

## Solicitud de Cobertura Médica

Planes individuales y familiares

 <p><b>¿Quién puede usar esta solicitud?</b></p>	<p>Usted puede solicitar un plan de Kaiser Permanente for Individuals and Families (KPIF) mediante este formulario.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si desea obtener cobertura para su familia dentro del mismo plan de KPIF, llene una solicitud para la familia. Si un miembro de la familia desea un plan de salud diferente, tendrá que llenar una solicitud por separado.</li> <li>• Para ser elegible para la cobertura de KPIF, debe vivir en nuestra área de servicio de Maryland.</li> </ul>
 <p><b>¿Quién no debe usar esta solicitud?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si usted o alguno de los dependientes por los que presenta la solicitud tienen derecho a recibir Medicare Parte A o están inscritos en Medicare Parte B, no son elegibles para solicitar la nueva cobertura de KPIF. Visite <a href="http://kp.org/medicare">kp.org/medicare</a> (haga clic en "Español") para obtener más información sobre sus opciones de planes de Medicare o para solicitar la cobertura de Medicare.</li> <li>• Si califica para obtener asistencia financiera federal y desea ayuda para pagar los copagos, los coseguros, los deducibles o las primas, no llene esta solicitud. Debe solicitar la cobertura a través de Maryland Health Connection en <a href="http://marylandhealthconnection.gov">marylandhealthconnection.gov</a>.</li> <li>• Para hacer cambios en su cuenta existente de KPIF, llame al <b>1-866-410-7536</b>.</li> </ul>
 <p><b>Cosas que debe recordar</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si presenta la solicitud durante el periodo de inscripción abierta, es posible que su fecha de vigencia cambie según la fecha en la que recibamos su solicitud. Por lo general, será el 1 de enero si presenta la solicitud antes del 31 de diciembre. Devuelva esta solicitud lo antes posible, o puede presentar la solicitud más rápido en línea en <a href="http://buykp.org">buykp.org</a> (haga clic en "Español").</li> <li>• Si presenta la solicitud durante un periodo de inscripción especial, visite <a href="http://kp.org/inscripcionespecial">kp.org/inscripcionespecial</a> o llame al <b>1-800-494-5314 (TTY 711)</b> para obtener instrucciones.</li> <li>• Responda todas las preguntas y escriba en la computadora o en letra de imprenta usando tinta únicamente. Deje un recuadro vacío entre cada palabra y agregue un guion en el recuadro para los nombres compuestos.</li> <li>• Recuerde que la inscripción en un nuevo plan no cancela automáticamente ninguna otra cobertura que tenga. Para evitar pagar dos planes o quedar sin cobertura, asegúrese de cancelar cualquier otra cobertura que tenga a partir del día anterior al comienzo de su nueva cobertura. 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 la cobertura.</li> <li>• Los dependientes elegibles incluyen a su cónyuge o pareja de hecho, así como a los dependientes elegibles menores de 26 años (suyos o de su cónyuge o pareja de hecho).</li> <li>• <b>Para asegurarse de que su solicitud se procese a tiempo y no se cancele</b>, envíe cada página de la solicitud completada, con todas las firmas requeridas y una prueba de su evento calificado de vida. Todos los campos son obligatorios si la información está disponible. Proporcionar su número de teléfono y correo electrónico nos permite comunicarnos con usted más fácilmente, si es necesario, para procesar su solicitud.</li> <li>• Envíe estos documentos por correo postal a: <ul style="list-style-type: none"> <li>Kaiser Permanente for Individuals and Families</li> <li>P.O. Box 23127</li> <li>San Diego, CA 92193-9921</li> </ul> O envíelos por fax seguro al: <b>1-855-355-5334</b>. </li> </ul> <p>Nota: Los cheques deben enviarse por correo postal y no por fax.</p>
 <p><b>¿Necesita ayuda?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si necesita ayuda para llenar esta solicitud, llame al <b>1-800-494-5314 (TTY 711)</b>.</li> <li>• <b>Le brindaremos asistencia en su idioma sin costo.</b></li> <li>• Si trabaja con un corredor de seguros, llámelo para obtener ayuda.</li> </ul>

Todos los planes son ofrecidos y están suscritos por Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc.

