





Solicitud de cobertura médica

Planes individuales y familiares

 ¿Quién puede usar esta solicitud?	<p>Con esta solicitud, usted puede solicitar un plan de Kaiser Permanente for Individuals and Families (KPIF).</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 nuestra área de servicio en Georgia.
 ¿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. Puede solicitar la cobertura en georgiaaccess.gov. • Para hacer cambios en su cuenta existente de KPIF, llame al 1-888-865-5813 (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 15 de diciembre si presenta la solicitud antes del 1 de noviembre. 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 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. • 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. 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 y firmada 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 Georgia, Inc.
Nine Piedmont Center, 3495 Piedmont Road NE, Atlanta, GA 30305.

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 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)

Cambio en la familia

- ☐ Agregar un dependiente o convertirse en uno por medio del matrimonio o de una 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
- Nota:** En este caso, también debe elegir entre 2 opciones de fecha de vigencia:
- ☐ La fecha del nacimiento, adopción, cuidado de crianza, 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 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
- ☐ Violencia doméstica o abandono conyugal dentro del hogar

Cambio en la residencia

- ☐ Traslado permanente con acceso a nuevos planes

Otros eventos calificados de vida

- ☐ Determinación de circunstancias excepcionales por parte del intercambio de beneficios de salud

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, debe presentar un formulario de solicitud por separado para cada plan.

Bronze	Silver	Gold
<input type="checkbox"/> KP GA Bronze HMO \$5500 \$60 Virtual Complete KP GA Signature Bronze HMO \$5500 \$60 Virtual Complete [†]	<input type="checkbox"/> KP GA Silver HMO \$3500 \$30 KP GA Signature Silver HMO \$3500 \$30 [†]	<input type="checkbox"/> KP GA Gold HMO \$0 \$25 KP GA Signature Gold HMO \$0 \$25 [†]
<input type="checkbox"/> KP GA Bronze HMO \$6500 40% HSA KP GA Signature Bronze HMO \$6500 40% HSA [†]	<input type="checkbox"/> KP GA Silver HMO \$4500 \$35 KP GA Signature Silver HMO \$4500 \$35 [†]	<input type="checkbox"/> KP GA Gold HMO \$500 \$20 KP GA Signature Gold HMO \$500 \$20 [†]
<input type="checkbox"/> KP GA Bronze HMO \$7500 \$50 KP GA Signature Bronze HMO \$7500 \$50 [†]	<input type="checkbox"/> KP GA Silver HMO \$6000 \$50 KP GA Signature Silver HMO \$6000 \$50 [†]	<input type="checkbox"/> KP GA Gold HMO \$1000 \$20 KP GA Signature Gold HMO \$1000 \$20 [†]
	<input type="checkbox"/> KP GA Silver HMO \$6500 \$60 KP GA Signature Silver HMO \$6500 \$60 [†]	<input type="checkbox"/> KP GA Gold HMO \$1500 \$30 KP GA Signature Gold HMO \$1500 \$30 [†]
	<input type="checkbox"/> KP GA Silver HMO \$4000 \$0 HSA KP GA Signature Silver HMO \$4000 \$0 HSA [†]	<input type="checkbox"/> KP GA Gold HMO \$2000 \$20 KP GA Signature Gold HMO \$2000 \$20 [†]
	<input type="checkbox"/> KP GA Silver HMO \$5000 \$0 HSA KP GA Signature Silver HMO \$5000 \$0 HSA [†]	<input type="checkbox"/> KP GA Gold HMO \$3500 \$0 HSA KP GA Signature Gold HMO \$3500 \$0 HSA [†]
	<input type="checkbox"/> KP GA Silver HMO \$5000 \$40 Virtual Complete KP GA Signature Silver HMO \$5000 \$40 Virtual Complete [†]	<input type="checkbox"/> KP GA Gold HMO \$4000 \$25 KP GA Signature Gold HMO \$4000 \$25 [†]
	<input type="checkbox"/> KP GA Silver HMO \$5500 \$50 Virtual Complete KP GA Signature Silver HMO \$5500 \$50 Virtual Complete [†]	

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

Los planes catastróficos están disponibles para los solicitantes que sean menores de 30 años en la fecha de vigencia o que presenten un certificado de exención que demuestre sus dificultades económicas o la falta de cobertura asequible. **No podremos procesar su solicitud sin el certificado de exención si tiene 30 años o más.** Para saber si reúne los requisitos, visite cuidadodesalud.gov/es/exemption-form-instructions/ y siga las instrucciones.

- ☐ KP GA Catastrophic 10150
 KP GA Signature Catastrophic 10150[†]

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

Para solicitar una copia de la *Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage)* de un plan en particular, visite 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 (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											Inicial del segundo nombre			Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)				
Apellido																		
Número de historia clínica anterior (si corresponde)					Estado (si corresponde)			Género:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Número del Seguro Social (si corresponde)							
								<input type="checkbox"/> Prefiere no especificar										
Dirección de su casa (no se admiten los apartados postales)																		
Ciudad																		
Estado	Código postal			Condado					Teléfono principal (teléfono celular si corresponde)									
Dirección de correo electrónico																		
Dirección postal <input type="checkbox"/> 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)								

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, cigarros, tabaco para mascar o tabaco sin humo. Es posible que las personas que consumen tabaco de manera habitual deban pagar una prima diferente. ☐ Sí ☐ No

¿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	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Apellido		
<input type="text"/>		
Género:	Número del Seguro Social (si corresponde)	
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Prefiere no especificar	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	
Idioma que prefiere hablar (si no es inglés)	Idioma que prefiere leer (si no es inglés)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Cónyuge o pareja de hecho que recibirá cobertura

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

Nombre	Inicial del segundo nombre	Elija una opción:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja de hecho
Apellido		
<input type="text"/>		
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Número de historia clínica anterior (si corresponde)	Estado (si corresponde)
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>
Género:	Número del Seguro Social (si corresponde)	Teléfono principal (teléfono celular si corresponde)
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Prefiere no especificar	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
Dirección de correo electrónico		
<input type="text"/>		

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, cigarros, tabaco para mascar o tabaco sin humo. Es posible que las personas que consumen tabaco de manera habitual 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. Proporcione teléfono y correo electrónico únicamente para los dependientes mayores de 18 años.

