

# Formulario de Inscripción o de Cambio para Grupos Pequeños de Empleados de Washington 2025

Escriba en letra de imprenta con tinta negra o azul únicamente.



Todos los planes son ofrecidos y están suscritos por  
Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest.  
500 NE Multnomah St., Suite 100, Portland, OR 97232.

Employer section (To be completed by the employer. Subgroup and billgroup information required if coverage is selected.)

Company name<sup>1</sup> \_\_\_\_\_ Effective date of coverage<sup>1</sup> \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Group #<sup>1</sup> \_\_\_\_\_ Medical subgroup # \_\_\_\_\_ Billgroup \_\_\_\_\_

Adult dental subgroup # \_\_\_\_\_ Billgroup \_\_\_\_\_ Pediatric dental subgroup # \_\_\_\_\_ Billgroup \_\_\_\_\_

**Enrollment/change reason – complete if existing group<sup>1</sup> (Please check one.)**

New hire       Newborn       Loss of coverage       Part-time to full-time       Change \_\_\_\_\_  
 Open enrollment       COBRA       State continuation       Other \_\_\_\_\_

A Información del empleado (El empleado debe completar las secciones A, B y C).

**Seleccione el tipo de beneficio:**  Cobertura médica \_\_\_\_\_ (opción del plan)

Cobertura dental (seleccione una opción):

Plan de cobertura dental para adultos (a partir de los 19 años) \_\_\_\_\_ (opción del plan)

Plan de cobertura dental pediátrica (18 años o menos) \_\_\_\_\_ (opción del plan)

Exención de cobertura dental pediátrica<sup>2</sup>

Nombre legal (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

Apellido anterior/de soltera (si corresponde) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento<sup>1</sup> \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ N.º de seguro social \_\_\_\_\_

Sexo<sup>1</sup>  M     F     X     Se niega a responder (en este momento)      Pronombres \_\_\_\_\_

Domicilio<sup>1</sup> \_\_\_\_\_ Apt. \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Teléfono celular \_\_\_\_\_ Teléfono del hogar \_\_\_\_\_

N.º de historia clínica (si corresponde) \_\_\_\_\_ Idioma de preferencia \_\_\_\_\_

B Información de los dependientes (Para agregar más dependientes, use nuestro Anexo al formulario de inscripción o de cambio para grupos pequeños de empleados de Washington).

**Seleccione una opción:**  Cónyuge  Pareja de hecho<sup>3</sup>

Nombre legal (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento<sup>1</sup> \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ N.º de seguro social \_\_\_\_\_ Sexo<sup>1</sup>  M     F     X     Se niega a responder (en este momento)

Pronombres \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_ Persona con discapacidad  Sí  No

Cobertura médica

Cobertura dental (seleccione una opción):

Plan de cobertura dental para adultos (a partir de los 19 años) \_\_\_\_\_ (opción del plan)

Plan de cobertura dental pediátrica (18 años o menos) \_\_\_\_\_ (opción del plan)

Exención de cobertura dental pediátrica<sup>2</sup>

Otro seguro  Sí  No Compañía de seguros \_\_\_\_\_

N.º de póliza \_\_\_\_\_ N.º de historia clínica (si corresponde) \_\_\_\_\_

(continúa en el dorso)

<sup>1</sup> Campo obligatorio.

<sup>2</sup> Al marcar esta casilla, declara que el miembro tiene cobertura dental pediátrica de otro proveedor que cumple con la cláusula sobre beneficios de salud esenciales de la Ley de Cuidado de Salud Asequible (Affordable Care Act, ACA).

<sup>3</sup> Una persona que es legalmente reconocida como su pareja de hecho en un Certificado estatal de pareja de hecho registrada válido expedido por el estado de Washington, que se encuentra registrada legalmente como su pareja de hecho según las leyes de otro estado o que está reconocida de algún otro modo como su pareja de hecho según los criterios acordados, por escrito, entre Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest y su grupo.

**B Continuación de información de dependientes (para agregar más dependientes, use nuestro Anexo al formulario de inscripción o de cambio para grupos de empleados pequeños de Washington).**

Nombre legal del dependiente (hijo/a) (*apellido, nombre, inicial del segundo nombre*)<sup>1,3</sup> \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento<sup>1</sup> \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ N.º de seguro social \_\_\_\_\_ Sexo<sup>1</sup>  M  F  X  Se niega a responder (en este momento)

Pronombres \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_ Persona con discapacidad  Sí  No

Cobertura médica

Cobertura dental (seleccione una opción):

Plan de cobertura dental para adultos (a partir de los 19 años) \_\_\_\_\_ (opción del plan)

