KAISER PERMANENTE®

Solicitud de cobertura médica

Planes Individuales y Familiares

¿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/es** 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 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 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 cadapágina 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 por fax de manera segura al: **1-855-355-5334**

  Nota: Los cheques deben enviarse por correo postal, 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.

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 de salud

- ☐ Pérdida de la cobertura de salud esencial mínima (indique el último día completo en que tuvo cobertura)
- ☐ Elegibilidad para adquirir un plan de salud individual a través de un arreglo de reembolso de salud de cobertura individual (ICHRA) o un arreglo de reembolso de salud calificado para pequeños empleadores (QSEHRA)
- ☐ Interrupción de la contribución del empleador o del subsidio gubernamental de las primas de COBRA
- ☐ Información incorrecta sobre su inscripción en la cobertura de salud esencial mínima
- ☐ Cambios en la red de proveedores
- ☐ Elegibilidad para el estipendio de atención médica de una empresa de transporte o entrega basada en aplicaciones

Cambio en el grupo familiar

- ☐ Obtener o convertirse en dependiente por matrimonio o unión civil
- ☐ Obtener o convertirse en dependiente por el nacimiento de un hijo, adopción, o colocación en adopción o en hogar de acogida
  Nota: En este caso, también debe elegir entre 2 opciones de fecha de entrada en vigor:
  - ☐ La fecha de nacimiento, adopción, o colocación en adopción o en hogar de acogida
  - ☐ El primer día del mes después de que recibamos la solicitud
- ☐ Orden de manutención infantil u otra orden judicial para cubrir a un dependiente
  Nota: En este caso, también debe elegir entre 2 opciones de fecha de entrada en vigor:
  - ☐ La fecha de la orden de manutención infantil u otra orden judicial para cubrir a un dependiente
  - ☐ El primer día del mes después de la fecha de la orden judicia
- ☐ Violencia doméstica o abandono conyugal ocurrido dentro del hogar
- ☐ Pérdida de un dependiente por divorcio, disolución de unión civil o separación legal
- ☐ Fallecimiento del suscriptor o de un dependiente

Cambio de residencia

- ☐ Reubicación permanente dentro de los Estados Unidos con acceso a nuevos planes
- ☐ Reubicación permanente a los Estados Unidos desde otro país
  Nota: Marque una de las siguientes casillas:
  - ☐ Ciudadano/residente permanente de EE. UU.
  - ☐ No ciudadano de EE. UU.

Otros eventos de vida que califican

- ☐ Determinación de Covered California de circunstancias excepcionales
- ☐ Demostrar que un plan calificado violó sustancialmente una disposición material de su contrato en relación con el afiliado
- ☐ Liberación de un centro de encarcelamiento

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

Solicitante principal

PASO 2: Elija su plan de salud

Elija un plan de salud. Si algún familiar va a solicitar un plan de salud diferente, 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	Platinum
☐ Kaiser Permanente – Bronze 60 HDHP HMO	☐ Kaiser Permanente – Silver 70 HMO Off Exchange	☐ Kaiser Permanente – Gold 80 HMO Coinsurance	☐ Kaiser Permanente – Platinum 90 HMO
☐ Kaiser Permanente – Bronze 60 HMO	☐ Kaiser Permanente – Silver 70 HMO 2850/50 PCP	☐ Kaiser Permanente – Gold 80 HMO	
☐ Kaiser Permanente – Bronze 60 HMO 8200/0% PCP	☐ Kaiser Permanente – Silver 70 HDHP HMO 4000/25% PCP	☐ Kaiser Permanente – Gold 80 HMO 0/30 PCP	
		☐ Kaiser Permanente – Gold 80 HMO 750/35 PCP	
		☐ Kaiser Permanente – Gold 80 HDHP HMO 2500/15% PCP	

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

Los planes de cobertura mínima están disponibles para los solicitantes que sean menores de 30 años en la fecha de 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 obtener información sobre los beneficios de salud y dentales, y sus limitaciones, montos de costo compartido y primas, consulte los detalles de sus 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 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 dentales más grandes y experimentados 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*).

Para su protección, la ley de California exige que en este formulario aparezca lo siguiente:
Toda persona que a sabiendas presente información falsa o fraudulenta para obtener o modificar una cobertura de seguro, o para presentar un reclamo de pago por una pérdida, es culpable de un delito y podrá estar sujeta a multas y reclusión en una prisión estatal.

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, 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) / /

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 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.

Solicitante principal

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

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 doméstica

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

Solicitante principal

Padres o padrastros que recibirán cobertura

Si tiene más de 2 padres o padrastros 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

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.

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 la persona 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 la persona 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 la persona 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 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 SIGN

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 padrastros, y dependientes mayores de 18 años deben leer, firmar y escribir la fecha a continuación. Si la persona 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 faltan las firmas, cancelaremos la solicitud. Si deben firmar más de 2 padres o padrastros 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.

