"/> Cancelar la cobertura médica	<input type="checkbox"/> Cancelar la cobertura dental opcional para adultos	
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"/> Prefiere no especificar	
Teléfono principal (teléfono celular si corresponde)			
Dirección de correo electrónico			
Dependiente 2	<input type="checkbox"/> Cambio de nombre	<input type="checkbox"/> Agregar cobertura médica	<input type="checkbox"/> Agregar cobertura dental opcional para adultos
	<input type="checkbox"/> Cancelar la cobertura médica	<input type="checkbox"/> Cancelar la cobertura dental opcional para adultos	
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"/> Prefiere no especificar	
Teléfono principal (teléfono celular si corresponde)			
Dirección de correo electrónico			
Dependiente 3	<input type="checkbox"/> Cambio de nombre	<input type="checkbox"/> Agregar cobertura médica	<input type="checkbox"/> Agregar cobertura dental opcional para adultos
	<input type="checkbox"/> Cancelar la cobertura médica	<input type="checkbox"/> Cancelar la cobertura dental opcional para adultos	
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"/> Prefiere no especificar	
Teléfono principal (teléfono celular si corresponde)			
Dirección de correo electrónico			

D. Elija su periodo de inscripción

Seleccione una opción: Inscripción abierta (vaya a la Sección E) Un periodo de inscripción especial (siga con este paso)

Elija su evento calificado de vida. Si tuvo más de uno, revise sus opciones, ya que las fechas de vigencia varían según el evento. **También se requiere una prueba de elegibilidad en un plazo de 10 días calendario.** Visite kp.org/inscripcionespecial o llame al 1-800-494-5314 (TTY 711) para obtener más información sobre los eventos calificados de vida o si no ve su evento calificado de vida a continuación.

Cambio en la cobertura médica

- Pérdida de la cobertura médica esencial mínima (ponga el último día completo que tuvo cobertura)
- Elegibilidad para comprar un plan de salud individual por medio de un acuerdo de reembolso de gastos médicos de cobertura individual (*individual coverage health reimbursement arrangement, ICHRA*) o un acuerdo de reembolso de gastos médicos para pequeños empleadores calificados (*qualified small employer health reimbursement arrangement, QSEHRA*)
- Interrupción de la contribución del empleador o de los subsidios del gobierno para pagar las primas de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (*Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA*)
- Información errónea sobre su inscripción en la cobertura esencial mínima
- Cambios en la red de proveedores
- Elegibilidad para el estipendio de servicios de atención médica de empresas de transporte o de envíos a través de aplicaciones

Cambio en la familia

- Adición de un dependiente o convertirse en dependiente mediante matrimonio o una pareja de hecho
 - Adición de un dependiente o convertirse en dependiente por el nacimiento de un hijo, o por adopción o puesta en adopción o cuidados de crianza
- Nota:** En este caso, también debe elegir entre 2 opciones de fecha de vigencia:
- La fecha del nacimiento, la adopción o la puesta en adopción o en cuidados de crianza
 - El primer día del mes después de que recibamos este formulario

Escriba la fecha de su evento calificado de vida: / / (mm/dd/aaaa)

- Orden de manutención de los hijos u otra orden del tribunal para cubrir a un dependiente

Nota: En este caso, también debe elegir entre 2 opciones de fecha de vigencia:

- La fecha de la orden de manutención u otra orden del tribunal para cubrir a un dependiente
- El primer día del mes posterior a la fecha de la orden del tribunal
- Violencia doméstica o abandono conyugal dentro del hogar
- Pérdida de un dependiente por divorcio, disolución de una pareja de hecho o separación legal
- Muerte del suscriptor o de un dependiente

Cambio en la residencia

- Traslado permanente con acceso a nuevos planes

Otros eventos calificados de vida

- Determinación por parte de Covered California por circunstancias excepcionales
- Demostración de que un plan calificado infringió de manera sustancial una disposición importante de su contrato respecto a la persona inscrita
- Liberación de prisión

E. Elija su plan de salud

Si indicó que desea cambiar de plan o agregar cobertura para un familiar, seleccione su plan preferido a continuación. Todos los familiares que incluyó en la Sección C serán transferidos al plan que seleccione. Si desea inscribir a los familiares en distintos planes, envíe un formulario para cada plan por separado.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Kaiser Permanente - Bronze 60 HDHP HMO | <input type="checkbox"/> Kaiser Permanente - Gold 80 HMO |
| <input type="checkbox"/> Kaiser Permanente - Bronze 60 HMO | <input type="checkbox"/> Kaiser Permanente - Gold 80 HMO 0/30 PCP |
| <input type="checkbox"/> Kaiser Permanente - Bronze 60 HMO 7500/0% PCP | <input type="checkbox"/> Kaiser Permanente - Gold 80 HMO 750/35 PCP |
| <input type="checkbox"/> Kaiser Permanente - Silver 70 HMO Off Exchange | <input type="checkbox"/> Kaiser Permanente - Gold 80 HDHP HMO 2250/15% PCP |
| <input type="checkbox"/> Kaiser Permanente - Silver 70 HMO 2850/50 PCP | <input type="checkbox"/> Kaiser Permanente - Platinum 90 HMO |
| <input type="checkbox"/> Kaiser Permanente - Silver 70 HDHP HMO 3600/25% PCP | <input type="checkbox"/> Kaiser Permanente - Minimum Coverage HMO* |
| <input type="checkbox"/> Kaiser Permanente - Gold 80 HMO Coinsurance | |

