

Preguntas para los Miembros de Charitable Health Coverage

Esta página solo se aplica a los miembros de Charitable Health Coverage. **Únicamente debe completar esta página si recibe un subsidio conforme a uno de los siguientes programas:**

- California: Community Health Care Program
- Colorado: Colorado Bridge Program
- Georgia: Georgia Bridge Program
- Hawái: Hawaii Health Access Program
- Maryland/Virginia: Community Health Access Program
- Oregón: Community Health Coverage Program

Para la sección C, responda TODAS las preguntas que correspondan por cada persona que estará cubierta por el plan de salud y que solicita un subsidio del Charitable Health Program en California, Colorado, Georgia, Hawái, Maryland, Oregón o Virginia. Si el solicitante es menor de 18 años, el padre, la madre o el tutor legal debe llenar esta sección. Si más de 3 dependientes presentan la solicitud, saque una copia de esta página y llene la misma información para cada dependiente adicional.

Cónyuge o pareja doméstica

- ¿Esta persona recibe cobertura de salud por medio de un empleador?*
- ☐ Sí ☐ No
- ¿Esta persona es ciudadano estadounidense?*
- ☐ Sí ☐ No
- Si la respuesta es "Sí", omita las siguientes dos preguntas.
- ¿Esta persona es residente permanente legal?*
- ☐ Sí ☐ No
- Si la respuesta es "Sí", ¿hace cuántos años es residente permanente legal?*
- _____

Dependiente 1

- ¿Esta persona recibe cobertura de salud por medio de un empleador?*
- ☐ Sí ☐ No
- ¿Esta persona es ciudadano estadounidense?*
- ☐ Sí ☐ No
- Si la respuesta es "Sí", omita las siguientes dos preguntas.
- ¿Esta persona es residente permanente legal?*
- ☐ Sí ☐ No
- Si la respuesta es "Sí", ¿hace cuántos años es residente permanente legal?*
- _____

Dependiente 2

- ¿Esta persona recibe cobertura de salud por medio de un empleador?*
- ☐ Sí ☐ No
- ¿Esta persona es ciudadano estadounidense?*
- ☐ Sí ☐ No
- Si la respuesta es "Sí", omita las siguientes dos preguntas.
- ¿Esta persona es residente permanente legal?*
- ☐ Sí ☐ No
- Si la respuesta es "Sí", ¿hace cuántos años es residente permanente legal?*
- _____

Dependiente 3

- ¿Esta persona recibe cobertura de salud por medio de un empleador?*
- ☐ Sí ☐ No
- ¿Esta persona es ciudadano estadounidense?*
- ☐ Sí ☐ No
- Si la respuesta es "Sí", omita las siguientes dos preguntas.
- ¿Esta persona es residente permanente legal?*
- ☐ Sí ☐ No
- Si la respuesta es "Sí", ¿hace cuántos años es residente permanente legal?*
- _____

*Indica que el campo es obligatorio.

1. Un residente permanente legal (Lawful Permanent Resident, LPR) no es un ciudadano estadounidense. Es un inmigrante que vive en EE. UU. según un estado de residencia permanente con reconocimiento legal. Por ejemplo, los titulares de una tarjeta de residencia, los residentes extranjeros permanentes, los beneficiarios de la acción diferida para los llegados en la infancia (Deferred Action for Childhood Arrivals, DACA) y los residentes extranjeros titulares de permisos.

