

# Programa Comunitario de Acceso a la Salud

## Solicitud de renovación de subsidio: 2024

Use este formulario para solicitar la renovación de un subsidio para pagar sus primas mensuales y la mayoría de los gastos de bolsillo de su plan de Kaiser Permanente. Volver a presentar el formulario no tiene costo. Para hacerlo, siga estos pasos:

### **Paso 1: Presente la solicitud de renovación antes de la fecha límite**

Para presentar la solicitud de renovación para el Programa Comunitario de Acceso a la Salud (Community Health Access Program, CHAP), **debemos** recibir este formulario antes del **2 de octubre de 2023**. Si no recibimos este formulario para esa fecha, ya no obtendrá ayuda financiera y tendrá que pagar el monto total de la prima mensual y los gastos de bolsillo a partir del 1 de enero de 2024.

### **Paso 2: Llene el formulario de solicitud de renovación del subsidio**

- Escriba en una computadora o en letra de imprenta con tinta negra o azul.
- Conteste todas las preguntas de manera completa.
- Firme el formulario.
- Haga una copia del formulario lleno para sus registros.

### **Paso 3: Incluya un comprobante de ingresos**

Adjunte copias de los comprobantes de ingresos brutos más recientes de su hogar:

- Si le paga un empleador, incluya los 2 últimos recibos de sueldo, formularios W-2 o extractos de pago.
- Si tiene un empleo por cuenta propia, incluya el Anexo C y la página 1 (la página de ingreso bruto ajustado) de la declaración de impuestos federales sobre el ingreso o el formulario de ganancias y pérdidas del año pasado.
- Si recibe su pago en efectivo, incluya una carta de ingresos firmada por su empleador.
- Si presenta el formulario fiscal 1040 del año anterior, no se requiere otra prueba de ingreso.
- Consulte más ejemplos de comprobantes de ingresos en la Sección 4.

Si a su familia le aplican alguna deducción de los ingresos, proporcione comprobantes, por ejemplo:

- Interés de un préstamo estudiantil, incluya su último estado de cuenta del préstamo.
- Si tiene un empleo por cuenta propia, incluya el Anexo C y la página 1 (la página de ingreso bruto ajustado) de la declaración de impuestos federales sobre el ingreso o el formulario de ganancias y pérdidas del año pasado.

### **Reglas de elegibilidad.**

La elegibilidad para el Programa Comunitario de Acceso a la Salud de Kaiser Permanente se considerará para personas que no tienen seguro y que cumplan con los siguientes requisitos:

- Vivan en el área de servicio de Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc., excepto en el Distrito de Columbia.
- Vivan en un hogar con ingresos de hasta el 300 % del nivel federal de pobreza.
- No puedan ser elegibles para otra cobertura médica pública o privada, como Medicaid, Maryland Children's Health Program, Medicare, un plan de salud a través de un empleo o asistencia financiera mediante Maryland Health Connection, entre otras opciones.

**NO es necesario tener la ciudadanía estadounidense para ser elegible para el Programa Comunitario de Acceso a la Salud de Kaiser Permanente.**

#### **Paso 4: Incluya documentos adicionales**

- Cartas de denegación de Medicaid, Maryland Children's Health Program o Maryland Health Connection, si corresponde.
- Proporcione pruebas de su tutoría legal, si corresponde.
- Incluya cualquier otra información o documentación que pueda ayudarnos a evaluar su elegibilidad.

#### **Paso 5: Envíe su formulario, comprobante de ingresos y otros documentos requeridos**

Envíe el **formulario de solicitud de renovación del subsidio** lleno y firmado, el comprobante de ingresos actuales, las deducciones de ingresos y otros documentos requeridos a través de una de las siguientes opciones.

- Por correo electrónico:  
**CHC-Applications@kp.org**  
(incluya la palabra "application" [solicitud] en el asunto)
- Por correo postal:  
Kaiser Permanente  
Attn: CHC  
P.O. Box 23127  
San Diego, CA 92193-3127
- Por fax:  
**1-855-355-5334**

#### **Estamos aquí para ayudarle**

Si tiene preguntas sobre el Programa Comunitario de Acceso a la Salud o sobre este formulario, por favor, llame al:

**1-800-777-7902 (TTY 711)**

de lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 9:00 p. m., hora del este (excepto los principales días festivos).

