

# Solicitud de cobertura médica

Planes individuales y familiares

|                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <p><b>¿Quién puede usar esta solicitud?</b></p>   | <p>Usted puede usar esta aplicación para solicitar un plan de Kaiser Foundation Health Plan of Washington (KFHPWA).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si desea obtener cobertura para su familia dentro del mismo plan de KFHPWA, 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.</li> <li>• Para ser elegible para la cobertura de KFHPWA, debe vivir en nuestra área de servicios de Washington: condados de Benton, Columbia, Franklin, Island, King, Kitsap, Lewis, Mason, Pierce, Skagit, Snohomish, Spokane, Thurston, Walla Walla, Whatcom, Whitman y Yakima.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|  <p><b>¿Quién no debe usar esta solicitud?</b></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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 KFHPWA. Visite <a href="http://kp.org/wa/medicare">kp.org/wa/medicare</a> (haga clic en "Español") para obtener más información sobre sus opciones de planes de Medicare o para solicitar la cobertura de Medicare.</li> <li>• 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 Washington Healthplanfinder en <a href="http://wahealthplanfinder.org">wahealthplanfinder.org</a>.</li> <li>• Para hacer cambios en su cuenta existente de KFHPWA, llame al <b>1-800-290-8900 (TTY 711)</b>.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|  <p><b>Cosas que debe recordar</b></p>            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si presenta la solicitud durante el periodo de inscripción abierta, es posible que su fecha de vigencia cambie según la fecha en la que recibamos su solicitud. 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 presentar la solicitud más rápido en línea, en <a href="http://buykp.org">buykp.org</a> (haga clic en "Español").</li> <li>• Si presenta la solicitud durante un periodo de inscripción especial, visite <a href="http://kp.org/inscripcionespecial">kp.org/inscripcionespecial</a> o llame al <b>1-800-494-5314 (TTY 711)</b> para obtener instrucciones.</li> <li>• Responda todas las preguntas y escriba en una 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.</li> <li>• Recuerde que la inscripción en un nuevo plan no cancela automáticamente ninguna otra cobertura que tenga. Para evitar pagar dos planes o quedar sin cobertura, asegúrese de cancelar cualquier otra cobertura que tenga a partir del día anterior al comienzo de su nueva cobertura. 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 la cobertura.</li> <li>• <b>Para asegurarse de que su solicitud se procese a tiempo y no se cancele</b>, envíe cada página de la solicitud completada, con todas las firmas requeridas y una prueba de su evento calificado de vida (si corresponde). Todos los campos son obligatorios si la información está disponible. Proporcionar su número de teléfono y correo electrónico nos permite comunicarnos con usted más fácilmente, si es necesario, para procesar su solicitud. Envíe estos documentos por correo postal a: <ul style="list-style-type: none"> <li>Kaiser Foundation Health Plan of Washington</li> <li>Membership Administration</li> <li>P.O. Box 23127</li> <li>San Diego, CA 92193-9921</li> </ul> O envíelos por fax seguro al: <b>1-855-355-5334</b> </li> </ul> |
|  <p><b>¿Necesita ayuda?</b></p>                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si necesita ayuda para llenar esta solicitud, llame al <b>1-800-494-5314 (TTY 711)</b>.</li> <li>• <b>Le brindaremos asistencia en su idioma sin costo.</b></li> <li>• Si trabaja con un productor, llámelo para obtener ayuda.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

Todos los planes médicos son ofrecidos y están suscritos por Kaiser Foundation Health Plan of Washington, 2715 Naches Ave. SW, Renton, WA 98057.

## PASO 1: Elija su periodo de inscripción

Seleccione una opción: ☐ Inscripción abierta (vaya al Paso 2) ☐ Un periodo de inscripción especial (siga con este paso)

Elija su evento calificado de vida. Si tuvo más de uno, revise sus opciones, ya que las fechas de vigencia varían según el evento. **También se requiere una prueba de elegibilidad en un plazo de 10 días calendario.** Visite [kp.org/inscripcionespecial](http://kp.org/inscripcionespecial) o llame al **1-800-255-5169** (TTY: 711) para obtener más información sobre los eventos calificados de vida o si no ve su evento calificado de vida a continuación.

