

Instrucciones

- Puede utilizar este formulario para realizar cambios en el plan o la cuenta de una cuenta existente de Kaiser Permanente for Individuals and Families (KPIF). Solo el suscriptor, padre, madre o tutor legal de una cuenta solo para hijos puede llenar este formulario.
- Por medio de este formulario, usted puede hacer distintos tipos de cambios en los planes y en las cuentas. Conteste la Sección A con su información personal. Después, en la Sección B, elija qué cambios desea hacer y siga llenando cualquier otra sección relacionada con dichos cambios.
- Si usted es un suscriptor que está cancelando su cobertura, la cobertura de sus dependientes se cancela automáticamente y disponen de un período de inscripción especial para inscribirse en una nueva cobertura. Puede elegir mantener a sus hijos menores de 21 años en una cuenta solo para hijos.
- Si agregará a un dependiente a su plan, cualquier otra cobertura que tenga el dependiente no se cancelará de manera automática, a menos que se indique en este formulario. Para evitar pagar 2 planes o tener una interrupción en la cobertura, cancele cualquier otra cobertura que tenga a partir del día anterior al comienzo de su nueva cobertura.
- Nota: Si usted tiene derecho a recibir Medicare Parte A o está inscrito en Medicare Parte B, no es elegible para cambiarse a un plan de KPIF. Si un familiar tiene derecho a Medicare Parte A o está inscrito en Medicare Parte B, no es elegible para cambiarse a un plan de KPIF ni puede agregarse a su plan de KPIF como un nuevo dependiente.

A. Llene el formulario con su información

Si está realizando 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)

Sexo:

Hombre Mujer
 Prefiere no especificar

Número de seguro social (si corresponde)

 _____ - _____ - _____

Dirección de su casa (no se admiten los apartados postales)

Ciudad

Estado

Código postal

Condado

Teléfono (teléfono celular si corresponde)

 _____ - _____ - _____

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

Ciudad

Estado

Código postal

Dirección de correo electrónico

Solicitantes mayores de 21 años: ¿Ha consumido tabaco al menos 4 veces por semana en los últimos 6 meses (con excepción del consumo con fines religiosos o ceremoniales)? Los productos incluyen cigarrillos, puros y tabaco para mascar o tabaco sin humo. Es posible que los consumidores regulares de tabaco deban pagar una prima diferente. Sí No

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 realizar un cambio distinto de los indicados a continuación, puede llamar a Servicio a los Miembros al 1-888-865-5813 (TTY 711).

- Quiero cambiar de plan.
- Quiero agregar cobertura médica para un familiar.
- Quiero cambiar mi cuenta solo para hijos a una cuenta familiar conmigo como el suscriptor.

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

Combinar cuentas

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

- Quiero agregar a mi cuenta a familiares que ya tienen un plan de Kaiser Permanente. Hacer esto cancelará su plan existente.
(Indique qué familiares pasarán 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, padre, madre o tutor legal para la cancelación de la cuenta

Puede hacer los siguientes cambios en cualquier momento durante el año. (Nota: Para estos cambios, puede omitir las secciones D y E).

- Quiero cancelar toda mi cobertura y la de todos mis familiares.
- Quiero cancelar toda la cobertura de un familiar.
- Quiero cancelar mi cobertura y mantener a mis hijos menores de 21 años en una cuenta solo para hijos.

- Quiero cancelar mi cobertura y la de mi cónyuge o pareja doméstica y mantener a mis hijos menores de 21 años en una cuenta solo para hijos.
- Quiero hacer los cambios que se muestran en la Sección A.
(Si cambia su nombre, incluya la documentación legal del cambio).
- Alguien de mi cuenta dejó de consumir tabaco.
(Indique el familiar en la Sección C).