#### **Información sobre el aliado comunitario**

Comuníquese con un navegador del CHAP participante para obtener ayuda con la solicitud de renovación. Visite **kp.org/mas-chap/ayuda** para encontrar el más cercano a su domicilio.

---

**Importante:** No se garantiza la continuidad de la elegibilidad para el Programa Comunitario de Acceso a la Salud. Nos reservamos el derecho de cerrar la inscripción o de cambiar las reglas de elegibilidad en cualquier momento. Si se aprueba que reciba el subsidio, será por un tiempo limitado. Más adelante, nos comunicaremos con usted para confirmar que todavía reúna los requisitos.

Kaiser Permanente mantendrá la privacidad de su información, tal como lo exige la ley, y usará su información personal solo a fin de saber si reúne los requisitos para el subsidio de Kaiser Permanente.

Si solicita el subsidio de Kaiser Permanente a través de una organización comunitaria, esta organización puede usar su información con el objeto de determinar su elegibilidad para otro programa de atención médica o de servicio social o para otro fin que exija la ley.

# Preguntas más comunes

## 1. ¿Cuánto tiempo toma determinar si me aceptan o no en el Programa Comunitario de Acceso a la Salud de Kaiser Permanente?

Procesar los formularios llenos que incluyen toda la documentación requerida puede llevar hasta 6 semanas. Si falta información, es posible que tarde más y que se venza el plazo para que presente la solicitud de renovación. Llenar este formulario no garantiza la inscripción en el Programa Comunitario de Acceso a la Salud de Kaiser Permanente.

## 2. ¿Cuánto pagaré al mes por el Programa Comunitario de Acceso a la Salud de Kaiser Permanente?

No se requiere un pago mensual. Kaiser Permanente subsidiará el monto total de la prima mensual.

## 3. ¿Qué sucede cuando ya no cumpla los requisitos de elegibilidad?

Cuando ya no cumpla nuestros requisitos de elegibilidad, se cancelará su inscripción al Programa Comunitario de Acceso a la Salud de Kaiser Permanente. Seguirá inscrito en el plan MD Gold 0/20/Vision, pero deberá pagar la totalidad de su prima mensual y los gastos de bolsillo, a menos que nos pida que cancelemos su membresía o que no pague toda la prima. Consulte la Sección 5 para conocer sus opciones.

## 4. No puedo pagar una cobertura a través de Maryland Health Connection. ¿Aún así puedo participar en el Programa Comunitario de Acceso a la Salud?

La imposibilidad de pagar las primas del Maryland Health Connection no hace que califique para participar en el Programa Comunitario de Acceso a la Salud. Debe cumplir los requisitos de ingresos y otros criterios del Programa Comunitario de Acceso a la Salud para ser elegible.

## 5. ¿Qué otros programas de cobertura médica están disponibles?

- **Considere Medicaid o Maryland Children's Health Program.** Es posible que esta opción esté disponible para solicitantes estadounidenses por nacimiento o que tengan residencia permanente legal y que tengan un ingreso anual de hasta el 138 % del nivel federal de pobreza (\$20,120 por una persona o \$41,400 por una familia de 4 personas en 2023). Kaiser Permanente es un proveedor de Medicaid y puede estar disponible para usted. Visite [kp.org/medicaid/md/es](https://kp.org/medicaid/md/es) para obtener más información.
- **Compre una cobertura médica a través de Maryland Health Connection.** Si reúne los requisitos, es posible que reciba ayuda para pagar las primas de su plan o los gastos de su bolsillo. Recuerde inscribirse durante el periodo de inscripción abierta de Maryland Health Connection. Si espera hasta después de que el periodo de inscripción abierta haya terminado, necesitará un evento de vida calificado para poder inscribirse en un plan nuevo. Para obtener más información, visite [marylandhealthconnection.gov/espanol](https://marylandhealthconnection.gov/espanol).
- **Llámenos al 1-800-488-3590 (TTY 711) o visite [buykp.org](https://buykp.org)** (cambie el idioma a español) para obtener información sobre otras opciones de planes de Kaiser Permanente for Individuals and Families.
- **Considere Medicare**, un programa federal de seguro de salud que se ofrece a adultos mayores de 65 años. Existen distintos periodos en los que podría ser elegible para inscribirse en un plan de salud de Medicare. Visite [kp.org/medicare](https://kp.org/medicare) (cambie el idioma a español) para obtener más información. Si sus ingresos familiares son limitados, es posible que reúna los requisitos para Medicaid. Visite [kp.org/medicaid/md/es](https://kp.org/medicaid/md/es) para obtener más información.