### Cambio en la cobertura médica

- ☐ Pérdida de la cobertura médica esencial mínima (ponga el último día completo que tuvo cobertura)
- ¿Perdió la cobertura de KFHPWA que le proporcionaba su empleador?
- ☐ Sí ☐ No
- Si la respuesta es "Sí", tiene 2 opciones para continuar con nuestra cobertura.
- ☐ Cobertura que comienza de manera automática el día después de que finaliza la cobertura de su empleador
- ☐ Cobertura que comienza en función del momento en que recibimos su solicitud. Ingrese en [kp.org/inscripcionespecial](http://kp.org/inscripcionespecial) y consulte "Pérdida de la cobertura médica esencial mínima" para obtener más detalles
- ☐ Elegibilidad para adquirir un plan de salud individual a través de un acuerdo de reembolso de cobertura médica individual (individual coverage health reimbursement arrangement, ICHRA) o un acuerdo de reembolso de gastos médicos para pequeños empleadores calificados (qualified small employer health reimbursement arrangement, QSEHRA)
- ☐ 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)

### Cambio en la familia

- ☐ Adición de un dependiente o convertirse en dependiente mediante matrimonio o una pareja de hecho

- ☐ Adición de un dependiente o convertirse en dependiente por el nacimiento de un hijo, o por adopción o puesta en adopción o cuidados de crianza

**Nota:** En este caso, también debe elegir entre 2 opciones de fecha de vigencia:

- ☐ La fecha del nacimiento, adopción o colocación en adopción o en cuidados de crianza
- ☐ El primer día del mes después del nacimiento o la colocación del niño con usted
- ☐ Orden de manutención de los hijos u otra orden de la corte para cubrir a un dependiente
- Nota:** En este caso, también debe elegir entre 2 opciones de fecha de vigencia:
- ☐ La fecha de la orden de manutención u otra orden de la corte para cubrir a un dependiente
- ☐ El primer día del mes posterior a la fecha de la orden del tribunal

- ☐ Violencia doméstica o abandono conyugal dentro del hogar

### Cambio en la residencia

- ☐ Traslado permanente con acceso a nuevos planes

### Otros eventos calificados de vida

- ☐ Determinación por parte de Washington Healthplanfinder para circunstancias excepcionales

Escriba la fecha de su evento de vida calificado.  /  /  (mm/dd/aaaa)

## PASO 2: Elija su plan de salud

Elija un plan de salud. Si algún familiar va a solicitar un plan de salud diferente, envíe un formulario para cada plan por separado.

| Bronze                                     | Silver                                          | Gold                                        |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bronze            | <input type="checkbox"/> VisitsPlus Silver 4500 | <input type="checkbox"/> Gold HSA           |
| <input type="checkbox"/> Bronze HSA        | <input type="checkbox"/> Silver HSA             | <input type="checkbox"/> VisitsPlus Gold    |
| <input type="checkbox"/> VisitsPlus Bronze | <input type="checkbox"/> VisitsPlus Silver HD   | <input type="checkbox"/> VisitsPlus Gold LD |
|                                            | <input type="checkbox"/> VisitsPlus Silver X    |                                             |

Para obtener información sobre los beneficios de salud y sus limitaciones, montos de costo compartido y primas, consulte los detalles de sus materiales de inscripción. Para solicitar una copia de la *Evidencia de Cobertura* (Evidence of Coverage) de un plan en particular, visite [kp.org/plandocuments](http://kp.org/plandocuments) (en inglés), llame al **1-800-290-8900** (TTY 711) o comuníquese con su productor.

## PASO 3: Elija su plan de atención dental opcional

Puede elegir agregar cobertura dental de Delta Dental of Washington por un cargo adicional mensual. Hay un plan básico para adultos/familiares disponible para adultos y dependientes de 25 años o menos. Para brindar cobertura a niños solamente, hay un plan pediátrico disponible para familiares menores de 18 años. Según la Ley de Cuidado de Salud Asequible (Affordable Care Act, ACA), se requiere cobertura dental pediátrica. Si su solicitud incluye niños de 18 años o menores, y usted no los inscribe en nuestro plan dental pediátrico, nos comunicaremos con usted para que nos envíe una Certificación de Cobertura Pediátrica que incluya comprobantes de otra cobertura dental pediátrica. Para obtener más información sobre los beneficios dentales y sus costos, revise los materiales de la inscripción.