## PASO 1: Elija su periodo de inscripción

Seleccione una opción:  Inscripción abierta (vaya al Paso 2)  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 pueden variar según el evento. **También se requiere una prueba de elegibilidad en un plazo de 10 días calendario.** Visite [kp.org/inscripcionespecial](http://kp.org/inscripcionespecial) o llame al **1-800-255-5169** 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 cobertura médica 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*)
- Pérdida de la cobertura relacionada con el embarazo o pérdida del acceso a servicios de atención médica por medio de la cobertura que se brinda al feto de una mujer embarazada
- Pérdida de cobertura de necesidades médicas
- Inscripción en cualquier plan de salud grupal que no sea de año calendario, cobertura de seguro médico individual o acuerdo de reembolso de gastos médicos para pequeños empleadores calificados (QSEHRA)
- Ser potencialmente elegible para Medicaid o para el Programa de Seguro de Salud Infantil (*Children's Health Insurance Program, CHIP*), y ser considerado no elegible después de que haya finalizado el periodo de inscripción abierta o más de 60 días después del evento calificado
- Ser recientemente inelegible para obtener un crédito tributario anticipado para las primas u obtener reducciones del costo compartido

### Cambio en la familia

- Agregar un dependiente o convertirse en uno por matrimonio o pareja de hecho
- Agregar un nuevo dependiente o convertirse en uno debido al nacimiento de un hijo, adopción, o puesta en adopción o en cuidados de crianza
- Orden de manutención de los hijos u otra orden del tribunal para cubrir a un dependiente

- 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

- La determinación por parte de Maryland Health Connection de un periodo de inscripción especial o cuando la inscripción o la falta de inscripción en un plan de salud calificado (*Qualified Health Plan, QHP*) es involuntaria, inadvertida o errónea y es consecuencia de un error, falsificación, mala conducta o inacción de algún funcionario, empleado o agente del Mercado de Seguros Médicos o del Departamento de Salud y Servicios Humanos, sus agencias o una entidad que proporcione asistencia para la inscripción o realice actividades relacionadas con la inscripción
- Demostrar que un plan calificado infringió de manera sustancial una disposición material de su contrato respecto a la persona inscrita
- Confirmación inicial del embarazo por parte de un profesional médico

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

- El primer día del mes en que se confirma el embarazo
- El primer día del mes después de recibir su solicitud completa con su selección de plan

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

## PASO 2: Elija su plan de salud

Elija un plan de salud. Si algún familiar va a solicitar un plan de salud diferente, envíe un formulario para cada plan por separado.

Bronze	Silver	Gold	Platinum
<input type="checkbox"/> KP MD Bronze 6700 Ded/Vision	<input type="checkbox"/> KP MD Silver 3000 Ded/700 RxDed/Vision	<input type="checkbox"/> KP MD Gold 0 Ded/150 RxDed/Vision	<input type="checkbox"/> KP MD Platinum 0 Ded/Vision
<input type="checkbox"/> KP MD Bronze 7500 Ded/HSA/Vision	<input type="checkbox"/> KP MD Silver 6000 Ded/Vision/Off	<input type="checkbox"/> KP MD Gold 500 Ded/Vision	
<input type="checkbox"/> KP MD Bronze Value 10150 Ded/Vision	<input type="checkbox"/> KP MD Silver Virtual Forward 3600 Ded/Off	<input type="checkbox"/> KP MD Gold 1100 Ded/200 RxDed/Vision	
	<input type="checkbox"/> KP MD Silver Value 4500 Ded/750 RxDed/Vision/Off	<input type="checkbox"/> KP MD Gold 1750 Ded/250 RxDed/Vision	
	<input type="checkbox"/> KP MD Silver Virtual Forward 5000 Ded	<input type="checkbox"/> KP MD Gold Value 1000 Ded/150 RxDed/Vision	
	<input type="checkbox"/> KP MD Silver 4800 Ded/HSA/Vision	<input type="checkbox"/> KP MD Gold Plus 1750 Ded/Vision	
		<input type="checkbox"/> KP MD Gold 2400 Ded/HSA/Vision	

### Plan Catastrophic

Para comprar un plan Catastrophic, los solicitantes deben tener menos de 30 años en la fecha de vigencia o proporcionar un certificado de exención que demuestre 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 [ciudadodesalud.gov/es/exemption-form-instructions/](http://ciudadodesalud.gov/es/exemption-form-instructions/) y siga las instrucciones.

