

SOLICITUD INDIVIDUAL UNIFORME DE COLORADO PARA PLANES DE BENEFICIOS MÉDICOS MAYORES

Este formulario está diseñado para la solicitud de cobertura de una persona. Comuníquese con su administrador si tiene preguntas sobre este formulario.

Es posible que haya asistencia financiera federal para la cobertura que se obtiene a través de Connect for Health Colorado. Si compra una cobertura por medio de Connect for Health Colorado, tendrá que proporcionar información adicional para determinar su elegibilidad para recibir asistencia financiera federal. Puede encontrar más información en connectforhealthco.com/es.

INFORMACIÓN SOBRE LA COBERTURA

Tipo de solicitud: (marque todas las opciones que correspondan)	<input type="checkbox"/> Nueva cobertura	<input type="checkbox"/> Cambio/Modificación de la cobertura existente	<input type="checkbox"/> Inscripción abierta	<input type="checkbox"/> Inscripción especial*	
¿Usa la persona solicitante que está comprando este plan un acuerdo de reembolso (si corresponde)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es "Sí", indique de qué tipo:	<input type="checkbox"/> HRA	<input type="checkbox"/> ICHRA	<input type="checkbox"/> QSEHRA
Evento calificado del periodo de inscripción especial: <input type="checkbox"/> Pérdida de cobertura <input type="checkbox"/> Nacimiento/Adopción/Puesta en adopción <input type="checkbox"/> Matrimonio <input type="checkbox"/> Otro: _____ Fecha del evento: _____					
Fecha de vigencia solicitada: _____ / _____ / _____ (MM/DD/AAAA)					

*Deberá presentar una prueba de elegibilidad para la inscripción especial. Hay más información en el sitio web del Departamento de Seguros (Department of Insurance, DOI): <https://www.colorado.gov/pacific/dora/division-insurance>.

INFORMACIÓN SOBRE LA PERSONA SOLICITANTE PRINCIPAL O ASEGURADA

Instrucciones: Escriba en una computadora o en letra de imprenta con tinta negra o azul. Llene toda la solicitud por cada persona para la que busque obtener cobertura. Si la persona está inscrita actualmente en Medicare, no debe llenar esta solicitud para esa persona. Adjunte, firme y escriba la fecha en cada página si necesita páginas adicionales para llenar completamente esta solicitud.

Nombre:	Inicial del segundo nombre:	Apellido:
Número de Seguro Social (Social Security Number, SSN)/número de identificación del contribuyente (Taxpayer Identification Number, TIN)/n.º de identificación alternativo (ALT): (opcional)	Fecha de nacimiento: / /	Edad actual: Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> X

El SSN solo se necesita para determinar la elegibilidad para el crédito tributario anticipado federal para las primas y las reducciones del costo compartido. No llenar este campo no será un motivo para rechazar la solicitud de cobertura.

Dirección física:	Ciudad:	
Condado:	Estado:	Código postal:
Dirección postal (si es diferente; puede ser un apartado postal):	Ciudad:	
Condado:	Estado:	Código postal:
Teléfono de la casa:	Teléfono alternativo:	Correo electrónico:

Estado civil (marque una opción): ☐ Soltero/a ☐ Casado/a ☐ Pareja de hecho ☐ En unión civil ☐ Separado/a legalmente ☐ Divorciado/a ☐ Menor de 21 años

¿Es usted o algún miembro de su familia indígena estadounidense o nativo de Alaska? ☐ Sí ☐ No

Hacemos esta pregunta ya que los indígenas estadounidenses y los nativos de Alaska tienen una capacidad amplia para inscribirse en planes de beneficios de salud.

Cuéntenos sobre su raza. Esta información es confidencial y solo la usaremos para mejorar el servicio que brindamos a todos los habitantes de Colorado. Usamos esta información para asegurarnos de que todas las personas obtengan un acceso equitativo a la cobertura. Brindar esta información no afectará su elegibilidad, las opciones de planes ni los costos.

