

Community Health Access Program

Solicitud de renovación de subsidio: 2025

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. Solicitar la renovación no tiene costo. Para volver a presentar la solicitud, siga estos pasos:

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

Para presentar la solicitud de renovación para el Community Health Access Program (Programa de Acceso a la Salud Comunitaria), **debemos** recibir este formulario antes del **1 de octubre de 2024**. 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 2025.

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.
- Responda 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, los formularios W-2 o el formulario fiscal 1040 del año anterior. Nota: si presenta un formulario fiscal, no necesita otro comprobante de ingresos.
- 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 le pagan en efectivo, incluya una carta firmada por su empleador en la que se indiquen los ingresos brutos y la frecuencia de pago.
- Consulte más ejemplos de comprobantes de ingresos en la Sección 4.

Reglas de elegibilidad:

La elegibilidad para el Community Health Access Program de Kaiser Permanente se considerará para personas que no tienen seguro y:

- 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 sean elegibles para otra cobertura médica pública o privada, como Medicaid, FAMIS, Medicare, un plan de salud patrocinado por el empleador o para ayuda financiera a través del intercambio de beneficios de salud, entre otras opciones.

NO es necesario que sea ciudadano de EE. UU. para ser elegible para el Community Health Access Program de Kaiser Permanente.

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.

Paso 4: Incluya documentos adicionales

- Incluya las cartas de denegación de Medicaid o FAMIS o del intercambio de beneficios de salud, 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 (método preferido):
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 Community Health Access Program 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 días festivos principales).

Información sobre el aliado comunitario

Comuníquese con un orientador del Community Health Access Program (CHAP) participante para obtener ayuda con la solicitud de renovación. Visite **kp.org/mas-chap/gethelp** (haga clic en "Español") para encontrar el más cercano a su domicilio.

Nota: No se garantiza la continuidad de la elegibilidad para el Community Health Access Program. 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 periodo limitado. Más adelante, nos comunicaremos con usted para confirmar que todavía califique.

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 califica 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 Community Health Access Program 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. El llenar este formulario no garantiza la inscripción en el Community Health Access Program de Kaiser Permanente.

2. ¿Cuánto pagaré al mes por el Community Health Access Program 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 en el Community Health Access Program de Kaiser Permanente. Seguirá inscrito en el plan KP VA Gold 0 Ded/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 la cobertura a través del intercambio de beneficios de salud. ¿De todos modos soy elegible para el Community Health Access Program?

El hecho de no poder pagar las primas del intercambio de beneficios de salud hace que no sea elegible para el Community Health Access Program. Debe cumplir los requisitos de ingresos del Community Health Access Program para ser elegible.

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

Averigüe si califica para Medicaid o FAMIS. Esta opción puede estar disponible para los solicitantes nacidos en Estados Unidos o que sean residentes permanentes legales y que cumplan los siguientes requisitos de elegibilidad:

- Ingresos anuales iguales o inferiores al 138 % del nivel federal de pobreza (Federal Poverty Level, FPL) (\$20,783 para una persona o \$43,056 para una familia de 4 integrantes en 2024). Kaiser Permanente es un proveedor de Medicaid y puede estar disponible para usted.
- Para obtener más información, visite kp.org/medicaid/va/es.

Adquiera cobertura médica a través del intercambio de beneficios de salud. Si reúne los requisitos, es posible que reciba ayuda para pagar las primas de su plan o los gastos de bolsillo. Recuerde inscribirse durante el periodo de inscripción abierta del intercambio de beneficios de salud. Si espera hasta que el periodo de inscripción abierta haya terminado, necesitará que suceda un evento calificado de vida (circunstancia de vida que califica y modifica su situación actual) para inscribirse a un plan nuevo. Para obtener más información visite buykp.org (haga clic en "Español").

Llámenos al 1-800-488-3590 (TTY 711) o visite buykp.org (haga clic en "Español") para obtener información sobre otras opciones de planes Kaiser Permanente for Individuals and Families.

Averigüe si califica para Medicare, un programa federal que se ofrece a personas 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 (haga clic en "Español") para obtener más información. Si sus ingresos familiares son limitados, es posible que califique para Medicaid. Visite kp.org/medicaid/va/es para obtener más información.

(continúa)

Preguntas más comunes *(continuación)*

6. ¿Es el Community Health Access Program un beneficio público que podría afectar mi capacidad para obtener la residencia permanente legal o la ciudadanía estadounidense en el futuro?

No, el Community Health Access Program 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 de Kaiser Permanente no es elegible para el Community Health Access Program?

