

Solicitud de cobertura médica

Individual and Family Plans

 ¿Quién puede usar esta solicitud?	Usted puede solicitar un plan de Kaiser Permanente for Individuals and Families (KPIF) mediante este formulario. • 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 poder recibir la cobertura de KPIF, debe vivir en nuestra área de servicio de California.
 ¿Quién no debe usar esta solicitud?	• 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. • Tenga en cuenta que el Programa de Asesoramiento y Defensoría del Seguro Médico (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) brinda asesoramiento sobre la cobertura de salud a los residentes de California sin cargo. Llame al HICAP, al 1-800-434-0222, para obtener más información. Consulte la página 13 para encontrar información sobre su programa HICAP local. • Si califica para obtener asistencia financiera federal o estatal 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 Covered California en CoveredCA.com. • Para hacer cambios en su cuenta existente de KPIF, llame al 1-800-464-4000 (TTY 711).
 Cosas que debe recordar	• 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 31 de diciembre. Devuelva esta solicitud lo antes posible, o puede presentar la solicitud más rápido en línea, en buykp.org (haga clic en "Español"). • Si presenta la solicitud durante un periodo de inscripción especial, visite kp.org/inscripcionespecial o llame al 1-800-494-5314 (TTY 711) para obtener 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. • 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. • Para asegurarse de que su solicitud se procese a tiempo y no se cancele, envíe cada página de la solicitud completada, con todas las firmas requeridas, el pago del primer mes y una prueba de su evento calificado de vida. 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: Kaiser Permanente for Individuals and Families P.O. Box 23127 San Diego, CA 92193-9921 O envíelos por fax seguro al: 1-855-355-5334. Nota: Los cheques deben enviarse por correo postal y no por fax.
 ¿Necesita ayuda?	• 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, Inc., One Kaiser Plaza, Oakland, CA 94612.

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 o llame al **1-800-494-5314 (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)
- ☐ Elegibilidad para comprar un plan de salud individual por medio de un acuerdo de reembolso de gastos médicos de cobertura 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)
- ☐ Información errónea sobre su inscripción en la cobertura esencial mínima
- ☐ Cambios en la red de proveedores
- ☐ Elegibilidad para el estipendio de servicios de atención médica de empresas de transporte o de envíos a través de aplicaciones

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, la adopción o la puesta en adopción o en cuidados de crianza
 - ☐ El primer día del mes después de que recibamos la solicitud

- ☐ Orden de manutención de los hijos u otra orden del tribunal 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 del tribunal 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
- ☐ Pérdida de un dependiente por divorcio, disolución de una pareja de hecho o separación legal
- ☐ Muerte del suscriptor o de un dependiente

Cambio en la residencia

- ☐ Traslado permanente con acceso a nuevos planes

Otros eventos calificados de vida

- ☐ Determinación por parte de Covered California por circunstancias excepcionales
- ☐ Demostración de que un plan calificado infringió de manera sustancial una disposición importante de su contrato respecto a la persona inscrita
- ☐ Liberación de prisión

Escriba la fecha de su evento calificado de vida: / / (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	Platinum
☐ 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	☐ Kaiser Permanente – Gold 80 HMO Coinsurance ☐ Kaiser Permanente – Gold 80 HMO ☐ Kaiser Permanente – Gold 80 HMO 0/30 PCP ☐ Kaiser Permanente – Gold 80 HMO 750/35 PCP ☐ Kaiser Permanente – Gold 80 HDHP HMO 2250/15% PCP	☐ Kaiser Permanente – Platinum 90 HMO

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

Los planes de cobertura mínima están disponibles para los solicitantes que tengan menos 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 reúne los requisitos, visite CoveredCA.com/exemptions y siga las instrucciones.

- ☐ Kaiser Permanente – Minimum Coverage HMO

Para conocer los beneficios de salud y atención dental, así como sus limitaciones, costos compartidos y primas, consulte los materiales de inscripción. Para solicitar una copia del *Acuerdo de Membresía, Evidencia de Cobertura y Formulario de Revelación Combinados* (*Combined Membership Agreement, Evidence of Coverage, and Disclosure Form*) de un plan en particular, visite kp.org/plandocuments (en inglés), llame al **1-800-464-4000 (TTY 711)** o comuníquese con su corredor de seguros.