¿Cuál es su raza? (Seleccione todas las opciones que correspondan) (opcional)

<input type="checkbox"/> Nativo estadounidense/Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Asiático/Asiático estadounidense	<input type="checkbox"/> Raza negra/Afroamericano	<input type="checkbox"/> Hispano/Latino
<input type="checkbox"/> De Medio Oriente/África del Norte	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico	<input type="checkbox"/> Blanco/Europeo	<input type="checkbox"/> No está en la lista u otro: _____
<input type="checkbox"/> Prefiero no contestar			

PERSONAS SOLICITANTES ADICIONALES

Complete ÚNICAMENTE si su cónyuge o pareja, o hijo menor de 26 años (o mayor de esa edad si está médicamente discapacitado) solicitan cobertura. Si un hijo dependiente presenta una solicitud como individuo en lugar de como parte de una familia, incluya al hijo como la persona solicitante principal. Si no hay suficiente espacio, adjunte información adicional sobre la familia. Firme y escriba la fecha en la hoja adicional. El SSN solo se necesita para determinar la elegibilidad para el crédito tributario anticipado federal para las primas y las reducciones del costo compartido. No llenar ese campo no será motivo para rechazar la solicitud de cobertura.

Nombre (nombre, inicial del segundo nombre, apellido)	SSN/TIN/n.º de identificación ALT:	Género	Relación	Discapacidad S/N	Fecha de nacimiento (MM/DD/AA)
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> X	CÓNYUGE O PAREJA	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Dependiente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Dependiente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Dependiente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Dependiente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Dependiente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

¿Viven con usted en la misma dirección física que se muestra arriba los niños nombrados en la solicitud? ☐ Sí ☐ No (si la respuesta es "No", llene lo siguiente)

Nombre del niño o la niña:		Dirección postal (si es diferente a la dirección física):	
Ciudad:		Condado:	
		Estado:	
		Código postal:	
Teléfono de la casa:		Teléfono alternativo:	
		Correo electrónico:	

Nombre del tutor legal, el padre o la madre responsable de llevar el seguro médico del hijo:					
Si la persona solicitante principal es menor de 21 años y es diferente de la anterior, proporcione el nombre y la dirección postal del tutor legal, el padre o la madre con custodia:					
Nombre del tutor legal, el padre o la madre con custodia:				Dirección postal (si es diferente a la dirección física):	
Ciudad:		Condado:		Estado:	
				Código postal:	
Teléfono de la casa:		Teléfono alternativo:		Correo electrónico:	

<p>Responda las siguientes preguntas según su leal saber y entender. Título 45 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR), sección 147.102(a)(1)(iv): "A los fines de esta sección, el consumo de tabaco significa consumir tabaco con una frecuencia promedio de cuatro o más veces por semana dentro de un periodo no mayor a los últimos 6 meses. Incluye todos los productos que contienen tabaco. No incluye el consumo de tabaco con fines religioso o ceremoniales. Además, el consumo de tabaco se define según el momento en que haya consumido tabaco por última vez". ¿Consumieron tabaco o tabaco sin humo durante los últimos 6 meses algunas de las personas mencionadas en esta solicitud? Si la respuesta es "Sí", proporcione la información que se solicita a continuación.</p>		
Nombre de la persona	Consumió productos de tabaco	
	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

INFORMACIÓN DE MEDICARE/MEDICAID		
¿Están inscritas en Medicare algunas de las personas solicitantes?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Nombre de la persona que tiene la cobertura de Medicare: _____.		
Para esta persona solicitante, llene solo hasta aquí; este seguro puede duplicar la cobertura existente de Medicare.		
¿Están inscritas en Medicaid, CHIP+ u otro programa de salud gubernamental algunas de las personas solicitantes?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Nombre de la persona con cobertura de Medicaid u otro programa de salud gubernamental: _____.		
Para esta persona solicitante, tenga en cuenta que la obtención de un seguro médico individual puede afectar cuál es la cobertura primaria o la elegibilidad de la persona solicitante para el crédito tributario anticipado para las primas (<i>advance premium tax credit</i> , APTC).		

COBERTURA MÉDICA ACTUAL				
¿Actualmente tienen seguro médico usted, su cónyuge o pareja, o sus hijos dependientes mencionados en esta solicitud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
(Cobertura dental en la siguiente sección)				
Nombre	Nombre del administrador	Fecha de vigencia de la cobertura (MM/DD/AA)	Fecha de cancelación de la cobertura (MM/DD/AA)	Tipo de cobertura
Si alguna persona solicitante tiene cobertura médica actual y esta solicitud se acepta, ¿cancelará esa persona la cobertura actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Clave de tipo de cobertura: G = médica mayor integral de grupo; I = médica mayor integral individual; MS = suplementaria de Medicare; H = solo cobertura hospitalaria; V = solo cobertura de la vista; O = otra, especifique: _____				

CERTIFICADO DE COBERTURA DE SEGURO DENTAL

No se requiere certificado de cobertura de seguro dental al comprar cobertura por medio de Connect for Health Colorado o en el caso de los consumidores sin hijos menores de diecinueve años (19).