La cobertura dental es proporcionada por Delta Dental of Washington, 400 Fairview Avenue N., Suite 800, Seattle, WA 98109-5371. Para obtener más información, ingrese en [deltadentalwa.com/group/kaiserpermanente](http://deltadentalwa.com/group/kaiserpermanente), llame al **1-800-290-8900** (TTY: 711), o comuníquese con su productor.

☐ Sí, me gustaría inscribirme en un plan dental.

☐ No. No me interesa la cobertura de atención dental.

Si la respuesta es "Sí", seleccione su plan dental.

☐ Pediatric Dental #09140

☐ Adult/Family Basic Dental #09145

**PASO 4: Llene su información** (todos los campos son obligatorios, si están disponibles)**Solicitante principal**

En un plan individual, la persona solicitante principal es la que tendrá la cobertura del plan de salud. En un plan familiar, la persona solicitante principal es el familiar que tiene cobertura del plan de salud y está autorizado a realizar cambios en 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) |                                            | Género:                                                                                                                  |  | Número del Seguro Social (si corresponde)                          |  |                                                                    |  |  |  |
| <input type="text"/>                                    |  |                                                                                         |  |                      |  | <input type="text"/>    |                                            | <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino<br><input type="checkbox"/> Prefiere no especificar |  | <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> |  |                                                                    |  |  |  |
| Dirección de su casa (no se admiten apartados postales) |  |                                                                                         |  |                      |  |                         |                                            |                                                                                                                          |  |                                                                    |  |                                                                    |  |  |  |
| <input type="text"/>                                    |  |                                                                                         |  |                      |  |                         |                                            |                                                                                                                          |  |                                                                    |  |                                                                    |  |  |  |
| Ciudad                                                  |  |                                                                                         |  |                      |  |                         |                                            |                                                                                                                          |  |                                                                    |  |                                                                    |  |  |  |
| <input type="text"/>                                    |  |                                                                                         |  |                      |  |                         |                                            |                                                                                                                          |  |                                                                    |  |                                                                    |  |  |  |
| Estado                                                  |  | Código postal                                                                           |  | Condado              |  |                         |                                            | Teléfono principal (teléfono celular si corresponde)                                                                     |  |                                                                    |  |                                                                    |  |  |  |
| <input type="text"/>                                    |  | <input type="text"/>                                                                    |  | <input type="text"/> |  |                         |                                            | <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>                                                       |  |                                                                    |  |                                                                    |  |  |  |
| Dirección de correo electrónico                         |  |                                                                                         |  |                      |  |                         |                                            |                                                                                                                          |  |                                                                    |  |                                                                    |  |  |  |
| <input type="text"/>                                    |  |                                                                                         |  |                      |  |                         |                                            |                                                                                                                          |  |                                                                    |  |                                                                    |  |  |  |
| Dirección postal                                        |  | <input type="checkbox"/> Marque esta casilla si es la misma que la dirección de su casa |  |                      |  |                         |                                            |                                                                                                                          |  |                                                                    |  |                                                                    |  |  |  |
| <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"/>                       |                                                                                                                          |  |                                                                    |  |                                                                    |  |  |  |

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

☐ Sí   Si la respuesta es "Sí", ¿de qué tipo?:   ☐ ICHRA   ☐ QSEHRA

Con un acuerdo de reembolso de cobertura médica individual (ICHRA) o un acuerdo de reembolso de gastos médicos para pequeños empleadores calificados (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 médica de grupo 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 and Family.