Plan de cobertura dental pediátrica (18 años o menos) \_\_\_\_\_ (opción del plan)

Exención de cobertura dental pediátrica<sup>2</sup>

Otro seguro  Sí  No Compañía de seguros \_\_\_\_\_

N.º de póliza \_\_\_\_\_ N.º de historia clínica (si corresponde) \_\_\_\_\_

Nombre legal del dependiente (hijo/a) (*apellido, nombre, inicial del segundo nombre*)<sup>1,3</sup> \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento<sup>1</sup> \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ N.º de seguro social \_\_\_\_\_ Sexo<sup>1</sup>  M  F  X  Se niega a responder (en este momento)

Pronombres \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_ Persona con discapacidad  Sí  No

Cobertura médica

Cobertura dental (seleccione una opción):

Plan de cobertura dental para adultos (a partir de los 19 años) \_\_\_\_\_ (opción del plan)

Plan de cobertura dental pediátrica (18 años o menos) \_\_\_\_\_ (opción del plan)

Exención de cobertura dental pediátrica<sup>2</sup>

Otro seguro  Sí  No Compañía de seguros \_\_\_\_\_

N.º de póliza \_\_\_\_\_ N.º de historia clínica (si corresponde) \_\_\_\_\_

Marque esta casilla para agregar dependientes adicionales y adjunte el *Anexo al formulario de inscripción o de cambio para grupos pequeños de empleados de Washington*.

**C Importante: No se puede procesar su solicitud sin su firma. Lea todo el formulario antes de firmar.**

Mediante mi firma confirmo que la información que proporcioné en este formulario es verdadera y correcta, y que leí los requisitos, los términos, las condiciones, las limitaciones y las disposiciones descritos en este formulario, y que estoy de acuerdo con ellos.

Es un delito proporcionar intencionalmente información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de estafarla. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas y denegación de beneficios de seguro.

Firma del empleado<sup>1</sup> \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

<sup>1</sup>Campo obligatorio.

<sup>2</sup>Al marcar esta casilla, declara que el miembro tiene cobertura dental pediátrica de otro proveedor que cumple con la cláusula sobre beneficios de salud esenciales de la Ley de Cuidado de Salud Asequible (Affordable Care Act, ACA).

<sup>3</sup>Elegible hasta el último día del mes de su cumpleaños número 26 o sin límite de edad en el caso de los dependientes mayores de 26 años con una incapacidad física, del desarrollo o una enfermedad mental.

Según la ley estatal, si los hijos del empleado asegurado están cubiertos, los hijos de las parejas de hecho registradas en el estado reciben cobertura de la misma manera. Si su empleador decide proveer cobertura a parejas de hecho que no están registradas en el estado y los hijos del empleado asegurado están cubiertos, los hijos de las parejas de hecho no registradas en el estado reciben cobertura de la misma manera.

**The English version is the controlling document. The translated version is informational.  
La versión en inglés es el documento que prevalece. La versión traducida es solo para propósitos informativos.**

## **Lea lo siguiente antes de firmar el formulario**

Las siguientes declaraciones son válidas para el periodo de cobertura que he seleccionado en virtud de este plan para mí y para mis dependientes actuales y futuros que están o estarán cubiertos, a menos que yo o mis dependientes notifiquemos un cambio por escrito.

- Por el presente, acepto en representación mía y de mis familiares inscritos, que Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest (KFHPNW) pueda solicitar información personal de salud, incluida la información sobre el tratamiento o los servicios que cualquiera de nosotros pueda recibir de un médico, dentista, profesional de la atención médica, hospital, consultorio médico o dental, u otro centro de atención médica o dental. También acepto que KFHPNW o su representante autorizado usen y revelen la información personal de salud para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica sin autorización, de acuerdo con la ley correspondiente. Esto no es una autorización conforme a la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) de 1996.
- Permito que se hagan las deducciones correspondientes de mis ingresos si hubiera una parte del costo de la cobertura a mi cargo.
- Al proporcionar mi dirección de correo electrónico y número de teléfono móvil, entiendo que puedo recibir comunicaciones por correo electrónico y mensajes de texto de Kaiser Permanente.

## **Derechos y responsabilidades de los miembros**

Para obtener más información sobre los derechos y las responsabilidades de los miembros de Kaiser Permanente, ingrese a [kp.org/disclosures](http://kp.org/disclosures) (haga clic en "Español") y seleccione "Oregon/SO de Washington" en el menú desplegable.

## **Presentación de la solicitud de inscripción**

El empleador debe presentar este formulario de inscripción. Asegúrese de que el formulario esté completo e incluya la firma del empleado. El proceso de inscripción puede demorarse considerablemente si falta información o si esta es incompleta.

