

SOLICITUD INDIVIDUAL UNIFORME DE COLORADO PARA PLANES DE BENEFICIOS MÉDICOS MAYORES

Este formulario está diseñado para la solicitud de cobertura de una persona.
Comuníquese con su administrador si tiene preguntas sobre este formulario.

Es posible que haya disponible asistencia financiera federal para la cobertura que se adquiere por medio de Connect for Health Colorado. Si compra una cobertura por medio de Connect for Health Colorado, tendrá que proporcionar información adicional para determinar su elegibilidad para recibir asistencia financiera federal. Puede encontrar información adicional en www.connectforhealthco.com/es/.

INFORMACIÓN SOBRE LA COBERTURA

Tipo de Solicitud: (marque todas las opciones que correspondan)						<input type="checkbox"/> Nueva Cobertura	<input type="checkbox"/> Cambio/Modificación de Cobertura Existente	<input type="checkbox"/> Inscripción Abierta	<input type="checkbox"/> Inscripción Especial*
¿El solicitante que está comprando este plan usa un acuerdo de reembolso (si corresponde)?:		<input type="checkbox"/> Sí	Si la respuesta es "Sí", indique de qué tipo:		<input type="checkbox"/> HRA	<input type="checkbox"/> ICHRA	<input type="checkbox"/> QSEHRA		
Evento Calificado de Periodo de Inscripción Especial:		<input type="checkbox"/> Pérdida de Cobertura		<input type="checkbox"/> Nacimiento/Adopción/Puesta en Adopción	<input type="checkbox"/> Matrimonio	<input type="checkbox"/> Otro: _____		Fecha del Evento: _____	
Fecha de Entrada en Vigor Solicitada:				_____/_____/_____(MM/DD/AAAA)					

* Se requerirá comprobante de elegibilidad para la inscripción especial; información disponible en el sitio web del Departamento de Seguros (Department of Insurance, DOI): <https://www.colorado.gov/pacific/dora/division-insurance> (en inglés)

INFORMACIÓN SOBRE EL SOLICITANTE PRINCIPAL/ASEGURADO

Instrucciones: Escriba en computadora o en letra de imprenta con tinta negra o azul. Llene completamente la solicitud por cada persona para la que se busca adquirir cobertura. Si la persona está inscrita actualmente en Medicare, no se debe llenar esta solicitud para esa persona inscrita. Adjunte, firme y feche cada página si se necesitan páginas adicionales para llenar completamente esta solicitud.

Nombre:			Inicial del Segundo Nombre:			Apellido:			
N.º de identificación SSN/TIN/ALT: (Opcional)			Fecha de Nacimiento:	/	/	Edad Actual:	Sexo: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> X		
El Número de Seguro Social (Social Security Number, SSN) solo se necesita para determinar la elegibilidad para el Crédito Tributario Anticipado federal para la Prima y las Reducciones del Costo Compartido. No llenar este campo no será motivo para negar la solicitud de cobertura.									
Dirección Física:						Ciudad:			
Condado:			Estado:			Código postal:			
Dirección Postal (si es diferente; puede ser un apartado postal):						Ciudad:			
Condado:			Estado:			Código postal:			
Teléfono Particular:			Teléfono Alternativo:			Correo electrónico:			
Estado civil (marque una opción): <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Concubinato <input type="checkbox"/> Unión Civil <input type="checkbox"/> Legalmente Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Tiene menos de 21 años									
¿Usted o algún miembro de su familia es indígena estadounidense o nativo de Alaska? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Esta pregunta se hace ya que los indígenas estadounidenses y los nativos de Alaska tienen una mayor capacidad para inscribirse en planes de beneficios de salud.									

SOLICITANTES ADICIONALES

Complete ÚNICAMENTE si su cónyuge/pareja o hijo menor de 26 años (o mayor de esa edad si está médicamente discapacitado) solicitan cobertura. Si un hijo dependiente presenta la solicitud como individuo en lugar de como parte de una familia, marque al niño como el solicitante principal. Si no hay suficiente espacio, adjunte información adicional sobre la familia. Firme y feche la hoja adicional. El SSN solo se necesita para determinar la elegibilidad para el Crédito Tributario Anticipado federal para la Prima y las Reducciones del Costo Compartido. No llenar ese campo no será motivo para negar la solicitud de cobertura.