*Para solicitantes menores de 30 años o con exenciones por dificultades económicas

Los planes de cobertura mínima están disponibles para los solicitantes que sean menores de 30 años en la fecha de vigencia o que presenten un certificado de exención que demuestre sus dificultades económicas o la falta de cobertura asequible. **No podremos procesar su solicitud sin el certificado de exención si es mayor de 30 años.** Para saber si reúne los requisitos, visite CoveredCA.com/exemptions y siga las instrucciones.

¿El solicitante principal que está comprando este plan usa un acuerdo de reembolso de gastos médicos (*health reimbursement arrangement, HRA*)? Sí
Si responde "Sí", ¿qué tipo?: ICHRA QSEHRA

Con un acuerdo de reembolso de gastos médicos de cobertura individual (ICHRA) o un acuerdo de reembolso de gastos médicos para pequeños empleadores calificados (QSEHRA), su empleador establecerá y financiará una cuenta para ayudarle a pagar las primas mensuales del plan individual y los gastos de bolsillo como una alternativa a la cobertura médica de grupo tradicional.

Usar el HRA de un empleador para ayudar a pagar las primas y los gastos de bolsillo no cambia su elegibilidad para un plan individual y familiar de Kaiser Permanente.

F. Elija su plan de atención dental opcional para adultos

La cobertura dental está incluida en su plan de salud para miembros menores de edad hasta el final del mes en el que el miembro cumpla 19 años. Kaiser Permanente ofrece un plan de seguro dental opcional para adultos, que incluye a las personas cuya elegibilidad para recibir servicios dentales pediátricos ya terminó. Esta cobertura opcional está disponible por un costo adicional.

Puede inscribirse en la cobertura dental para adultos del plan de seguro dental opcional o cancelarla durante el periodo de inscripción abierta, la renovación anual para miembros o un periodo de inscripción especial. Nuestra cobertura de atención dental opcional para adultos está suscrita por Kaiser Permanente Insurance Company (KPIC), una subsidiaria de Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (KFHP), y administrada por Delta Dental of California, uno de los proveedores de beneficios de atención dental más grandes y con más experiencia del país.

Para conocer todos los detalles del plan de atención dental de KPIC, ingrese a kp.org/kpic-dental (haga clic en "Español") y consulte la Matriz de divulgación del Resumen de Cobertura y Beneficios Dentales (*Summary of Dental Benefits Coverage [SDBC] Disclosure Matrix*).

- Agregar cobertura dental opcional para adultos[†]
- Cancelar la cobertura dental opcional para adultos[†]

[†]Entiendo que, una vez inscrito, no podré cancelar mi cobertura dental sin cancelar también la cobertura de mi plan de salud, excepto durante el periodo de inscripción abierta o un periodo de inscripción especial.

G. 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 engañosa, 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. Todos los dependientes nuevos que sean mayores de 18 años, incluidos los padres o padrastros, también deben firmar el formulario. Si deben firmar más de 2 dependientes mayores de 18 años y más de 2 padres o padrastros, adjunte una copia de esta página con las firmas adicionales.

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

Fecha (mm/dd/aaaa)
 / /

X Cónyuge/pareja de hecho

Fecha (mm/dd/aaaa)
 / /

X Padre o madre/padrastro o madrastra

Fecha (mm/dd/aaaa)
 / /

X Padre o madre/padrastro o madrastra

Fecha (mm/dd/aaaa)
 / /

X Dependiente (de 18 años o mayor)

Fecha (mm/dd/aaaa)
 / /

X Dependiente (de 18 años o mayor)

Fecha (mm/dd/aaaa)
 / /

Todos los planes son ofrecidos y están suscritos por Kaiser Foundation Health Plan, Inc., One Kaiser Plaza, Oakland, CA 94612.

H. 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)*.

El suscriptor debe firmar el formulario. Todos los dependientes nuevos que sean mayores de 18 años, incluidos los padres o padrastros, también deben firmar el formulario. Si deben firmar más de 2 dependientes mayores de 18 años y más de 2 padres o padrastros, adjunte una copia de esta página con las firmas adicionales.

