





Solicitud de cobertura médica

Individual and Family Plans

 <p>¿Quién puede usar esta solicitud?</p>	<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 recibir la cobertura de KPIF, debe vivir en nuestra área de servicio de Maryland.
 <p>¿Quién no debe usar esta solicitud?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Si usted o alguno de los dependientes por los que presenta la solicitud tienen derecho a recibir Medicare Parte A o están inscritos en Medicare Parte B, no son elegibles para solicitar la nueva cobertura de KPIF. Visite kp.org/medicare (haga clic en "Español") para obtener más información sobre sus opciones de planes de Medicare o para solicitar la cobertura de Medicare. • Si califica para obtener asistencia financiera federal y desea ayuda para pagar los copagos, los coseguros, los deducibles o las primas, no llene esta solicitud. Debe solicitar la cobertura a través de Maryland Health Connection en marylandhealthconnection.gov/espanol. • Si ya es miembro de KPIF, no use este formulario. Para hacer cambios en su cuenta, llame al 1-866-410-7536.
 <p>Cosas que debe recordar</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Si presenta la solicitud durante el período de inscripción abierta, la fecha en la que recibimos su solicitud puede cambiar su fecha de vigencia: será el 1 de enero si presenta la solicitud antes del 15 de diciembre. • Si presenta la solicitud durante un período de inscripción especial, visite kp.org/inscripcionespecial o llame al 1-800-494-5314 para recibir instrucciones. • Devuelva esta solicitud lo antes posible, o puede hacer la solicitud más rápido en línea en buykp.org/apply (haga clic en "Español"). • 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: si se va a inscribir en un nuevo plan, no se cancelará 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. • Para asegurarse de que su solicitud se procese a tiempo y no se cancele, envíe cada página de la solicitud completa y firmada con todas las firmas requeridas y una prueba de su evento calificado de vida (circunstancia de vida que califica y modifica su situación actual) (si se solicita). Envíe estos documentos por correo a: Kaiser Permanente for Individuals and Families P.O. Box 23127 San Diego, CA 92193-9921 O por fax de manera segura al: 1-855-355-5334 Nota: Los cheques deben enviarse por correo y no por fax.
 <p>¿Necesita ayuda?</p>	<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, llámelo para obtener ayuda.

Todos los planes son ofrecidos y están suscritos por Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc.

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 calificado de vida. Si tuvo más de uno, revise sus opciones debido a que las fechas de vigencia pueden variar según el evento. **También se requiere un comprobante de elegibilidad en un plazo de 10 días calendario.** Visite kp.org/inscripcionespecial o llame al **1-800-494-5314** para obtener más información sobre los eventos calificados de vida.

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Pérdida de cobertura de salud mínima esencial (ponga el último día completo que tuvo cobertura)* <input type="checkbox"/> Pérdida de cobertura en el embarazo <input type="checkbox"/> Pérdida de cobertura de necesidades médicas <input type="checkbox"/> Inscripción en cualquier plan de salud grupal que no sea de año natural, cobertura de seguro médico individual o acuerdo de reembolso de salud para empresas pequeñas (Qualified Small Employer Health Reimbursement Arrangement, QSEHRA) <input type="checkbox"/> Agregar un nuevo dependiente o convertirse en uno por medio del matrimonio o sociedad doméstica <input type="checkbox"/> Agregar o convertirse en un dependiente por el nacimiento de un hijo, adopción, o colocación en adopción o en cuidados de crianza <p>Nota: En este caso, también tendrá que elegir entre 2 fechas de vigencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> La fecha de nacimiento, adopción, o puesta en adopción o cuidados de crianza <input type="checkbox"/> El primer día del mes siguiente, después de que recibimos la solicitud <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Deja de tener un dependiente por divorcio, disolución de la pareja doméstica o separación legal <input type="checkbox"/> Orden de manutención de los hijos u otra orden del tribunal para cubrir a un dependiente <p>Nota: En este caso, también tendrá que elegir entre 2 fechas de vigencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> La fecha de la orden de manutención de los hijos u otra orden del tribunal para cubrir a un dependiente <input type="checkbox"/> El primer día del mes posterior a la orden del tribunal <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Muerte del suscriptor o de un dependiente <input type="checkbox"/> Traslado permanente con acceso a nuevos planes <input type="checkbox"/> Cambios en la cobertura de salud del empleador que lo hacen inelegible para un crédito tributario para la prima o cambio en la elegibilidad para reducciones del costo compartido | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> La determinación por parte de Maryland Health Connection de un período de inscripción especial o cuando la inscripción o la falta de inscripción en un plan de salud calificado (Qualified Health Plan, QHP) es no intencional, inadvertida o errónea y es resultado del error, la falsedad o la inacción de algún funcionario, empleado o agente del Intercambio o de Salud y Servicios Sociales (Health and Human Services, HHS), sus instrumentales o una entidad que proporcione asistencia para la inscripción o realice actividades relacionadas con la inscripción <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> Violencia doméstica o abandono del cónyuge que ocurre dentro del hogar <input type="checkbox"/> Interrupción de la contribución del empleador a la prima de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA) <input type="checkbox"/> Confirmación inicial del embarazo por parte de un profesional de la atención médica <p>Nota: En este caso, también tendrá que elegir entre 2 fechas de vigencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> El primer día del mes en el que se confirma el embarazo <input type="checkbox"/> El primer día del mes en el que recibimos la solicitud <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Demostrar que un plan calificado violó sustancialmente una disposición material de su contrato respecto a la persona inscrita <input type="checkbox"/> Ser potencialmente elegible para Medicaid o para el Children's Health Insurance Program (CHIP), y ser determinado como no elegible después de que la inscripción abierta haya terminado o después de más de 60 días del evento calificado |
|---|--|