La cobertura dental pediátrica es un beneficio de salud esencial necesario. Es posible que el plan que seleccione no incluya cobertura dental pediátrica. ¿Tiene cobertura dental pediátrica en otro plan?

- ☐ Sí
☐ No

Nota: Es posible que deba proporcionar una prueba que demuestre que obtuvo la cobertura antes de que se aprobara esta póliza.

TÉRMINOS Y CONDICIONES

Confirmando que he leído todas las secciones de esta Solicitud y certifico en nombre de mis dependientes familiares elegibles y de mí que las respuestas contenidas en esta Solicitud son completas y precisas a mi leal saber y entender.

Entiendo que mis respuestas, junto con cualquier suplemento o página adicional, son la base del certificado o la póliza que se emite. Acepto que ningún seguro entrará en vigencia hasta la fecha especificada por el administrador en el certificado o la póliza.

Entiendo que mi firma constituye una certificación de que obtuve la cobertura dental pediátrica requerida mediante una póliza diferente, y es posible que deba proporcionar comprobante de esta póliza dental pediátrica antes de que se emita y apruebe esta póliza. (No se requiere certificado de cobertura de seguro dental al comprar cobertura por medio de Connect for Health Colorado).

Entiendo que cualquier tergiversación intencional de la información en la que se base el administrador puede usarse para denegar un reclamo. Además, entiendo que este contrato puede anularse si, dentro de los primeros 24 meses a partir de la fecha de inicio de la póliza o el certificado, se determina que yo o un familiar tergiversamos intencionalmente la información en esta solicitud.

Es ilegal proporcionar intencionalmente datos o información falsos, incompletos o engañosos a un administrador de seguros con el propósito de estafarlo o intentar estafarlo. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas, denegación del seguro e indemnizaciones civiles. Todo administrador de seguros o agente de un administrador de seguros que proporcione a sabiendas hechos o información falsos, incompletos o engañosos al titular de una póliza o a un demandante con el propósito de estafarlo o intentar estafarlo con respecto a una liquidación o indemnización pagadera con los fondos del seguro será denunciado ante la División de Seguros de Colorado, una entidad que pertenece al Departamento de Agencias Reguladoras.

Entiendo que puedo solicitar una copia de esta Solicitud. Acepto que una copia fotográfica de esta Solicitud será tan válida como la original. Una firma facsímil legible tendrá el mismo valor y efecto que la original. Este documento, o la información aquí contenida, se convertirá en parte del contrato cuando se apruebe y emita la cobertura.

Me gustaría recibir todos los avisos de póliza, avisos de primas y otros avisos relacionados con esta póliza en la dirección de correo electrónico proporcionada arriba. ☐ Sí ☐ No

Entiendo que puedo cambiar esta designación en una fecha posterior comunicándome directamente con mi administrador y entiendo que es mi responsabilidad notificar a mi administrador cualquier cambio en mi dirección de correo electrónico.

Firma de la persona solicitante principal, el padre, la madre o el tutor legal para planes solo para niños

Fecha de la firma:

Complete esta sección si alguien le ayudó a llenar esta Solicitud

La siguiente persona me ayudó a llenar la Solicitud:

Explique el parentesco del ayudante con usted y su familia:

AGENT/PRODUCER INFORMATION

This section is to be completed by Agent or Producer.

Agent / Agency of Record: (for commissions and correspondence)	Writing Agent / Producer:
Name (print):	Name (print):
Agent ID # (NPN):	Agent ID #(NPN):
Agent replacement questions: Will this policy replace any existing accident and sickness insurance policy(s)? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
As the Writing Agent/Producer, I acknowledge that I am responsible to personally interact with the primary applicant submitting this application in order to fully and accurately represent the terms and conditions of the plans and services of the offering or insuring entity, or one of its subsidiaries. These provisions are available to me and the primary applicant in the benefits summary document or other plan literature.	
Writing Agent Signature	Date

DIVULGACIÓN





Este documento es una publicación de la División de Seguros de Colorado. Si tiene preguntas sobre el contenido de este documento, comuníquese a nuestras oficinas al 303-894-7499 o visite nuestro sitio web en <http://doi.colorado.gov>. Para preguntas sobre su cobertura o inscripción, consulte a su administrador.

Esta sección puede usarse para proporcionar la información adicional que se solicitó en las secciones anteriores y que no entró en el espacio provisto.

