KAISER PERMANENTE®

Solicitud de cobertura médica

Planes Individuales y Familiares

¿Quién puede usar esta solicitud?

Usted puede usar esta aplicación para solicitar un plan de Kaiser Foundation Health Plan of Washington (KFHPWA).

- 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.
- 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.

¿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 KFHPWA. Visite **kp.org/wa/medicare** (haga clic en "Español") para obtener más información sobre sus opciones de planes de Medicare o para solicitar la cobertura de Medicare.
- Si califica para obtener asistencia financiera federal y desea ayuda para pagar los copagos, los coseguros, los deducibles o las primas, no llene esta solicitud. Debe solicitar la cobertura a través de Washington Healthplanfinder en wahealthplanfinder.org.
- Para hacer cambios en su cuenta existente de KFHPWA, llame al **1-800-290-8900** (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 15 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 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.
- Si su evento calificado de vida (circunstancia de vida que califica y modifica su situación actual) 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 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:

  Kaiser Foundation Health Plan of Washington
  Membership Administration
  P.O. Box 23127
  San Diego, CA 92193-9921

  O envíelos por fax seguro al: **1-855-355-5334**

¿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 productor, llámelo para obtener ayuda.

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

La version en inglés es el documento que prevalece. La versión traducida es solo para propósitos informativos.
The English version is the controlling document. The translated version is informational.

Solicitante principal

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)

¿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** 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 reimbursment 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 ordende 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 dentro de los Estados Unidos con acceso a nuevos planes

☐ Traslado permanente a los Estados Unidos desde otro país

Nota: Marque una de las siguientes casillas:

- ☐ Ciudadano estadounidense/residente permanente
- ☐ No ciudadano de EE. UU.

Otros eventos calificados de vida

☐ Determinación de circunstancias excepcionales por parte de Washington Healthplanfinder

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. Para evitar pagar 2 planes o quedar sin cobertura, cancele cualquier otra cobertura que tenga a partir del día anterior al comienzo de su nueva cobertura. Inscribirse en un plan nuevo no cancelará automáticamente las coberturas existentes.

Bronze	Silver	Gold
☐ Bronze	☐ VisitsPlus Silver 4500	☐ Gold HSA
☐ Bronze HSA	☐ Silver HSA	☐ VisitsPlus Gold
☐ VisitsPlus Bronze HSA	☐ VisitsPlus Silver HD	☐ VisitsPlus Gold LD
	☐ 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** (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 menos, 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. Debemos recibir estos documentos dentro de los 60 días. 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, visite **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. Entiendo que, una vez inscrito, no podré cancelar mi cobertura dental excepto durante el periodo de inscripción abierta o un periodo de inscripción especial.
☐ 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, el 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)

Apellido

Número de historia clínica anterior (si corresponde) | Estado (si corresponde) | Género: ☐ Masculino ☐ Femenino | 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 larespuesta 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.

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 Washington. En el estado de Washington, las parejas de hecho registradas reciben el mismo trato que un cónyuge.

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

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 | Inicial del segundo nombre | Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

Apellido

Número de historia clínica anterior (si corresponde) (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

Solicitante principal

Dependientes que recibirán cobertura

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

2 Nombre

Inicial del segundo nombre

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

Apellido

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

Solicitante principal

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

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

Date (mm/dd/yyyy)

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

PASO 6: Firme el acuerdo de solicitud

Importante: El solicitante principal debe leer, firmar y escribir la fecha a continuación. Si el solicitante principal es menor de 18 años, su padre, madre o tutor legal deberá firmar. 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.

- Confirmo 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**.

X

Fecha (mm/dd/aaaa)

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

Solicitante principal

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 indicada en la factura 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

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 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

Firma del titular de la cuenta

Fecha (mm/dd/aaaa) / /

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

Firma del titular de la tarjeta

Fecha (mm/dd/aaaa) / /

Solicitante principal

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 **1-800-290-8900** (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 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

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) / /

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** (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:

Agency name

Agency ID number

Producer 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

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

☐ Yes ☐ No

X

Producer or Kaiser Permanente representative

Date (mm/dd/yyyy)

Nondiscrimination Notice

Kaiser Foundation Health Plan of Washington and Kaiser Foundation Health Plan of Washington Options, Inc. ("Kaiser Permanente") complies with applicable Federal and Washington state civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, sex, sexual orientation, or gender identity. Kaiser Permanente does not exclude people or treat them less favorably because of race, color, national origin (including limited English proficiency and primary language), age, disability, sex, sex characteristics (including intersex traits), pregnancy (or related conditions), sex stereotypes, sexual orientation, or gender identity. We also:

- Provide people with disabilities reasonable modifications and free appropriate auxiliary aids and services to communicate effectively with us, such as:
  - Qualified sign language interpreters
  - Written information in other formats (large print, braille, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provide free language assistance services to people whose primary language is not English, which may include:
  - Qualified interpreters
  - Information written in other languages

If you need reasonable modifications, appropriate auxiliary aids and services, or language assistance services, contact Member Services at **1-888-901-4636** (TTY **711**).

If you believe that Kaiser Permanente has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin (including limited English proficiency and primary language), age, disability, sex, sex characteristics (including intersex traits), pregnancy (or related conditions), sex stereotypes, sexual orientation, or gender identity, you can file a grievance with our Civil Rights Coordinator at P.O. Box 35191, Mail Stop: RCR-A1N-22, Seattle, WA 98124-5191 or by calling **1-888-901-4636** (TTY **711**). You can file a grievance in person or by mail, phone, or online at **kp.org/wa/feedback**. If you need help filing a grievance, our Civil Rights Coordinator is available to help you.

The notice of nondiscrimination is available at https://healthy.kaiserpermanente.org/washington/language-assistance/nondiscrimination-notice

You can also file a civil rights complaint with:

- The U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, 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; **1-800-368-1019, 800-537-7697** (TDD). Complaint forms are available at **http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html**
- The Washington State Office of the Insurance Commissioner, electronically through the Office of the Insurance Commissioner Complaint portal available at **https://www.insurance.wa.gov/file-complaint-or-check-your-complaint-status**, or by phone at **800-562-6900, 360-586-0241** (TDD). Complaint forms are available at **https://fortress.wa.gov/oic/onlineservices/cc/pub/complaintinformation.aspx**

Help in your language

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 រួមទាំងជំនួយនិងសេវាសម្រួលដោយឥតគិតថ្លៃ 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 ਮੁਫ਼ਤ 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 Sprachassistenz 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**).

International Symbol for ASL (American Sign Language):



KAISER PERMANENTE®