Nombre, Inicial del segundo nombre, Apellido)	N.º de identificación SSN/TIN/ALT:	Sexo	Parentesco	Discapacidad S/N	Fecha de nacimiento (MM/DD/AA)
		<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> X	CÓNYUGE/PAREJA	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Dependiente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Dependiente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Dependiente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Dependiente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

¿Viven con usted los niños nombrados en la solicitud en la misma dirección física que se muestra arriba? Sí No (si la respuesta es "No", complete lo siguiente)

Nombre de los hijos:			Dirección postal (si es diferente):		
Ciudad:	Condado:	Estado:		Código postal:	
Teléfono particular:	Teléfono alternativo:		Correo electrónico:		

Nombre del Tutor Legal o Padre responsable de llevar el seguro médico del niño:							
Si el solicitante principal es menor de 21 años y es diferente del anterior, proporcione el nombre y la dirección postal del tutor legal o padre con custodia:							
Nombre del Tutor Legal o del Padre con Custodia:				Dirección Postal (si es diferente a la dirección física):			
Ciudad:		Condado:		Estado:		Código postal:	
Teléfono Particular:		Teléfono Alternativo:		Correo electrónico:			

Responda las siguientes preguntas a su leal saber y entender. 45 Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR) 147.102(a)(1)(iv) "Para los propósitos de esta sección, el consumo de tabaco significa consumir tabaco en promedio cuatro o más veces a la semana dentro de un periodo que no exceda los últimos 6 meses. Esto incluye todos los productos de tabaco, excepto el consumo de tabaco que sea para fines religiosos y ceremoniales. Además, el consumo de tabaco debe definirse en relación al momento en el que se consumió el producto de tabaco por última vez". ¿Alguna de las personas mencionadas en esta solicitud consumió tabaco o tabaco que no produce humo durante los últimos 6 meses? Si la respuesta es "Sí", proporcione la información que se solicita a continuación.

Nombre de la Persona	Productos de Tabaco Usados	
	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

INFORMACIÓN DE MEDICARE/MEDICAID		
¿Alguno de los solicitantes está inscrito en Medicare?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Nombre de la persona con cobertura de Medicare: _____.		
Para este solicitante deténgase aquí, este seguro puede duplicar la cobertura existente de Medicare.		
¿Alguno de los solicitantes está inscrito en Medicaid, CHIP+ u otro programa de salud gubernamental?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Nombre de la persona con cobertura de Medicaid u otro programa de salud gubernamental: _____. Para este solicitante, tenga en cuenta que la obtención de un seguro de salud individual puede afectar cuál es la cobertura primaria o la elegibilidad del solicitante para crédito tributario anticipado para la prima (Advance Premium Tax Credit, APTC).		

COBERTURA MÉDICA ACTUAL					
¿Usted, su cónyuge/pareja o sus hijos dependientes mencionados en esta solicitud actualmente tienen seguro médico?				<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
(Cobertura Dental en la siguiente Sección)					
Nombre	Nombre del Administrador	Fecha de Entrada en Vigor de la Cobertura (MM/DD/AA)	Fecha de Cancelación de la Cobertura (MM/DD/AA)	Tipo de Cobertura	
Si algún solicitante tiene cobertura médica actual, ¿cancelará ese solicitante la cobertura actual si se acepta esta solicitud?				<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Clave de Tipo de Cobertura: G = Médica Mayor Integral Grupal; I = Médica Mayor Integral Individual; MS = Suplementaria de Medicare; H = Solo Cobertura de Hospital; V = Solo Cobertura de la Vista; O = Otra, especifique: _____					

CERTIFICADO DE COBERTURA DE SEGURO DENTAL

(No se requiere certificado de cobertura de seguro dental al comprar cobertura por medio de Connect for Health Colorado)

La cobertura dental pediátrica es un beneficio de salud esencial necesario. Es posible que el plan que seleccione no incluya cobertura dental pediátrica. ¿Tiene cobertura dental pediátrica bajo otro plan?

Sí

No

Nota: Es posible que se le solicite que proporcione comprobante de que obtuvo la cobertura antes de que se apruebe esta póliza.

TÉRMINOS Y CONDICIONES

Reconozco que he leído todas las secciones de esta Solicitud y certifico en nombre de mis dependientes familiares elegibles y de mí mismo que las respuestas contenidas en esta Solicitud son completas y precisas a mi leal saber y entender.