### **Por correo postal:**

Kaiser Permanente  
P.O. Box 23127  
San Diego, CA 92193

### **Por fax:\***

1-855-355-5334

### **Correo electrónico:**

csc-den-roc-group@kp.org

Puede ver los detalles del plan, como los beneficios, las exclusiones y las limitaciones, en la *Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC)*. Para recibir la EOC de un plan en particular, comuníquese con Servicio a los Miembros. En caso de discrepancias entre este folleto y la EOC, prevalecerá la EOC.

\* Envíe un solo formulario de inscripción por vez al fax.

# Conéctese

## Cómo completar este formulario

1. Escriba en letra legible de imprenta con tinta negra o azul.
2. Para inscribirse, debe trabajar para un empleador que se encuentre en el condado de Clark o el condado de Cowlitz. Debe vivir o trabajar en el condado de Clark o el condado de Cowlitz por lo menos 50 % del tiempo, a menos que se inscriba en PPO Plus. En el caso de PPO Plus, debe vivir y trabajar, presencialmente, fuera de los condados de Clark y Cowlitz.
3. Su empleador debe llenar la sección del empleador. Su empleador es responsable de verificar toda la información antes de presentar este formulario, especialmente las fechas de vigencia, ya que estas afectan su prima.
4. Debe llenar las secciones desde la A hasta la C. En la sección A, debe llenar la información sobre usted. Complete la sección B si inscribe a dependientes. Asegúrese de incluir el apellido anterior de los dependientes si corresponde. Lea la sección C y todo el resto del formulario. Luego, firme y escriba la fecha en el formulario.
5. Despues de completar el formulario, guarde una copia para su registro. (Pronto tendrá acceso a una tarjeta de identificación digital de Kaiser Permanente).

Todas las fechas de vigencia se establecerán según el acuerdo contractual entre el grupo (su empleador) y Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest.

## Servicio a los Miembros

De lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m.

**1-800-813-2000**

O

**1-866-616-0047** para miembros de Kaiser Permanente Plus™, Added Choice® y PPO Plus

Para TTY, llame al **711**. Para acceder a los servicios de interpretación de idiomas, llame al **1-800-324-8010**.

FWSGENRLSP0125

Siga los pasos sencillos que aparecen en el lado izquierdo de esta página para inscribirse en su plan.

## ¡Soy un miembro nuevo!

### Cree una cuenta en línea

Disfrute de un acceso seguro a la atención médica las 24 horas del día con servicios en línea que pueden ahorrarle tiempo y dinero. Después de registrarse, podrá enviar correos electrónicos al consultorio de su médico, ver los resultados de la mayoría de las pruebas de laboratorio, volver a surtir la mayoría de los medicamentos, programar citas de rutina virtuales o en persona, y mucho más.\* Ingrese a [kp.org/nuevosmiembros](https://kp.org/nuevosmiembros) para comenzar.

### Su tarjeta de identificación

Una vez que se haya procesado su inscripción, podrá crear su cuenta en línea a través de la aplicación de Kaiser Permanente o en [kp.org/nuevosmiembros](https://kp.org/nuevosmiembros). Además, ahora puede acceder a su tarjeta de identificación digital en la aplicación de Kaiser Permanente que indica su nombre y su número único de historia clínica de 8 dígitos. Necesitará tener a la mano su tarjeta de identificación digital o física cuando llame para obtener consejos las 24 horas del día, los 7 días de la semana, o se acerque para recibir atención.

### Recepción de Bienvenida para Nuevos Miembros

Estamos aquí para ayudarles a usted y a su familia a entender su plan y a acceder a la atención médica. Si tiene preguntas o necesita ayuda, programe una cita o comuníquese con nuestra Recepción de Bienvenida para Nuevos Miembros al **1-888-491-1124**, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.

### Elija un médico y cámbielo en cualquier momento

Visite [kp.org/nuevosmiembros](https://kp.org/nuevosmiembros) para consultar los perfiles de nuestros médicos y encuentre uno que se adapte a lo que usted necesita.

### Transfiera sus recetas médicas

Si tiene que transferir recetas médicas, puede hacerlo en línea en [kp.org/nuevosmiembros](https://kp.org/nuevosmiembros) o llamando al **1-866-616-0047** (TTY 711). Por lo general, puede volver a surtir por única vez una receta médica de un proveedor no participante o que no pertenece a la red si el medicamento figura en nuestra lista de medicamentos cubiertos y la receta permite los surtidos.

\* Estas opciones son válidas cuando se obtiene atención en los centros de Kaiser Permanente.

