KAISER PERMANENTE®

Planes Individuales y Familiares

Formulario de Cambios en la Cuenta

California

Instrucciones

- Si usted ya es miembro de Kaiser Permanente for Individuals and Families (KPIF) y está inscrito directamente en una cuenta de KPIF, puede utilizar este formulario para hacer cambios en su plan o cuenta. Solo el suscriptor, o el padre, la madre o el tutor legal de una cuenta exclusiva para menores, puede llenar este formulario.
- Si usted ya es miembro de KPIF y está inscrito a través de Covered California, todos los cambios en la cuenta o el plan de su cobertura actual deben solicitarse a través de CoveredCA.com. Si no está seguro de cómo se encuentra inscrito o necesita ayuda adicional, llame al **1-800-255-5169** (TTY **711**).
- Por medio de este formulario, usted puede hacer distintos tipos de cambios en los planes y en las cuentas. Llene la Sección A con su información personal. Luego, en la Sección B, seleccione los cambios que quiere hacer y proceda a completar cualquier otra sección relacionada con dichos cambios.
- Si usted es un suscriptor que cancela su cobertura, la cobertura de sus dependientes también se cancelará automáticamente. Puede elegir mantener a sus hijos menores de 21 años en una cuenta exclusiva para menores. Si cancela su cobertura de KPIF debido a que recientemente es elegible para una cobertura de grupo o para Medicare, sus dependientes contarán con un periodo de inscripción especial para inscribirse en una nueva cobertura de KPIF. Visite **kp.org/inscripcionespecial** o comuníquese con Servicio a los Miembros para obtener más información.
- Si agrega un dependiente a su plan, cualquier otra cobertura que esta persona tenga no se cancelará de manera automática, a menos que se indique en este formulario. Para evitar pagar dos planes o quedar sin cobertura, cancele cualquier otra cobertura que tenga a partir del día anterior al comienzo de su nueva cobertura.
- Nota: Si tiene derecho a recibir Medicare Parte A o está inscrito en Medicare Parte B, no es elegible para cambiar de plan de KPIF. Si un familiar tiene derecho a recibir Medicare Parte A o está inscrito en Medicare Parte B, no es elegible para cambiar de plan de KPIF ni puede agregarse a su plan de KPIF como un nuevo dependiente.
- 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 8 para encontrar información sobre su programa HICAP local.

A. Llene el formulario con su información

Si va a realizar un cambio, actualice las siguientes casillas con su nueva información.

Nombre

Inicial del segundo nombre

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

Apellido

Número de historia clínica (si corresponde)

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

B. ¿Qué cambios quiere hacer?

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

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

- ☐ Cambiar de plan.
- ☐ Agregar cobertura médica para un familiar.
- ☐ Cambiar una cuenta exclusiva para menores a una cuenta familiar conmigo como suscriptor.
- ☐ Agregar cobertura dental opcional para adultos (para todos los miembros de mi plan de 19 años o más).
- ☐ Cancelar la cobertura dental opcional para adultos (de todos los miembros de mi plan de 19 años o más).

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

Combine cuentas de KPIF

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

☐ Deseo agregar a mi cuenta a uno o más familiares que ya tienen un plan de KPIF. Hacer esto cancelará el plan existente de sus familiares. (Indique qué familiares se transferirán a su cuenta en la Sección C).

Cancelación de cuenta

Nombre

Inicial del segundo nombre

Apellido

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

X

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

Fecha (mm/dd/aaaa) / /

Puede realizar los siguientes cambios en cualquier momento del año. *(Nota: Para estos cambios, puede saltarse las Secciones D y E).*

- ☐ Cancelar toda la cobertura para mí y todos mis familiares.
- ☐ Cancelar la cobertura de un familiar.
- ☐ Cancelar mi cobertura y mantener a mis hijos menores de 21 años en una cuenta exclusiva para menores.
- ☐ Cancelar mi cobertura y la de mi cónyuge o pareja de hecho, y mantener a mis hijos menores de 21 años en una cuenta exclusiva para menores.
- ☐ Hacer los cambios indicados en la Sección A. (Si ha cambiado de nombre, adjunte la documentación legal correspondiente).

Fecha de vigencia solicitada (no se garantiza)

/ / (mm/dd/aaaa)

C. ¿A qué miembros de la familia afecta el cambio? (Menciónelos a continuación).

Cónyuge o pareja de hecho

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

Nombre | Inicial del segundo nombre | Elija una opción: ☐ Cónyuge ☐ Pareja de hecho

Apellido

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) / / | Género ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Prefiere no especificar | Número del Seguro Social (si corresponde) - -

Número de historia clínica (si corresponde) | Teléfono principal (teléfono celular si corresponde) - -

Dirección de correo electrónico

Si va a hacer cambios para más de 2 padres o padrastros, adjunte una copia de esta página y llénela con la información de esas personas.