KP MD Catastrophic 10150 Ded/Vision

Para conocer los beneficios de salud y atención dental, así como sus limitaciones, costos compartidos y primas, consulte los materiales de inscripción. Para solicitar una copia del *Acuerdo de Membresía (Membership Agreement)* y de la *Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage)* de un plan en particular, visite el sitio web [kp.org/plandocuments](http://kp.org/plandocuments) (en inglés), llame al **1-800-777-7902**, o comuníquese con su corredor de seguros.

## PASO 3: Elija su plan de atención dental opcional para adultos

La cobertura dental pediátrica está incluida en su plan de salud hasta el final del mes en el cual el miembro cumple 19 años de edad. También ofrecemos planes de atención dental opcionales para adultos mayores de 19 años por un cargo adicional mensual.

Si quiere agregar cobertura dental opcional para adultos, elija un plan de atención dental:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> KP Smile KPIF Dental EPO       | <input type="checkbox"/> KP Smile KPIF Dental EPO + Ortho       |
| <input type="checkbox"/> KP Smile KPIF Dental PPO Basic | <input type="checkbox"/> KP Smile KPIF Dental PPO Basic + Ortho |
| <input type="checkbox"/> KP Smile KPIF Dental PPO High  | <input type="checkbox"/> KP Smile KPIF Dental PPO High + Ortho  |

No. No me interesa recibir cobertura dental opcional para adultos.

Solicitante principal

## PASO 4: Llene su información (Todos los campos son obligatorios, si están disponibles)

### Solicitante principal

En un plan individual, el solicitante principal es la persona que tendrá la cobertura del plan de salud. En un plan familiar, el solicitante principal es el miembro de la familia que tiene cobertura del plan de salud y está autorizado a realizar cambios en la cuenta. Si esta solicitud es solo para un niño menor de 18 años, el niño es el solicitante principal.

Nombre

ISN

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

Apellido

Número de historia clínica (si corresponde) Estado (si corresponde)

Género:

Masculino  Femenino

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

Idioma que prefiere hablar (si no es inglés)

Idioma que prefiere leer (si no es inglés)

¿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 cobertura médica 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 Kaiser Permanente Individual and Family.

### Padre, madre o tutor legal

Complete esta sección si el solicitante principal es menor de 18 años. El padre, la madre o el tutor legal debe ser mayor de 18 años.

Nombre

ISN

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

Apellido

Género:

Masculino  Femenino

Número del Seguro Social (si corresponde)

Idioma que prefiere hablar (si no es inglés)

Idioma que prefiere leer (si no es inglés)



Solicitante principal

## PASO 5: Elija un representante autorizado (si tiene uno)

Puede autorizar a un amigo de confianza o a un pariente para que hable con nosotros sobre esta solicitud, para que vea su información o para que actúe en su nombre solo en cuestiones relacionadas con esta solicitud. Esta persona se conoce como el representante autorizado.

Nombre

ISN

Apellido

Teléfono principal (teléfono celular si corresponde)

Al firmar, usted designa a esta persona como su representante legal autorizado para que obtenga información oficial sobre esta solicitud y actúe en su nombre en cuestiones relacionadas con esta solicitud.