- Confirmo 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)

Solicitante principal

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

Entiendo que (con excepción de los casos del tribunal para reclamaciones menores, las reclamaciones sujetas a los procedimientos de apelaciones de Medicare o a las regulaciones del procedimiento de reclamaciones de la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación para Empleados [*Employee Retirement and Income Security Act*, ERISA] y cualquier otra reclamación que no pueda someterse a arbitraje obligatorio según las leyes vigentes) toda disputa entre mi persona, mis herederos, familiares u otras partes asociadas, por un lado y, por otro lado, Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (KFHP), cualquier proveedor de atención médica contratado, administradores u otras partes asociadas contratados, por la supuesta violación de cualquier deber que se presente o esté relacionado con la membresía en KFHP, incluida cualquier reclamación por negligencia médica o del hospital (una reclamación que indica que un servicio médico era innecesario o no estaba autorizado, o bien que se prestó de forma incorrecta, negligente o incompleta), por responsabilidad de los centros médicos, o relativos a la cobertura o prestación de servicios o artículos, sin tomar en cuenta la teoría legal, deben decidirse a través de un arbitraje obligatorio, según la ley de California y no por medio de una demanda o recurso a un proceso judicial, excepto cuando la ley vigente indique una revisión judicial de la actuación arbitral. 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 padrastros y dependientes mayores de 18 años, adjunte una copia de esta página con las firmas adicionales.

Solicitante principal

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 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 **1-888-236-4490** (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 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 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 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 una línea telefónica fija:
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
Within L.A. Condado: 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, 2nd Floor
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** (cambie el idioma a español).

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 de forma oportuna:

- 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 (Member Services) 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 demás: **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** (cambie el idioma a español) 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** (cambie el idioma a español).

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

  Los formularios de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Atención Médica de California 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. 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 la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. 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

In this document, “we”, “us”, or “our” means Kaiser Permanente (Kaiser Foundation Health Plan, Inc, Kaiser Foundation Hospitals, The Permanente Medical Group, Inc., and the Southern California Medical Group). This notice is available on our website at **kp.org**.

Discrimination is against the law. We follow state and federal civil rights laws.

We do not discriminate, exclude people, or treat them differently because of age, race, ethnic group identification, color, national origin, cultural background, ancestry, religion, sex, gender, gender identity, gender expression, sexual orientation, marital status, physical or mental disability, medical condition, source of payment, genetic information, citizenship, primary language, or immigration status.

Kaiser Permanente provides the following services in a timely manner:

- No-cost aids and services to people with disabilities to help them communicate better with us, such as:
  - Qualified sign language interpreters
  - Written information in other formats (braille, large print, audio, accessible electronic formats, and other formats)
- No-cost language services to people whose primary language is not English, such as:
  - Qualified interpreters
  - Information written in other languages

If you need these services, call our Member Services department at the numbers below. The call is free. Member services is closed on major holidays.

- Medicare, including D-SNP: **1-800-443-0815** (TTY **711**), 8 a.m. to 8 p.m., 7 days a week.
- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY **711**), 24 hours a day, 7 days a week.
- All others: **1-800-464-4000** (TTY **711**), 24 hours a day, 7 days a week.

Upon request, this document can be made available to you in braille, large print, audio, or electronic formats. To obtain a copy in one of these alternative formats, or another format, call our Member Services department and ask for the format you need.

How to file a grievance with Kaiser Permanente

You can file a discrimination grievance with us if you believe we have failed to provide these services or unlawfully discriminated in another way. You can file a grievance by phone, by mail, in person, or online. Please refer to your *Evidence of Coverage or Certificate of Insurance* for details. You can call Member Services for more information on the options that apply to you, or for help filing a grievance. You may file a discrimination grievance in the following ways:

- **By phone:** Call our Member Services department. Phone numbers are listed above.
- **By mail:** Download a form at **kp.org** or call Member Services and ask them to send you a form that you can send back.
- **In person:** Fill out a Complaint or Benefit Claim/Request form at a member services office located at a Plan Facility (go to your provider directory at **kp.org/facilities** for addresses)

- **Online:** Use the online form on our website at **kp.org**

You may also contact the Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator directly at the addresses below:

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

How to file a grievance with the California Department of Health Care Services Office for Civil Rights *(For Medi-Cal Beneficiaries Only)*

You can also file a civil rights complaint with the California Department of Health Care Services Office for Civil Rights in writing, by phone or by email:

- **By phone:** Call DHCS Office of Civil Rights at **916-440-7370** (TTY **711**)
- **By mail:** Fill out a complaint form or send a letter to:

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

  California Department of Health Care Services Office for Civil Rights Complaint forms are available at: http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

- **Online:** Send an email to CivilRights@dhcs.ca.gov

How to file a grievance with the U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights

You can file a discrimination complaint with the U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights. You can file your complaint in writing, by phone, or online:

- **By phone:** Call **1-800-368-1019** (TTY **711** or **1-800-537-7697**)
- **By mail:** Fill out a complaint form or send a letter to:

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

  U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights Complaint forms are available at: https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html

- **Online:** Visit the **Office for Civil Rights Complaint Portal at: https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf**

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.