Formulario de Cambios en la Cuenta

California

Instrucciones

- Puede utilizar este formulario para realizar cambios en el plan o la cuenta de una cuenta existente de Kaiser Permanente for Individuals and Families (KPIF). Solo el suscriptor, padre, madre o tutor legal de una cuenta solo para hijos puede llenar este formulario.
- Por medio de este formulario, usted puede hacer distintos tipos de cambios en los planes y en las cuentas. Conteste la Sección A con su información personal. Después, en la Sección B, elija qué cambios desea hacer y siga llenando cualquier otra sección relacionada con dichos cambios.
- Si usted es un suscriptor que está cancelando su cobertura, la cobertura de sus dependientes finaliza automáticamente y disponen de un período de inscripción especial para inscribirse en una nueva cobertura. Puede elegir mantener a sus hijos menores de 21 años en una cuenta solo para hijos.
- Si agregará a un dependiente a su plan, cualquier otra cobertura que tenga el dependiente no se cancelará de manera automática, a menos que se indique en este formulario. Para evitar pagar 2 planes o tener una interrupción en la cobertura, cancele cualquier otra cobertura que tenga a partir del día anterior al comienzo de su nueva cobertura.
- Nota: Si usted tiene derecho a recibir Medicare Parte A o está inscrito en Medicare Parte B, no es elegible para cambiarse a un plan de KPIF. Si un familiar tiene derecho a Medicare Parte A o está inscrito en Medicare Parte B, no es elegible para cambiarse a un plan de KPIF ni puede agregarse a su plan de KPIF como un nuevo dependiente.
- Tenga en cuenta que el Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) brinda asesoramiento sobre el seguro médico a los residentes de California sin cargo. Llame a HICAP al 1-800-434-0222 para obtener más información. Consulte la página 8 para encontrar información sobre su programa HICAP local.

A. Llene el formulario con su información

Si está realizando un cambio, actualice las siguientes casillas con su nueva información.

Nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
		/ /
Apellido		
Número de historia clínica (si corresponde)	Sexo: ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Prefiere no especificar	Número de seguro social (si corresponde)
		- -
Dirección de su casa (no se admiten los apartados postales)		
Ciudad		
Estado	Código postal	Condado
Teléfono (teléfono celular si corresponde)		
- -		
Dirección postal	☐ Marque esta casilla si es la misma que la dirección de su casa	
Ciudad		
Estado	Código postal	
Dirección de correo electrónico		

B. ¿Qué cambios desea hacer?

Marque las casillas de los cambios que desea hacer e incluya a todos los familiares afectados. No haremos ningún cambio para ningún familiar que no se mencione en la lista.

Puede hacer los siguientes cambios durante la inscripción abierta o un periodo de inscripción especial. Para realizar un cambio distinto de los indicados a continuación, puede llamar a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000 (TTY 711)**.

- ☐ Quiero cambiar de plan.
 - ☐ Quiero agregar cobertura médica para un familiar.
 - ☐ Quiero cambiar mi cuenta solo para hijos a una cuenta familiar conmigo como el suscriptor.
 - ☐ Quiero agregar la cobertura dental opcional para adultos (para todos los miembros mayores de 19 años en mi plan).
 - ☐ Quiero cancelar la cobertura dental opcional para adultos (para todos los miembros mayores de 19 años en mi plan).

(Se aplican restricciones para periodos de inscripción especial. Visite kp.org/inscripcionespecial para obtener más información).

Combinar cuentas

Las cuentas se pueden combinar durante el periodo de inscripción abierta o un periodo de inscripción especial.

- ☐ Quiero agregar a mi cuenta a familiares que ya tienen un plan de Kaiser Permanente. Hacer esto cancelará su plan existente. (Indique qué familiares pasarán a su cuenta en la Sección C).

Cancelación de cuenta

Nombre

[illegible]

Inicial del segundo nombre

--	--

Apellido

[illegible]

Número de historia clínica del suscriptor para la cancelación de la cuenta

[illegible]

X

--

Fecha (mm/dd/aaaa)

$$\boxed{}\boxed{} / \boxed{}\boxed{} / \boxed{}\boxed{}\boxed{}\boxed{}$$

Suscriptor, padre, madre o tutor legal para la cancelación de la cuenta

Puede hacer los siguientes cambios en cualquier momento durante el año. (Nota: Para estos cambios, puede omitir las secciones D y E).

- ☐ Quiero cancelar toda mi cobertura y la de todos mis familiares.
 - ☐ Quiero cancelar toda la cobertura de un familiar.
 - ☐ Quiero cancelar mi cobertura y mantener a mis hijos menores de 21 años en una cuenta solo para hijos.
 - ☐ Quiero cancelar mi cobertura y la de mi cónyuge o pareja doméstica y mantener a mis hijos menores de 21 años en una cuenta solo para hijos.
 - ☐ Quiero hacer los cambios que se muestran en la Sección A. (Si cambia su nombre, incluya la documentación legal del cambio).