Fecha de entrada en vigor solicitada (no garantizada)

 / / (mm/dd/aaaa)

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

Cónyuge o pareja doméstica

Cambio de nombre

Agregar cobertura médica

Cancelar cobertura médica

Inicial del segundo nombre

Elija una opción:

- Cónyuge
- Pareja doméstica

Nombre

Apellido

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

 / /

Número de historia clínica (si corresponde)

Sexo

Hombre Mujer

Prefiere no especificar

Número de seguro social (si corresponde)

 - -

Solicitantes mayores de 21 años: ¿Ha consumido tabaco al menos 4 veces por semana en los últimos 6 meses (con excepción del consumo con fines religiosos o ceremoniales)? Los productos incluyen cigarrillos, puros y tabaco para mascar o tabaco sin humo. Es posible que los consumidores regulares de tabaco deban pagar una prima diferente. Sí No

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

Si tiene más de 3 dependientes que resultarán afectados por un cambio, adjunte una copia de esta página y llene la información de esos dependientes.

Dependiente 1

Cambio de nombre Agregar cobertura médica
 Cancelar cobertura médica

Nombre

Incial del
segundo nombre

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

 / /

Apellido

Número de historia clínica (si corresponde)

Sexo

Hombre Mujer Prefiere no especificar

Número de seguro social (si corresponde)

 - -

Solicitantes mayores de 21 años: ¿Ha consumido tabaco al menos 4 veces por semana en los últimos 6 meses (con excepción del consumo con fines religiosos o ceremoniales)? Los productos incluyen cigarrillos, puros y tabaco para mascar o tabaco sin humo. Es posible que los consumidores regulares de tabaco deban pagar una prima diferente. Sí No

Dependiente 2

Cambio de nombre Agregar cobertura médica
 Cancelar cobertura médica

Nombre

Incial del
segundo nombre

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

 / /

Apellido

Número de historia clínica (si corresponde)

Sexo

Hombre Mujer Prefiere no especificar

Número de seguro social (si corresponde)

 - -

Solicitantes mayores de 21 años: ¿Ha consumido tabaco al menos 4 veces por semana en los últimos 6 meses (con excepción del consumo con fines religiosos o ceremoniales)? Los productos incluyen cigarrillos, puros y tabaco para mascar o tabaco sin humo. Es posible que los consumidores regulares de tabaco deban pagar una prima diferente. Sí No

Dependiente 3

Cambio de nombre Agregar cobertura médica
 Cancelar cobertura médica

Nombre

Incial del
segundo nombre

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

 / /

Apellido

Número de historia clínica (si corresponde)

Sexo

Hombre Mujer Prefiere no especificar

Número de seguro social (si corresponde)

 - -

Solicitantes mayores de 21 años: ¿Ha consumido tabaco al menos 4 veces por semana en los últimos 6 meses (con excepción del consumo con fines religiosos o ceremoniales)? Los productos incluyen cigarrillos, puros y tabaco para mascar o tabaco sin humo. Es posible que los consumidores regulares de tabaco deban pagar una prima diferente. Sí No

D. Elija su período de inscripción

Seleccione una opción: Inscripción abierta (vaya a la sección E) Un período de inscripción especial (siga con esta sección)

Elija su evento calificado de vida. Si tuvo más de uno, revise sus opciones debido a que las fechas de vigencia pueden variar según el evento.

También se requiere un comprobante de elegibilidad en un plazo de 10 días calendario. Visite kp.org/inscripcionesespecial o llame al 1-800-494-5314 para obtener más información sobre los eventos calificados de vida o si no ve su evento calificado de vida a continuación.

<input type="checkbox"/> Pérdida de cobertura médica mínima esencial (ponga el último día completo que tuvo cobertura)*	<input type="checkbox"/> Traslado permanente con acceso a nuevos planes
<input type="checkbox"/> Agregar un nuevo dependiente o convertirse en uno por medio del matrimonio o de una sociedad doméstica	<input type="checkbox"/> Determinación por parte del intercambio de beneficios de salud de circunstancias excepcionales
<input type="checkbox"/> Agregar un nuevo dependiente o convertirse en uno debido al nacimiento de un hijo, adopción, colocación para adopción o cuidados de crianza	<input type="checkbox"/> Elegibilidad para comprar un plan de salud individual por medio de un acuerdo de reembolso de cobertura médica individual (individual coverage health reimbursement arrangement, ICHRA) o un acuerdo de reembolso de gastos médicos de pequeño empleador calificado (qualified small employer health reimbursement arrangement, QSEHRA)
Nota: En este caso, también tendrá que elegir entre 2 fechas de entrada en vigor: <input type="checkbox"/> La fecha de nacimiento, adopción, colocación para adopción o cuidados de crianza <input type="checkbox"/> El primer día del mes después del nacimiento o la colocación del niño con usted	<input type="checkbox"/> Violencia doméstica o abandono del cónyuge que ocurre dentro del hogar
<input type="checkbox"/> Orden de manutención de los hijos u otra orden del tribunal para cubrir a un dependiente	<input type="checkbox"/> 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)
Nota: En este caso, también tendrá que elegir entre 2 fechas de entrada en vigor: <input type="checkbox"/> La fecha de la orden de manutención de los hijos u otra orden del tribunal para cubrir a un dependiente <input type="checkbox"/> El primer día del mes posterior a la fecha de la orden del tribunal	