PASO 3: Elija su plan de atención dental opcional para adultos

La cobertura dental está incluida en su plan de salud para miembros menores de edad hasta el final del mes en el que el miembro cumpla 19 años. Kaiser Permanente ofrece un plan de seguro dental opcional para adultos, que incluye a las personas cuya elegibilidad para recibir servicios dentales pediátricos ya terminó. Esta cobertura opcional está disponible por un costo adicional. Nuestra cobertura de atención dental opcional para adultos está suscrita por Kaiser Permanente Insurance Company (KPIC), una subsidiaria de Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (KFHP), y administrada por Delta Dental of California, uno de los proveedores de beneficios de atención dental más grandes y con más experiencia del país. Para conocer todos los detalles del plan de atención dental de KPIC, ingrese a **kp.org/kpic-dental** (haga clic en "Español") y consulte la Matriz de divulgación del Resumen de Cobertura y Beneficios Dentales (*Summary of Dental Benefits Coverage [SDBC] Disclosure Matrix*).

Elija una de las siguientes opciones.

- ☐ Sí. Solicito la inscripción en el plan de seguro dental de KPIC que tengo disponible como opción adicional a la cobertura de mi plan de salud. El plan de seguro dental de KPIC está suscrito por Kaiser Permanente Insurance Company, una subsidiaria de Kaiser Foundation Health Plan, Inc. Entiendo que, una vez inscrito, no podré cancelar mi cobertura dental sin cancelar también la cobertura de mi plan de salud, excepto durante el periodo de inscripción abierta o un periodo de inscripción especial.
- ☐ No. No me interesa la cobertura de atención dental opcional.

PASO 4: Llene su información (Todos los campos son obligatorios, si están disponibles)**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 miembro de la familia 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)

 / /

Apellido

Número de historia clínica anterior
(si corresponde)
 -
Estado
(si corresponde)

Género:

☐ Masculino☐ Femenino☐ Prefiere no especificar

Número del Seguro Social (si corresponde)

 - -

Dirección de su casa (no se admiten apartados postales)

Ciudad

Estado

Código postal

Condado

Teléfono principal (teléfono celular si corresponde)

 - -

Dirección de correo electrónico

Dirección postal

☐ Marque esta casilla si es la misma que la dirección de su casa

Ciudad

Estado

Código postal

Idioma que prefiere hablar (si no es inglés)

Idioma que prefiere leer (si no es inglés)

¿El solicitante principal que está comprando este plan 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 gastos médicos de cobertura 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 individual y familiar de Kaiser Permanente.

Solicitante principal

Padre, madre o tutor legal

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

Nombre

Inicial del segundo nombre

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

/

/

Apellido

Género:

☐ Masculino

☐ Femenino

☐ Prefiere no especificar

Número del Seguro Social (si corresponde)

-

-

Idioma que prefiere hablar (si no es inglés)

Idioma que prefiere leer (si no es inglés)

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 California.

Nombre

Inicial del segundo nombre

Elija una opción:

☐ Cónyuge

☐ Pareja de hecho

Apellido

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

/

/

Número de historia clínica anterior (si corresponde)

-

Estado (si corresponde)

Género:

☐ Masculino

☐ Femenino

☐ Prefiere no especificar

Número del Seguro Social (si corresponde)

-

-

Teléfono principal (teléfono celular si corresponde)

-

-

Dirección de correo electrónico

Padres o padrastos que recibirán cobertura

Si tiene más de 2 padres o padrastos que recibirán cobertura, llene una copia adicional de esta página y preséntela con su solicitud.