Fecha de entrada en vigor solicitada (no garantizada)

/ / (mm/dd/yyyy)

C. ¿A qué familiares afecta el cambio? (Menciónelos a continuación).

Cónyuge o pareja doméstica	☐ Cambio de nombre	☐ Agregar cobertura médica	☐ Agregar la cobertura dental opcional para adultos
	☐ Cancelar cobertura médica	☐ Cancelar la cobertura dental opcional para adultos	
Nombre	Inicial del segundo nombre		Elija una opción:
		☐ Cónyuge	☐ Pareja doméstica
Apellido			
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)			
Número de historia clínica (si corresponde)	Sexo	Número de seguro social (si corresponde)	
	☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Prefiere no especificar		

Si tiene más de 2 padres o padrastros que resultarán afectados por un cambio, adjunte una copia de esta página y escriba la información de esos padres o padrastros.

Padre, madre o padrastro, madrastra 1	☐ Cambio de nombre	☐ Agregar cobertura médica	☐ Agregar la cobertura dental opcional para adultos
	☐ Cancelar cobertura médica	☐ Cancelar la cobertura dental opcional para adultos	
Nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	
Apellido			
Número de historia clínica (si corresponde)	Sexo	Número de seguro social (si corresponde)	
	☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Prefiere no especificar		

Padre, madre o padrastro, madrastra 2	☐ Cambio de nombre	☐ Agregar cobertura médica	☐ Agregar la cobertura dental opcional para adultos
	☐ Cancelar cobertura médica	☐ Cancelar la cobertura dental opcional para adultos	
Nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	
Apellido			
Número de historia clínica (si corresponde)	Sexo	Número de seguro social (si corresponde)	
	☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Prefiere no especificar		

C. ¿A qué familiares afecta el cambio? (Menciónelos a continuación).

Si tiene más de 3 dependientes que resultarán afectados por un cambio, adjunte una copia de esta página y llene la información de esos dependientes.

Dependiente 1

☐ Cambio de nombre
 ☐ Agregar cobertura médica
 ☐ Agregar la cobertura dental opcional para adultos
 ☐ Cancelar cobertura médica
 ☐ Cancelar la cobertura dental opcional para adultos

Nombre

Inicial del segundo nombre

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
 / /

Apellido

Número de historia clínica (si corresponde)

Sexo

☐ Hombre
 ☐ Mujer
 ☐ Prefiere no especificar

Número de seguro social (si corresponde)
 - -

[illegible]

Dependiente 3	☐ Cambio de nombre	☐ Agregar cobertura médica	☐ Agregar la cobertura dental opcional para adultos
	☐ Cancelar cobertura médica	☐ Cancelar la cobertura dental opcional para adultos	

Nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
		/ /
Apellido		
Número de historia clínica (si corresponde)	Sexo	Número de seguro social (si corresponde)
	☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Prefiere no especificar	- -

D. Elija su periodo de inscripción

Seleccione una opción: ☐ Inscripción abierta (vaya a la sección E) ☐ Un periodo de inscripción especial (siga con esta sección)

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 (TTY 711) para obtener más información sobre los eventos de vida calificados o si no ve su evento de vida calificado a continuación.

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">☐ Pérdida de cobertura médica mínima esencial (ponga el último día completo que tuvo cobertura)*☐ Agregar un nuevo dependiente o convertirse en uno por medio del matrimonio o de una sociedad doméstica☐ 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 entrada en vigor:<ul style="list-style-type: none">☐ La fecha de nacimiento, adopción, colocación para adopción o cuidados de crianza☐ El primer día del mes siguiente, después de que recibimos el formulario☐ Dejar de tener un dependiente por divorcio, disolución de la sociedad doméstica 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:<ul style="list-style-type: none">☐ La fecha de la orden de manutención de los hijos u otra orden del tribunal para cubrir a un dependiente☐ El primer día del mes posterior a la fecha de la orden del tribunal | <ul style="list-style-type: none">☐ Traslado permanente con acceso a nuevos planes☐ Determinación de Covered California sobre 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 o de los subsidios del gobierno para pagar las primas de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA)☐ Liberación del encarcelamiento☐ Información errónea sobre su inscripción en la cobertura mínima esencial☐ Cambios en la red de proveedores☐ Demostración de que un plan calificado violó sustancialmente una disposición material de su contrato respecto a la persona inscrita☐ Elegibilidad para el estipendio de servicios de atención médica por el trabajo realizado en empresas de reparto o de envíos a través de aplicaciones |
|--|---|

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.