Entiendo que mis respuestas, junto con cualquier suplemento o página adicional, son la base del certificado o la póliza que se emite. Acepto que ningún seguro entrará en vigor hasta la fecha especificada por el administrador en el certificado o la póliza.

Entiendo que mi firma constituye una certificación de que obtuve la cobertura dental pediátrica requerida mediante una póliza diferente, y es posible que deba proporcionar comprobante de esta póliza dental pediátrica antes de que se emita y apruebe esta póliza. (No se requiere certificado de cobertura de seguro dental al comprar cobertura por medio de Connect for Health Colorado)

Entiendo que cualquier tergiversación intencional en la que se base el administrador puede usarse para denegar un reclamo. Además, entiendo que este contrato puede anularse si, dentro de los primeros 24 meses a partir de la fecha de la póliza o el certificado, se determina que yo o un familiar hicimos una tergiversación intencional en esta solicitud.

Es ilegal proporcionar a sabiendas hechos o información falsos, incompletos o engañosos a un administrador de seguros con el propósito de estafar o intentar estafar al administrador. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas, denegación del seguro e indemnizaciones civiles. Todo administrador de seguros o agente de un administrador de seguros que proporcione a sabiendas hechos o información falsos, incompletos o engañosos al titular de una póliza o a un demandante con el propósito de estafar o intentar estafar al titular de una póliza o al demandante con respecto a una liquidación o indemnización pagadera con los fondos del seguro serán denunciados ante la División de Seguros de Colorado, una entidad que pertenece al Departamento de Agencias Reguladoras.

Entiendo que puedo solicitar una copia de esta Solicitud. Acepto que una copia fotográfica de esta Solicitud será tan válida como la original. Una firma facsímil legible tendrá el mismo valor y efecto que la original. Este documento, o la información aquí contenida, se convertirá en parte del contrato cuando se apruebe y emita la cobertura.

Me gustaría recibir todos los avisos de póliza, avisos de primas y otros avisos relacionados con esta póliza en la dirección de correo electrónico proporcionada arriba. Sí No

Entiendo que puedo cambiar esta designación en una fecha posterior comunicándome directamente con mi administrador y entiendo que es mi responsabilidad notificar a mi administrador cualquier cambio en mi dirección de correo electrónico.

Firma del Solicitante Principal/Padre o Tutor Legal para Planes Solo para Niños	Fecha de la Firma:
Complete esta sección si alguien lo ayudó a llenar esta Solicitud	
La siguiente persona me ayudó a llenar la Solicitud:	Explique el parentesco del ayudante con usted y su familia:

INFORMACIÓN DEL AGENTE/PRODUCTOR

This section is to be completed by Agent or Producer.

Agent / Agency of Record: (for commissions and correspondence)	Writing Agent / Producer:
Name (print):	Name (print):
Agent ID # (NPN):	Agent ID # (NPN):
Agent replacement questions: Will this policy replace any existing accident and sickness insurance policy(s)? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
As the Writing Agent/Producer, I acknowledge that I am responsible to personally interact with the primary applicant submitting this application in order to fully and accurately represent the terms and conditions of the plans and services of the offering or insuring entity, or one of its subsidiaries. These provisions are available to me and the primary applicant in the benefits summary document or other plan literature.	
Writing Agent Signature	Date

DIVULGACIÓN





Este documento es una publicación de la División de Seguros de Colorado. Si tiene preguntas sobre el contenido de este documento, comuníquese a nuestras oficinas al 303-894-7499 o visite nuestro sitio web en <http://www.dora.colorado.gov/insurance> (en inglés). Para preguntas sobre su cobertura o inscripción, consulte a su administrador.

Esta sección puede usarse para proporcionar la información adicional que se solicitó en las secciones anteriores y que no cupo en el espacio provisto.