X

Fecha (mm/dd/aaaa)

/ /

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)

Oficinas locales del HICAP por condado de California

Condado de Alameda

333 Hegenberger Road, Suite 850
Oakland, CA 94621
510-839-0393

Condados de Alpine, Amador, Calaveras, Mariposa y Tuolumne

19074 Standard Road, Suite A
Sonora, CA 95370
209-532-6272 ext. 226

Condados de Butte, Colusa, Glenn, Plumas y Tehama

25 Main Street, Room 202
Chico, CA 95929-0799
530-898-6716

Condado de Contra Costa

400 Ellinwood Way
Pleasant Hill, CA 94523
Dentro de Contra Costa desde un teléfono fijo:
1-800-510-2020
Fuera del estado: 925-655-1393

Condado de Del Norte

1765 Northcrest Drive
Crescent City, CA 95531
707-464-7876

Condados de El Dorado, Nevada, Placer, Sacramento, San Joaquin, Sierra, Sutter, Yolo y Yuba

505 12th Street
Sacramento, CA 95814
1-800-434-0222
916-376-8915

Condados de Fresno y Madera

5363 N. Fresno Street
Fresno, CA 93710
559-224-9117

Condado de Humboldt

333 J Street
Eureka, CA 95501
707-444-3000

Condados de Imperial y San Diego

5151 Murphy Canyon Road, Suite 110
San Diego, CA 92123
Imperial: 760-353-0223
San Diego: 858-565-8772

Condados de Inyo, Mono, Riverside y San Bernardino

Council on Aging Southern California
2280 Market Street, Suite 140
Riverside, CA 92501
909-256-8369

Condado de Kern

5357 Truxtun Ave.
Bakersfield, CA 93301
661-868-1000

Condados de Kings y Tulare

3350 W. Mineral King
Visalia, CA 93291
559-713-2875
1-800-434-0222

Condados de Lake, Marin, Mendocino, Napa, Solano y Sonoma

1129 Industrial Ave., Suite 201
Petaluma, CA 94954
1-800-434-0222
707-526-4108

Condados de Lassen, Modoc, Shasta, Siskiyou y Trinity

1647 Hartnell Ave., Suite 8
Redding, CA 96002
530-223-0999

Condado de Los Angeles

4601 Wilshire Blvd., Suite 160
Los Angeles, CA 90010
213-383-4519
Dentro del condado de Los Angeles:
1-800-824-0780

Condado de Merced

851 West 23rd Street
Merced, CA 95340
209-385-7550

Condado de Monterey

247 Main Street
Salinas, CA 93901
831-655-1334

Condado de Orange

2 Executive Circle, Suite 175
Irvine, CA 92614
714-560-0424

Condados de San Benito y Santa Cruz

3333 Soquel Drive, Suite A
Soquel, CA 95073
831-462-5510

Condado de San Francisco

601 Jackson Street, 2.º piso
San Francisco, CA 94133
415-677-7520

Condados de San Luis Obispo y Santa Barbara

528 South Broadway
Santa Maria, CA 93454
805-928-5663

Condado de San Mateo

1710 S. Amphlett Blvd., Suite 100
San Mateo, CA 94402
650-627-9350

Condado de Santa Clara

3100 De La Cruz Blvd., Suite 310
San Jose, CA 95054
408-350-3200, opción 2

Condado de Stanislaus

3500 Coffee Road, Suite 19
Modesto, CA 95355
209-558-4540

Condado de Ventura

4651 Telephone Road
Ventura, CA 93003
805-477-7310

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 báhílinígóó há ata' hane. Ata' halne'i há shónáot'eed dóó naaltsoos táá hazaad bee bik'í aschjíigo hach'í yídóoltah biniiyé hach'í ánál'íjih tch. Shíká i'doolwoł nínízingo nihich'í hodílnih kojí 1-800-788-0710 éí bee nééhózin biniiyé neiyítánigíí bikáá'. Áká e'élyeed jinízingo CA Dept. of Insurance bich'í hojilnih kwe'é 1-800-927-4357. TTY chojool'íjigo éí iáá 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

សេវាការសាស្ត្រគិតថ្លែង អ្នកអាជទន្ធនូវបានអ្នកបកប្រឈម និងត្រួតពេកសារដែនអ្នក ដាក់សាប់រោគ សំរាប់ជំនួយ សូមទូរស័ព្ទមកគាំរើ តាមគុណមានខាងលម្អានគោគលើបញ្ជី ID របស់អ្នក ឬ 1-800-788-0710។ សំរាប់ជំនួយថែមគោទេក ទូរស័ព្ទគោគស្តីបែងប៉ាង ឱបកាសិហ្មោនិត្រ តាមគុណមាន 1-800-927-4357។ អ្នកគាំរើ TTY គោគល 711។ Khmer

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

Cov Kev Pab Cuam Txhais Lus Dawb. Koj tuaj yeem tau txais ib tus neeg txhais lus thiab txais tau cov ntaub ntawv uas nyeeem 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