Si el miembro principal de Kaiser Permanente ya no es elegible, no envíe este formulario de renovación del subsidio. En su lugar, los miembros de Kaiser Permanente que califiquen y deseen continuar en el Community Health Access Program el siguiente año pueden solicitarlo durante la inscripción abierta presentando una nueva solicitud. Llámenos al **1-800-777-7902 (TTY 711)** para obtener información sobre cómo enviar una nueva solicitud durante la inscripción abierta. Todos los miembros actuales de Kaiser Permanente conservarán su cobertura hasta el 31/12/2024.

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

SECCIÓN 1: Información del miembro de Kaiser Permanente (campo obligatorio)

Miembro principal Persona con cobertura del plan de salud que solicita la renovación del subsidio del Community Health Access Program. Si la solicitud de renovación es para un menor de 18 años, rellene la sección 1 con los datos del menor y la sección 2 con los datos del padre, la madre o el tutor legal.

Nombre*	<input type="text"/>										Inicial del segundo nombre	<input type="text"/>
Apellido*	<input type="text"/>										Fecha de nacimiento* (mm/dd/aaaa)	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Número de historia clínica (si tiene)	<input type="text"/>					Género*	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino					
Teléfono de la casa	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>			Teléfono celular	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>							
Domicilio* (Incluya el n.º de departamento. No se aceptan apartados postales).												
<input type="text"/>												
Ciudad*	<input type="text"/>							Estado*	<input type="text"/>	Código postal*	<input type="text"/>	
Dirección postal (Si es diferente al domicilio. Incluya el n.º de departamento).												
<input type="text"/>												
Ciudad	<input type="text"/>							Estado	<input type="text"/>	Código postal	<input type="text"/>	
Idioma que prefiere hablar (si no es inglés)	<input type="text"/>					Idioma que prefiere leer (si no es inglés)	<input type="text"/>					
Correo electrónico												
<input type="text"/>												

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 Community Health Access Program 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", sáltese las siguientes dos preguntas.

¿Es residente permanente legal? Sí No

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

* 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, la acción diferida para los llegados en la infancia (Deferred Action for Childhood Arrivals, DACA) y la titularidad del permiso de residencia extranjera.

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

Solo llene esta sección si es usted el padre, la madre o el tutor legal del menor (menor de 18 años) que figura en la sección 1.

Nombre

Inicial del segundo nombre

Apellido

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

Género

Hombre Mujer

Teléfono de la casa

Teléfono celular

Dirección postal (Incluya n.º de departamento. Se admiten 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
(si corresponde)**

Llene esta sección para el cónyuge que tenga cobertura del plan de salud y que solicite la renovación del subsidio del Community Health Access Program. Solo llene esta sección si el solicitante principal que figura en la sección 1 es mayor de edad y solicita cobertura para su cónyuge.

Nombre

Inicial del segundo nombre

Apellido

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

Número de historia clínica (si tiene)

Género

Hombre Mujer

(continúa)

SECCIÓN 3: Información sobre la familia (continuación)

Conteste **TODAS** las siguientes preguntas que correspondan sobre el cónyuge. Esta información solo se utiliza para averiguar si el cónyuge es elegible para el Community Health Access Program u otros programas que brindan cobertura médica.

El cónyuge...

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

Sí No

¿Es un ciudadano de los Estados Unidos?

Sí No

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

¿Es residente permanente legal¹?

Sí No

Si contestó "sí", ¿hace cuántos años es residente permanente legal¹?

Dependiente 1

Llene esta sección para cada dependiente adicional que tenga cobertura del plan de salud y que solicite la renovación del subsidio del Community Health Access Program. Solo llene esta sección si el solicitante principal que figura en la sección 1 es un adulto y solicita cobertura para personas dependientes adicionales, O si el solicitante de la sección 1 es un menor y el padre, la madre o el tutor legal (que figura en la sección 2) tiene menores adicionales que solicitan cobertura. 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)

Género

Hombre Mujer

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 Community Health Access Program u otros programas que brindan cobertura médica.

El dependiente...

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

Sí No

¿Es un ciudadano de los Estados Unidos?

Sí No

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

¿Es residente permanente legal¹?

Sí No

Si contestó "sí", ¿hace cuántos años es residente permanente legal¹?

(continúa)

1. Un residente permanente legal (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, la acción diferida para los llegados en la infancia (DACA) 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 Community Health Access Program. Solo llene esta sección si el solicitante principal que figura en la sección 1 es un adulto y solicita cobertura para personas dependientes adicionales, O si el solicitante de la sección 1 es un menor y el padre, la madre o el tutor legal (que figura en la sección 2) tiene menores adicionales que solicitan cobertura.