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

*Si su evento calificado de vida es la pérdida de la cobertura de Kaiser Permanente, podemos revisar sus registros de membresía para verificar cuándo y por qué perdió su cobertura.

E. Elija su plan de salud

Si indicó que le gustaría cambiar de plan o agregar una cobertura para un familiar, seleccione a continuación el plan que le gustaría. 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"/> KP GA Bronze Virtual Complete 5500/1500 RxDed	<input type="checkbox"/> KP GA Silver Virtual Complete 5000
<input type="checkbox"/> KP GA Signature Bronze Virtual Complete 5500/1500 RxDed [†]	<input type="checkbox"/> KP GA Signature Silver Virtual Complete 5000 [†]
<input type="checkbox"/> KP GA Bronze 6500/40%/HSA	<input type="checkbox"/> KP GA Silver Virtual Complete 5500
<input type="checkbox"/> KP GA Signature Bronze 6500/40%/HSA [†]	<input type="checkbox"/> KP GA Signature Silver Virtual Complete 5500 [†]
<input type="checkbox"/> KP GA Standard Bronze 7500/50	<input type="checkbox"/> KP GA Gold 500 Ded/500 Rx Ded
<input type="checkbox"/> KP GA Signature Standard Bronze 7500/50 [†]	<input type="checkbox"/> KP GA Signature Gold 500 Ded/500 Rx Ded [†]
<input type="checkbox"/> KP GA Silver 3400 Ded/500 Rx Ded	<input type="checkbox"/> KP GA Gold 1000 Ded/500 Rx Ded
<input type="checkbox"/> KP GA Signature Silver 3400 Ded/500 Rx Ded [†]	<input type="checkbox"/> KP GA Signature Gold 1000 Ded/500 Rx Ded [†]
<input type="checkbox"/> KP GA Silver 4500/35	<input type="checkbox"/> KP GA Gold 2000 Ded/500 Rx Ded
<input type="checkbox"/> KP GA Signature Silver 4500/35 [†]	<input type="checkbox"/> KP GA Signature Gold 2000 Ded/500 Rx Ded [†]
<input type="checkbox"/> KP GA Standard Silver 5000/40	<input type="checkbox"/> KP GA Standard Gold 1500/30
<input type="checkbox"/> KP GA Signature Standard Silver 5000/40 [†]	<input type="checkbox"/> KP GA Signature Standard Gold 1500/30 [†]

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

Los planes Catastrophic 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 tiene 30 años o más.** Para saber si reúne los requisitos, visite cuidadodesalud.gov/es/exemption-form-instructions/ y siga las instrucciones.

KP GA Catastrophic 9200
 KP GA Signature Catastrophic 9200[†]

[†]Si vive en los condados de Clayton, Cobb, DeKalb, Fulton, Gwinnett o Henry, su plan estará dentro de la red de KP Signature HMO. Consulte la información importante sobre los planes en la red de KP Signature HMO en la Guía de Inscripción a KPIF.

¿El solicitante principal que está comprando este plan de salud 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 cobertura médica individual (individual coverage health reimbursement arrangement, ICHRA) o un acuerdo de reembolso de gastos médicos de pequeño empleador calificado (qualified small employer health reimbursement arrangement, 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 de salud grupal 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 Kaiser Permanente Individual Family.