(continúa)

## Preguntas más comunes *(continuación)*

**6. ¿Es el Programa Comunitario de Acceso a la Salud un beneficio público que podría afectar mi capacidad para obtener la residencia permanente legal o la ciudadanía estadounidense en el futuro?**

No, el Programa Comunitario de Acceso a la Salud no es un beneficio público. Es un programa que patrocina Kaiser Permanente para ayudar a pagar la cobertura médica de las personas y las familias de bajos ingresos que no tienen acceso a la cobertura médica pública o privada.

**7. ¿Qué sucede si la persona mencionada como miembro principal no es elegible para el Programa Comunitario de Acceso a la Salud?**

Si el miembro principal ya no es elegible, no envíe este formulario de renovación del subsidio. En cambio, los miembros elegibles que quieran continuar en el Programa Comunitario de Acceso a la Salud el próximo año deben enviar una nueva solicitud. Llámenos al **1-800-777-7902 (TTY 711)** para obtener información sobre cómo enviar una nueva solicitud durante la Inscripción Abierta.

**Esta página se dejó en blanco intencionalmente.**

## SECCIÓN 1: Información del miembro (campo obligatorio)

### Miembro principal

Persona con cobertura del plan de salud que solicita la renovación del subsidio del Programa Comunitario de Acceso a la Salud. Si presenta una solicitud de renovación para un menor de 18 años, el padre, la madre o el tutor legal debe proporcionar la información del menor a continuación. La información del padre, la madre o el tutor legal debe llenarse en la Sección 2.

Nombre\*

Inicial del segundo nombre

Apellido\*

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

Número de historia clínica (si tiene)

Sexo\*

Masculino  Femenino  Prefiere no especificar

Teléfono de la casa

Teléfono celular

Domicilio\* (Incluya el n.º de departamento. No se aceptan apartados postales).

Ciudad\*

Estado\*

Código postal\*

Dirección postal (si es diferente al domicilio. Incluya el n.º de departamento).

Ciudad

Estado

Código postal

Idioma que prefiere hablar (si no es inglés)

Idioma que prefiere leer (si no es inglés)

Correo electrónico

Conteste **TODAS** las siguientes preguntas que correspondan sobre el miembro principal. Esta información solo se utiliza para averiguar si el miembro principal es elegible para el Programa Comunitario de Acceso a la Salud u otros programas que brindan cobertura médica.

El miembro principal

¿Recibe cobertura de salud a través de un empleador?\*

Sí  No

¿Tiene ciudadanía estadounidense?\*

Sí  No

Si contestó "sí", saltese las siguientes dos preguntas.

¿Es residente permanente legal?¹

Sí  No

Si contestó "sí", ¿hace cuántos años es residente permanente legal?¹

\* Indica que el campo es obligatorio.

1. Un residente permanente legal (*lawful permanent resident*, LPR) no tiene la ciudadanía estadounidense. Es un inmigrante que vive en EE. UU. según un estado de residencia permanente con reconocimiento legal. Por ejemplo, las personas que tienen la titularidad de una tarjeta de residencia, la residencia extranjera permanente y la titularidad del permiso de residencia extranjera.

## SECCIÓN 2: Padre, madre o tutor legal (si corresponde)

Llene esta sección únicamente si es el padre, la madre o el tutor legal y presenta una solicitud de renovación para un menor de 18 años.

Nombre

Inicial del segundo nombre

Apellido

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

Sexo

Masculino  Femenino  Prefiere no especificar

Teléfono de la casa

Teléfono celular

Dirección postal (Incluya el n.º de departamento. Se aceptan apartados postales).

