

Formulario de Inscripción y Cambios para Empleados de Distrito de Columbia, Maryland y Virginia (MEDIANAS/GRANDES EMPRESAS)

Le damos la bienvenida a Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc. (KFHP-MAS) o Kaiser Permanente y Kaiser Permanente Insurance Company (KPIC). **Si tiene alguna pregunta respecto de los beneficios y servicios que se proporcionan en estas ofertas del plan, o que se excluyen de ellas, comuníquese con un representante de Servicio a los Miembros al [1-800-777-7902 o TTY 711] (para personas con problemas auditivos o del habla) antes de firmar este formulario.**

Escriba en letra de imprenta. Use este formulario para inscribirse en un plan, renunciar a un plan o cambiar (agregar o eliminar) el estado de membresía de su familia. Para poder ser suscriptor, debe vivir, trabajar o residir dentro de nuestra área de servicio y debe ser un empleado que cumple con todas las pautas de elegibilidad de su empleador. **Si decide renunciar a la cobertura, solo tiene que completar las Secciones A y C.** Si tiene alguna pregunta, comuníquese con la oficina de beneficios de su empleador.

Una vez que haya completado este formulario, fírmelo y entréguelo en la oficina de beneficios de su empleador. **No envíe este formulario a Kaiser Permanente, a menos que se le indique lo contrario.**

Si se inscribe en Medicare, deberá seguir un proceso de inscripción diferente.

Llame a un representante de Servicio a los Miembros al **[1-800-777-7902 o TTY 711]** (para personas con problemas de audición o del habla) para obtener más información. En caso de que haya una disputa, las disposiciones de la versión aprobada del formulario en inglés prevalecerán.

SECCIÓN A: Información del Empleado

Proporcione información sobre usted en las secciones que correspondan.

SECCIÓN B: Solicitud del Plan de Beneficios

Proporcione información sobre el plan que está seleccionando.

SECCIÓN C: Renuncia a la Cobertura

Complete esta sección si elige voluntariamente renunciar a toda la cobertura de seguro que ofrezca su empleador. Lea y firme la Sección C.

SECCIÓN D: Información sobre la Familia

Los dependientes o los hijos dependientes de la pareja doméstica deben cumplir con las pautas de elegibilidad de su grupo. Si tiene alguna pregunta acerca de la cobertura, comuníquese con la oficina de beneficios de su empleador.

SECCIÓN E: Otra Cobertura

Si usted, su cónyuge o su pareja doméstica/en unión civil⁺⁺ u otros dependientes familiares o hijos dependientes de su pareja doméstica están cubiertos por más de un plan de salud, es posible que pueda ahorrar dinero y mejorar su cobertura. Si está cubierto por dos planes que incluyen una prestación de Coordinación de Beneficios (Coordination of Benefit, COB), tal vez pueda eliminar algunos de sus gastos de bolsillo por servicios aprobados que ahora están cubiertos parcialmente por esos planes. Si se aplica una prestación de COB en su caso, al firmar este formulario permitirá que KFHP-MAS/KPIC facture cualquier otra política de atención médica que esté determinada a ser la prestadora principal de acuerdo con la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros (National Association of Insurance Commissioners) y el Seguro de los Trabajadores (Workers' Compensation), siempre y cuando esté inscrito en el plan primario y dicho plan siga siendo el primario para KFHP-MAS/KPIC.

Dependiente de edad máxima/discapacitado

Complete esta sección con los dependientes o los hijos dependientes de su pareja doméstica que superen el límite máximo de edad requerido por su empleador o sean personas con discapacidad. Se le solicitará que proporcione información adicional para documentar a los dependientes o los hijos dependientes de su pareja doméstica que se indiquen en esta sección.