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	Platinum
<input type="checkbox"/> KP MD Bronze Value 6700/40/Vision <input type="checkbox"/> KP MD Bronze 7500/40%/Vision <input type="checkbox"/> KP MD Bronze 6900/0%/HSA/Vision	<input type="checkbox"/> KP MD Silver Value 2500/35/Vision/Off <input type="checkbox"/> KP MD Silver 6000/40/Vision/Off <input type="checkbox"/> KP MD Silver 3200/20%/HSA/Vision/Off <input type="checkbox"/> KP MD Silver Virtual Forward 4000/Off <input type="checkbox"/> KP MD Silver Virtual Forward 5000	<input type="checkbox"/> KP MD Gold Value 0/20/Vision <input type="checkbox"/> KP MD Gold Value 1000/20/Vision <input type="checkbox"/> KP MD Gold 1750/20/Vision <input type="checkbox"/> KP MD Gold Virtual Forward 2000	<input type="checkbox"/> KP MD Platinum 0/15/Vision

Plan Catastrophic

Para adquirir un plan Catastrophic, los solicitantes deben tener menos de 30 años en la fecha de vigencia o proporcionar un certificado de exención que demuestre dificultades financieras o la falta de cobertura asequible. **No podremos procesar su solicitud sin el certificado de exención si es mayor de 30 años.** Para saber si califica, visite cuidadodesalud.gov/es/exemption-form-instructions/ y siga las instrucciones.

KP MD Catastrophic 9100/0/Vision

Para obtener información sobre los beneficios y las limitaciones de salud y dentales, los montos de los costos compartidos y las primas, consulte los detalles en su material de inscripción. Para solicitar una copia del *Membership Agreement (Acuerdo de Membresía)* y la *Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage)* de un plan en particular, visite kp.org/plandocuments (en inglés), llame al **1-800-777-7902** o comuníquese con su corredor.

PASO 3: Elija su plan dental opcional para adultos

La cobertura dental pediátrica está incluida en su plan de salud para miembros hasta el final del mes en el que el miembro cumple 19 años de edad. También ofrecemos un plan dental opcional para adultos mayores de 19 años con un cargo adicional mensual.

Sí. Deseo inscribirme en el plan dental opcional para adultos. No. No estoy interesado en recibir cobertura dental opcional para adultos.

Solicitante principal

PASO 4: 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 familiar incluido 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)
<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)	Sexo:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
		Número de Seguro Social (si corresponde)
		<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
Dirección de su casa (no se admiten los apartados postales)		
<input type="text"/>		
Ciudad		
<input type="text"/>		
Estado	Código postal	Condado
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Teléfono (teléfono celular si está disponible)
		<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
Dirección de facturación (si es diferente a la dirección residencial)		
<input type="text"/>		
Ciudad		
<input type="text"/>		
Estado	Código postal	
<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"/>	
Dirección de correo electrónico		
<input type="text"/>		

Padre o tutor legal

Complete esta sección si el solicitante principal es un niño menor de 18 años. El padre o 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"/>		
Sexo:	Número de Seguro Social (si corresponde)	
<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	<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"/>	

Solicitante principal

Cónyuge o pareja doméstica que recibirá cobertura

Una pareja doméstica es la persona registrada y reconocida legalmente como su pareja doméstica ante el estado de Maryland.

Nombre

Inicial del segundo nombre

Elija una opción:

Cónyuge

Pareja doméstica

Apellido

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

Número de historia clínica anterior (si corresponde)

Estado (si corresponde)

Sexo:

Hombre Mujer

Número de Seguro Social (si corresponde)

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

Inicial del segundo nombre

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

Apellido

Número de historia clínica anterior (si corresponde)

Estado (si corresponde)

Sexo:

Hombre Mujer

Número de Seguro Social (si corresponde)

Relación con el solicitante principal

2

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

Número de Seguro Social (si corresponde)

Relación con el 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

Número de Seguro Social (si corresponde)

Relación con el solicitante principal

Solicitante principal

PASO 5: Elija un representante autorizado (si tiene uno)

Puede autorizar a un amigo de confianza o a un pariente para que hable con nosotros sobre esta solicitud, para que vea su información o para que actúe en su nombre solo en cuestiones relacionadas con esta solicitud. Esta persona se conoce como el representante autorizado.