X

Fecha (mm/dd/aaaa)

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

## PASO 6: Firme el acuerdo de solicitud

**Importante:** El solicitante principal debe leer, firmar y anotar la fecha a continuación. Si el solicitante principal es menor de 18 años, el padre, la madre o el tutor legal deberá firmar. Al firmar, el padre, la madre o el tutor legal se compromete a pagar la totalidad de las primas, los copagos, los coseguros y los deducibles de todos los solicitantes mencionados en esta solicitud. Una copia de su acuerdo con su firma es tan válida como el original. Si falta la firma, cancelaremos la solicitud. Para ser elegible para la cobertura de KPIF, ni usted ni ninguno de los dependientes por los que presenta la solicitud pueden tener derecho a recibir Medicare Parte A ni estar inscritos en Medicare Parte B.

- Confirmando que ningún solicitante mencionado en este formulario tiene derecho a Medicare Parte A ni está inscrito en Medicare Parte B.
- Entiendo que si cometo fraude o proporciono una declaración falsa de un hecho sustancial, Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc. (Plan de Salud) puede denegar o rescindir mi cobertura y la de todos mis dependientes desde la fecha en que cometí el fraude o proporcioné la declaración falsa del hecho sustancial. El Plan de Salud me notificará con 30 días de anticipación antes de rescindir la cobertura. En caso de rescisión, acepto que yo soy responsable de todos los gastos médicos incurridos por el plan de salud, y que el plan de salud puede minimizar dichos gastos con cualquier prima que se haya pagado. Si los costos médicos superan el monto de las primas pagadas, acepto que yo soy responsable ante el Plan de Salud de cubrir la diferencia.
- En caso de haber trabajado con un corredor de seguros, autorizo a Kaiser Permanente a compartir con ellos la información de inscripción y de cancelación de la inscripción proporcionada en esta solicitud. Entiendo que el corredor de seguros o representante de Kaiser Permanente puede recibir pagos financieros y no financieros por parte de Kaiser Permanente por haberme ayudado con esta solicitud.
- **Si tiene preguntas acerca de los beneficios y servicios que se proporcionan o excluyen conforme a este acuerdo, comuníquese con un representante de Servicio a los Miembros al 1-800-777-7902 antes de firmar esta solicitud.**
- **ADVERTENCIA: TODA PERSONA QUE PRESENTE INTENCIONALMENTE UN RECLAMO FALSO O FRAUDULENTO PARA SOLICITAR EL PAGO DE UNA PÉRDIDA O BENEFICIO O QUE INTENCIONALMENTE PRESENTE INFORMACIÓN FALSA EN UNA SOLICITUD DE SEGURO SERÁ CULPABLE DE COMETER UN DELITO Y ES POSIBLE QUE SE VEA SUJETO A MULTAS E INCLUSO ENCARCELAMIENTO.**
- 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](http://espanol.kaiserpermanente.org/es/termsconditions).

X

Fecha (mm/dd/aaaa)

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

Solicitante principal

**PASO 7: Ingrese los datos para el pago del primer mes.** Si no envía la información de pago completa o el pago con su solicitud, recibirá una factura. Debe pagar la prima del primer mes antes de la fecha de vencimiento o se cancelará su solicitud y no tendrá cobertura.

### Información de pago

Nombre de la persona responsable del pago

ISN

Apellido de la persona responsable del pago

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

**Opciones de pago** (elija una)  Pago electrónico  Cheque  Giro postal  Tarjeta de crédito  Tarjeta de débito

Si escogió el pago electrónico, seleccione el tipo de cuenta:  Cuenta corriente  Cuenta de ahorros

Autorizo a Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (KFHP) y a la institución financiera designada a que acepten esta transferencia del monto del pago del primer mes de mi cuenta corriente o cuenta de ahorros después de que KFHP procese mi solicitud.

Nombre del banco

Número de ruta bancaria

Número de cuenta

Nombre del titular de la cuenta

ISN

Apellido del titular de la cuenta

X

Fecha (mm/dd/aaaa)

Firma del titular de la cuenta

**Si escogió cheque o giro postal**

Escriba el nombre del solicitante principal en el cheque. Envíe el pago por correo postal junto con su solicitud a la dirección que se menciona en la página 1.

