





# Solicitud de cobertura médica

## Individual and Family Plans

 <b>¿Quién puede usar esta solicitud?</b>	<p>Con esta solicitud, usted puede solicitar un plan de Kaiser Permanente for Individuals and Families (KPIF).</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 recibir la cobertura de KPIF, debe vivir en nuestra área de servicio de Georgia.</li> </ul>
 <b>¿Quién no debe usar esta solicitud?</b>	<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="https://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. Puede presentar una solicitud de cobertura en <a href="https://buykp.org/apply">buykp.org/apply</a> (haga clic en "Español").</li> <li>• Para hacer cambios en su cuenta existente de KPIF, llame al <b>1-888-865-5813</b> (TTY 711).</li> </ul>
 <b>Cosas que debe recordar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si presenta la solicitud durante el período de inscripción abierta, la fecha en la que recibimos su solicitud puede cambiar su fecha de vigencia: 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 hacer la solicitud más rápido en línea en <a href="https://buykp.org/apply">buykp.org/apply</a> (haga clic en "Español").</li> <li>• Si presenta la solicitud durante un período de inscripción especial, visite <a href="https://kp.org/inscripcionespecial">kp.org/inscripcionespecial</a> o llame al <b>1-800-494-5314</b> (TTY 711) para recibir 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 2 planes o tener una interrupción en la cobertura, asegúrese de cancelar cualquier otra cobertura a partir del día anterior al comienzo de su nueva cobertura.</li> <li>• <b>Para asegurarse de que su solicitud se procese a tiempo y no se cancele</b>, devuelva todas las páginas de la solicitud completadas, con todas las firmas requeridas y la prueba de su evento calificado de vida (si se requiere). 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 de manera segura al: <b>1-855-355-5334</b>  Nota: los cheques deben enviarse por correo postal y no por fax.</li> </ul>
 <b>¿Necesita ayuda?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si necesita ayuda para llenar esta solicitud, llame al <b>1-800-494-5314</b> (TTY 711).</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 Georgia, Inc.  
Nine Piedmont Center, 3495 Piedmont Road NE, Atlanta, GA 30305.

PASO 1: Elija su período de inscripción

Seleccione una opción: ☐ Inscripción abierta (vaya al Paso 2) ☐ Un período de inscripción especial (siga con este paso)

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

- ☐ Pérdida de cobertura médica mínima esencial (ponga el último día completo que tuvo cobertura)\*
- ☐ Agregar un nuevo dependiente o convertirse en uno por medio del matrimonio o de una sociedad doméstica
- ☐ Agregar un nuevo dependiente o convertirse en uno debido al nacimiento de un hijo, adopción, colocación para adopción o cuidados de crianza  
**Nota:** En este caso, también tendrá que elegir entre 2 fechas de vigencia:

☐ La fecha de nacimiento, adopción, cuidados de crianza, colocación para adopción o cuidados de crianza

☐ El primer día del mes después del nacimiento o la colocación del niño con usted
- ☐ Orden de manutención de los hijos u otra orden del tribunal para cubrir a un dependiente  
**Nota:** En este caso, también tendrá que elegir entre 2 fechas de vigencia:

☐ La fecha de la orden de manutención de los hijos u otra orden del tribunal para cubrir a un dependiente

☐ El primer día del mes posterior a la fecha de la orden del tribunal
- ☐ Traslado permanente con acceso a nuevos planes
- ☐ Determinación por parte del intercambio de beneficios de salud de circunstancias excepcionales
- ☐ 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)
- ☐ Violencia doméstica o abandono del cónyuge que ocurre dentro del hogar
- ☐ 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)

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.