Nombre

Inicial del segundo nombre

Apellido

Teléfono (teléfono celular si está disponible)

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 o tutor legal para niños menores de 18 años)

PASO 6: 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 o tutor legal deberá firmar. Al firmar, el padre o 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.
- Entiendo que, si cometo fraude o hago una declaración falsa y de manera intencional sobre un hecho material, es posible que Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc. (Plan de Salud) niegue o rescinda la cobertura tanto para mí como para todos mis dependientes a partir de la fecha del fraude o de la declaración falsa de manera intencional de un hecho material. Recibiré un aviso previo con 30 días de antelación por parte del Plan de Salud antes de que se rescinda la cobertura. En caso de que rescinda la cobertura, estoy de acuerdo en ser responsable de todos los costos médicos en los que haya incurrido el Plan de Salud, y en que el Plan de Salud puede reducir dichos costos de las primas que hayan sido pagadas. Si los gastos médicos superan el monto de la prima que se pagó, acepto hacerme responsable del pago de la diferencia ante el Plan de Salud.
- Si trabajé con un corredor, 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.
- Si tiene alguna pregunta respecto a los beneficios y servicios que se contemplan o excluyen en este contrato, comuníquese con un representante de Servicio a los Miembros al 1-800-777-7902 antes de firmar esta solicitud.
- **ADVERTENCIA: TODA PERSONA QUE PRESENTE UNA RECLAMACIÓN FALSA O FRAUDULENTO DE FORMA INTENCIONAL PARA SOLICITAR EL PAGO DE UNA PÉRDIDA O BENEFICIO, O QUE PRESENTE INFORMACIÓN FALSA DE FORMA INTENCIONAL EN UNA SOLICITUD DE SEGURO ES CULPABLE DE COMETER UN DELITO Y ES POSIBLE QUE ESTÉ SUJETA A MULTAS Y AL ENCARCELAMIENTO.**
- Al proporcionar mi correo electrónico y número de teléfono celular, entiendo que podría recibir correos electrónicos y comunicaciones por mensajes de Kaiser Permanente.

X

Fecha (mm/dd/aaaa)

Suscriptor o nuevo suscriptor (padre o tutor legal de los suscriptores menores de 18 años)

Solicitante principal

PASO 7: Ingrese los datos para el pago del primer mes

Información de pago

Nombre de la persona responsable de los pagos

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 ahorros

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

Fecha (mm/dd/aaaa)

Firma del titular de la cuenta

Si es cheque o giro postal

Escriba el nombre del solicitante principal en el cheque. Envíe el pago por correo 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

Fecha (mm/dd/aaaa)

Firma del titular de la tarjeta

Solicitante principal

Pagos mensuales automáticos (opcional)

Para cancelar o actualizar los pagos automáticos, visite onlinebiller.com/kpmas (en inglés) o llame a la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al 1-800-777-7902.

¿Desea registrarse para hacer pagos mensuales automáticos?

Sí

- Deseo registrar un nuevo método de pago. (Llene esta página).
 Deseo usar el mismo método de pago del pago del primer mes.
(Sáltese esta página).

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

Nombre de la persona responsable de los pagos

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 ahorros

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 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 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 o un representante de Kaiser Permanente

Si un corredor 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 puede recibir de Kaiser Permanente un pago u otra compensación monetaria en relación con la compra de su cobertura.

Nuestra compensación estándar es de \$16 por suscriptor por mes más un bono potencial. 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 o un representante de Kaiser Permanente.

To be completed by your broker or representative after you complete this application:

Agency name

Agency ID number

General agency name

General 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 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.

Yes No

X

Date (mm/dd/yyyy)

Broker or Kaiser Permanente representative

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, 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 **1-800-777-7902** (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 o por teléfono en: Kaiser Permanente, Appeals and Correspondence Department, Attn: Kaiser Civil Rights Coordinator, 2101 East Jefferson St., Rockville, MD 20852, número de teléfono: 1-800-777-7902.

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>.

En caso de que haya una disputa, las disposiciones de la versión aprobada del formulario en inglés prevalecerán.

AYUDA EN SU IDIOMA

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

አማርኛ (Amharic) ማሳሰቢያ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያገዝዎት 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**)።

Bàsòò Wùdù (Bassa) Dè dɛ nià kɛ dyédé gbo: ɔ jũ ké m̀ Bàsòò-wùdù-po-nyò jũ ní, níí, à wuɖu kà kò d̀ò po-poò béin 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 buru na i na asu Igbo, oru enyemaka asusu, n'efu, dijiri gi.
Kpoo 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 jik'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: ถ้าวคุณพูดภาษาไทย คุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-800-777-7902 (TTY: 711).

اردو (Urdu) خیردار: 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).