Ciudad

Estado

Código postal

Idioma que prefiere hablar (si no es inglés)

Idioma que prefiere leer (si no es inglés)

Correo electrónico

## SECCIÓN 3: Información sobre la familia (si corresponde)

**Cónyuge/pareja doméstica (si corresponde)**

Llene esta sección para el cónyuge o la pareja doméstica que tenga cobertura del plan de salud y que solicite la renovación del subsidio del Programa Comunitario de Acceso a la Salud. Si el miembro es menor de 18 años, el padre, la madre o el tutor legal deberá llenar esta sección en su lugar.

Nombre

Inicial del segundo nombre

Elija una opción:

Cónyuge

Pareja doméstica

Apellido

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

Número de historia clínica (si tiene)

Sexo

Masculino  Femenino  Prefiere no especificar

Conteste **TODAS** las siguientes preguntas que correspondan sobre el cónyuge o la pareja doméstica. Esta información solo se utiliza para averiguar si el cónyuge o la pareja doméstica es elegible para el Programa Comunitario de Acceso a la Salud u otros programas que brindan cobertura médica.

El cónyuge o pareja doméstica

**¿Recibe cobertura de salud a través de un empleador?\***

Sí  No

**¿Tiene ciudadanía estadounidense?**

Sí  No

Si contestó "sí", saltese las siguientes dos preguntas.

**¿Es residente permanente legal?¹**

Sí  No

Si contestó "sí", ¿hace cuántos años es residente permanente legal?¹ \_\_\_\_\_

\* Indica que el campo es obligatorio.

(continúa)

1. Un residente permanente legal (*lawful permanent resident*, LPR) no tiene la ciudadanía estadounidense. Es un inmigrante que vive en EE. UU. según un estado de residencia permanente con reconocimiento legal. Por ejemplo, las personas que tienen la titularidad de una tarjeta de residencia, la residencia extranjera permanente y la titularidad del permiso de residencia extranjera.

### SECCIÓN 3: Información sobre la familia (continuación)

#### Dependiente 1

Llene esta sección para cada dependiente adicional que tenga cobertura del plan de salud y que solicite la renovación del subsidio del Programa Comunitario de Acceso a la Salud. Si el miembro es menor de 18 años, el padre, la madre o el tutor legal deberá llenar esta sección en su lugar. Si más de 3 dependientes solicitan la renovación, haga una copia de esta página y llene la misma información que se le pide a continuación por cada dependiente adicional.

Nombre

Inicial del segundo nombre

Apellido

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

Número de historia clínica (si tiene)

Sexo

- Masculino    Femenino  
 Prefiere no especificar

Relación con el miembro principal

Conteste **TODAS** las siguientes preguntas que correspondan sobre el dependiente. Esta información solo se utiliza para averiguar si el dependiente es elegible para el Programa Comunitario de Acceso a la Salud u otros programas que brindan cobertura médica.

El dependiente

¿Recibe cobertura de salud a través de un empleador?\*

Sí    No

¿Tiene ciudadanía estadounidense?

Sí    No

Si contestó "sí", sáltese las siguientes dos preguntas.

¿Es residente permanente legal?<sup>1</sup>

Sí    No

Si contestó "sí", ¿hace cuántos años es residente permanente legal?<sup>1</sup>

\_\_\_\_\_

(continúa)

\* Indica que el campo es obligatorio.

1. Un residente permanente legal (*lawful permanent resident*, LPR) no tiene la ciudadanía estadounidense. Es un inmigrante que vive en EE. UU. según un estado de residencia permanente con reconocimiento legal. Por ejemplo, las personas que tienen la titularidad de una tarjeta de residencia, la residencia extranjera permanente y la titularidad del permiso de residencia extranjera.

### SECCIÓN 3: Información sobre la familia (continuación)

#### Dependiente 2

Llene esta sección para cada dependiente adicional que tenga cobertura del plan de salud y que solicite la renovación del subsidio del Programa Comunitario de Acceso a la Salud. Si el miembro es menor de 18 años, el padre, la madre o el tutor legal deberá llenar esta sección en su lugar.