PASO 2: Elija su plan de salud

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

Bronze	Silver	Gold
<div><input type="checkbox"/> KP GA Bronze Virtual Complete 5500 Ded/1500 Rx Ded KP GA Signature Bronze Virtual Complete 5500/1500 Rx Ded†</div> <div><input type="checkbox"/> KP GA Bronze 6500/40%/HSA KP GA Signature Bronze 6500/40%/HSA†</div> <div><input type="checkbox"/> KP GA Standard Bronze 7500/50 KP GA Signature Standard Bronze 7500/50†</div>	<div><input type="checkbox"/> KP GA Silver 3400 Ded/500 Rx Ded KP GA Signature Silver 3400 Ded/500 Rx Ded†</div> <div><input type="checkbox"/> KP GA Silver 4500/35 KP GA Signature Silver 4500/35†</div> <div><input type="checkbox"/> KP GA Standard Silver 5000/40 KP GA Signature Standard Silver 5000/40†</div> <div><input type="checkbox"/> KP GA Silver Virtual Complete 5000 KP GA Signature Silver Virtual Complete 5000†</div> <div><input type="checkbox"/> KP GA Silver Virtual Complete 5500 KP GA Signature Silver Virtual Complete 5500†</div>	<div><input type="checkbox"/> KP GA Gold 500 Ded/500 Rx Ded KP GA Signature Gold 500 Ded/500 Rx Ded†</div> <div><input type="checkbox"/> KP GA Gold 1000 Ded/500 Rx Ded KP GA Signature Gold 1000 Ded/500 Rx Ded†</div> <div><input type="checkbox"/> KP GA Gold 2000 Ded/500 Rx Ded KP GA Signature Gold 2000 Ded/500 Rx Ded†</div> <div><input type="checkbox"/> KP GA Standard Gold 1500/30 KP GA Signature Standard Gold 1500/30†</div>

**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 usted es mayor de 30 años.** Para saber si reúne los requisitos, visite [cuidadodesalud.gov/es/exemption-form-instructions/](https://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 KPFI.

Para solicitar una copia de la *Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage)* de un plan específico, visite [kp.org/plandocuments](https://kp.org/plandocuments) (en inglés), llame al **1-888-865-5813** (TTY 711) o comuníquese con su corredor de seguros.

PASO 3: Llene su información

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 inscrito en el plan de salud que está autorizado a realizar cambios a la cuenta. Si esta solicitud es solo para un niño menor de 18 años, el niño es el solicitante principal.

Nombre

Inicial del segundo nombre

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

/

/

Apellido

Número de historia clínica anterior (si corresponde)

—

Estado (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

Idioma que prefiere hablar (si no es inglés)

Idioma que prefiere leer (si no es inglés)

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

¿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 ayudarlo 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.

Padre o madre o tutor legal

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

Nombre

Inicial del segundo nombre

Apellido

Sexo:

☐ Hombre

☐ Mujer

☐ Prefiere no especificar

Número de seguro social (si corresponde)

-

-

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

/

/

Idioma que prefiere hablar (si no es inglés)

Idioma que prefiere leer (si no es inglés)

1360051607 Georgia 2025

Página 3 de 8

Solicitante principal

Cónyuge o pareja doméstica que recibirá cobertura

Una pareja doméstica es una persona registrada y reconocida legalmente como su pareja doméstica por el estado de Georgia.

Nombre

Apellido

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

Inicial del segundo nombre

Elija una opción:

☐ Cónyuge

☐ Pareja doméstica

Número de historia clínica anterior (si corresponde)

Estado (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

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.

1 Nombre

Apellido

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

Inicial del segundo nombre

Número de historia clínica anterior (si corresponde)

Estado (si corresponde)

Sexo:

☐ Hombre

☐ Mujer

☐ Prefiere no especificar

Número de seguro social (si corresponde)

-

-

Relación con el solicitante principal

**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

2 Nombre

Apellido

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

Inicial del segundo nombre

Número de historia clínica anterior (si corresponde)

Estado (si corresponde)

Sexo:

☐ Hombre

☐ Mujer

☐ Prefiere no especificar

Número de seguro social (si corresponde)

-

-

Relación con el solicitante principal

**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

**Solicitante principal****3 Nombre**Inicial del  
segundo nombre

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

Apellido

Número de historia clínica anterior (si corresponde)

Estado (si corresponde)

Sexo:

☐ Hombre☐ Mujer☐ Prefiere no especificar

Número de seguro social (si corresponde)

Relación con el solicitante principal

**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

**PASO 4: 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 (teléfono celular si corresponde)

Al firmar, usted nombra a esta persona como su representante autorizado legalmente para obtener información oficial sobre esta solicitud y para actuar en su nombre en asuntos relacionados con esta solicitud.

X

Fecha (mm/dd/aaaa)

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

**PASO 5: 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 todas 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 o está inscrito en Medicare Parte B.
- He respondido de forma correcta y verdadera todas las preguntas de este formulario a mi leal saber y entender.
- Si trabajé con un corredor de seguros, permito que Kaiser Permanente comparta con él la información de inscripción y de cancelación de la afiliación que se menciona en esta solicitud. Entiendo que el corredor o representante de Kaiser Permanente puede recibir pagos financieros y no financieros de parte de Kaiser Permanente porque me ayudó con esta solicitud.
- Entiendo que la información que he proporcionado en este formulario solo se utilizará para determinar la elegibilidad continua para recibir cobertura médica y se mantendrá de forma confidencial, según lo exige la ley.
- Al proporcionar mi correo electrónico y número de teléfono celular, acepto recibir comunicaciones por correo electrónico y mensaje de texto de Kaiser Permanente.