### Padre, madre o tutor legal

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

|                                              |                                                                                                                       |                                            |                                           |                                                                    |                                                                    |
|----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| Nombre                                       | <input type="text"/>                                                                                                  | Inicial del segundo nombre                 | <input type="text"/>                      | Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)                                   | <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> |
| Apellido                                     | <input type="text"/>                                                                                                  |                                            |                                           |                                                                    |                                                                    |
| Género:                                      | <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Prefiere no especificar |                                            | Número del Seguro Social (si corresponde) | <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> |                                                                    |
| Idioma que prefiere hablar (si no es inglés) | <input type="text"/>                                                                                                  | Idioma que prefiere leer (si no es inglés) | <input type="text"/>                      |                                                                    |                                                                    |

### Cónyuge o pareja de hecho que recibirá cobertura

Una pareja de hecho es una persona registrada y reconocida legalmente como su pareja de hecho por el estado de Washington. En el estado de Washington, las parejas domésticas registradas reciben el mismo trato que un cónyuge.

|                                  |                                                                                                                       |                                                      |                                                                    |                                                                    |                                                                            |
|----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| Nombre                           | <input type="text"/>                                                                                                  | Inicial del segundo nombre                           | <input type="text"/>                                               | Elija una opción:                                                  | <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja doméstica |
| Apellido                         | <input type="text"/>                                                                                                  |                                                      |                                                                    |                                                                    |                                                                            |
| Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) | <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>                                                    | Número de historia clínica anterior (si corresponde) | <input type="text"/> - <input type="text"/>                        | Estado (si corresponde)                                            | <input type="text"/>                                                       |
| Género:                          | <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Prefiere no especificar |                                                      | Número del Seguro Social (si corresponde)                          | Teléfono principal (teléfono celular si corresponde)               |                                                                            |
|                                  |                                                                                                                       |                                                      | <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> | <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> |                                                                            |

### 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. Proporcione teléfono y correo electrónico únicamente para los dependientes mayores de 18 años. Los niños dependientes son elegibles para inscribirse hasta los 25 años.

|                                                      |                                                                    |                            |                      |                                  |                                                                                                                       |
|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------|----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 Nombre                                             | <input type="text"/>                                               | Inicial del segundo nombre | <input type="text"/> | Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) | <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>                                                    |
| Apellido                                             | <input type="text"/>                                               |                            |                      |                                  |                                                                                                                       |
| Número de historia clínica anterior (si corresponde) | <input type="text"/> - <input type="text"/>                        | Estado (si corresponde)    | <input type="text"/> | Género:                          | <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Prefiere no especificar |
| Relación con el solicitante principal                | <input type="text"/>                                               |                            |                      |                                  |                                                                                                                       |
| Teléfono principal (teléfono celular si corresponde) | <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> |                            |                      |                                  |                                                                                                                       |
| Dirección de correo electrónico                      | <input type="text"/>                                               |                            |                      |                                  |                                                                                                                       |

Si tiene más de 3 dependientes que recibirán cobertura, llene una copia adicional de esta página y preséntela con su solicitud. Proporcione teléfono y correo electrónico únicamente para los dependientes mayores de 18 años. Los niños dependientes son elegibles para inscribirse hasta los 25 años.

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

[illegible]

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|





/







/















[illegible]

Número del Seguro Social (si corresponde)

[illegible]

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

$$\boxed{\phantom{00}}\boxed{\phantom{00}}\boxed{\phantom{00}} - \boxed{\phantom{00}}\boxed{\phantom{00}} - \boxed{\phantom{00}}\boxed{\phantom{00}}\boxed{\phantom{00}}\boxed{\phantom{00}}$$
[illegible][illegible]

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

[illegible]

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

[illegible]

Número del Seguro Social (si corresponde)

[illegible]

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

$$\begin{array}{|c|c|c|} \hline & & \\ \hline \end{array} - \begin{array}{|c|c|} \hline & \\ \hline \end{array} - \begin{array}{|c|c|c|c|} \hline & & & \\ \hline \end{array}$$
[illegible][illegible]

## 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 principal (teléfono celular si corresponde)

Al firmar, usted designa a esta persona como su representante legal autorizado para que obtenga información oficial sobre esta solicitud y actúe en su nombre en cuestiones relacionadas con esta solicitud.