Nombre

Inicial del segundo nombre

Apellido

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

Número de historia clínica (si tiene)

Sexo

Masculino  Femenino  
 Prefiere no especificar

Relación con el miembro principal

Conteste **TODAS** las siguientes preguntas que correspondan sobre el dependiente. Esta información solo se utiliza para averiguar si el dependiente es elegible para el Programa Comunitario de Acceso a la Salud u otros programas que brindan cobertura médica.

El dependiente

¿Recibe cobertura de salud a través de un empleador?\*

Sí  No

¿Tiene ciudadanía estadounidense?

Sí  No

Si contestó "sí", sáltese las siguientes dos preguntas.

¿Es residente permanente legal?<sup>1</sup>

Sí  No

Si contestó "sí", ¿hace cuántos años es residente permanente legal?<sup>1</sup>

\_\_\_\_\_

#### Dependiente 3

Llene esta sección para cada dependiente adicional que tenga cobertura del plan de salud y que solicite la renovación del subsidio del Programa Comunitario de Acceso a la Salud. Si el miembro es menor de 18 años, el padre, la madre o el tutor legal deberá llenar esta sección en su lugar.

Nombre

Inicial del segundo nombre

Apellido

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

Número de historia clínica (si tiene)

Sexo

Masculino  Femenino  
 Prefiere no especificar

Relación con el miembro principal

Conteste **TODAS** las siguientes preguntas que correspondan sobre el dependiente. Esta información solo se utiliza para averiguar si el dependiente es elegible para el Programa Comunitario de Acceso a la Salud u otros programas que brindan cobertura médica.

El dependiente

¿Recibe cobertura de salud a través de un empleador?\*

Sí  No

¿Tiene ciudadanía estadounidense?

Sí  No

Si contestó "sí", sáltese las siguientes dos preguntas.

¿Es residente permanente legal?<sup>1</sup>

Sí  No

Si contestó "sí", ¿hace cuántos años es residente permanente legal?<sup>1</sup>

\_\_\_\_\_

\* Indica que el campo es obligatorio.

1. Un residente permanente legal (*lawful permanent resident*, LPR) no tiene la ciudadanía estadounidense. Es un inmigrante que vive en EE. UU. según un estado de residencia permanente con reconocimiento legal. Por ejemplo, las personas que tienen la titularidad de una tarjeta de residencia, la residencia extranjera permanente y la titularidad del permiso de residencia extranjera.

## SECCIÓN 4: Ingresos familiares (campo obligatorio)

El tamaño de su familia y el ingreso familiar nos ayudan a determinar si es elegible para el Programa Comunitario de Acceso a la Salud.

**(A) ¿Cuál es el número total de miembros de la familia<sup>†</sup> en su hogar?\*** \_\_\_\_\_

<sup>†</sup> Si declara impuestos, es el mismo número de miembros de la familia que incluye en su formulario de impuestos. (No es necesario que declare impuestos para presentar la solicitud). En general, esto lo incluye a usted y a los miembros de la familia inmediatos que viven con usted, como su cónyuge y sus hijos menores de 18 años (hasta 23 años, si son estudiantes).

**(B) ¿Cuántos miembros de la familia contados en (A) contribuyen al ingreso familiar o del hogar?\*** \_\_\_\_\_

**(C) Llene la siguiente tabla.**

- Anote el ingreso bruto anual estimado (antes de la deducción de impuestos) de cada miembro de la familia que se contó en (B).
- Si incluyó a más de 3 personas en (B), haga una copia de esta página, proporcione la misma información por cada miembro adicional de la familia y envíela con su solicitud.
- Para los menores dependientes que trabajen, pero cuyos ingresos sean menores que el umbral requerido para declarar impuestos (\$12,950 en 2022):
  - No los incluya en el número de miembros de la familia que contribuyen al ingreso familiar o del hogar.
  - No incluya los ingresos de estos menores en el siguiente cuadro.
  - No presente comprobantes de ingresos.