**Para pagar con tarjeta de crédito o débito, llene la siguiente sección.**

Nombre del titular de la tarjeta (como aparece en la tarjeta)

ISN

Apellido del titular de la tarjeta (como aparece en la tarjeta)

Número de tarjeta

Fecha de vencimiento (mm/aaaa)

X

Fecha (mm/dd/aaaa)

Firma del titular de la tarjeta

## Pagos mensuales automáticos (opcional)

Para cancelar o actualizar los pagos automáticos, visite [kp.org/payonline](http://kp.org/payonline) (en inglés) o comuníquese con la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al 1-800-777-7902.

### ¿Desea registrarse para hacer pagos mensuales automáticos?

- Sí
- Deseo registrar un nuevo método de pago. (Llene esta página).
- Utilicen el mismo método de pago que proporcioné para el pago de mi primer mes. (Sáltese esta página).
- No, no deseo hacer pagos mensuales automáticos. (Sáltese esta página).

Nombre de la persona responsable del pago

ISN



Apellido de la persona responsable del pago

Dirección de facturación

Ciudad

Estado Código postal

### Opciones de pago automático (elija una) Pago electrónico Tarjeta de crédito (no se pueden usar tarjetas de débito)

Si escogió el pago electrónico, seleccione el tipo de cuenta:  Cuenta corriente  Cuenta de ahorros

Autorizo a Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (KFHP) y a la institución financiera designada a que acepten esta transferencia de mi cuenta corriente o de ahorros.

Nombre del banco

Número de ruta bancaria

Número de cuenta

Nombre del titular de la cuenta

ISN

Apellido del titular de la cuenta

X

Fecha (mm/dd/aaaa)

 /  / 

Firma del titular de la cuenta

### Para pagar con tarjeta de crédito, llene la siguiente sección.

Nombre del titular de la tarjeta (como aparece en la tarjeta)

ISN

Apellido del titular de la tarjeta (como aparece en la tarjeta)

Número de tarjeta

Fecha de vencimiento (mm/aaaa)

 / 

X

Fecha (mm/dd/aaaa)

 /  / 

Firma del titular de la tarjeta

Solicitante principal

## Para solicitantes que trabajen con un corredor de seguros o un representante de Kaiser Permanente

Si un corredor de seguros o representante de Kaiser Permanente (empleado) le ayudó a decidir en qué plan inscribirse o le ayudó a llenar la solicitud, asegúrese de que complete esta página.

El corredor de seguros puede recibir de Kaiser Permanente un pago u otra compensación en relación con su compra de la cobertura.

Nuestra compensación estándar es de \$18 al mes por miembro, más una posible bonificación. Para obtener más información, visite [kp.org/brokercompensation](http://kp.org/brokercompensation) (en inglés).

Nota: Las primas son las mismas, independientemente de si utiliza o no los servicios de un corredor de seguros o un representante de Kaiser Permanente.

### To be completed by your broker or representative after you complete this application:

Agency name

Agency ID number

General agency name

General agency ID number

Broker or Kaiser Permanente representative (first, middle, last)

Address

City

State

ZIP code

Kaiser Permanente-appointed ID number

National producer number (NPN)

Primary phone (mobile phone, if available)

Fax

Email address

I (the broker/Kaiser Permanente representative) have not made any representations to the applicant about any provisions, benefits, conditions, or limitations of the *Membership Agreement and Evidence of Coverage* except through written materials furnished by KPIF. The applicant has been informed that the effective date of coverage is assigned by KPIF. I certify that the information supplied to me by the applicant has been truly and accurately recorded.

I assisted the applicant in submitting this application. To the best of my knowledge, the information on this application is complete and accurate. I explained to the applicant, in easy-to-understand language, the risk to the applicant of providing inaccurate information, and the applicant understood the explanation.

Yes  No

X

Date (mm/dd/yyyy)

Broker or Kaiser Permanente representative

## AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States (Kaiser Health Plan) cumple con las leyes de derechos civiles aplicables federales y no discrimina, excluye a las personas ni las trata de forma diferente por motivos de raza, color, país de origen (incluido el dominio de inglés limitado y el idioma principal), edad, discapacidad o sexo (incluidas características sexuales, rasgos intersexuales, embarazo o condiciones relacionadas, orientación sexual, identidad de género, expresión de género y estereotipos de género).