Firma del Solicitante Principal: _____ Fecha de la Firma: _____

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"> • La Solicitud Uniforme del Departamento de Agencias Reguladoras (Department of Regulatory Agencies, DORA) y el Formulario de Inscripción de KPIF son, en conjunto, la solicitud de cobertura médica. Debe enviar ambos formularios y el pago de su prima del primer mes a Kaiser Permanente. • 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 Colorado.
 <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 enviar su solicitud de cobertura a través de Connect for Health Colorado en connectforhealthco.com. • Para hacer cambios en su cuenta existente de KPIF, llame al 1-800-632-9700.
 <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 entrada en vigor: por lo general, será el 1 de enero si presenta la solicitud antes del 15 de diciembre. Devuelva esta solicitud lo antes posible, o puede hacer la solicitud más rápido en línea en buykp.org/apply (haga clic en "Español"). • Si presenta la solicitud durante un período de inscripción especial, visite kp.org/inscripcionespecial o llame al 1-800-494-5314 para recibir 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. • Los planes Bronze, Silver y Gold de KPIF incluyen beneficios dentales pediátricos para los niños hasta el final del mes en el que cumplan 19 años. Los planes de KPIF no incluyen beneficios dentales para adultos. Si necesita cobertura dental para alguna persona de 19 años o mayor, debe comprar por separado un plan dental para adultos de Connect for Health Colorado o de otro pagador terciario. • 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. • Para asegurarse de que su solicitud se procese a tiempo y no se cancele, devuelva todas las páginas de la solicitud completadas, con todas las firmas requeridas, y la prueba de su evento calificado de vida (si se requiere). Envíe estos documentos por correo postal a: <p style="margin-left: 40px;">Kaiser Permanente for Individuals and Families P.O. Box 23127 San Diego, CA 92193-9921</p> <p style="margin-left: 40px;">O envíelos por fax de manera segura al: 1-855-355-5334</p> <p style="margin-left: 40px;">Nota: Los cheques deben enviarse por correo y no por fax.</p>
 <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 de seguros, llámelo para obtener ayuda.

Todos los planes son ofrecidos y están suscritos por Kaiser Foundation Health Plan of Colorado, 10350 E. Dakota Ave., Denver, CO 80247.

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 30 días calendario.** Visite kp.org/inscripcionespecial o llame al **1-800-494-5314** para obtener más información sobre los eventos calificados de vida.

- Pérdida de cobertura médica mínima esencial (ponga el último día completo que tuvo cobertura)*
- Agregar a un nuevo dependiente o convertirse en uno por medio del matrimonio o la unión civil
- Agregar un nuevo dependiente o convertirse en uno debido al nacimiento de un hijo, adopción, colocación para adopción o cuidados de crianza
Nota: En este caso, también tendrá que elegir entre 2 fechas de vigencia:
 - La fecha de nacimiento, adopción, colocación para adopción o cuidados de crianza
 - El primer día del mes después del nacimiento o la colocación del niño con usted
- Deja de tener un dependiente por divorcio, disolución de la unión civil o separación legal
- Muerte del suscriptor o de un dependiente
- Orden de manutención de los hijos u otra orden del tribunal para cubrir a un dependiente
Nota: En este caso, también tendrá que elegir entre 2 fechas de vigencia:
 - La fecha de la orden de manutención de los hijos u otra orden del tribunal para cubrir a un dependiente
 - El primer día del mes posterior a la orden del tribunal
- Confirmación inicial del embarazo por parte de un profesional de la atención médica
Nota: En este caso, también tendrá que elegir entre 2 fechas de vigencia:
 - El primer día del mes en el que se confirma el embarazo
 - El primer día del mes siguiente, después de que recibimos la solicitud
- Traslado permanente con acceso a nuevos planes
- Determinación del comisionado del Departamento de Seguros de circunstancias excepcionales
- Elegibilidad para comprar un plan de salud individual por medio de un acuerdo de reembolso de cobertura médica individual (individual coverage health reimbursement arrangement, ICHRA) o un acuerdo de reembolso de gastos médicos de pequeño empleador calificado (qualified small employer health reimbursement arrangement, QSEHRA)
- Violencia doméstica o abandono del cónyuge que ocurre dentro del hogar
- Interrupción de la contribución del empleador a la prima de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA)
- Pérdida de la cobertura médica a corto plazo
- Liberación del encarcelamiento
- Cambio en los ingresos que modifica la elegibilidad para recibir asistencia financiera federal por medio de Connect for Health Colorado
- Determinación de Connect for Health Colorado de circunstancias excepcionales
- Violación del contrato

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.

Solicitante principal

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. La elección del plan de salud se basa en su condado. Vea la lista de condados a continuación para saber qué planes de salud están disponibles para usted. Su condado podría aparecer varias veces.