Firma de la persona solicitante principal: _____ Fecha de la firma: _____

Solicitud de cobertura médica

Individual and Family Plans

 ¿Quién puede usar esta solicitud?	<p>Usted puede solicitar un plan de Kaiser Permanente for Individuals and Families (KPIF) mediante este formulario.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La Solicitud Uniforme del Departamento de Agencias Reguladoras (Department of Regulatory Agencies, DORA) y el Formulario de inscripción de KPIF son, en conjunto, la solicitud de cobertura médica. Debe enviar ambos formularios y el pago de su prima del primer mes a Kaiser Permanente. • 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. • Para ser elegible para la cobertura de KPIF, debe vivir en el área de servicio de Colorado.
 ¿Quién no debe usar esta solicitud?	<ul style="list-style-type: none"> • 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 kp.org/medicare (haga clic en "Español") para obtener más información sobre sus opciones de planes de Medicare o para solicitar la cobertura de Medicare. • 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 enviar su solicitud de cobertura a través de Connect for Health Colorado en connectforhealthco.com/es. • Para hacer cambios en su cuenta existente de KPIF, llame al 1-800-632-9700 (TTY 711).
 Cosas que debe recordar	<ul style="list-style-type: none"> • 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 15 de diciembre. Devuelva esta solicitud lo antes posible, o puede presentar la solicitud más rápido en línea, en buykp.org (haga clic en "Español"). • Si presenta la solicitud durante un periodo de inscripción especial, visite kp.org/inscripcionespecial o llame al 1-800-494-5314 (TTY 711) para obtener instrucciones. • Responda todas las preguntas y escriba en una 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. • Los planes Bronze, Silver y Gold de KPIF incluyen beneficios dentales pediátricos para los niños hasta el final del mes en el que cumplan 19 años. • 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. • Para asegurarse de que su solicitud se procese a tiempo y no se cancele, 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. Envíe estos documentos por correo postal a: Kaiser Permanente for Individuals and Families P.O. Box 23127 San Diego, CA 92193-9921 O envíelos por fax seguro al: 1-855-355-5334. Nota: Los cheques deben enviarse por correo postal y no por fax.
 ¿Necesita ayuda?	<ul style="list-style-type: none"> • Si necesita ayuda para llenar esta solicitud, llame al 1-800-494-5314 (TTY 711). • Le brindaremos asistencia en su idioma sin costo. • Si trabaja con un corredor de seguros, llámelo para obtener ayuda.

Todos los planes son ofrecidos y están suscritos por Kaiser Foundation Health Plan of Colorado, 10350 E. Dakota Ave., Denver, CO 80247.

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 varían según el evento. **También se requiere una prueba de elegibilidad dentro de 30 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 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 de salud a corto plazo

Cambio en la familia

- ☐ Se agrega un nuevo dependiente o se convierte en uno por matrimonio o unión civil
- ☐ Se agrega un nuevo dependiente o se convierte en uno debido al nacimiento de un hijo, adopción, o puesta en adopción o en cuidados de crianza
Nota: En este caso, también debe elegir entre 2 opciones de fecha de vigencia:
 - ☐ La fecha del nacimiento, adopción o puesta en adopción o en cuidados de crianza
 - ☐ El primer día del mes después del nacimiento o la entrega del niño
- ☐ 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 de la corte 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
- ☐ Deja de tener un dependiente por divorcio, disolución de la unión civil o separación legal
- ☐ Muerte de la persona suscriptora o de un dependiente

Cambio en la residencia

- ☐ Traslado permanente con acceso a nuevos planes

Otros eventos calificados de vida

- ☐ Determinación por parte de Connect for Health Colorado de circunstancias excepcionales
- ☐ Determinación por parte del Comisionado del Departamento de Seguros de circunstancias excepcionales
- ☐ Demostración de que un plan calificado infringió de manera sustancial una disposición importante de su contrato respecto a la persona inscrita
- ☐ Confirmación inicial de 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 siguiente al que recibimos la solicitud
- ☐ Liberación de prisión

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

*Si elige que su cobertura inicie el primer día del mes en el que se confirmó el embarazo, se le solicitará pagar las primas mensuales de manera retroactiva por aquellos meses adicionales de cobertura y solo los servicios recibidos dentro de la red se cubrirán de manera retroactiva.

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. La elección del plan de salud se basa en su condado. Vea la lista de condados a continuación para saber qué planes de salud están disponibles para usted. Su condado podría aparecer varias veces.