Dependientes que residen en otra dirección PERMANENTE

Use esta sección para documentar a los dependientes o los hijos dependientes de su pareja doméstica que tengan una dirección permanente distinta de la del suscriptor. Se le solicitará que proporcione información adicional para documentar a los dependientes o los hijos dependientes de su pareja doméstica que se indiquen en esta sección. Esta sección no se aplica a los dependientes o los hijos dependientes de la pareja doméstica que son estudiantes a tiempo completo y viven en albergues temporales mientras asisten a clases.

⁺⁺ Pareja en unión civil: solo en DC

SECCIÓN F: Solicitud de Inscripción o Cancelación

Revise y firme este formulario. Antes de hacerlo, asegúrese de leer todo el material relacionado con la cobertura. En el caso de que no complete todas las partes importantes de este formulario, podría demorar o impedir la inscripción y la emisión de la tarjeta de identificación de miembro. Si elige voluntariamente renunciar a toda la cobertura de seguro que ofrece su empleador, complete únicamente las Secciones A y C.

SECCIÓN G: Firma del Representante Autorizado por el Empleador

EL EMPLEADOR DEBE COMPLETAR LO SIGUIENTE.

SECCIÓN C: Renuncia a la Cobertura

Al completar esta sección, reconozco que se me dio la oportunidad de inscribirme en este plan de beneficios de salud de grupo que ofrece mi empleador. Rechazo lo siguiente:

- ☐ Toda la cobertura
- ☐ La cobertura de mi cónyuge o pareja doméstica/en unión civil**
- ☐ La cobertura de mi o pareja doméstica/en unión civil**

Comprendo que si yo, mis dependientes o los hijos dependientes de mi pareja doméstica más adelante queremos inscribirnos en alguna de las coberturas rechazadas, tendremos que presentar documentación que respalde la inscripción fuera del periodo de inscripción abierta y que la cobertura puede estar sujeta a disposiciones de inscripción tardía según lo permitido por la ley y según lo indicado por mi empleador.

* Es posible que se solicite información adicional.

** Pareja en unión civil: solo en DC

Motivo del rechazo:

- ☐ Otra cobertura grupal patrocinada por el empleador* de mi cónyuge o pareja doméstica/en unión civil**
- ☐ Otra cobertura de grupo patrocinada por otra organización*
- ☐ Medicare/Medicaid/TRICARE*
- ☐ Cobertura individual*
- ☐ Cobertura de los padres*
- ☐ Otros motivos (explíquelos)

Firma del empleado que renuncia: _____ Fecha: _____

SECCIÓN D: Información sobre la Familia

El empleado debe completar lo siguiente.

Si necesita más espacio, use otro formulario y adjúntelo a este.

Cónyuge o pareja doméstica/en unión civil** o hijos (Si es elegible conforme a su plan)

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____ Sufijo: _____

Número de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: _____ Masculino: ☐ Femenino: ☐ Relación con el empleado: _____

Apellido del hijo: _____ Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____ Sufijo: _____

Número de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: _____ Masculino: ☐ Femenino: ☐ Relación con el empleado: _____

Apellido del hijo: _____ Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____ Sufijo: _____

Número de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: _____ Masculino: ☐ Femenino: ☐ Relación con el empleado: _____

¿Alguno de sus dependientes o alguno de los hijos dependientes de su pareja doméstica incluido supera la edad máxima del grupo?

Si la respuesta es "sí", complete lo siguiente:

Nombres (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Discapacidad*	Motivo
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

¿Alguno de sus dependientes o alguno de los hijos dependientes de su pareja doméstica nombrado arriba vive de manera permanente en otra dirección?

☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es "sí", complete lo siguiente. Si necesita más espacio, use otro formulario y adjúntelo a este.

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____ Sufijo: _____

Dirección: _____ N.º de unidad: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

* Es posible que se requiera información adicional.