1

Nombre

Inicial del segundo nombre

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

Apellido

Número de historia clínica anterior (si corresponde)

Estado (si corresponde)

Género:

☐ Masculino

☐ Femenino

☐ Prefiere no especificar

Número del Seguro Social (si corresponde)

Teléfono principal (teléfono celular si corresponde)

Dirección de correo electrónico

2

Nombre

Inicial del segundo nombre

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

Apellido

Número de historia clínica anterior (si corresponde)

Estado (si corresponde)

Género:

☐ Masculino

☐ Femenino

☐ Prefiere no especificar

Número del Seguro Social (si corresponde)

Teléfono principal (teléfono celular si corresponde)

Dirección de correo electrónico

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.

1 Nombre

Inicial del segundo nombre

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

 / /

Apellido

Número de historia clínica anterior
(si corresponde)
Estado
(si corresponde)

Género:

☐ Masculino☐ Femenino☐ Prefiere no especificar

Número del Seguro Social (si corresponde)

 - -

Relación con el solicitante principal

Teléfono principal (teléfono celular si corresponde)

 - -

Dirección de correo electrónico

2 Nombre

Inicial del segundo nombre

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

 / /

Apellido

Número de historia clínica anterior
(si corresponde)
Estado
(si corresponde)

Género:

☐ Masculino☐ Femenino☐ Prefiere no especificar

Número del Seguro Social (si corresponde)

 - -

Relación con el solicitante principal

Teléfono principal (teléfono celular si corresponde)

 - -

Dirección de correo electrónico

3 Nombre

Inicial del segundo nombre

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

 / /

Apellido

Número de historia clínica anterior
(si corresponde)
Estado
(si corresponde)

Género:

☐ Masculino☐ Femenino☐ Prefiere no especificar

Número del Seguro Social (si corresponde)

 - -

Relación con el solicitante principal

Teléfono principal (teléfono celular si corresponde)

 - -

Dirección de correo electrónico

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: Todos los solicitantes, padres o padrastos, y dependientes mayores de 18 años deben 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 coseguos 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 faltan las firmas, cancelaremos la solicitud. Si deben firmar más de 2 padres o padrastos y dependientes mayores de 18 años, adjunte una copia de esta página con las firmas adicionales. 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.
- Comprendo que Kaiser Foundation Health Plan, Inc., se basará de la información proporcionada en esta solicitud. Si se determina que la información proporcionada es fraudulenta o se tergiversó intencionalmente, Kaiser Foundation Health Plan, Inc., puede optar por cancelar la cobertura retroactivamente hasta la fecha de vigencia.
- En caso de haber trabajado con un corredor de seguros, 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 corredor de seguros o representante de Kaiser Permanente puede recibir pagos financieros y no financieros por parte de Kaiser Permanente por haberme ayudado con esta solicitud.
- 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.

X

Fecha (mm/dd/aaaa)

 / /

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

X

Fecha (mm/dd/aaaa)

 / /

Cónyuge/pareja de hecho

X

Fecha (mm/dd/aaaa)

 / /

Padre o madre/padrastro o madrastra

X

Fecha (mm/dd/aaaa)

 / /

Padre o madre/padrastro o madrastra

X

Fecha (mm/dd/aaaa)

 / /

Dependiente (de 18 años o mayor)

X

Fecha (mm/dd/aaaa)

 / /

Dependiente (de 18 años o mayor)

PASO 7: Firme el acuerdo de arbitraje de Kaiser Foundation Health Plan, Inc.

Entiendo que (salvo en los casos de tribunales de reclamos menores, reclamos sujetos a un procedimiento de apelación de Medicare o a la normativa de reclamos de la Ley ERISA, y cualquier otro reclamo que no pueda estar sujeto a arbitraje vinculante según la ley aplicable) toda 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, administradores u otras partes asociadas por el otro, por presunta violación de cualquier deber derivado de la membresía en KFHP o relacionado con esta, incluidos los reclamos por negligencia médica u hospitalaria (como la acusación de que los servicios médicos no eran necesarios, no estaban autorizados o se prestaron de forma incorrecta, negligente o incompetente), reclamos por responsabilidad de las instalaciones, o asuntos relacionados con la cobertura o prestación de servicios o artículos, independientemente de lo que disponga la doctrina jurídica, deberá resolverse mediante arbitraje vinculante conforme a las leyes de California y no a través de una demanda o proceso judicial, salvo que la ley aplicable permita la revisión judicial de los procedimientos arbitrales. Acepto renunciar a mi derecho a un juicio por jurado y a resolver cualquier disputa a través de arbitraje vinculante. Entiendo que todas las disposiciones sobre el arbitraje se incluyen en el *Acuerdo de Membresía, Evidencia de Cobertura y Formulario de Revelación Combinados (Combined Membership Agreement, Evidence of Coverage, and Disclosure Form)*.