Disponibles en los siguientes condados: Adams, Arapahoe, Boulder, Broomfield, Clear Creek, Denver, Douglas, El Paso, Elbert, Gilpin, Jefferson, Park y Teller

Planes disponibles:

<input type="checkbox"/> KP Select CO Bronze 6500/50	<input type="checkbox"/> KP Select CO Silver 2500/30 X	<input type="checkbox"/> KP Select CO Gold 0/25 RX Copay
<input type="checkbox"/> KP Select CO Bronze 6500/35%/HSA	<input type="checkbox"/> KP Select CO Silver 4500/35 RX Copay X	<input type="checkbox"/> KP Select CO Gold 500/30/Dental/Vision
<input type="checkbox"/> KP Select CO Bronze 7500/60 RX Copay	<input type="checkbox"/> KP Select CO Silver 3800/25%/HSA X	<input type="checkbox"/> KP Select CO Gold 1500/20
<input type="checkbox"/> KP Select CO Bronze 8500/50	<input type="checkbox"/> KP Select CO Silver 4000/25 X	<input type="checkbox"/> KP Select CO Gold 2000/20
<input type="checkbox"/> KP Select CO Catastrophic*	<input type="checkbox"/> KP Select CO Silver 5000/20%/HSA X	<input type="checkbox"/> KP Select CO Gold 3400/15%/HSA
	<input type="checkbox"/> KP Select CO Silver 5500/30 X	

Disponibles en los siguientes condados: Adams, Arapahoe, Boulder, Broomfield, Clear Creek, Denver, Douglas, Elbert, Fremont, Gilpin, Jefferson, Larimer, Park, Pueblo y Weld

Planes disponibles:

<input type="checkbox"/> KP CO Bronze 6500/50	<input type="checkbox"/> KP CO Silver 2500/30 X	<input type="checkbox"/> KP CO Gold 0/25 RX Copay
<input type="checkbox"/> KP CO Bronze 6500/35%/HSA	<input type="checkbox"/> KP CO Silver 4500/35 RX Copay X	<input type="checkbox"/> KP CO Gold 500/30/Dental/Vision
<input type="checkbox"/> KP CO Bronze 7500/60 RX Copay	<input type="checkbox"/> KP CO Silver 3800/25%/HSA X	<input type="checkbox"/> KP CO Gold 1500/20
<input type="checkbox"/> KP CO Bronze 8500/50	<input type="checkbox"/> KP CO Silver 4000/25 X	<input type="checkbox"/> KP CO Gold 2000/20
<input type="checkbox"/> KP CO Catastrophic*	<input type="checkbox"/> KP CO Silver 5000/20%/HSA X	<input type="checkbox"/> KP CO Gold 3400/15%/HSA
	<input type="checkbox"/> KP CO Silver 5500/30 X	

Disponibles en los siguientes condados: Adams, Arapahoe, Boulder, Broomfield, Clear Creek, Denver, Douglas, El Paso, Elbert, Fremont, Gilpin, Jefferson, Larimer, Park, Pueblo, Teller y Weld

Planes disponibles:

<input type="checkbox"/> KP Colorado Option Bronze	<input type="checkbox"/> KP Colorado Option Silver X	<input type="checkbox"/> KP Colorado Option Gold
--	--	--

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

Los planes para catástrofes (Catastrophic) están disponibles para las personas 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 cuidadodesalud.gov/es/exemption-form-instructions/ y siga las instrucciones.

El plan para catástrofes de Kaiser Permanente no incluye beneficios dentales pediátricos. Si está solicitando este plan e incluirá menores de 19 años en la cobertura, deberá comprar la cobertura dental pediátrica por separado.

- ☐ No tengo hijos menores de 19 años que estarán cubiertos por este plan.
- ☐ Por la presente doy fe de que tengo o compraré cobertura de beneficios de salud esenciales dentales pediátricos (*essential health benefit*, EHB).

X

Firma de la persona solicitante

Para obtener información sobre los beneficios y las limitaciones de salud y dentales, los montos de los costos compartidos y las primas, consulte los detalles en su material de inscripción. Para solicitar una copia del *Acuerdo de Membresía (Membership Agreement)* de un plan en particular, visite kp.org/plandocuments (en inglés), llame al **1-800-632-9700 (TTY 711)** o comuníquese con su corredor de seguros.

PASO 3: Información del empleador

Complete este paso a menos que se esté inscribiendo en ICHRA o QSEHRA. Si se está inscribiendo en ICHRA o QSEHRA, **vaya al Paso 4.**

No se le emitirá una póliza individual con las primas, o una parte de ellas, pagadas o reembolsadas por un empleador a menos que envíe una declaración jurada firmada por el empleador que certifique que el empleador no ha tenido un plan de beneficios médicos para grupos pequeños que le proporcione cobertura a alguno de sus empleados en los últimos 12 meses. Para saber si esto se aplica a usted, responda las siguientes preguntas. Si no las responde, su formulario de inscripción no será procesado hasta que proporcione las respuestas a las preguntas.