Padre o madre/padrastro o madrastra 1

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

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

Apellido

Número de historia clínica (si corresponde) | Género ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Prefiere no especificar | Número del Seguro Social (si corresponde) -

Teléfono principal (teléfono celular si corresponde) -

Dirección de correo electrónico

Padre o madre/padrastro o madrastra 2

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

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

Apellido

Número de historia clínica (si corresponde) | Género ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Prefiere no especificar | Número del Seguro Social (si corresponde) -

Teléfono principal (teléfono celular si corresponde) -

Dirección de correo electrónico

C. ¿A qué miembros de la familia afecta el cambio? (Menciónelos a continuación).

Si realizará cambios para más de 3 dependientes, adjunte una copia de esta página y llénela con la información de esos dependientes. Proporcione teléfono y correo electrónico únicamente para los dependientes mayores de 18 años.

Dependiente 1

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

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

Apellido

Número de historia clínica (si corresponde)

Género: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Prefiere no especificar

Número del Seguro Social (si corresponde)

Teléfono principal (teléfono celular si corresponde)

Dirección de correo electrónico

Dependiente 2

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

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

Apellido

Número de historia clínica (si corresponde)

Género: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Prefiere no especificar

Número del Seguro Social (si corresponde)

Teléfono principal (teléfono celular si corresponde)

Dirección de correo electrónico

Dependiente 3

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

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

Apellido

Número de historia clínica (si corresponde)

Género: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Prefiere no especificar

Número del Seguro Social (si corresponde)

Teléfono principal (teléfono celular si corresponde)

Dirección de correo electrónico

D. Elija su periodo de inscripción

Seleccione una opción: ☐ Inscripción abierta **(vaya a la Sección E)** ☐ 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 acuerdo de reembolso de gastos médicos para cobertura individual (ICHRA) o un acuerdo de reembolso de gastos médicos calificados 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 de hecho
- ☐ 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 vigencia:
  - ☐ La fecha de la orden de manutención infantil u otra orden judicial
  - ☐ El primer día del mes siguiente a la fecha de la orden judicial
- ☐ Violencia doméstica o abandono conyugal ocurrido dentro del hogar
- ☐ Pérdida de un dependiente por divorcio, disolución de la unión de hecho 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: Por favor marque una de las siguientes casillas:
  - ☐ Ciudadano estadounidense/residente permanente
  - ☐ No ciudadano estadounidense

Otros eventos que califican

- ☐ Determinación por parte de Covered California de circunstancias excepcionales
- ☐ Demostrar que un plan calificado violó sustancialmente una disposición material de su contrato en relación con el afiliado
- ☐ Puesta en libertad tras un período de encarcelamiento

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

E. Elija su plan de salud

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

- ☐ Kaiser Permanente – Bronze 60 HDHP HMO
- ☐ Kaiser Permanente – Bronze 60 HMO
- ☐ Kaiser Permanente – Bronze 60 HMO 8200/0% PCP
- ☐ Kaiser Permanente – Silver 70 HMO Off Exchange
- ☐ Kaiser Permanente – Silver 70 HMO 2850/50 PCP
- ☐ Kaiser Permanente – Silver 70 HDHP HMO 4000/25% 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 2500/15% PCP
- ☐ Kaiser Permanente – Platinum 90 HMO
- ☐ Kaiser Permanente – Cobertura mínima HMO*

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

Los planes de cobertura mínima están disponibles para los solicitantes que sean menores de 30 años en la fecha de 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.

¿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 gastos médicos para cobertura individual (ICHRA) o un acuerdo de reembolso de gastos médicos calificados 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.

F. 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.

Puede inscribirse en la cobertura dental para adultos del plan de seguro dental opcional o cancelarla durante el periodo de inscripción abierta, la renovación anual para miembros o un periodo de inscripción especial. 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*).

☐ Agregar cobertura dental para adultos.†

☐ Cancelar cobertura dental para adultos.†

†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.

G. Firme el formulario

- Entiendo que Kaiser Foundation Health Plan, Inc. se basará en la información que yo proporcione en este formulario y que, si cualquier información resulta ser fraudulenta o intencionalmente engañosa, Kaiser Foundation Health Plan, Inc. puede optar por cancelar mi cobertura desde su fecha de entrada en vigencia.
- Confirmo que ninguna de las personas incluidas en este formulario que está cambiando de plan o que fue agregada como dependiente tiene derecho a recibir Medicare Parte A ni está inscrita en Medicare Parte B.
- Si trabajé con un corredor de seguros, entiendo que el corredor puede recibir de Kaiser Permanente un pago u otra compensación monetaria en relación con esta 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).
- 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**.

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

X _____ Fecha (mm/dd/aaaa) __/__/____

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

X _____ Fecha (mm/dd/aaaa) __/__/____

Cónyuge/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)

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

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

Entiendo que (con excepción de los casos del tribunal 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 incompetente), 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).*

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

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)

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

Información de contacto

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

Oficinas locales del HICAP por condado de California

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

Condados de Alpine, Amador, Calaveras, Mariposa y Tuolumne
19074 Standard Road, Suite A
Sonora, CA 95370
209-532-6272 ext. 226

Condados de Butte, Colusa, Glenn, Plumas y Tehama
25 Main Street, Room 202
Chico, CA 95929-0799
530-898-6716

Condado de Contra Costa
400 Ellinwood Way
Pleasant Hill, CA 94523
Dentro de Contra Costa desde 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**