X		Fecha (mm/dd/aaaa) / /
	Solicitante principal (padre, madre o tutor legal para menores de 18 años)	
X		Fecha (mm/dd/aaaa) / /
	Cónyuge/pareja de hecho	
X		Fecha (mm/dd/aaaa) / /
	Padre o madre/padrastro o madrastra	
X		Fecha (mm/dd/aaaa) / /
	Padre o madre/padrastro o madrastra	
X		Fecha (mm/dd/aaaa) / /
	Dependiente (de 18 años o mayor)	
X		Fecha (mm/dd/aaaa) / /
	Dependiente (de 18 años o mayor)	

Una copia de su acuerdo con su firma es tan válida como el original. Si faltan las firmas, cancelaremos la solicitud. Si deben firmar más de 2 padres o padrastris y dependientes mayores de 18 años, adjunte una copia de esta página con las firmas adicionales.

PASO 8: Ingrese los detalles de 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) ☐ 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.

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 (en inglés) o comuníquese con la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al 1-888-236-4490 (TTY 711).

¿Desea registrarse para hacer pagos mensuales automáticos?

- ☐ Sí

☐ 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).
- ☐ No, no deseo hacer pagos mensuales automáticos. (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) ☐ 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 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

Firma del titular de la cuenta

Fecha (mm/dd/aaaa)

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

Firma del titular de la tarjeta

Fecha (mm/dd/aaaa)

Para solicitantes que trabajen con un corredor de seguros o un representante de Kaiser Permanente

Si un corredor de seguros o representante de Kaiser Permanente (empleado) le ayudó a decidir en qué plan inscribirse o le ayudó a llenar la solicitud, asegúrese de que complete esta página.

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

Nuestra compensación estándar es de \$14 al mes por miembro, más una posible bonificación. 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.

Esta sección debe llenarla su corredor de seguros o representante después de que usted llene esta solicitud:

Notice to broker or Kaiser Permanente representative: If you have assisted the applicant in submitting the application, the law requires that you attest to this assistance. If, in making this attestation, you state as true any material fact you know to be false, you will be subject to a civil penalty of up to ten thousand dollars (\$10,000), as authorized under California Health and Safety Code section 1389.8(c) or Insurance Code section 10119.3, in addition to any other applicable penalties or remedies available under current law.

Agency name

Agency ID number

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

Address

City

State

ZIP code

Kaiser Permanente–appointed ID number

National producer number (NPN)

Primary phone (mobile phone, if available)

Fax

Email address

You must answer the following question by selecting Yes or No:

I (the broker/Kaiser Permanente representative) have not made any representations to the applicant about any provisions, benefits, conditions, or limitations of the *Combined Membership Agreement, Evidence of Coverage, and Disclosure Form* except through written materials furnished by KPIF. The applicant has been informed that the effective date of coverage is assigned by KPIF. I certify that the information supplied to me by the applicant has been truly and accurately recorded.

I assisted the applicant in submitting this application. To the best of my knowledge, the information on this application is complete and accurate. I explained to the applicant, in easy-to-understand language, the risk to the applicant of providing inaccurate information, and the applicant understood the explanation.

☐ Yes ☐ No

X

Broker or Kaiser Permanente representative

Date (mm/dd/yyyy)

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 90010
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

3333 Soquel Drive, Suite A
Soquel, CA 95073
831-462-5510

Condado de San Francisco

601 Jackson Street, 2.^{do} piso
San Francisco, CA 94133
415-677-7520

Condados de San Luis Obispo y Santa Barbara

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

4651 Telephone Road
Ventura, CA 93003
805-477-7310

Aviso de no discriminación

En este documento “nosotros” o “nuestro” se refiere a Kaiser Permanente (Kaiser Foundation Health Plan, Inc, Kaiser Foundation Hospitals, The Permanente Medical Group, Inc. y el Southern California Medical Group). Este aviso está disponible en nuestro sitio web en **kp.org/espanol**.