X

Fecha (mm/dd/aaaa)

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

## PASO 6: Firme el acuerdo de solicitud

**Importante:** La persona solicitante principal debe leer, firmar y escribir la fecha a continuación. Si el solicitante principal es menor de 18 años, deberá firmar el padre, la madre o el tutor legal. Al firmar, el padre, la madre o el tutor legal se compromete a pagar la totalidad de las primas, los copagos, los coseguros y los deducibles de todas las personas solicitantes mencionadas 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 KFHPWA, 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.
- En caso de haber trabajado con un productor, autorizo a Kaiser Permanente a compartir con este la información de inscripción y de cancelación de la inscripción proporcionada en esta solicitud. Entiendo que el productor o representante de Kaiser Permanente puede recibir pagos financieros y no financieros por parte de KFHPWA por haberme ayudado con esta solicitud.
- Es un delito proporcionar intencionalmente información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de estafarla. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas y negación de los beneficios del seguro. Al firmar este formulario, confirmo que la información proporcionada en él es verdadera y correcta.
- Al proporcionar mi dirección de correo electrónico y números de teléfono, entiendo que puedo recibir comunicaciones por correo electrónico, mensaje de texto o mensaje de voz de Kaiser Permanente. Para obtener más información, visite: [espanol.kaiserpermanente.org/es/termsconditions](https://espanol.kaiserpermanente.org/es/termsconditions).

X

Fecha (mm/dd/aaaa)

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

**PASO 7: Ingrese los datos para el pago para el primer mes.**  
Si no envía la información de pago completa o el pago con su solicitud, recibirá una factura. Debe pagar la prima del primer mes antes de la fecha de vencimiento o se cancelará su solicitud y no tendrá cobertura.

**Información de pago**

Nombre de la persona responsable del pago

Inicial del segundo nombre

Apellido de la persona responsable del pago

Address

Ciudad

Estado

Código postal

**Opciones de pago** (elija una) ☐ Pago electrónico ☐ Cheque ☐ Giro postal ☐ Tarjeta de crédito ☐ Tarjeta de débito

Si escogió el pago electrónico, seleccione el tipo de cuenta:

☐ Cuenta corriente ☐ Cuenta de ahorros

Autorizo a Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (KFHP) y a la institución financiera designada a que acepten esta transferencia del monto del pago del primer mes de mi cuenta corriente o cuenta 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 escogió 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 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](https://kp.org/payonline) (en inglés) o comuníquese con la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al 1-800-290-8900 (TTY 711).

¿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 (elijá una) ☐ Pago electrónico ☐ Tarjeta de crédito (no se pueden usar tarjetas de débito)

Si escogió el pago electrónico, seleccione el tipo de cuenta: ☐ Cuenta corriente ☐ Cuenta de ahorros

Autorizo a Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (KFHP) y a la institución financiera designada a que acepten esta transferencia de mi cuenta corriente 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 tarjeta

Fecha de vencimiento (mm/aaaa)

X

Fecha (mm/dd/aaaa)

Firma del titular de la tarjeta

Solicitante principal

Para personas solicitantes que trabajen con un productor o un representante de Kaiser Permanente

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

Nuestra compensación estándar es de \$20 al mes por miembro, más una posible bonificación. Para obtener más información, visite [kp.org/brokercompensation](https://kp.org/brokercompensation) (en inglés).

Nota: Las primas son las mismas, independientemente de si utiliza o no los servicios de un productor o un representante de Kaiser Permanente.

**Esta sección debe llenarla su productor o representante después de que usted llene esta solicitud:**

|                                                                                          |  |               |  |  |                                             |  |  |  |  |                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------|--|--|---------------------------------------------|--|--|--|--|----------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Nombre de la agencia                                                                     |  |               |  |  |                                             |  |  |  |  | Número de identificación de la agencia |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <div></div>                                                                              |  |               |  |  |                                             |  |  |  |  | <div></div>                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Productor o representante de Kaiser Permanente (primer nombre, segundo nombre, apellido) |  |               |  |  |                                             |  |  |  |  |                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <div></div>                                                                              |  |               |  |  |                                             |  |  |  |  |                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Address                                                                                  |  |               |  |  |                                             |  |  |  |  |                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <div></div>                                                                              |  |               |  |  |                                             |  |  |  |  |                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ciudad                                                                                   |  |               |  |  |                                             |  |  |  |  |                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <div></div>                                                                              |  |               |  |  |                                             |  |  |  |  |                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Estado                                                                                   |  | Código postal |  |  | Kaiser Permanente: número de identificación |  |  |  |  | Número nacional de productor (NPN)     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <div></div>                                                                              |  | <div></div>   |  |  | <div></div>                                 |  |  |  |  | <div></div>                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Teléfono principal (teléfono celular si corresponde)                                     |  |               |  |  |                                             |  |  |  |  | Fax                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <div></div>                                                                              |  |               |  |  |                                             |  |  |  |  | <div></div>                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Dirección de correo electrónico                                                          |  |               |  |  |                                             |  |  |  |  |                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <div></div>                                                                              |  |               |  |  |                                             |  |  |  |  |                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Yo (el productor/representante de Kaiser Permanente) no he efectuado representaciones para el solicitante en relación con provisiones, beneficios, condiciones ni limitaciones de la *Evidencia de Cobertura*, excepto a través de los materiales escritos proporcionados por KFHPWA. Se ha informado al solicitante que KFHPWA asigna la fecha de entrada en vigencia de la cobertura. Certifico que la información que me ha brindado el solicitante ha sido debidamente registrada.