Disponibles en los siguientes condados: Adams, Arapahoe, Boulder, Broomfield, Clear Creek, Denver, Douglas, El Paso, Elbert, Gilpin, Jefferson, Park y Teller

Planes disponibles:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> KP Select CO Bronze 6500/50 | <input type="checkbox"/> KP Select CO Silver 2200/25 X | <input type="checkbox"/> KP Select CO Gold 0/25 RX Copay |
| <input type="checkbox"/> KP Select CO Bronze 6500/35%/HSA | <input type="checkbox"/> KP Select CO Silver 4500/30 RX Copay X | <input type="checkbox"/> KP Select CO Gold 1500/20 |
| <input type="checkbox"/> KP Select CO Bronze 7500/60 RX Copay | <input type="checkbox"/> KP Select CO Silver 3700/20%/HSA X | <input type="checkbox"/> KP Select CO Gold 2000/20 |
| <input type="checkbox"/> KP Select CO Bronze 8500/50 | <input type="checkbox"/> KP Select CO Silver 5000/25 X | |
| <input type="checkbox"/> KP Select CO Catastrophic* | <input type="checkbox"/> KP Select CO Silver 6000/30 X | |

Disponibles en los siguientes condados: Adams, Arapahoe, Boulder, Broomfield, Clear Creek, Denver, Douglas, Elbert, Fremont, Gilpin, Jefferson, Larimer, Park, Pueblo y Weld

Planes disponibles:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> KP CO Bronze 6500/50 | <input type="checkbox"/> KP CO Silver 2200/25 X | <input type="checkbox"/> KP CO Gold 0/25 RX Copay |
| <input type="checkbox"/> KP CO Bronze 6500/35%/HSA | <input type="checkbox"/> KP CO Silver 4500/30 RX Copay X | <input type="checkbox"/> KP CO Gold 1500/20 |
| <input type="checkbox"/> KP CO Bronze 7500/60 RX Copay | <input type="checkbox"/> KP CO Silver 3700/20%/HSA X | <input type="checkbox"/> KP CO Gold 2000/20 |
| <input type="checkbox"/> KP CO Bronze 8500/50 | <input type="checkbox"/> KP CO Silver 5000/25 X | |
| <input type="checkbox"/> KP CO Catastrophic* | <input type="checkbox"/> KP CO Silver 6000/30 X | |

Disponibles en los siguientes condados: Adams, Arapahoe, Boulder, Broomfield, Clear Creek, Denver, Douglas, El Paso, Elbert, Fremont, Gilpin, Jefferson, Larimer, Park, Pueblo, Teller y Weld

Planes disponibles:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> KP Colorado Option Bronze | <input type="checkbox"/> KP Colorado Option Silver X | <input type="checkbox"/> KP Colorado Option Gold |
|--|--|--|

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

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

El plan Kaiser Permanente Catastrophic no incluye beneficios dentales pediátricos. Si está solicitando este plan y tiene hijos menores de 19 años que tendrán la cobertura de este plan, deberá comprar la cobertura dental pediátrica por separado.

- No tengo hijos menores de 19 años que estarán cubiertos por este plan.
- Por la presente certifico que tengo o compraré la cobertura de beneficios de salud esenciales (essential health benefit, EHB) dentales pediátricos.

X

Firma del solicitante

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 *Acuerdo de Membresía (Membership Agreement)* de un plan específico, visite kp.org/plandocuments (en inglés), llame al **1-800-632-9700** o comuníquese con su corredor de seguros.

PASO 3: Información del empleador

Debe llenar la sección de "Información del empleador" que se encuentra a continuación.

No se le emitirá una póliza individual con las primas, o una parte de ellas, pagadas o reembolsadas por un empleador a menos que envíe una declaración jurada firmada por el empleador que certifique que el empleador no ha tenido un plan de beneficios médicos para grupos pequeños que proporcione cobertura a alguno de sus empleados en los últimos 12 meses. Para saber si esto se aplica a usted, responda las siguientes preguntas. Si no las responde, su formulario de inscripción no será procesado hasta que proporcione las respuestas a las preguntas.

1. ¿Un empleador que tenga 100 o menos empleados calificados pagará o reembolsará al empleado a través de un ajuste de salario o un acuerdo de reembolso de gastos médicos una parte de la prima de la póliza que se está solicitando?

Sí (suscriptor) No (suscriptor)

Si respondió "Sí", pase a la pregunta 2. Si respondió "No", vaya al Paso 4.