La discriminación es ilegal. Nosotros cumplimos con las leyes de derechos civiles federales y estatales.

Nosotros no discriminamos, excluimos ni tratamos 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 nuestro Departamento de Servicio a los Miembros a los números que aparecen a continuación. La llamada es gratuita. Servicio a los Miembros está cerrado los días festivos principales.

- Medicare, incluyendo D-SNP: **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana.
- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Todos los miembros: **1-800-788-0616 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Mediante una solicitud, este documento estará disponible en braille, letra grande, audio o en formatos electrónicos. Para obtener una copia en uno de estos formatos alternativos o en otro formato, llame a nuestro Departamento 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 nosotros 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:** llame a nuestro Departamento de Servicio a los Miembros. Los números telefónicos se indican arriba.

- **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 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:

Office of Civil Rights
 Department of Health Care Services
 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. (U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights). Usted 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/office/file/index.html>

- **En línea:** visite el Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles (Civil Rights Complaint Portal) en: **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>**

Nondiscrimination Notice

Kaiser Permanente Insurance Company (KPIC) does not discriminate based on race, color, national origin, ancestry, religion, sex, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age, or disability.

Language assistance services are available from our Member Services Contact Center 24 hours a day, seven days a week (except closed holidays). We can provide no cost aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as: qualified sign language interpreters and written information in other formats; large print, audio, and accessible electronic formats. We also provide no cost language services to people whose primary language is not English, such as: qualified interpreters and information written in other languages. To request these services, please call **1-800-788-0710** (TTY users call **711**).

If you believe that KPIC failed to provide these services or there is a concern of discrimination based on race, color, national origin, ancestry, religion, sex, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age, or disability you can file a complaint by phone or mail with the KPIC Civil Rights Coordinator. If you need help filing a grievance, the KPIC Civil Rights Coordinator is able to help you.

KPIC Civil Rights Coordinator
P.O. Box 1809
Pleasanton, CA 94566
Phone: 1-800-788-0710

You may also contact the California Department of Insurance regarding your complaint.

By Phone:
California Department of Insurance
1-800-927-HELP
(1-800-927-4357)
TDD: 1-800-482-4
TDD (1-800-482-4833)

By Mail:
California Department of Insurance
Consumer Communications Bureau
300 S. Spring Street
Los Angeles, CA 90013

Electronically:
www.insurance.ca.gov

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights if there is a concern of discrimination based on race, color, national origin, age, disability, or sex. You can file the complaint electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at:

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>,

or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services,
200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building,
Washington, DC 20201
Phone: 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD).

Complaint forms are available at:

<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

KAISER PERMANENTE®
Kaiser Permanente Insurance Company
Notice of Language Assistance

No Cost Language Services. You can get an interpreter. You can get documents read to you and some sent to you in your language. For help, call us at the number listed on your ID card or 1-800-788-0710 For more help call the CA Dept. of Insurance at 1-800-927-4357. TTY users call 711. English

Servicios en otros idiomas sin ningún costo. Puede conseguir un intérprete. Puede conseguir que le lean los documentos y que algunos se le envíen en su idioma. Para obtener ayuda, llámenos al número que aparece en su tarjeta de identificación o al 1-800-788-0710. Para obtener más ayuda, llame al Departamento de Seguro de CA al 1-800-927-4357. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 711. Spanish

免費語言服務。 您可使用口譯員。您可請人將文件唸給您聽，並且您可請我們將您的語言版本文件寄給您。如需協助，請致電列於您會員卡上的電話號碼或致電1-800-788-0710與我們聯絡。如需進一步協助，請致電1-800-927-4357與加州保險局聯絡。聽障及語障電話專線使用者請致電711。Chinese