1. ¿Pagará o reembolsará un empleador con 50 empleados calificados o menos a un empleado, mediante un ajuste de salario o un arreglo de reembolso de salud, una parte de la prima de la póliza que se está solicitando?

☐ Sí (suscriptor) ☐ No (suscriptor)

Si la respuesta es "Sí", continúe con la pregunta 2. Si la respuesta es "No", continúe con el Paso 4.

2. Si el empleador le reembolsará a un empleado a través de un acuerdo de reembolso de gastos médicos, ¿califica como un "acuerdo de reembolso de gastos médicos de pequeño empleador calificado" (o "QSEHRA") o un acuerdo de reembolso de cobertura médica individual?*

☐ Sí (suscriptor) ☐ No (suscriptor)

3. ¿Tuvo el empleador algún plan de beneficios de salud de grupo pequeño para proporcionar cobertura a algún empleado en los 12 meses antes de la fecha de esta solicitud de inscripción?

☐ Sí (suscriptor) ☐ No (suscriptor)

Si la respuesta a las preguntas 1 y 3 es "Sí", y la respuesta a la pregunta 2 es "No", es posible que la persona solicitante no reciba una póliza individual con las primas, o parte de ellas, pagadas o reembolsadas por el empleador.

Usted (la persona solicitante) debe enviar una declaración jurada firmada por su empleador, SI:

La respuesta a las preguntas 1 y 2 es "Sí" y la respuesta a la pregunta 3 es "No"

O

La respuesta a la pregunta 1 es "Sí" y la respuesta a las preguntas 2 y 3 es "No"

Se adjunta el formulario de declaración jurada que debe llenar el empleador. La entrega de esta declaración jurada no garantiza que el administrador emitirá la póliza individual que está solicitando. El formulario de declaración jurada del empleador que debe llenar el empleador se encuentra al reverso de este formulario de inscripción.

*Los empleadores están obligados por el Título 26 del Código de los Estados Unidos (United States Code, U.S.C.) 9831(d)(4) a proporcionar a los empleados un aviso por escrito con respecto a los QSEHRA.

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

Persona solicitante principal

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

Nombre

Inicial del segundo nombre

Apellido

Número de historia clínica anterior (si corresponde)

Estado (si corresponde)

Idioma que prefiere hablar (si no es inglés)

Idioma que prefiere leer (si no es inglés)

¿Usa la persona solicitante principal que está comprando este plan 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 individual y familiar de Kaiser Permanente.

Padre, madre o tutor legal

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

Nombre

Inicial del segundo nombre

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

Apellido

Género:

☐ Masculino ☐ Femenino ☐ X

Número del Seguro Social (si corresponde)

Idioma que prefiere hablar (si no es inglés)

Idioma que prefiere leer (si no es inglés)

Cónyuge o pareja en unión civil que recibirá cobertura

Una pareja en unión civil es una persona registrada y reconocida legalmente como su pareja en unión civil por el estado de Colorado u otro estado.

Nombre

Inicial del segundo nombre

Elija una opción:

☐ Cónyuge ☐ Pareja en unión civil

Apellido

Número de historia clínica anterior (si corresponde)

Estado (si corresponde)

Teléfono principal (teléfono celular si corresponde)

Dirección de correo electrónico

Dependientes que recibirán cobertura

Si tiene más de 3 dependientes que recibirán cobertura, llene una copia adicional de esta página y preséntela con su solicitud. Proporcione teléfono y correo electrónico únicamente para los dependientes mayores de 18 años.

1

Nombre

Initial del segundo nombre

Apellido

Número de historia clínica anterior (si corresponde)

Estado (si corresponde)

Relación con la persona solicitante principal

Teléfono principal (teléfono celular si corresponde)

Dirección de correo electrónico

2

Nombre

Initial del segundo nombre

Apellido

Número de historia clínica anterior (si corresponde)

Estado (si corresponde)

Relación con la persona solicitante principal

Teléfono principal (teléfono celular si corresponde)

Dirección de correo electrónico

3

Nombre

Initial del segundo nombre

Apellido

Número de historia clínica anterior (si corresponde)

Estado (si corresponde)

Relación con la persona solicitante principal

Teléfono principal (teléfono celular si corresponde)

Dirección de correo electrónico

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

Inicial del segundo nombre

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)