Nombre	<input type="text"/>												Inicial del segundo nombre	<input type="text"/>
Apellido	<input type="text"/>												Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Número de historia clínica (si tiene)	<input type="text"/>			Género	<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Mujer	Relación con el miembro principal	<input type="text"/>						

Conteste **TODAS** las siguientes preguntas que correspondan sobre el dependiente. Esta información solo se utiliza para averiguar si el dependiente es elegible para el Community Health Access Program u otros programas que brindan cobertura médica.

El dependiente...

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

Sí No

¿Es un ciudadano de los Estados Unidos?

Sí No

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

¿Es residente permanente legal¹?

Sí No

Si contestó "sí", ¿hace cuántos años es residente permanente legal¹?

Dependiente 3

Llene esta sección para cada dependiente adicional que tenga cobertura del plan de salud y que solicite la renovación del subsidio del Community Health Access Program. Solo llene esta sección si el solicitante principal que figura en la sección 1 es un adulto y solicita cobertura para personas dependientes adicionales, O si el solicitante de la sección 1 es un menor y el padre, la madre o el tutor legal (que figura en la sección 2) tiene menores adicionales que solicitan cobertura.

Nombre	<input type="text"/>												Inicial del segundo nombre	<input type="text"/>
Apellido	<input type="text"/>												Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Número de historia clínica (si tiene)	<input type="text"/>			Género	<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Mujer	Relación con el miembro principal	<input type="text"/>						

(continúa)

1. Un residente permanente legal (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, la acción diferida para los llegados en la infancia (DACA) y la titularidad del permiso de residencia extranjera.

SECCIÓN 3: Información sobre la familia (continuación)

Conteste **TODAS** las siguientes preguntas que correspondan sobre el dependiente. Esta información solo se utiliza para averiguar si el dependiente es elegible para el Community Health Access Program u otros programas que brindan cobertura médica.

El dependiente...

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

Sí No

¿Es un ciudadano de los Estados Unidos?

Sí No

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

¿Es residente permanente legal¹?

Sí No

Si contestó "sí", ¿hace cuántos años es residente permanente legal¹? _____

SECCIÓN 4: Ingresos familiares

El tamaño de su familia y los ingresos del hogar nos ayudan a determinar si es elegible para el Community Health Access Program. Utilice las preguntas y la tabla siguientes para determinar los ingresos totales de la unidad familiar. La elegibilidad se basa en los comprobantes de ingresos, no en la información escrita en la tabla siguiente.

(A) ¿Cuál es el número total de familiares[†] en su hogar?* _____

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

(B) ¿Cuántos familiares contados en (A) contribuyen al ingreso familiar o del hogar?* _____

(C) Puede utilizar la siguiente tabla para calcular los ingresos familiares totales.

- Anote el ingreso bruto anual estimado (antes de la deducción de impuestos) de cada familiar 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 familiar adicional y envíela con su solicitud.
- Para los menores dependientes que trabajen, pero cuyos ingresos sean menores que el umbral requerido para declarar impuestos (\$13,850 en 2024):
 - No los tome en cuenta en el número de personas que contribuyen al ingreso familiar o del hogar.
 - No incluya su ingreso en la siguiente tabla.
 - No presente documentos de comprobante de ingresos.

(continúa)

1. Un residente permanente legal (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, la acción diferida para los llegados en la infancia (DACA) y la titularidad del permiso de residencia extranjera.

SECCIÓN 4: Ingresos familiares (continuación)

Ingresos anuales estimados (antes de la deducción de impuestos)	familiar 1	familiar 2	familiar 3
Ingreso de salarios, propinas e ingresos del empleo por cuenta propia	\$	\$	\$
Pagos por incapacidad del Seguro Social (Social Security Disability, 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	\$	\$	\$
INGRESOS TOTALES	\$ *	\$	\$

OBLIGATORIO: Adjunte copias de los comprobantes de ingresos más actuales para los elementos que incluyó en la tabla anterior. Estos son algunos ejemplos:

- talones de pago (si no dispone de talones de pago, llene un formulario de declaración de ingresos);
- formularios W-2 del empleador actual;
- cartas de adjudicación del Seguro Social o beneficios por desempleo;
- 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 o solicite un formulario de declaración de ingresos a su aliado comunitario para presentarlo como prueba de 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) _____

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

Deducciones estimadas de los ingresos anuales	familiar 1	familiar 2	familiar 3
Interés de un préstamo estudiantil	\$	\$	\$
Gastos de empleo por cuenta propia	\$	\$	\$
Pensión alimenticia pagada (para acuerdos anteriores a 2019)	\$	\$	\$
Otras deducciones: especifique	\$	\$	\$
DEDUCCIONES TOTALES	\$	\$	\$

Adjunte copias del comprobante de deducciones más actual para los elementos mencionados (ejemplos: declaración de préstamo estudiantil, recibos como trabajador 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 9.**

Empleo por cuenta propia: si algún familiar 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.