** Pareja en unión civil: solo en DC

SECCIÓN E: Otra Cobertura

¿Alguna de las personas mencionadas arriba, incluido usted, tiene otra cobertura de salud? ☐ Sí ☐ No ☐

Si la respuesta es "sí", indique cuáles:

Nombre	Nombre de la compañía de seguros	Número de póliza	Número de teléfono

¿Usted, alguno de sus dependientes o alguno de los hijos dependientes de su pareja doméstica es elegible para Medicare? ☐ Sí ☐ No

Su firma autoriza a KFHP-MAS/KPIC y sus empleados a divulgar registros o información relacionados con cualquier reclamo de servicios cubiertos que puedan ser solicitados por otra compañía. Puede cancelar su autorización enviando una solicitud por escrito a **Kaiser Permanente, Release of Medical Information Service Center, 5th Floor, 6501 Loisdale Court, Springfield, VA 22150. Número de Fax: (855)-902-8624**. La revocación entrará en vigencia el día en que se reciba su revocación por escrito, a excepción de lo siguiente:

- las acciones tomadas por KFHP-MAS/KPIC de conformidad con la autorización antes de recibir la revocación por escrito no se verán afectadas por la revocación;
- la revocación de una autorización que se usó para obtener cobertura, incluida la cobertura de KFHP-MAS/KPIC, no se permitirá durante el periodo en el que KFHP-MAS/KPIC pueda objetar el plan en cuestión o un reclamo de servicios de acuerdo con el plan; y
- si KFHP-MAS/KPIC recibe una revocación parcial, el uso o la divulgación de registros o información que no se vean afectados por la revocación pueden continuar.

Una vez divulgada, la información puede volver a divulgarse a otras personas y es probable que ya no esté protegida por la ley de privacidad aplicable. Su autorización es válida durante el término de cobertura de la póliza, a menos que la cancele antes. No le negarán el tratamiento, el pago de reclamos, la inscripción ni la elegibilidad para recibir los beneficios a razón de que firme esta autorización. Usted o su representante autorizado tienen derecho a recibir una copia del formulario de autorización.

Firma del empleado: _____ Fecha: _____

SECCIÓN F: Solicitud de Inscripción o Cancelación*
☐ **Solicitud de inscripción**

Por la presente solicito, en nombre mío y de cada dependiente o hijo dependiente de mi pareja doméstica mencionado arriba, la cobertura de salud indicada. Si se acepta este formulario, la cobertura se proporcionará de acuerdo con los términos y las condiciones del contrato de mi empleador con KFHP-MAS/KPIC. Acepto cumplir con dicho contrato. Si mi empleador requiere el pago de cargos por suscripción, acuerdo pagar dichos cargos por suscripción a mi empleador.

☐ **Solicitud de cancelación**

Por la presente solicito, en nombre mío y de cada dependiente o hijo dependiente de mi pareja doméstica mencionado arriba, que se cancele mi cobertura.

- ☐ Eliminar cónyuge o pareja doméstica/en unión civil**
- ☐ Eliminar hijos dependientes o hijos dependientes de la pareja doméstica. Nombres _____
- ☐ Cancelar toda la cobertura

Firma del empleado: _____

* Consulte a su empleador para conocer la fecha de vigencia.

** Pareja en unión civil: solo en DC

Los afiliados de los siguientes estados deben referirse a la advertencia del estado específico:

Distrito de Columbia: Toda persona que conscientemente presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida o un beneficio, o que conscientemente presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de cometer un delito y podría quedar sujeta a multas o encarcelamiento.

Virginia: Toda persona que, con la intención de defraudar o sabiendo que facilita un fraude contra una aseguradora, presente una solicitud o un reclamo que contenga una declaración falsa o engañosa podría infringir la ley estatal.

Maryland: Toda persona que presente intencionalmente un reclamo falso o fraudulento por el pago de una pérdida o un beneficio o que presente intencionalmente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de cometer un delito y podría quedar sujeta a multas o encarcelamiento.