F. Firme el formulario

- Entiendo que Kaiser Foundation Health Plan of Georgia, Inc. (KFHPGA) se basará en la información proporcionada en este formulario y que, si se determina que cualquier parte de la información proporcionada es fraudulenta o se tergiversó intencionalmente, KFHPGA puede optar por cancelar la cobertura retroactivamente a la fecha de vigencia de la cobertura.
- Confirmo que ningún solicitante mencionado en este formulario que cambiará de plan o se agregará como dependiente tiene derecho a Medicare Parte A ni está inscrito en Medicare Parte B.
- Si trabajé con un corredor de seguros, entiendo que el corredor de seguros puede recibir de Kaiser Permanente un pago u otra compensación monetaria en relación con esta cobertura. Nuestra compensación estándar es de \$28 al mes por miembro más un bono potencial. Para obtener más información, visite kp.org/brokercompensation (en inglés).
- Al proporcionar mi correo electrónico y número de teléfono celular, acepto recibir comunicaciones por correo electrónico y mensaje de texto de Kaiser Permanente.

Nota: El suscriptor que realice un cambio deberá firmar el formulario.

X

Fecha (mm/dd/aaaa)

 / /

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

Información de contacto

Enviar por correo postal a: Kaiser Permanente
P.O. Box 23127
San Diego, CA 92193

O por fax a:
Administración de
Membresías al
1-855-355-5334

**¿Tiene alguna pregunta? Llame al
1-888-865-5813 (TTY 711)**

Todos los planes son ofrecidos y están suscritos por Kaiser Foundation Health Plan of Georgia, Inc.,
Nine Piedmont Center, 3495 Piedmont Road NE, Atlanta, GA 30305.

NONDISCRIMINATION NOTICE

Kaiser Foundation Health Plan of Georgia, Inc. (Kaiser Health Plan) complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Kaiser Health Plan does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex. We also:

- Provide no cost aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats, such as large print, audio, and accessible electronic formats
- Provide no cost language services to people whose primary language is not English, such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you need these services, call **1-888-865-5813 (TTY: 711)**

If you believe that Kaiser Health Plan has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance by mail at: Member Relations Unit (MRU), Attn: Kaiser Civil Rights Coordinator, Nine Piedmont Center, 3495 Piedmont Road, NE Atlanta, GA 30305-1736. Telephone Number: 1-888-865-5813.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD). Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

HELP IN YOUR LANGUAGE

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-888-865-5813 (TTY: 711)**.

አማርኛ (Amharic) ማስታወሻ: የሚገኘው ቅንቃ አማርኛ ከሆነ የተርጠዋም እርዳታ ይርቃታል፡፡ በነፃ ለመዘዴት ተዘጋጀተዋል፡፡ ወደ ማስታረዥ ቅጽር ይደውሉ **1-888-865-5813 (TTY: 711)**.

العربية (Arabic) ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان.
اتصل برقم **1-888-865-5813 (711 TTY)**.

中文 (Chinese) 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 **1-888-865-5813 (TTY: 711)**。

فارسی (Farsi) توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با **1-888-865-5813 (711 TTY)** تماس بگیرید.

Français (French) ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le **1-888-865-5813** (TTY: 711).

Deutsch (German) ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: **1-888-865-5813** (TTY: 711).

ગુજરાતી (Gujarati) સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિઃશુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફેન કરો **1-888-865-5813** (TTY: 711).

Kreyòl Ayisyen (Haitian Creole) ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele **1-888-865-5813** (TTY: 711).

हिन्दी (Hindi) ध्यान दें: यदि आप हिन्दी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। **1-888-865-5813** (TTY: 711) पर कॉल करें।

日本語 (Japanese) 注意事項 : 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。 **1-888-865-5813** (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。

한국어 (Korean) 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-888-865-5813** (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

Naabeehó (Navajo) Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yánílti'go Diné Bizaad, saad bee aká'ánida'áwo'déé', t'áá jiik'eh, éí ná hóló, koji' hódiílnih **1-888-865-5813** (TTY: 711).

Português (Portuguese) ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para **1-888-865-5813** (TTY: 711).

Русский (Russian) ВНИМАНИЕ: если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-888-865-5813** (TTY: 711).

Español (Spanish) ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-888-865-5813** (TTY: 711).

Tagalog (Tagalog) PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa **1-888-865-5813** (TTY: 711).

Tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số **1-888-865-5813** (TTY: 711).

1353570125 Georgia 2025