* Indica que el campo es obligatorio.

SECCIÓN 5: Opciones en caso de que no sea elegible

Si no reúne los requisitos de elegibilidad, se cancelará su inscripción en el Community Health Access Program de Kaiser Permanente, pero continuará su inscripción en el plan KP VA Gold 0 Ded/Vision de Kaiser Permanente en el 2025. Debe seguir pagando todas las primas mensuales y los gastos de bolsillo a menos que cancele su membresía o no pague toda la prima. Sin embargo, si no es elegible para el Community Health Access Program puede cancelar su inscripción en el plan KP VA Gold 0 Ded/Vision de Kaiser Permanente en 2025.

Si no reúne los requisitos de elegibilidad del Community Health Access Program y quiere cancelar su inscripción en el plan KP VA Gold 0 Ded/Vision para el 2025, marque la casilla a continuación.

Cancelar la inscripción de todas las personas incluidas en mi plan KP VA Gold 0 Ded/Vision de Kaiser Permanente a partir del 31 de diciembre de 2024 si no reúnen los requisitos de elegibilidad del Community Health Access Program.

Si no marca la casilla y no se aprueba esta solicitud de renovación, permanecerá en el plan KP VA Gold 0 Ded/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 2024. Si tiene alguna pregunta, llame 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 KP VA Gold 0 Ded/Vision de Kaiser Permanente en 2025. Comuníquese con nosotros antes del 30 de noviembre de 2024 para no recibir su primera factura.

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

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 usted la cancele. Puede cancelar la autorización en cualquier momento enviando una solicitud por escrito firmada a Kaiser Permanente, Attn: CHC, P.O. Box 23127 San Diego, CA 92193-3127 o por fax al: 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 Community Health Access Program, 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, usted certifica que la información proporcionada en este formulario es correcta y exacta. 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 para la membresía del Community Health Access Program de Kaiser Permanente ya que se basa en 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.

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc (Kaiser Health Plan) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivo de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo. El Kaiser Health Plan no excluye a las personas o las trata de forma diferente por motivo de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo. Recuerde también:

- Nosotros les brindamos ayuda y servicios sin costo alguno a las personas que tienen una discapacidad que les impide comunicarse con nosotros en forma eficaz, tales como:
 - intérpretes calificados de lenguaje de señas
 - información por escrito en otros formatos, tales como letra grande, audio y otros formatos electrónicos accesibles
- Brindamos servicios de idiomas sin costo alguno a personas cuyo idioma principal no sea el inglés, tales como:
 - intérpretes calificados
 - información por escrito en otros idiomas

Si necesita dichos servicios, llame al **1-800-777-7902** (TTY: **711**)

Si cree que el Kaiser Health Plan no le ha brindado dichos servicios o ha incurrido en discriminación en contra suya de otra manera por motivo de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo, usted puede presentar una queja por correo o por teléfono en: Kaiser Permanente, Appeals and Correspondence Department, Attn: Kaiser Civil Rights Coordinator, 2101 East Jefferson St., Rockville, MD 20852, número de teléfono: 1-800-777-7902.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante el U.S. Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU.) y la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) a través del portal Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o por teléfono: 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 (línea TDD). Los formularios de queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

En caso de que haya una disputa, las disposiciones de la versión aprobada del formulario en inglés prevalecerán.

AYUDA EN SU IDIOMA

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

አማርኛ (Amharic) ማሳሰቢያ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያገዝዎት 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**)።

Bàsòò Wùdù (Bassa) Dè dɛ nià kɛ dyédé gbo: ɔ jũ ké m̀ Bàsòò-wùdù-po-nyò jũ ní, níí, à wuɖu kà kò d̀ò po-poò béin m̀ gbo kpáa. Đá **1-800-777-7902** (TTY: **711**)

বাংলা (Bengali) লক্ষ্য করুন: যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নি:খরচায় 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 buru na i na asu Igbo, oru enyemaka asusu, n'efu, dijiri gi.
Kpoo 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 jik'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) خیردار: 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).