No Cost Language Services. You can get an interpreter and get documents read to you in your language. For help, call us at the number listed on your ID card or 1-800-788-0710. For more help call the CA Dept. of Insurance at 1-800-927-4357. TTY users call 711. English

Doo bááhlínjígóó há ata' hane. Ata' halne'í há shónáot'eeh dóo naaltsoos táá hazaad bee bik'i' aschjigo hach'i' yídóoltah biniyé hach'i' anál'jìh leh. Shíká í'doolwoł nínizingo nihich'i' hodílnih koji' 1-800-788-0710 éi bee nééhózin biniyé neiyítánígí bikáá'. Áká e'élyeed jinízingo CA Dept. of Insurance bich'i' hojilnih kwe'é 1-800-927-4357. TTY chojool'jigo éi íáá bíł azhdilchi'. Navajo

Dịch Vụ Ngôn Ngữ Miễn Phí. Quý vị có thể được cấp thông dịch viên và được người đọc tài liệu cho quý vị bằng ngôn ngữ của quý vị. Để được giúp đỡ, xin gọi cho chúng tôi theo số điện thoại ghi trên thẻ ID của quý vị hoặc số 1-800-788-0710. Để được giúp đỡ thêm, xin gọi Bộ Bảo Hiểm CA theo số 1-800-927-4357. Người sử dụng TTY gọi số 711. Vietnamese

무료 언어 서비스. 한국어 통역 서비스 및 한국어로 서류를 낭독해 드리는 서비스를 제공하고 있습니다. 도움이 필요하신 분은 귀하의 ID 카드에 나와 있는 전화번호 또는 1-800-788-0710번으로 문의하십시오. 보다 자세한 사항은 캘리포니아 주 보험국, 전화번호 1-800-927-4357번으로 문의하십시오. TTY 사용자 번호 711. Korean

Mga Libreng Serbisyo kaugnay sa Wika. Maaari kayong kumuha ng tagasalin-wika at hingin na basahin sa inyo ang mga dokumento sa sarili ninyong wika. Para humingi ng tulong, tawagan kami sa numerong nakasulat sa inyong ID card o sa 1-800-788-0710. Para sa karagdagang tulong tawagan ang CA Dept. of Insurance sa 1-800-927-4357. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 711. Tagalog

Անվճար լեզվական ծառայություններ. Դուք կարող եք օգտվել բանավոր թարգմանչի ծառայություններից և խնդրել, որ փաստաթղթերը Ձեր լեզվով կարդան Ձեզ համար: Օգնության համար զանգահարեք մեզ՝ Ձեր ID քարտի վրա նշված կամ 1-800-788-0710 հեռախոսահամարով: Լրացուցիչ օգնության համար զանգահարեք Կալիֆոռնիայի ապահովագրության դեպարտամենտ՝ 1-800-927-4357 հեռախոսահամարով: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 711: Armenian

Бесплатные переводческие услуги. Вы можете воспользоваться услугами устного переводчика. Вам могут зачитать документы, а некоторые могут быть отправлены вам на вашем языке. Если вам нужна помощь, позвоните нам по номеру, указанному на вашей идентификационной карточке или 1-800-788-0710. За дополнительной помощью обращайтесь в Департамент страхования штата Калифорния (CA Dept. of Insurance) по телефону 1-800-927-4357. Пользователи TTY, звоните по номеру 711. Russian

言語サービス（無料）。 通訳に日本語で書類を読んでもらうことができます。通訳サービスが必要な際は、IDカードに記載の番号、または1-800-788-0710にお電話ください。さらにヘルプが必要な場合は、カリフォルニア州保険庁（1-800-927-4357）にお電話ください。TTYユーザーの方は、711までお電話にてご連絡ください。Japanese

خدمات تسهیلات زبانی رایگان. شما می‌توانید مترجم شفاهی بگیرید. می‌توانید درخواست کنید که اسناد برایتان خوانده و بعضی از آن‌ها به زبان خودتان به شما ارسال شود. برای دریافت راهنمایی، با ما به شماره مندرج در زیر یا شماره روی کارت شناسایی‌تان یا 1-800-788-0710 تماس بگیرید. برای کسب راهنمایی بیشتر، با اداره بیمه کالیفرنیا به شماره 1-800-927-4357 تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند با 711 تماس بگیرند. Farsi