Ingresos anuales estimados (antes de la deducción de impuestos)	miembro de la familia 1	miembro de la familia 2	miembro de la familia 3
Ingreso de salarios, propinas e ingresos del empleo por cuenta propia	\$	\$	\$
Pagos por incapacidad del Seguro Social (SSDI)	\$	\$	\$
Beneficios por desempleo	\$	\$	\$
Ingresos por pensión/jubilación	\$	\$	\$
Ingresos por alquiler que reciba de propiedades que tenga y alquile	\$	\$	\$
Ingresos por intereses y rentas anuales	\$	\$	\$
Ayuda financiera para estudiantes: inclúyala solo si se usa para los gastos de subsistencia (las becas, los premios, las subvenciones para gastos de matrícula o de educación no se cuentan como ingresos)	\$	\$	\$
Pensión alimenticia recibida (para acuerdos anteriores a 2019)	\$	\$	\$
Otros ingresos, como ganancias de capital, ingresos del clero o ingresos de apuestas	\$	\$	\$
<b>INGRESOS TOTALES</b>	\$	*	\$

**Adjunte copias de los comprobantes de ingresos más actuales para los elementos que incluya en la tabla anterior.**

Estos son algunos ejemplos:

- talones de pago,
- cartas de adjudicación del Seguro Social o beneficios por desempleo,
- formulario fiscal 1040 del año anterior,
- formulario W-2 del empleador actual,
- carta del empleador.

Para calcular su ingreso familiar anual total, sumaremos los montos incluidos en los comprobantes de ingresos que presentó. Si presentó el formulario fiscal 1040, no se requiere otra prueba de ingreso. Si sus comprobantes de ingresos no coinciden con el ingreso bruto anual de la tabla anterior, explique cualquier circunstancia especial que debamos considerar cuando revisemos los documentos de sus ingresos:

- Solo yo trabajo o solo trabaja mi cónyuge   
  Se han reducido las horas o no son regulares   
  Cambio reciente de trabajo  
 No trabajo   
  Tengo un empleo por cuenta propia   
  Otra opción (explíquela) \_\_\_\_\_

(continúa)

\* Indica que el campo es obligatorio.

## SECCIÓN 4: Ingresos familiares (continuación)

Si algún miembro de la familia incluido en la tabla (C) tiene deducciones de ingresos, llene la siguiente tabla.

Deducciones estimadas de los ingresos anuales	miembro de la familia 1	miembro de la familia 2	miembro de la familia 3
Interés de un préstamo estudiantil	\$	\$	\$
Gastos de empleo por cuenta propia	\$	\$	\$
Pensión alimenticia pagada (para acuerdos anteriores a 2019)	\$	\$	\$
Otras deducciones: Especifique	\$	\$	\$
<b>DEDUCCIONES TOTALES</b>	\$	\$	\$

Adjunte copias del comprobante de deducciones más actual para los elementos enumerados anteriormente (ejemplos: declaración de préstamo estudiantil, recibos de empleo por cuenta propia). **Para calcular el total de deducciones, sumaremos los documentos que presentó como comprobante. Si sus comprobantes de deducciones no coinciden con el total de las deducciones de la tabla anterior, incluya una explicación en el espacio proporcionado en la página 10.**

**Empleo por cuenta propia** Si algún miembro de la familia incluido en la tabla (C) trabaja por cuenta propia, presente una copia del Anexo C y de la página 1 (la página de ingreso bruto ajustado) de la declaración de impuestos federales sobre el ingreso o un formulario de ganancias y pérdidas de cada negocio del año pasado.

## SECCIÓN 5: Opciones si no es elegible

Si no reúne los requisitos de elegibilidad, se cancelará su inscripción en el Programa Comunitario de Acceso a la Salud de Kaiser Permanente, pero continuará su inscripción en el plan MD Gold 0/20/Vision de Kaiser Permanente en 2024. Debe seguir pagando todas las primas mensuales y los gastos de bolsillo a menos que cancele su membresía o deje de pagar la prima completa. Sin embargo, si no es elegible para el Programa Comunitario de Acceso a la Salud puede cancelar su inscripción en el plan MD Gold 0/20/Vision de Kaiser Permanente en 2024.