 / /

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

PASO 6: Reemplazo de la información de la cobertura

Tenga en cuenta lo siguiente:

- Por lo general, no necesita más de un mismo tipo de póliza.
- Si compra este plan de salud de Kaiser Permanente, tal vez desee evaluar la cobertura médica que ya tiene y decidir si necesita varias coberturas.
- Tal vez califique para recibir beneficios de Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado) o Medicare y no necesite un plan de salud individual. Si es elegible para Medicare, se recomienda comprar un plan suplementario de Medicare.
- Si califica para recibir Medicare debido a su edad o a una discapacidad, puede acudir a los servicios de asesoramiento en Colorado, donde le darán consejos sobre la compra de un Seguro Suplementario de Medicare y sobre la asistencia médica por medio de Health First Colorado.

Si llenó la sección "Cobertura médica actual" en la Solicitud Uniforme del DORA e indicó que usted o alguna de las personas solicitantes incluidas en esta solicitud tiene actualmente de cobertura médica, responda las siguientes preguntas:

¿Quisiera reemplazar su cobertura médica actual por el plan de salud de Kaiser Permanente que está solicitando? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es "Sí", ¿cuál es la razón por la que reemplaza su cobertura actual por este plan de salud de Kaiser Permanente?

☐ Beneficios adicionales

☐ Menos beneficios y primas más bajas

☐ Ningún cambio en los beneficios, pero primas más bajas

☐ Otra (especifique) _____

Si cuenta con cobertura de asistencia médica por medio de Health First Colorado, está cubierto como:

☐ Beneficiario de Medicare de Bajos Ingresos Específico (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB)

☐ Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) ☐ Otros beneficios médicos de Medicaid

Debe revisar esta nueva cobertura cuidadosamente. Compárela con toda la cobertura de accidentes y enfermedades que ya tiene. Si, después de la debida consideración, cree que la compra de esta cobertura de accidentes y enfermedades fue la decisión correcta, debe evaluar si es necesario mantener alguna otra cobertura de accidentes y enfermedades que podría duplicar esta póliza.

PASO 8: Ingrese los detalles de 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

Inicial del segundo nombre

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 de mi cuenta corriente o de ahorros.

Nombre del banco

Número de ruta bancaria

Número de cuenta

Nombre del titular de la cuenta

Inicial del segundo nombre

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 de la persona 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)

Inicial del segundo nombre

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 (en inglés) o comuníquese con la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al 1-866-437-2972 (TTY 711).

¿Desea registrarse para hacer pagos mensuales automáticos?

- ☐ Sí
- ☐ No, no deseo hacer pagos mensuales automáticos. (Sáltese esta página).
- ☐ 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).

Nombre de la persona responsable del pago

Inicial del segundo nombre

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

Inicial del segundo nombre

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)

Inicial del segundo nombre

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

Para personas 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 \$20 al mes por miembro, más una posible bonificación. Para obtener más información, visite **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

If submitting through a general agency, please check the box indicating the agency and enter the vendor number.

☐ Warner Pacific

☐ BenefitMall

General agency ID number

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

Address

City

State

ZIP code

Primary phone (mobile phone, if available)

Fax

Email address

Declaración jurada del empleador

Información de la persona solicitante

Este formulario es para personas solicitantes con un empleador que tiene 50 empleados o menos y que pagará o reembolsará a la persona solicitante el total o parte de sus primas de seguro.

Nombre completo (nombre, segundo nombre, apellido) (en letra de imprenta)

Dirección (no se admiten los apartados postales)

Ciudad

Estado

Código postal

Teléfono de la casa

Teléfono del trabajo

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

Haga que su empleador (o su representante) firme esta declaración jurada para certificar que su empleador no ha tenido un plan de beneficios de salud para grupos pequeños que proporcione cobertura a alguno de sus empleados en los últimos 12 meses.

Envíe la declaración jurada completada a la siguiente dirección:

Kaiser Permanente

California Service Center – KPIF

P.O. Box 23217

San Diego, CA 92193-9921

O envíela por fax seguro al: **1-855-355-5334**.

El funcionario o director del empleador y que suscribe certifica que:

1. El empleador es un empleador de pequeño negocio como se define en la sección 10-16-102(40) de los Estatutos Revisados de Colorado (Colorado Revised Statutes, C.R.S.), con 50 empleados calificados o menos.
2. El empleador no ha tenido vigente un plan de beneficios de salud para grupos pequeños en los 12 meses anteriores a la realización de esta declaración jurada.
3. Una certificación falsa puede causar la anulación de la póliza de seguro individual del empleado y someter al empleador a sanciones por perjurio y responsabilidad al empleado.