E. Elija su plan de salud

Si indicó que le gustaría cambiar de plan o agregar una cobertura para un familiar, seleccione a continuación el plan que le gustaría. Todos los familiares que incluyó en la Sección C serán transferidos al plan que seleccione. Si desea inscribir a los familiares en distintos planes, envíe un formulario para cada plan por separado.

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">☐ Kaiser Permanente – Bronze 60 HDHP HMO☐ Kaiser Permanente – Bronze 60 HMO☐ Kaiser Permanente – Bronze 60 HMO 7500/0% PCP☐ Kaiser Permanente – Silver 70 HMO Off Exchange☐ Kaiser Permanente – Silver 70 HMO 2850/50 PCP☐ Kaiser Permanente – Silver 70 HDHP HMO 3600/25% PCP | <ul style="list-style-type: none">☐ Kaiser Permanente – Gold 80 HMO Coinsurance☐ Kaiser Permanente – Gold 80 HMO☐ Kaiser Permanente – Gold 80 HMO 0/30 PCP☐ Kaiser Permanente – Platinum 90 HMO☐ Kaiser Permanente – Minimum Coverage HMO* |
|---|---|

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

Los planes de cobertura mínima están disponibles para los solicitantes que sean menores de 30 años en la fecha de entrada en vigor o que presenten un certificado de exención que demuestre sus dificultades económicas o la falta de cobertura asequible. **No podremos procesar su solicitud sin el certificado de exención si tiene 30 años o más.** Para saber si reúne los requisitos, visite CoveredCA.com/exemptions y siga las instrucciones.

¿El solicitante principal que está comprando este plan de salud usa un acuerdo de reembolso de gastos médicos (Health Reimbursement Arrangement, HRA)?

☐ Sí
Si responde Sí, qué tipo: ☐ ICHRA ☐ QSEHRA

Con un acuerdo de reembolso de cobertura médica individual (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), su empleador establecerá y financiará una cuenta para ayudarle a pagar las primas mensuales del plan individual y los gastos de bolsillo como una alternativa a la cobertura de salud grupal tradicional. Usar el HRA de un empleador para ayudar a pagar las primas y los gastos de bolsillo no cambia su elegibilidad para un plan Kaiser Permanente Individual Family.

F. Elija su plan de atención dental opcional para adultos

La cobertura dental se incluye en su plan de salud para los niños que son miembros hasta el último día del mes en el que el miembro cumple 19 años. Kaiser Permanente ofrece un plan de seguro de atención dental opcional para adultos, que incluye a los individuos cuya elegibilidad para recibir servicios dentales pediátricos ya terminó. Esta cobertura opcional está disponible por un cargo adicional.

Puede inscribirse o cancelar la cobertura dental para adultos del plan de seguro dental opcional durante el periodo de inscripción abierta, la renovación anual para miembros o un periodo de inscripción especial. Nuestra cobertura dental opcional para adultos es suscrita por Kaiser Permanente Insurance Company (KPIC), una subsidiaria de Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (KFHP), y es administrada por Delta Dental of California, uno de los proveedores de beneficios dentales más grandes y con más experiencia del país.

Consulte el *Matriz de divulgación del Resumen de beneficios y cobertura dentales (Summary of Dental Benefits and Coverage Matrix, SDBC)* para obtener detalles completos del plan de atención dental de KPIC en kp.org/kpic-dental (haga clic en "Español").

- ☐ Agregar la cobertura dental opcional para adultos.[†]
- ☐ Cancelar la cobertura dental opcional para adultos.[†]

[†] Una vez que esté inscrito, entiendo que no podré cancelar mi cobertura dental sin cancelar también la cobertura de mi plan de salud, excepto durante la inscripción abierta o durante un periodo de inscripción especial.