☐ Sí ☐ No

X

Fecha (mm/dd/aaaa)

Productor o representante de Kaiser Permanente

## Aviso de no discriminación

Kaiser Foundation Health Plan of Washington y Kaiser Foundation Health Plan of Washington Options, Inc. (“Kaiser Permanente”) cumplen con las leyes federales y del estado de Washington de derechos civiles aplicables y no discriminan por motivos de raza, color, país de origen, edad, incapacidad, sexo, orientación sexual ni identidad de género. Kaiser Permanente no excluye a las personas ni las trata de manera menos favorable debido a su raza, color, país de origen (incluido el dominio limitado del inglés y su idioma principal), edad, discapacidad, sexo, características sexuales (incluidos los rasgos intersexuales), embarazo (o condiciones relacionadas), estereotipos sexuales, orientación sexual o identidad de género. Además:

- Brindamos a las personas con discapacidades modificaciones razonables, así como ayudas y servicios auxiliares apropiados y sin costo para que puedan comunicarse eficazmente con nosotros, tales como:
  - intérpretes calificados de lenguaje de señas;
  - información escrita en otros formatos (en letra grande, braille, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).
- Proporcionamos servicios de asistencia con el idioma sin costo a personas cuyo idioma principal no sea el inglés, por ejemplo:
  - intérpretes calificados;
  - información escrita en otros idiomas.

Si necesita modificaciones razonables, ayudas y servicios auxiliares apropiados o servicios de asistencia con el idioma, comuníquese con Servicio a los Miembros al **1-888-901-4636** (TTY **711**).

Si considera que Kaiser Permanente no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de alguna otra manera por motivos de raza, color, país de origen (incluido el dominio limitado del inglés y su idioma principal), edad, discapacidad, sexo, características sexuales (incluidos los rasgos intersexuales), embarazo (o condiciones relacionadas), estereotipos sexuales, orientación sexual o identidad de género, puede presentar una queja formal ante nuestro Coordinador de Derechos Civiles: P.O. Box 35191, Mail Stop: RCR-A1N-22, Seattle, WA 98124-5191 o llamando al **1-888-901-4636** (TTY **711**). Puede presentar una queja formal en persona, por correo postal, por teléfono o en línea, en **kp.org/wa/feedback** (en inglés). Si necesita ayuda para presentar una queja formal, nuestro coordinador de derechos civiles puede brindársela.

El aviso de no discriminación está disponible en

<https://healthy.kaiserpermanente.org/washington/language-assistance/nondiscrimination-notice>

También puede presentar una queja sobre derechos civiles de las siguientes formas:

- Ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., a través de su portal de quejas disponible en **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>**, o por correo postal o teléfono a: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, **1-800-368-1019, 800-537-7697** (TDD). Los formularios de queja están disponibles en **<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>**.
- Ante la Oficina del Comisionado de Seguros del estado de Washington: electrónicamente en el portal de quejas de esta oficina, disponible en **<https://www.insurance.wa.gov/file-complaint-or-check-your-complaint-status>**, o por teléfono al **800-562-6900, 360-586-0241** (TDD). Los formularios de queja están disponibles en **<https://fortress.wa.gov/oic/online-services/cc/pub/complaintinformation.aspx>**.

## Ayuda en su idioma

**English: ATTENTION:** If you speak a language other than English, language assistance services including appropriate auxiliary aids and services, free of charge, are available to you. Call **1-888-901-4636 (TTY 711)**.