Información del empleador

Empresa

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

X

Fecha (mm/dd/aaaa)

Representante del empleador

Nombre en letra de imprenta

Puesto

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

Kaiser Foundation Health Plan of Colorado (Kaiser Health Plan) cumple con las leyes de derechos civiles aplicables federales y estatales y no discrimina o excluye a las personas ni las trata de forma menos favorable por motivos de raza, color, país de origen (incluido el dominio de inglés limitado y el idioma principal), ascendencia, edad, discapacidad, sexo (incluidas características sexuales, rasgos intersexuales, embarazo o condiciones relacionadas, orientación sexual, identidad de género, expresión de género y estereotipos de género), religión, credo o estado civil.

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 escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, llame al **1-800-632-9700** (TTY **711**).

Si considera que Kaiser Health Plan no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de alguna otra forma por motivos de raza, color, país de origen, ascendencia, edad, discapacidad, sexo (incluidas características sexuales, rasgos intersexuales, embarazo o condiciones relacionadas, orientación sexual, identidad de género, expresión de género y estereotipos de género), religión, credo o estado civil, puede presentar una queja formal por correo postal escribiendo a: Departamento de Atención al Cliente (Customer Experience Department), Attn: Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator, 10350 E. Dakota Ave, Denver, CO 80247, o por teléfono a Servicio a los Miembros **1-800-632-9700** (TTY **711**).

También puede presentar una queja sobre derechos civiles a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. de manera electrónica a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o por teléfono al: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, **1-800-368-1019**, (TTY **1-800-537-7697**). Los formularios de queja están disponibles en hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Este aviso está disponible en

<https://healthy.kaiserpermanente.org/colorado/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 **1-800-632-9700 (TTY 711)**.

አማርኛ (Amharic) ትኩረት: አማርኛ የሚናገሩ ከሆነ ተገቢ የሆኑ ረዳት መርጃዎችን እና አገልግሎቶችን ጨምሮ የቋንቋ እርዳታ አገልግሎቶች በነጻ ይገኛሉ። በ **1-800-632-9700** 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 **1-800-632-9700 (TTY : 711)**.

Bàsòò Wùdù (Bassa) Mbi sog: nia maa Bàsàa, njàl mbom a ka maa njàng ndol ni mbom mi tson ni son, niŋ ma kénŋen yé, mbi èyem. Wò nàŋ **1-800-632-9700 (TTY 711)**

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 **1-800-632-9700 (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 **1-800-632-9700 (تلفن متنی (711)** تماس بگیرید.

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 **1-800-632-9700 (TTY 711)**.

Deutsch (German) ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, steht Ihnen die Sprachassistentz mit entsprechenden Hilfsmitteln und Dienstleistungen kostenfrei zur Verfügung. Rufen Sie **1-800-632-9700** an (TTY 711).

Igbo (Igbo) TINYE UCHE: Ọ bụrụ na ị na-asụ Igbo, Ọrụ enyemaka nke asụsụ gụnyere udi enyemaka na ọrụ kwesiri ekwesị, n'efu, dị nye gị. Kpọọ **1-800-632-9700 (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。 **1-800-632-9700** 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. **1-800-632-9700** 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 **1-800-632-9700 (TTY 711)**.

नेपाली (Nepali) ध्यान दिनुहोस्: यदि तपाईं नेपाली बोल्नुहुन्छ भने, उपयुक्त सहायक सहायता र सेवाहरू सहित भाषा सहायता सेवाहरू, निःशुल्क उपलब्ध छन्। फोन **1-800-632-9700 (TTY: 711)**.

Afaan Oromoo (Oromo) XIYYEEFFANNOO: Yoo Afaan Oromo dubbattu ta'e, Tajaajila gargaarsa afaanii, gargaarsota dabalataa fi tajaajiloota barbaachisoo kaffaltii irraa bilisa ta'an, isiniif ni jira. **1-800-632-9700** irratti bilbilaa (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 **1-800-632-9700 (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 **1-800-632-9700 (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 **1-800-632-9700 (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 **1-800-632-9700 (TTY 711)**.

Yorùbá (Yoruba) ÀKÍYÈSÍ: Tí o bá n sọ èdè Yorùbá, àwọn isẹ̀ ìrànlọ̀wọ̀ èdè tó fì kún àwọn ohun èlò ìrànlọ̀wọ̀ tó yẹ àti àwọn isẹ̀ láìsí ìdíyelé wà fún ọ. Pe **1-800-632-9700 (TTY 711)**.