G. Firme el formulario

- Entiendo que Kaiser Foundation Health Plan, Inc. se basará en la información proporcionada en este formulario y que, si se determina que cualquier parte de la información proporcionada es fraudulenta o se tergiversó intencionalmente, Kaiser Foundation Health Plan, Inc. puede optar por cancelar la cobertura retroactivamente a la fecha de vigencia de la cobertura.
- Confirmo que ningún solicitante mencionado en este formulario que cambiará de plan o se agregará como dependiente tiene derecho a Medicare Parte A ni está inscrito en Medicare Parte B.
- Si trabajé con un corredor de seguros, entiendo que el corredor de seguros puede recibir de Kaiser Permanente un pago u otra compensación monetaria en relación con esta cobertura. Nuestro rango de compensación estándar es de \$9-\$11 por miembro por mes más un bono potencial. Para obtener más información, visite kp.org/brokercompensation (en inglés).
- 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.

Nota: El suscriptor debe firmar el formulario. Todos los nuevos dependientes mayores de 18 años, incluidos los padres o padrastros, también deben firmar el formulario. Si hay más de 2 dependientes mayores de 18 años y 2 padres o padrastros que firman, adjunte una copia de esta página con las firmas adicionales.

X

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

X

Cónyuge o pareja doméstica

X

Padre, madre o padrastro, madrastra

X

Padre, madre o padrastro, madrastra

X

Dependiente (de 18 años o mayor)

X

Dependiente (de 18 años o mayor)

Fecha (mm/dd/aaaa)

Fecha (mm/dd/aaaa)

Fecha (mm/dd/aaaa)

Fecha (mm/dd/aaaa)

Fecha (mm/dd/aaaa)

Fecha (mm/dd/aaaa)

Todos los planes son ofrecidos y están suscritos por Kaiser Foundation Health Plan, Inc., One Kaiser Plaza, Oakland, CA 94612.

H. Firme el acuerdo de arbitraje de Kaiser Foundation Health Plan, Inc.

Entiendo que (con excepción de los casos del Tribunal de demandas de menor cuantía, de las reclamaciones sujetas a un procedimiento de apelación de Medicare o la reglamentación del procedimiento de reclamación de la Ley de Seguridad de 1974 sobre los Ingresos de Jubilación para los Empleados [Employee Retirement Income Security Act, ERISA] y de cualquier otra reclamación que no pueda estar sujeta al arbitraje obligatorio conforme a la ley vigente) cualquier disputa entre mi persona, mis herederos, mis familiares u otras partes asociadas, por un lado, y Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (KFHP), cualquier proveedor de atención médica contratado, administrador u otra parte asociada, por el otro lado, por la supuesta violación de cualquier obligación derivada de o relacionada con la membresía de KFHP, incluida toda reclamación por negligencia médica u hospitalaria (reclamación según la cual los servicios médicos fueron innecesarios o no autorizados o prestados de forma indebida, negligente o incompetente), por responsabilidad civil de las instalaciones o relacionada con la cobertura o la prestación de servicios o artículos, independientemente de lo que disponga la doctrina jurídica, no deberá resolverse en un pleito o procedimiento judicial sino mediante arbitraje obligatorio conforme a la legislación de California, excepto que la ley correspondiente determine la revisión judicial de los procedimientos de arbitraje. Acepto renunciar a nuestros derechos a un juicio por jurado y acepto el uso de un arbitraje obligatorio. Entiendo que el *Acuerdo de Membresía Combinado, Evidencia de Cobertura y Formulario de Revelación (Combined Membership Agreement, Evidence of Coverage, and Disclosure Form)* incluyen todas las disposiciones sobre el arbitraje.

El suscriptor debe firmar el formulario. Todos los nuevos dependientes mayores de 18 años, incluidos los padres o padrastros, también deben firmar el formulario. Si hay más de 2 dependientes mayores de 18 años y 2 padres o padrastros que firman, adjunte una copia de esta página con las firmas adicionales.