Kaiser Health Plan:

- Ofrece servicios y dispositivos adicionales sin costo a las personas que tienen una discapacidad que les impide comunicarse con nosotros eficazmente, tales como:
  - intérpretes calificados de lenguaje de señas,
  - información escrita en otros formatos, tales como letra grande, audio, braille y formatos electrónicos accesibles.
- Ofrece servicios lingüísticos sin costo a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, tales como:
  - intérpretes calificados,
  - información por escrito en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, llame al **1-800-777-7902** (TTY: **711**).

Si considera que el Kaiser Health Plan no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de alguna otra forma por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal por correo postal o por teléfono a: Kaiser Permanente, Appeals and Correspondence Department. Attn: Kaiser Civil Rights Coordinator, 2101 East Jefferson St., Rockville, MD 20852. Número de teléfono: 1-800-777-7902.

También puede presentar una queja sobre derechos civiles de forma electrónica ante la Oficina de Derechos Civiles en el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos mediante el Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o por teléfono a: 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). Los formularios para presentar las quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Este aviso está disponible en <https://healthy.kaiserpermanente.org/maryland-virginia-washington-dc/language-assistance/nondiscrimination-notice> (cambie el idioma a español)

---

## AYUDA EN SU IDIOMA

**ATTENTION:** If you speak English, language assistance services including appropriate auxiliary aids and services, free of charge, are available to you. Call **1-800-777-7902** (TTY: **711**).

**አማርኛ (Amharic) ትኩረት:** አማርኛ የሚናገሩ ከሆነ ተገቢ የሆኑ ረዳት መርጃዎችን እና አገልግሎቶችን ጨምሮ የቋንቋ እርዳታ አገልግሎቶች በነጻ ይገኛሉ። በ **1-800-777-7902** ይደውሉ (TTY: **711**)።

**العربية (Arabic) تنبيه:** إذا كنت تتحدث العربية، تتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية بما في ذلك من وسائل المساعدة والخدمات المناسبة بالمجان. اتصل بالرقم **1-800-777-7902** (TTY: **711**).

**Bàsòò Wùdù (Bassa) Mbi sog:** nia maa Bàsàa, njàl mbom a ka maa njàng ndol ni mbom mi tsoṅ ni soṅ, niṅ ma kénṅen yé, mbi èyem. Wò nàṅ **1-800-777-7902** (TTY: **711**)

**বাংলা (Bengali) মনোযোগ দিন:** আপনি যদি বাংলায় কথা বলেন, আপনি বিনামূল্যে, উপযুক্ত সহায়ক পরিষেবা ও সাহায্য সমেত ভাষা সহায়তা পরিষেবা পেতে পারেন। **1-800-777-7902** (TTY: **711**)-এ ফোন করুন।

中文 (Chinese) 注意事項：如果您說中文，您可獲得免費語言協助服務，包括適當的輔助器材和服務。致電 1-800-777-7902 (TTY: 711)。

فارسی (Farsi) توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می‌کنید، «تسهیلات زبانی»، از جمله کمک‌ها و خدمات پشتیبانی مناسب، به صورت رایگان در دسترس‌تان است با 1-800-777-7902 تماس بگیرید (TTY: 711) (تلفن متنی: 711)۔

Français (French) ATTENTION : si vous parlez français, des services d'assistance linguistique comprenant des aides et services auxiliaires appropriés, gratuits, sont à votre disposition. Appelez le 1-800-777-7902 (TTY: 711).

Deutsch (German) ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, steht Ihnen die Sprachassistenten mit entsprechenden Hilfsmitteln und Dienstleistungen kostenfrei zur Verfügung. Rufen Sie 1-800-777-7902 an (TTY: 711).

ગુજરાતી (Gujarati) ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલો છો, તો યોગ્ય સહાયક સહાય અને સેવાઓ સહિતની ભાષા સહાય સેવાઓ, તમારા માટે મફત ઉપલબ્ધ છે. 1-800-777-7902 (TTY: 711) પર કોલ કરો.