2. Si el empleador le reembolsará a un empleado a través de un acuerdo de reembolso de gastos médicos, este ¿califica como un "acuerdo de reembolso de gastos médicos de pequeño empleador calificado" (o "QSEHRA") o un acuerdo de reembolso de cobertura médica individual?*

Sí (suscriptor) No (suscriptor)

3. ¿Su empleador tenía un plan de beneficios de salud para grupos pequeños que proporcionaba cobertura a alguno de sus empleados en los 12 meses anteriores a la fecha de esta solicitud de inscripción?

Sí (suscriptor) No (suscriptor)

Si la respuesta a las preguntas 1 y 3 es "Sí", y la respuesta a la pregunta 2 es "No", es posible que el solicitante no reciba una póliza individual con las primas, o parte de ellas, pagadas o reembolsadas por el empleador.

Usted (el solicitante) debe enviar una declaración jurada firmada por su empleador, SI:

La respuesta a las preguntas 1 y 2 es "Sí" y la respuesta a la pregunta 3 es "No"

O

La respuesta a la pregunta 1 es "Sí" y la respuesta a las preguntas 2 y 3 es "No"

Se adjunta el formulario de declaración jurada que debe llenar el empleador. La entrega de esta declaración jurada no garantiza que el pagador terciario emitirá la póliza individual que está solicitando. El formulario de declaración jurada del empleador que debe llenar el empleador se encuentra al reverso de este formulario de inscripción.

*De acuerdo con el Título 26 del Código de los Estados Unidos (United States Code, U.S.C.) 9831(d)(4), los empleadores deben notificar por escrito a los empleados sobre los QSEHRA.

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

Apellido

Número de historia clínica anterior (si corresponde)

Estado (si corresponde)

Idioma que prefiere hablar (si no es inglés)

Idioma que prefiere leer (si no es inglés)

Dirección de correo electrónico

Padre o madre o tutor legal

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

Nombre

Inicial del segundo nombre

Apellido

Sexo:

 Hombre Mujer X

Número de seguro social (si corresponde)

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

 - -
 / /

Idioma que prefiere hablar (si no es inglés)

Idioma que prefiere leer (si no es inglés)

Cónyuge o pareja de unión civil que recibirá cobertura

Una pareja de unión civil es una persona registrada y reconocida legalmente como su pareja de unión civil por el estado de Colorado u otro estado.

Nombre

Inicial del segundo nombre

Elija una opción:

 Cónyuge

 Pareja de unión civil

Apellido

Número de historia clínica anterior (si corresponde)

Estado (si corresponde)

Solicitante principal

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

Apellido

Número de historia clínica anterior (si corresponde)

Estado (si corresponde)

 -

Relación con el solicitante principal

2 Nombre

Inicial del segundo nombre

Apellido

Número de historia clínica anterior (si corresponde)

Estado (si corresponde)

 -

Relación con el solicitante principal

3 Nombre

Inicial del segundo nombre

Apellido

Número de historia clínica anterior (si corresponde)

Estado (si corresponde)

 -

Relación con el solicitante principal

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

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

Nombre

Inicial del segundo nombre

Apellido

Teléfono (teléfono celular si corresponde)

 - -

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

X

Fecha (mm/dd/aaaa)

 / /

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

PASO 6: Reemplazo de la información de la cobertura

Tenga en cuenta lo siguiente:

- Normalmente no necesita más de un mismo tipo de póliza.
- Si compra este plan de salud de Kaiser Permanente, se recomienda evaluar la cobertura médica que ya tiene y decidir si necesita varias coberturas.
- Tal vez sea elegible para recibir beneficios de Health First Colorado (programa Medicaid de Colorado) o Medicare y no necesite un plan de salud individual. Si es elegible para Medicare, se recomienda comprar un plan suplementario de Medicare.
- Si es elegible para recibir Medicare debido a su edad o a una incapacidad, puede acudir a los servicios de asesoramiento en Colorado, donde le darán consejos sobre la compra de un seguro suplementario de Medicare y sobre la asistencia médica por medio de Health First Colorado.

Si llenó la sección "Cobertura Médica Actual" en la solicitud uniforme del DORA e indicó que usted o alguno de los solicitantes incluidos en esta solicitud goza actualmente de cobertura médica, responda las siguientes preguntas:

¿Quisiera reemplazar su cobertura médica actual por el plan de salud de Kaiser Permanente que está solicitando? Sí No

Si la respuesta es "Sí", ¿cuál es la razón por la que reemplaza su cobertura actual por este plan de salud de Kaiser Permanente?