X		Fecha (mm/dd/aaaa) / /
	Suscriptor o nuevo suscriptor (padre, madre o tutor legal de los suscriptores menores de 18 años)	
X		Fecha (mm/dd/aaaa) / /
	Cónyuge o pareja doméstica	
X		Fecha (mm/dd/aaaa) / /
	Padre, madre o padrastro, madrastra	
X		Fecha (mm/dd/aaaa) / /
	Padre, madre o padrastro, madrastra	
X		Fecha (mm/dd/aaaa) / /
	Dependiente (de 18 años o mayor)	
X		Fecha (mm/dd/aaaa) / /
	Dependiente (de 18 años o mayor)	

El solicitante o su representante autorizado puede solicitar una copia del formulario completado. Para obtener más información, llame al 1-800-464-4000 (TTY 711).

Información de contacto

Enviar por correo postal a: Kaiser Permanente P.O. Box 23127 San Diego, CA 92193-9921	O por fax sin costo a: Administración de Membresías al 1-855-355-5334	¿Tiene alguna pregunta? Llame al 1-800-464-4000 (TTY: 711)
--	---	---

Oficinas locales del HICAP por condado de California

Condado de Alameda

333 Hegenberger Road, Suite 850
Oakland, CA 94621
510-839-0393

Condados de Alpine, Amador, Calaveras, Mariposa y Tuolumne

19074 Standard Road, Suite A
Sonora, CA 95370
209-532-6272 ext. 226

Condados de Butte, Colusa, Glenn, Plumas y Tehama

25 Main Street, Room 202
Chico, CA 95929-0799
530-898-6716

Condado de Contra Costa

400 Ellinwood Way
Pleasant Hill, CA 94523
Dentro de Contra Costa desde
un teléfono fijo:
1-800-510-2020
Fuera del estado: 925-655-1393

Condado de Del Norte

1765 Northcrest Drive
Crescent City, CA 95531
707-464-7876

Condados de El Dorado, Nevada, Placer, Sacramento, San Joaquin, Sierra, Sutter, Yolo y Yuba

505 12th Street
Sacramento, CA 95814
1-800-434-0222
916-376-8915

Condados de Fresno y Madera

5363 N. Fresno Street
Fresno, CA 93710
559-224-9117

Condado de Humboldt

333 J Street
Eureka, CA 95501
707-444-3000

Condados de Imperial y San Diego

5151 Murphy Canyon Road, Suite 110
San Diego, CA 92123
Imperial: 760-353-0223
San Diego: 858-565-8772

Condados de Inyo, Mono, Riverside y San Bernardino

Council on Aging Southern California
2280 Market Street, Suite 140
Riverside, CA 92501
909-256-8369

Condado de Kern

5357 Truxtun Ave.
Bakersfield, CA 93301
661-868-1000

Condados de Kings y Tulare

3350 W. Mineral King
Visalia, CA 93291
559-713-2875
1-800-434-0222

Condados de Lake, Marin, Mendocino, Napa, Solano y Sonoma

1129 Industrial Ave., Suite 201
Petaluma, CA 94954
1-800-434-0222
707-526-4108

Condados de Lassen, Modoc, Shasta, Siskiyou y Trinity

1647 Hartnell Ave., Suite 8
Redding, CA 96002
530-223-0999

Condado de Los Angeles

4601 Wilshire Blvd., Suite 160
Los Angeles, CA 90057
213-383-4519
Dentro del Condado de Los Angeles:
1-800-824-0780

Condado de Merced

851 West 23rd Street
Merced, CA 95340
209-385-7550

Condado de Monterey

247 Main Street
Salinas, CA 93901
831-655-1334

Condado de Orange

2 Executive Circle, Suite 175
Irvine, CA 92614
714-560-0424

Condados de San Benito y Santa Cruz

1777 A Capitola Road
Santa Cruz, CA 95062
831-462-5510

Condado de San Francisco

601 Jackson Street, 2nd Floor
San Francisco, CA 94133
415-677-7520

Condados de San Luis Obispo y Santa Bárbara

528 South Broadway
Santa Maria, CA 93454
805-928-5663

Condado de San Mateo

1710 S. Amphlett Blvd., Suite 100
San Mateo, CA 94402
650-627-9350

Condado de Santa Clara

3100 De La Cruz Blvd., Suite 310
San Jose, CA 95054
408-350-3200, opción 2

Condado de Stanislaus

3500 Coffee Road, Suite 19
Modesto, CA 95355
209-558-4540

Condado de Ventura

646 County Square Drive, Suite 100
Ventura, CA 93003
805-477-7310

Aviso de no discriminación

La discriminación es ilegal. Kaiser Permanente¹ cumple con las leyes de derechos civiles federales y estatales.