Kreyòl Ayisyen (Haitian Creole) ATANSYON: Si w pale kreyòl, w ap jwenn sèvis asistans lang tankou èd ak sèvis konplèman tè adapte gratis. Rele 1-800-777-7902 (TTY: 711).

हिन्दी (Hindi) ध्यान दें: अगर आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए उपयुक्त सहायक उपकरण और सेवाओं सहित भाषा सहायता सेवाएं मुफ्त उपलब्ध हैं। 1-800-777-7902 पर कॉल करें (TTY: 711)।

Igbo (Igbo) TINYE UCHE: Ọ bụrụ na ị na-asụ Igbo, Ọrụ enyemaka nke asụsụ ọgụnyere udi enyemaka na ọrụ kwesiri ekwesị, n'efu, dị nye ị. Kpọ 1-800-777-7902 (TTY: 711).

Italiano (Italian) ATTENZIONE. Se parla italiano, può usufruire gratuitamente dei servizi di assistenza linguistica compresi gli opportuni aiuti e servizi ausiliari. Chiamare il numero 1-800-777-7902 (TTY: 711).

日本語 (Japanese) 注意：日本語を話す場合、適切な補助機器やサービスを含む言語支援サービスが無料で提供されます。1-800-777-7902までお電話ください (TTY: 711)。

한국어 (Korean) 주의: 한국어를 구사하실 경우, 필요한 보조 기기 및 서비스가 포함된 언어 지원 서비스가 무료로 제공됩니다. 1-800-777-7902 로 전화해 주세요 (TTY: 711)。

Naabeehó (Navajo) DÍÍ BAA AKÓ NÍNÍZIN: Díí saad bee yánítí'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', biniit'aa da beeso ndinish'aah t'aala'I bi'aa 'anashwo' doo biniit'aa, t'aadoo baahilinigoo bits'aadoo yeel, t'áá jiik'eh, éí ná hóló, koji' hódíílnih 1-800-777-7902 (TTY: 711).

Português (Portuguese) ATENÇÃO: Se fala português, temos à sua disposição serviços gratuitos de assistência linguística, incluindo serviços e materiais de apoio adequados. Ligue para 1-800-777-7902 (TTY: 711).

Русский (Russian) ВНИМАНИЕ! Если вы говорите по-русски, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки, включая соответствующие вспомогательные средства и услуги. Позвоните по номеру 1-800-777-7902 (TTY: 711).

Español (Spanish) ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios de asistencia lingüística que incluyen ayudas y servicios auxiliares adecuados y gratuitos. Llame al 1-800-777-7902 (TTY: 711).

Tagalog (Tagalog) PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, available sa iyo ang serbisyo ng tulong sa wika kabilang ang mga naaangkop na karagdagang tulong at serbisyo, nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-777-7902 (TTY: 711).

ไทย (Thai) โปรดทราบ: หากท่านพูดภาษาไทย ท่านสามารถขอรับบริการช่วยเหลือด้านภาษา รวมทั้งเครื่องช่วยเหลือและบริการเสริมที่เหมาะสมได้ฟรี โทร 1-800-777-7902 (TTY: 711)。

أردو (Urdu) توجه: اگر آپ اردو بولتے ہیں تو آپ مفت زبان کی معاونت کی خدمات حاصل کر سکتے ہیں، جیسے مناسب معاون امداد اور خدمات۔ کال کریں 1-800-777-7902 (TTY: 711)۔

Tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, bạn có thể sử dụng các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí, bao gồm các dịch vụ và phương tiện hỗ trợ phù hợp. Xin gọi 1-800-777-7902 (TTY: 711).

Yorùbá (Yoruba) ÀKÍYÈSÍ: Tí o bá ń sọ èdè Yorùbá, àwon isé ìrànlọ́wọ́ èdè tó fi kún àwọn ohun èlò ìrànlọ́wọ́ tó yẹ àti àwọn isé láísí ìdíyelé wà fún ọ. Pe 1-800-777-7902 (TTY: 711).