Si tiene alguna pregunta respecto de los beneficios y servicios que se proporcionan o quedan excluidos en la cobertura objeto de este formulario de inscripción, comuníquese con un representante de Servicio a los Miembros antes de firmar dicho formulario. He leído atentamente este formulario y estoy de acuerdo con los términos. Las respuestas registradas en este formulario son, a mi leal saber y entender, completas y verdaderas a esta fecha. Esta información está sujeta a verificación. El hecho de no completar una sección puede demorar el procesamiento del formulario o el pago de los reclamos.

SECCIÓN G: Firma del Representante Autorizado por el Empleador

Por la presente certifico que las inscripciones se han revisado y que cumplen con todos los requisitos de elegibilidad.

Nombre en letra de imprenta o escrito a máquina: _____ Título: _____ Número de teléfono: _____

Firma del empleador: _____ Fecha: _____

NONDISCRIMINATION NOTICE

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

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

If you need these services, call **1-800-777-7902** (TTY: **711**)

If you believe that Kaiser Health Plan has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance by mail or phone at: Kaiser Permanente, Appeals and Correspondence Department, Attn: Kaiser Civil Rights Coordinator, 2101 East Jefferson St., Rockville, MD 20852, telephone number: 1-800-777-7902.

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

In the event of dispute, the provisions of the approved English version of the form will control.

HELP IN YOUR LANGUAGE

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

አማርኛ (Amharic) ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጅተዋል፡ ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ **1-800-777-7902** (TTY: **711**)፡

العربية (Arabic) ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم **1-800-777-7902** (TTY: **711**)፡

Bàsɔ̀̀ Wùdù (Bassa) Dè dɛ nìà kɛ dyédé gbo: ɔ jũ ké m̀ Bàsɔ̀̀-wùdù-po-nyò jũ ní, níí, à wuɖu kà kò dò po-poò béìn m̀ gbo kpáa. Đá **1-800-777-7902** (TTY: **711**)

বাংলা (Bengali) লক্ষ্য করুন: যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নিঃখরচায় ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ আছে। ফোন করুন **1-800-777-7902** (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 **1-800-777-7902** (TTY: **711**)。

فارسی (Farsi) توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با **1-800-777-7902 (TTY: 711)** تماس بگیرید.

Français (French) ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le **1-800-777-7902 (TTY: 711)**.

Deutsch (German) ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung.
Rufnummer: **1-800-777-7902 (TTY: 711)**.

ગુજરાતી (Gujarati) સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો **1-800-777-7902 (TTY: 711)**.

Kreyòl Ayisyen (Haitian Creole) ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele **1-800-777-7902 (TTY: 711)**.

हिन्दी (Hindi) ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। **1-800-777-7902 (TTY: 711)** पर कॉल करें।

Igbo (Igbo) NRUBAMA: O bụrụ na i na asụ Igbo, ọrụ enyemaka asụsụ, n'efu, dijiri gi. Kpọọ **1-800-777-7902 (TTY: 711)**.

Italiano (Italian) ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero **1-800-777-7902 (TTY: 711)**.

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。**1-800-777-7902 (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. **1-800-777-7902 (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, kojí' hódíłnih **1-800-777-7902 (TTY: 711)**.

Português (Portuguese) ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para **1-800-777-7902 (TTY: 711)**.

Русский (Russian) ВНИМАНИЕ: если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-800-777-7902 (TTY: 711)**.

Español (Spanish) ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-800-777-7902 (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 **1-800-777-7902 (TTY: 711)**.

ไทย (Thai) เรียน: หากคุณพูดภาษาไทย คุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร **1-800-777-7902 (TTY: 711)**.

اردو (Urdu) خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں **1-800-777-7902 (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 **1-800-777-7902 (TTY: 711)**.

Yorùbá (Yoruba) AKIYESI: Ti o ba nso ede Yoruba ofe ni iranlowo lori ede wa fun yin o. E pe ero ibanisoro yi **1-800-777-7902 (TTY: 711)**.