Kaiser Permanente no discrimina ilícitamente, excluye ni trata a ninguna persona de forma distinta por motivos de edad, raza, identificación de grupo étnico, color, país de origen, antecedentes culturales, ascendencia, religión, sexo, género, identidad de género, expresión de género, orientación sexual, estado civil, discapacidad física o mental, condición médica, fuente de pago, información genética, ciudadanía, lengua materna o estado migratorio.

Kaiser Permanente ofrece los siguientes servicios:

- Ayuda y servicios sin costo a personas con discapacidades para que puedan comunicarse mejor con nosotros, tales como:
 - ♦ intérpretes calificados de lengua de señas,
 - ♦ información escrita en otros formatos (braille, impresión en letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).
- Servicios de idiomas sin costo para las personas cuya lengua materna no sea el inglés, como:
 - ♦ intérpretes calificados,
 - ♦ información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita.

- Todos los miembros: **1-800-788-0616 (TTY 711)**

Al presentar una solicitud, este documento estará disponible en braille, letra grande, casete de audio o en formato electrónico. Para obtener una copia en uno de estos formatos alternativos o en otro formato, llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros y solicite el formato que necesita.

Cómo presentar una queja ante Kaiser Permanente

Usted puede presentar una queja por discriminación ante Kaiser Permanente si siente que no le hemos proporcionado estos servicios o lo hemos discriminado ilícitamente de otra forma. Puede presentar una queja por teléfono, correo postal, en persona o en línea. Consulte su *Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage)* o *Certificado de Seguro (Certificate of Insurance)* para obtener más información. También puede llamar a Servicio a los Miembros para informarse sobre las opciones que se apliquen a su caso o si necesita ayuda para presentar una queja. Puede presentar una queja por discriminación de las siguientes maneras:

- **Por teléfono:** todos los miembros pueden llamar al **1 800-788-0616 (TTY 711)**. La ayuda está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos).
- **Por correo postal:** descargue un formulario en **kp.org** o llame a Servicio a los Miembros y pida que se le envíe un formulario para que lo devuelva.
- **En persona:** llene un formulario de Queja o reclamación/solicitud de beneficios (Complaint or Benefit Claim/Request form) en una oficina de Servicio a los Miembros ubicada en un

¹ Kaiser Permanente incluye Kaiser Foundation Health Plan, Inc, Kaiser Foundation Hospitals, The Permanente Medical Group, y el Southern California Medical Group

centro del plan (consulte su directorio de proveedores en kp.org/facilities [cambie el idioma a español] para obtener las direcciones).

- **En línea:** utilice el formulario en línea en nuestro sitio web en **kp.org**.

También puede comunicarse directamente con el coordinador de derechos civiles de Kaiser Permanente a la siguiente dirección:

Attn: Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator
Member Relations Grievance Operations
P.O. Box 939001
San Diego CA 92193

Cómo presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Atención Médica de California *(Solo para beneficiarios de Medi-Cal)*

También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Atención Médica de California por escrito, por teléfono o por correo electrónico:

- **Por teléfono:** llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Atención Médica (Department of Health Care Services, DHCS) al **916-440-7370** (TTY **711**).

- **Por correo postal:** llene un formulario de queja o envíe una carta a:

Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413

Los formularios de queja están disponibles en:

http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.

- **En línea:** envíe un correo electrónico a CivilRights@dhcs.ca.gov.

Cómo presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.

Puede presentar una queja por discriminación ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Puede presentar su queja por escrito, por teléfono o en línea:

- **Por teléfono:** llame al **1-800-368-1019** (TTY **711** o al **1-800-537-7697**).

- **Por correo postal:** llene un formulario de queja o envíe una carta a:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

Los formularios de quejas están disponibles en

<https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>

- **En línea:** visite el Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles en:
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