1

Nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Apellido		
<input type="text"/>		
Número de historia clínica anterior (si corresponde)	Estado (si corresponde)	Género:
<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Prefiere no especificar
Relación con el solicitante principal	Número del Seguro Social (si corresponde)	
<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	
Teléfono principal (teléfono celular si corresponde)		
<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>		
Dirección de correo electrónico		
<input type="text"/>		

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, cigarros, tabaco para mascar o tabaco sin humo. Es posible que las personas que consumen tabaco de manera habitual deban pagar una prima diferente. ☐ Sí ☐ No

Solicitante principal

2

Nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Apellido		
<input type="text"/>		
Número de historia clínica anterior (si corresponde)	Estado (si corresponde)	Género:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
		<input type="checkbox"/> Prefiere no especificar
		Número del Seguro Social (si corresponde)
		<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
Relación con el solicitante principal	Teléfono principal (teléfono celular si corresponde)	
<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	
Dirección de correo electrónico		
<input type="text"/>		

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, cigarros, tabaco para mascar o tabaco sin humo. Es posible que las personas que consumen tabaco de manera habitual deban pagar una prima diferente. ☐ Sí ☐ No

3

Nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Apellido		
<input type="text"/>		
Número de historia clínica anterior (si corresponde)	Estado (si corresponde)	Género:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
		<input type="checkbox"/> Prefiere no especificar
		Número del Seguro Social (si corresponde)
		<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
Relación con el solicitante principal	Teléfono principal (teléfono celular si corresponde)	
<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	
Dirección de correo electrónico		
<input type="text"/>		

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, cigarros, tabaco para mascar o tabaco sin humo. Es posible que las personas que consumen tabaco de manera habitual 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
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Apellido	Teléfono principal (teléfono celular si corresponde)
<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>

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)
<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Solicitante principal (padre, madre o tutor legal para menores de 18 años)	

Solicitante principal

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 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.
- He respondido de forma correcta y verdadera a todas las preguntas de este formulario según mi leal saber y entender.
- 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.
- Entiendo que la información que he proporcionado en este formulario se utilizará únicamente para determinar la elegibilidad continua para recibir cobertura médica y se conservará la privacidad de conformidad con la ley.
- 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.

X

Fecha (mm/dd/aaaa)
 / /

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

PASO 6: 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

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 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

Inicial del segundo nombre

Apellido del titular de la cuenta

X

Firma del titular de la cuenta

Fecha (mm/dd/aaaa)

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)

Inicial del segundo nombre

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

Número de 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 (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) ☐ 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 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 \$28 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							
<div></div>												<div></div>							
Broker or Kaiser Permanente representative (first, middle, last)																			
<div></div>																			
Address																			
<div></div>																			
City																			
<div></div>																			
State		ZIP code			Kaiser Permanente–appointed ID number							National producer number (NPN)							
<div></div>		<div></div>			<div></div>							<div></div>							
Primary phone (mobile phone, if available)										Fax									
<div></div> - <div></div> - <div></div>										<div></div> - <div></div> - <div></div>									
Email address																			
<div></div>																			

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 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), 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 **1-888-865-5813** (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 a: Asistencia a los Miembros (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 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, 1-800-537-7697 (TDD). Los formularios de queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Este aviso está disponible en <https://healthy.kaiserpermanente.org/georgia/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 **1-888-865-5813** (TTY: **711**).

አማርኛ (Amharic) ትኩረት: አማርኛ የሚናገሩ ከሆነ ተገቢ የሆኑ ረዳት መርጃዎችን እና አገልግሎቶችን ጨምሮ የቋንቋ እርዳታ አገልግሎቶች በነጻ ይገኛሉ። በ **1-888-865-5813** 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 **1-888-865-5813** (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 **1-888-865-5813** (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 **1-888-865-5813** تماس بگیرید (TTY: 711) (تلفن متنی)።

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 **1-888-865-5813** (TTY: 711).

Deutsch (German) ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, steht Ihnen die Sprachassistentz mit entsprechenden Hilfsmitteln und Dienstleistungen kostenfrei zur Verfügung. Rufen Sie **1-888-865-5813** 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. **1-888-865-5813** (TTY: 711) પર કોલ કરો.

Kreyòl Ayisyen (Haitian Creole) ATANSYON: Si w pale kreyòl, w ap jwenn sèvis asistans lang tankou èd ak sèvis konplemantè adapte gratis. Rele **1-888-865-5813** (TTY: 711).

हिन्दी (Hindi) ध्यान दें: अगर आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए उपयुक्त सहायक उपकरण और सेवाओं सहित भाषा सहायता सेवाएँ मुफ्त उपलब्ध हैं। **1-888-865-5813** (TTY: 711) पर कॉल करें।

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。 **1-888-865-5813** 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. **1-888-865-5813** 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' hódílnih **1-888-865-5813** (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 **1-888-865-5813** (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 **1-888-865-5813** (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 **1-888-865-5813** (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 **1-888-865-5813** (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 **1-888-865-5813** (TTY: **711**).

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