Si no reúne los requisitos de elegibilidad del Programa Comunitario de Acceso a la Salud y quiere cancelar su inscripción en el plan MD Gold 0/20/Vision para 2024, marque la casilla a continuación.

Cancele la inscripción de todas las personas incluidas en mi plan MD Gold 0/20/Vision de Kaiser Permanente a partir del 31 de diciembre de 2023 si no reúnen los requisitos de elegibilidad del Programa Comunitario de Acceso a la Salud.

Si no marca la casilla y no se aprueba esta solicitud de renovación, permanecerá en el plan MD Gold 0/20/Vision de Kaiser Permanente, pero deberá pagar la totalidad de la prima mensual y los gastos de bolsillo de los servicios que reciba. Su primera factura llegará a principios de diciembre de 2023. Si tiene alguna pregunta, llámenos al **1-800-777-7902 (TTY 711)**.

También tiene la opción de enviar una solicitud por escrito o llamarnos al **1-800-777-7902 (TTY 711)** para cancelar su plan MD Gold 0/20/Vision de Kaiser Permanente en 2024. Comuníquese con nosotros antes del 30 de noviembre de 2023 para no recibir su primera factura.

## SECCIÓN 6: Elija un representante autorizado (si tiene)

Puede autorizar a un aliado comunitario, una agencia de la comunidad, un representante, un familiar o un amigo de confianza para hablar con nosotros sobre este formulario, consultar su información o actuar en su nombre en asuntos relacionados solo con este formulario. Esta persona, aliado comunitario o agencia de la comunidad se conoce como representante autorizado.

Nombre

Inicial del segundo nombre

Apellido

Nombre de la organización (si corresponde)

Número de inscripción en la entidad de Kaiser Permanente (si corresponde)

Teléfono

**Al firmar, usted nombró a esta persona, aliado comunitario o agencia de la comunidad como su representante autorizado legalmente para obtener información sobre este formulario de Kaiser Permanente y actuar en su nombre en asuntos relacionados con este formulario. Esta autorización dura un (1) año a partir de la fecha de su firma o hasta que la cancele. Para cancelar la autorización en cualquier momento puede enviar una solicitud por escrito firmada a Kaiser Permanente, Attn: CHC, P.O. Box 23127, San Diego, CA 92193-3127 o por fax: 1-855-355-5334. Una vez que la cancele, dejaremos de compartir su información y ya no la usaremos, excepto en la medida en que se la haya utilizado anteriormente. Una vez que compartamos su información con su representante, es posible que esta persona vuelva a compartirla y que sus datos ya no estén protegidos por la ley federal de privacidad. Incluso si no firma esta autorización, seguiremos procesando su solicitud para el subsidio del Programa Comunitario de Acceso a la Salud, pero no podremos compartir su información con su representante. Tiene derecho a recibir una copia de esta autorización.**

X

Fecha (mm/dd/aaaa)

**Firma obligatoria** (miembro principal o parte con responsabilidad financiera o el padre, la madre o el tutor legal de los miembros menores de 18 años)

## SECCIÓN 7: Firme el acuerdo de solicitud de renovación (campo obligatorio)

Al firmar este formulario, certifica que la información incluida es correcta y precisa. Si proporciona información incorrecta o incompleta en este formulario o en otra correspondencia relacionada con él, es posible que se cancelen todos los subsidios para cubrir los costos relacionados con la cobertura médica de Kaiser Permanente. No se garantiza la aprobación de la membresía para el Programa Comunitario de Acceso a la Salud de Kaiser Permanente, ya que depende de la elegibilidad y la disponibilidad.

X

Fecha (mm/dd/aaaa)

**Firma obligatoria** (miembro principal o parte con responsabilidad financiera o el padre, la madre o el tutor legal de los miembros menores de 18 años)

Todos los planes son ofrecidos y están suscritos por Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc., 2101 East Jefferson St., Rockville, MD 20852.