Beneficios adicionales

Los beneficios son menos y las primas son más bajas

No cambian los beneficios, pero las primas son más bajas

Otra (especificar) _____

Si cuenta con cobertura de asistencia médica por medio de Health First Colorado, está cubierto como:

Beneficiario de Medicare de Bajos Ingresos Específico (SLMB) Beneficiario Calificado de Medicare (QMB)

Otros beneficios médicos de Medicaid

Debe revisar esta nueva cobertura cuidadosamente. Compárela con toda la cobertura de accidentes y enfermedades que ya tiene. Si, después de la debida consideración, cree que la compra de esta cobertura de accidentes y enfermedades es la decisión correcta, debe evaluar si es necesario mantener alguna otra cobertura de accidentes y enfermedades que podría duplicar esta póliza.

PASO 7: Firme el acuerdo de solicitud

Importante: El solicitante principal debe leer, firmar y anotar la fecha a continuación. Si el solicitante principal es menor de 18 años, el padre, la madre o el tutor legal deberá firmar. Al firmar, el padre, la madre o el tutor legal se compromete a pagar todas las primas, los copagos, los coseguros y los deducibles de todos los solicitantes mencionados en esta solicitud. Una copia de su acuerdo con su firma es tan válida como el original. Si falta la firma, cancelaremos la solicitud. Para ser elegible para la cobertura de KPIF, ni usted ni ninguno de los dependientes por los que presenta la solicitud pueden tener derecho a recibir Medicare Parte A ni estar inscritos en Medicare Parte B.

- Confirmando que ningún solicitante mencionado en este formulario tiene derecho a Medicare Parte A ni está inscrito en Medicare Parte B.
- He respondido de forma correcta y verdadera a todas las preguntas de esta solicitud a mi leal saber y entender. Entiendo que mis respuestas, junto con la información que proporcioné en la solicitud uniforme del DORA, son la base sobre la que se emite el plan de salud de Kaiser Permanente for Individuals and Families.
- Si trabajé con un corredor de seguros, permito que Kaiser Permanente comparta con él la información de inscripción y de cancelación de la afiliación que se menciona en esta solicitud. Entiendo que el corredor de seguros o representante de Kaiser Permanente puede recibir pagos financieros y no financieros de parte de Kaiser Permanente porque me ayudó con esta solicitud.
- 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 *Acuerdo de Membresía* de un plan en particular, visite kp.org/plandocuments o comuníquese con su corredor.
- Al proporcionar mi correo electrónico y número de teléfono celular, entiendo que podría recibir comunicaciones por correo electrónico y mensaje de texto de Kaiser Permanente.

X

Fecha (mm/dd/aaaa)

 / /

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

PASO 8: Ingrese los datos para el pago del primer mes

Información de pago

Nombre de la persona responsable del pago

Inicial del segundo nombre

Apellido de la persona responsable del pago

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

Opciones de pago (elija una) Transferencia electrónica Cheque Giro postal Tarjeta de crédito Tarjeta de débito

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

Si es cheque o giro postal

Escriba el nombre del solicitante principal en el cheque. Envíe el pago por correo postal junto con su solicitud a la dirección que se menciona en la página 1.

Para pagar con tarjeta de crédito o débito, llene la siguiente sección.

Nombre del titular de la tarjeta como aparece en la tarjeta

Inicial del segundo nombre

Apellido del titular de la tarjeta como aparece en la tarjeta

Número de la tarjeta

Fecha de vencimiento (mm/aaaa)

X

Fecha (mm/dd/aaaa)

Firma del titular de la tarjeta

Pagos mensuales automáticos (opcional)

Para cancelar o actualizar los pagos automáticos, visite kp.org/payonline (en inglés) o llame a la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al 1-866-437-2972.

¿Desea registrarse para hacer pagos mensuales automáticos?

- Sí No, no deseo hacer pagos mensuales automáticos. (Sáltese esta página).
- Deseo registrar un nuevo método de pago. (Llene esta página).
- Utilicen el mismo método de pago que proporcioné para el pago de mi primer mes. (Sáltese esta página).

Nombre de la persona responsable del pago

Inicial del segundo nombre

Apellido de la persona responsable del pago

Dirección de facturación

Ciudad

Estado

Código postal

Opciones de pago automático (elija una) Transferencia electrónica Tarjeta de crédito (no puede usar tarjetas de débito)

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

Para solicitantes que trabajen con un corredor de seguros 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 esa persona llene 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 \$18 por miembro por mes además de 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 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

If submitting through a general agency, please check the box indicating the agency and enter the vendor number.