**Español (Spanish): ATENCIÓN:** Si habla español, tiene a su disposición servicios de asistencia lingüística que incluyen ayudas y servicios auxiliares adecuados y gratuitos. Llame al **1-888-901-4636 (TTY 711)**.

**中文 (Chinese) 注意事項:** 如果您說中文，您可獲得免費語言協助服務，包括適當的輔助器材和服務。致電 **1-888-901-4636 (TTY 711)**。

**Tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý:** Nếu bạn nói tiếng Việt, bạn có thể sử dụng các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí, bao gồm các dịch vụ và phương tiện hỗ trợ phù hợp. Xin gọi **1-888-901-4636 (TTY 711)**.

**한국어 (Korean) 주의:** 한국어를 구사하실 경우, 필요한 보조 기기 및 서비스가 포함된 언어 지원 서비스가 무료로 제공됩니다. **1-888-901-4636**로 전화해 주세요(TTY 711).

**Русский (Russian) ВНИМАНИЕ!** Если вы говорите по-русски, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки, включая соответствующие вспомогательные средства и услуги. Позвоните по номеру **1-888-901-4636 (TTY 711)**.

**Tagalog (Tagalog) PAALALA:** Kung nagsasalita ka ng Tagalog, available sa iyo ang serbisyo ng tulong sa wika kabilang ang mga naaangkop na karagdagang tulong at serbisyo, nang walang bayad. Tumawag sa **1-888-901-4636 (TTY 711)**.

**Українська (Ukrainian) УВАГА!** Якщо ви володієте українською мовою, вам доступні безкоштовні послуги з мовної допомоги, включно із відповідною додатковою допомогою та послугами. Зателефонуйте за номером **1-888-901-4636 (TTY 711)**.

**ខ្មែរ (Khmer) យកចិត្តទុកដាក់:** បើអ្នកនិយាយខ្មែរ សេវាជំនួយភាសា រួមទាំងជំនួយនិងសេវាសមស្រប ដោយឥតគិតថ្លៃ មានចំពោះអ្នក។ ហៅ **1-888-901-4636 (TTY 711)**។

**日本語 (Japanese) 注意:** 日本語を話す場合、適切な補助機器やサービスを含む言語支援サービスが無料で提供されます。 **1-888-901-4636**までお電話ください(TTY 711)。

**አማርኛ (Amharic) ትኩረት:** አማርኛ የሚናገሩ ከሆነ ተገቢ የሆኑ ረዳት መርጃዎችን እና አገልግሎቶችን ጨምሮ የቋንቋ እርዳታ አገልግሎቶች በነጻ ይገኛሉ። በ **1-888-901-4636** ይደውሉ (TTY 711)።

**Afaan Oromoo (Oromo) XIYYEEFFANNOO:** Yoo Afaan Oromo dubbattu ta'e, Tajaajila gargaarsa afaanii, gargaarsota dabalataa fi tajaajiloota barbaachisoo kaffaltii irraa bilisa ta'an, isiniif ni jira. **1-888-901-4636** irratti bilbilaa (TTY 711).

**ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi) ਧਿਆਨ ਦਿਓ:** ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਯੋਗ ਸਹਾਇਕ ਸਹਾਇਤਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ **1-888-901-4636 (TTY 711)**.

**العربية (Arabic) تنبيه:** إذا كنت تتحدث العربية، تتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية بما في ذلك من وسائل المساعدة والخدمات المناسبة بالمجان. اتصل بالرقم **1-888-901-4636 (TTY 711)**.

**Deutsch (German) ACHTUNG:** Wenn Sie Deutsch sprechen, steht Ihnen die Sprachassistentz mit entsprechenden Hilfsmitteln und Dienstleistungen kostenfrei zur Verfügung. Rufen Sie **1-888-901-4636** an (TTY 711).

**ລາວ (Laotian) ເອົາໃຈໃສ່:** ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ ລວມທັງອຸປະກອນ ແລະ ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ເໝາະສົມ ຈະມີໃຫ້ທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ໂທ **1-888-901-4636 (TTY 711)**.

**Símbolo internacional del ASL  
(lenguaje de señas americano)**