X

Fecha (mm/dd/aaaa)

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

Solicitante principal

**PASO 6: Ingrese los datos para el pago del primer mes** Si no manda el pago con su solicitud, recibirá una factura. Debe pagar la prima de su primer mes antes de la fecha de vencimiento o se cancelará su solicitud y usted 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) ☐ Transferencia electrónica ☐ Cheque ☐ Giro postal ☐ Tarjeta de crédito ☐ Tarjeta de débito

Si es transferencia electrónica, seleccione el tipo de cuenta:

☐ Cuenta de cheques ☐ Cuenta de ahorro

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 de cheques o cuenta de ahorro después de que KFHP procese mi solicitud.

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

Firma del titular de la cuenta

Fecha (mm/dd/aaaa)

Si es 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

Inicial del segundo nombre

Apellido del titular de la tarjeta como aparece en la tarjeta

Número de la tarjeta

Fecha de vencimiento (mm/aaaa)

X

Firma del titular de la tarjeta

Fecha (mm/dd/aaaa)

Pagos mensuales automáticos (opcional)

Para cancelar o actualizar los pagos automáticos, visite [kp.org/payonline](http://kp.org/payonline) (en inglés) o llame a Servicio a los Miembros al 1-888-865-5813 (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) ☐ Transferencia electrónica ☐ Tarjeta de crédito (no puede usar tarjetas de débito)

Si es transferencia electrónica, seleccione el tipo de cuenta: ☐ Cuenta de cheques ☐ Cuenta de ahorro

Autorizo a Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (KFHP) y a la institución financiera designada a aceptar esta transferencia de mi cuenta de cheques o cuenta de ahorro.

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 la 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 monetaria en relación con la compra de su cobertura. Nuestra compensación estándar es de \$28 al mes por miembro más un bono potencial. Para obtener más información, visite [kp.org/brokercompensation](https://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

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

Address

City

State

ZIP code

Kaiser Permanente--appointed ID number

National producer number (NPN)

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 *Evidence of Coverage* except through written materials furnished by Kaiser Foundation Health Plan of Georgia, Inc. The applicant has been informed that the effective date of coverage is assigned by Kaiser Foundation Health Plan of Georgia, Inc. I certify that the information supplied to me by the applicant has been truly and accurately recorded.

☐ Yes ☐ No

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.

X

Broker or Kaiser Permanente representative

Date (mm/dd/yyyy)



## AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

Kaiser Foundation Health Plan of Georgia, Inc (Kaiser Health Plan) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivo de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo. El Kaiser Health Plan no excluye a las personas o las trata de forma diferente por motivo de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo. Recuerde también:

- Nosotros les brindamos ayuda y servicios sin costo alguno a las personas que tienen una discapacidad que les impide comunicarse con nosotros en forma eficaz, tales como:
  - intérpretes calificados de lenguaje de señas
  - información por escrito en otros formatos, tales como letra grande, audio y otros formatos electrónicos accesibles
- Brindamos servicios de idiomas sin costo alguno a personas cuyo idioma principal no sea el inglés, tales como:
  - intérpretes calificados
  - información por escrito en otros idiomas

Si necesita dichos servicios, llame al **1-888-865-5813** (TTY: **711**)

Si cree que el Kaiser Health Plan no le ha brindado dichos servicios o ha incurrido en discriminación en contra suya de otra manera por motivo de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo, usted puede presentar una queja por correo ante: Member Relations Unit (MRU), Attn: Kaiser Civil Rights Coordinator, Nine Piedmont Center, 3495 Piedmont Road, NE Atlanta, GA 30305-1736. Número de teléfono: 1-888-865-5813.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante el U.S. Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU.) y la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) a través del portal Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o por teléfono: 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 (línea TDD). Los formularios de queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

---

## AYUDA EN SU IDIOMA

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

**አማርኛ (Amharic) ማሳሰቢያ:** የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጅተዋል፡ ወደ ሚከተለው ቁጥር 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** (TTY: **711**).

**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** (TTY: **711**) 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 નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન 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 हिंदी 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 yáníłti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiik'eh, éí ná hóló, koji' hódíílnih **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**).

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