Warner Pacific BenefitMall

General agency ID number

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

Address

City

State

ZIP code

Phone (mobile phone if available)

Fax

Email address

Declaración Jurada del Empleador

Información del solicitante

Este formulario es para solicitantes con un empleador que tiene 100 o menos empleados y que pagará o reembolsará al solicitante el total o parte de sus primas de seguro.

Nombre completo (primer nombre, segundo nombre, apellido) (en letra de imprenta)

Dirección (no se admiten los apartados postales)

Ciudad

Estado

Código postal

Teléfono del hogar

Teléfono del trabajo

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

Haga que su empleador (o su representante) firme esta declaración jurada para certificar que su empleador no ha tenido un plan de beneficios de salud para grupos pequeños que proporcione cobertura a alguno de sus empleados en los últimos 12 meses.

Envíe por correo su declaración jurada llenada a:

Kaiser Permanente

California Service Center – KPIF

P.O. Box 23217

San Diego, CA 92193-9921

O por fax de manera segura al **1-855-355-5334**.

El funcionario o director del empleador que suscribe certifica que:

1. El empleador es un empleador de una pequeña empresa como se define en la sección 10-16-102(40) de los Estatutos Revisados de Colorado (Colorado Revised Statutes, C.R.S.), con 100 empleados elegibles o menos.
2. El empleador no ha tenido un plan de beneficios de salud para grupos pequeños durante los 12 meses anteriores a la ejecución de esta declaración jurada.
3. Una certificación falsa puede causar la anulación de la póliza de seguro individual del empleado y someter al empleador a sanciones por perjurio y responsabilidad al empleado.

Información del empleador

Empresa

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

X

Fecha (mm/dd/aaaa)

Representante del empleador

Nombre en letra de imprenta

Puesto

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

Kaiser Foundation Health Plan of Colorado (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 la 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 **1-800-632-9700** (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: Customer Experience Department, Attn: Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator, 10350 E. Dakota Ave, Denver, CO 80247 o al teléfono de Asistencia a los Miembros: **1-800-632-9700** (TTY **711**).

También puede presentar una queja de derechos civiles ante el U.S. Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU) y la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) a través del portal Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o por teléfono: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, **1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (línea TDD)**. Los formularios de queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

AYUDA EN SU IDIOMA

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-800-632-9700** (TTY **711**).

አማርኛ (Amharic) ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ **1-800-632-9700** (TTY **711**)።

العربية (Arabic) ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم **1-800-632-9700** (TTY **711**)።

Bàsòò Wùdù (Bassa) Dè dɛ nià kɛ dyédé gbo: ɔ jũ ké ñ Bàsòò-wùdù-po-nyò jũ ní, níí, à wuɖu kà kò dò po-poò béin ñ gbo kpáa. Đá **1-800-632-9700** (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 **1-800-632-9700** (TTY **711**)。

فارسی (Farsi) توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با **1-800-632-9700 (TTY 711)** تماس بگیرید.

Français (French) ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le **1-800-632-9700 (TTY 711)**.

Deutsch (German) ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung.
Rufnummer: **1-800-632-9700 (TTY 711)**.

Igbo (Igbo) NRUBAMA: O bụrụ na ị na asụ Igbo, ọrụ enyemaka asụsụ, n'efu, dijiri gi. Kpọọ **1-800-632-9700 (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。 **1-800-632-9700 (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. **1-800-632-9700 (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, éi ná hóló, kóji' hódíílnih **1-800-632-9700 (TTY 711)**.

नेपाली (Nepali) ध्यान दिनुहोस्: तपाईंले नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपाईंको निम्ति भाषा सहायता सेवाहरू निःशुल्क रूपमा उपलब्ध छ । **1-800-632-9700 (TTY: 711)** फोन गर्नुहोस् ।

Afaan Oromoo (Oromo) XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa **1-800-632-9700 (TTY 711)**.

Русский (Russian) ВНИМАНИЕ: если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-800-632-9700 (TTY 711)**.

Español (Spanish) ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-800-632-9700 (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 **1-800-632-9700 (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 **1-800-632-9700 (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 **1-800-632-9700 (TTY 711)**.

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