ਬਿਨਾ ਲਾਗਤ ਦੀ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ। ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਦੁਬਾਸੀਆ ਲੈ ਸਕਦੇ ਹੋ ਅਤੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਕਿਸੇ ਤੋਂ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਪੜ੍ਹਾ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਮਦਦ ਲਈ, ਸਾਨੂੰ ਤੁਹਾਡੇ

ਆਈਡੀ ਕਾਰਡ 'ਤੇ ਸੂਚੀਬੱਧ ਨੰਬਰ 'ਤੇ ਜਾਂ 1-800-788-0710 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਹੋਰ ਮਦਦ ਲਈ CA ਬੀਮਾ ਵਿਭਾਗ ਨੂੰ 1-800-927-4357 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

TTY ਵਰਤੋਂਕਾਰ 711 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰਨ। Punjabi

សេវាភាសាគតិកផ្លែ។ អ្នកអាចទទួលបានអ្នកបកប្រែ និងឱកាសឯកសារជូនអ្នក ជាភាសាប្តូរ។ សំរាប់ជំនួយ
សូមទូរស័ព្ទមកកម្រិត តាមគលមលេខដែលមានគេតែងលើប័ណ្ណ ID របស់អ្នក ឬ 1-800-788-0710។ សំរាប់ជំនួយថែមទៀត
ទូរស័ព្ទគេតែងលើកស្ទង់ធានារ៉ាប់រង វិបកាលីហ្វ័រនីញ៉ា តាមគលមលេខ 1-800-927-4357។ អ្នកក៏បើ TTY គេតែងលើ 711។ Khmer

خدمات اللغة بدون تكلفة. يمكنك الحصول على مترجم شفوي وخدمة قراءة المستندات لك بلغتك. للحصول على المساعدة، اتصل بنا على الرقم المدرج في بطاقة الهوية
الخاصة بك أو برقم 1-800-788-0710. لمزيد من المساعدة، اتصل بقسم التأمين بولاية كاليفورنيا على الرقم 1-800-927-4357. مستخدمو TTY يمكنهم الاتصال
برقم 711. Arabic

Cov Kev Pab Cuam Txhais Lus Dawb. Koj tuaj yeem tau txais ib tus neeg txhais lus thiab txais tau cov ntaub ntawv uas nyeem tag
ntawd xa tuaj rau koj muab sau ua koj hom lus xa tuaj Yog xav tau kev pab, hu rau peb ntawm tus xov tooj teev muaj nyob rau ntawm
koj daim yuaj ID los yog 1-800-788-0710 Yog xav tau kev pab ntxiv hu rau CA Chaw Ua Hauj Lwm Tswj Kev Tuav Pov Hwm
ntawm 1 800-927-4357. Cov neeg siv TTY hu rau 711. Hmong

निःशुल्क भाषा सेवाएं। आप एक दुभाषिया को ले सकते हैं और दस्तावेजों को अपनी भाषा में पढ़वा सकते हैं। सहायता के लिए, हमें
अपने आईडी कार्ड पर दर्ज नंबर या 1-800-788-0710 पर कॉल करें। अधिक सहायता के लिए सीए बीमा विभाग को 1-800-927-4357
पर कॉल करें। टीटीवाई उपयोगकर्ता 711 पर कॉल करें। Hindi

บริการด้านภาษาโดยไม่มีค่าใช้จ่าย คุณสามารถรับคำและรับการอ่านเอกสารให้คุณฟังในภาษาของคุณได้ หากต้องการความช่วยเหลือ
โปรดโทรหาเราตามหมายเลขที่ระบุในบัตรประจำตัวประชาชน หรือ 1-800-788-0710 หากต้องการความช่วยเหลือเพิ่มเติม
โปรดติดต่อฝ่ายประกันภัยของ CA ที่หมายเลข 1-800-927-4357 ผู้ใช้ TTY โทร 711 ภาษาอังกฤษ Thai

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