## NONDISCRIMINATION NOTICE

Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc. (Kaiser Health Plan) complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Kaiser Health Plan does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex. We also:

- Provide no cost aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
  - Qualified sign language interpreters
  - Written information in other formats, such as large print, audio, and accessible electronic formats
- Provide 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 **1-800-777-7902** (TTY: **711**)

If you believe that Kaiser Health Plan has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance by mail or phone at: Kaiser Permanente, Appeals and Correspondence Department, Attn: Kaiser Civil Rights Coordinator, 2101 East Jefferson St., Rockville, MD 20852, telephone number: 1-800-777-7902.

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, 1-800-537-7697 (TDD). Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

In the event of dispute, the provisions of the approved English version of the form will control.

---

## HELP IN YOUR LANGUAGE

**ATTENTION:** If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-800-777-7902** (TTY: **711**).

**አማርኛ (Amharic) ማሰታወሻ:** የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶቻችን በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ **1-800-777-7902** (TTY: **711**)።

**العربية (Arabic) ملحوظة:** إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم **1-800-777-7902** (TTY: **711**) .

**Bàsɔ̀̀ Wùdù (Bassa) Dè dɛ nià kɛ dyédé gbo:** ɔ jù ké m̀ Bàsɔ̀̀-wùdù-po-nyò jù ní, níí, à wuɖu kà kò dò po-poò béìn m̀ gbo kpáá. Đá **1-800-777-7902** (TTY: **711**)

**বাংলা (Bengali) লক্ষ্য করুন:** যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নিঃখরচায় ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ আছে। ফোন করুন **1-800-777-7902** (TTY: **711**)।

**中文 (Chinese) 注意:** 如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 **1-800-777-7902** (TTY: **711**) 。

**فارسی (Farsi) توجه:** اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با **1-800-777-7902 (TTY: 711)** تماس بگیرید.

**Français (French) ATTENTION:** Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le **1-800-777-7902 (TTY: 711)**.

**Deutsch (German) ACHTUNG:** Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung.  
Rufnummer: **1-800-777-7902 (TTY: 711)**.

**ગુજરાતી (Gujarati) સુચના:** જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો **1-800-777-7902 (TTY: 711)**.

**Kreyòl Ayisyen (Haitian Creole) ATANSYON:** Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele **1-800-777-7902 (TTY: 711)**.

**हिन्दी (Hindi) ध्यान दें:** यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। **1-800-777-7902 (TTY: 711)** पर कॉल करें।

**Igbo (Igbo) NRUBAMA:** O bụrụ na i na asụ Igbo, ọrụ enyemaka asụsụ, n'efu, dijiri gi. Kpọọ **1-800-777-7902 (TTY: 711)**.

**Italiano (Italian) ATTENZIONE:** In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero **1-800-777-7902 (TTY: 711)**.

**日本語 (Japanese) 注意事項:** 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。**1-800-777-7902 (TTY: 711)** まで、お電話にてご連絡ください。

**한국어 (Korean) 주의:** 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-800-777-7902 (TTY: 711)** 번으로 전화해 주십시오.

**Naabeehó (Navajo) Díí baa akó nínízin:** Díí saad bee yáníłti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiik'eh, éí ná hóló, kojí' hódíłnih **1-800-777-7902 (TTY: 711)**.

**Português (Portuguese) ATENÇÃO:** Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para **1-800-777-7902 (TTY: 711)**.

**Русский (Russian) ВНИМАНИЕ:** если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-800-777-7902 (TTY: 711)**.

**Español (Spanish) ATENCIÓN:** si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-800-777-7902 (TTY: 711)**.

**Tagalog (Tagalog) PAUNAWA:** Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad.  
Tumawag sa **1-800-777-7902 (TTY: 711)**.

**ไทย (Thai) เรียน:** ถ้าคุณพูดภาษาไทย คุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร **1-800-777-7902 (TTY: 711)**.

**اردو (Urdu) خبردار:** اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں **1-800-777-7902 (TTY: 711)**.

**Tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý:** Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số **1-800-777-7902 (TTY: 711)**.

**Yorùbá (Yoruba) AKIYESI:** Ti o ba nso ede Yoruba ofe ni iranlowo lori ede wa fun yin o. E pe ero ibanisoro yi **1-800-777-7902 (TTY: 711)**.

**Esta página se dejó en blanco intencionalmente.**

**Esta página se dejó en blanco intencionalmente.**