

Community Health Access Program

Formulario de elegibilidad para volver a solicitar el subsidio – 2022

Utilice este formulario para volver a solicitar un subsidio para pagar sus primas mensuales y la mayoría de los gastos médicos de bolsillo de su plan de Kaiser Permanente. No se aplican costos para volver a solicitar al programa. Para volver a presentar la solicitud, siga estos pasos:

Paso 1: Vuelva a presentar la solicitud antes de la fecha límite

Para volver a solicitar el Community Health Access Program, **debemos** recibir este formulario para el **1 de octubre de 2021**.

Si para esta fecha no recibimos este formulario, ya no recibirá apoyo financiero a través del Community Health Access Program a partir del 1 de enero de 2022.

Paso 2: Llene el Formulario de elegibilidad para volver a solicitar el subsidio

- Use tinta negra o azul para llenar el formulario.
- Conteste toda las preguntas de manera completa.
- Firme el formulario.
- Proporcione pruebas de su tutoría legal, si corresponde.
- Haga una copia del formulario lleno para sus archivos.

Paso 3: Incluya el comprobante de ingresos

Adjunte copias de los comprobantes de ingresos brutos más recientes de su grupo familiar:

- Si recibe su pago de un empleador: incluya los últimos 2 recibos de sueldo, formularios W-2 o extractos de pago.
- Si está empleado por cuenta propia: incluya un formulario Schedule C y la primera página (la página de ingreso bruto ajustado) de la declaración de impuestos federales o formulario de ganancias y pérdidas del año pasado.
- Si le pagan con dinero en efectivo: incluya una carta indicando sus ingresos firmada por su empleador.
- Consulte la Sección 4 para obtener más ejemplos de comprobantes de ingresos.

Si su hogar tiene alguna deducción de los ingresos, proporcione comprobantes, como los siguientes:

- Intereses de préstamos estudiantiles: incluya su último estado de cuenta del préstamo estudiantil.
- Si está empleado por cuenta propia: incluya un formulario Schedule C y la primera página (la página de ingreso bruto ajustado) de la declaración de impuestos federales o formulario de ganancias y pérdidas del último año.

Reglas de elegibilidad:

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

- Viven en el área de servicio de Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc., excepto en el Distrito de Columbia.
- Viven en un hogar con ingresos de hasta el 300% del nivel federal de pobreza.
- No pueden ser elegibles para otra cobertura médica pública o privada, como Medicaid, Medicare o un plan de salud patrocinado por el empleador, entre otras, o para la asistencia financiera a través de Maryland Health Connection.

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

Paso 4: Incluya documentos adicionales

- Incluya las cartas de denegación de Medicaid o Maryland Health Connection, según corresponda
- Otra información o documentación que pueda ayudarnos a evaluar su elegibilidad.

Paso 5: Envíe su formulario, comprobante de ingresos y todos los demás documentos requeridos

Envíe el Formulario de elegibilidad para volver a solicitar el subsidio completado y firmado, el comprobante de ingresos actuales, las deducciones de ingresos y otros documentos necesarios mediante una de las siguientes opciones:

- Por correo electrónico:
CHC-Applications@kp.org
- Por correo postal:
California Service Center
Attn: CHC
P.O. Box 939095
San Diego, CA 92193-9095
- 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 llámenos al siguiente número: **1-800-777-7902** (TTY **711**) De lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 9 p. m. hora del este (cerrado los principales días festivos).

Si presentó una solicitud para el Community Health Access Program a través de un socio de la comunidad, también puede comunicarse con ellos para su nueva solicitud.

Por favor tenga en cuenta lo siguiente: No se garantiza la continuidad de la elegibilidad para el Community Health Access Program. Nos reservamos el derecho de cancelar su inscripción o de cambiar las reglas de elegibilidad en cualquier momento. Si le aprueban el subsidio, el periodo de este es limitado. Nos comunicaremos con usted más adelante para confirmar que todavía reúne los requisitos.

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

Si solicita un subsidio de Kaiser Permanente por medio de una organización comunitaria, esa organización puede usar su información para determinar su elegibilidad para otro programa de atención médica o de servicios sociales, o para cualquier otro propósito requerido por ley.

Preguntas más comunes

1. ¿Cuánto tiempo tarda determinar si me aceptan o no en el Community Health Access Program de Kaiser Permanente?

El procesamiento de los formularios que incluyen toda la documentación requerida puede demorar hasta 6 semanas. Si falta información, el procesamiento puede tardar más y podría perder el plazo para volver a presentar la solicitud. Llenar este formulario no garantiza la inscripción en el Community Health Access Program de Kaiser Permanente.

2. ¿Qué ocurre si no me aceptan en el Community Health Access Program?

Si no es aceptado y aún desea obtener un plan de Kaiser Permanente para Individuos y Familias, por favor llámenos al **1-800-488-3590** o visite **buykp.org** (cambie el idioma a español).

3. ¿Cuánto pagaré al mes por el Community Health Access Program de Kaiser Permanente?

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

4. ¿Qué sucede cuando ya no cumpla con los requisitos de elegibilidad?

Cuando ya no cumpla nuestros requisitos de elegibilidad, se cancelará su afiliación al Community Health Access Program de Kaiser Permanente. Permanecerá inscrito en el plan MD Gold Value 0/20/Vision, pero usted será responsable de pagar la totalidad de su prima mensual y los gastos de su bolsillo, a menos que nos solicite cancelar su membresía o hasta que no pague la prima completa. Consulte la Sección 5 para conocer sus opciones.

5. No puedo pagar la cobertura a través de Maryland Health Connection. ¿Aún puedo calificar para el Community Health Access Program?

No poder pagar las primas de Maryland Health Connection no lo califica para el Community Health Access Program. Debe cumplir con los requisitos de ingresos y otros criterios del Community Health Access Program para ser elegible.

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

- **Considere Medicaid.** Esta opción puede estar disponible si usted nació en los Estados Unidos, es residente legal permanente y su ingreso anual es igual o menor que el 138% del nivel federal de pobreza (\$17,774 para una persona o \$36,570 para una familia de 4 integrantes en el 2021). Kaiser Permanente es un proveedor de Medicaid y podría estar disponible para usted. Visite **kp.org/medicaid/md** (cambie el idioma a español) para obtener más información.
- **Obtenga cobertura de atención médica a través de Maryland Health Connection.** Si califica, es posible que obtenga ayuda para pagar las primas mensuales o los gastos de bolsillo. Para obtener más información, visite **marylandhealthconnection.gov/es**.
- **Llámenos al 1-800-488-3590 (TTY 711) o visite buykp.org** (cambie el idioma a español) para conocer otras opciones de planes de Kaiser Permanente para Individuos y Familias.
- **Considere la posibilidad de inscribirse en Medicare,** un programa federal de seguro de salud disponible para personas mayores de 65 años. Existen distintos periodos en los que usted podría ser elegible para inscribirse en un plan de salud de Medicare. Visite **kp.org/medicare** (en inglés) para obtener más información.

7. ¿Es el Community Health Access Program un beneficio público que podría afectar mi capacidad para convertirme en residente o ciudadano legal en el futuro?

No, el Community Health Access Program no es un beneficio público. Es un programa patrocinado por Kaiser Permanente para ayudar a pagar la cobertura de salud para familias de bajos ingresos e individuos que no tienen acceso a cobertura de salud pública o privada.

Esta página se dejó en blanco intencionalmente

SECCIÓN 1: Información del miembro

Miembro principal

Persona que está cubierta por el plan de salud y vuelve a solicitar el subsidio del Community Health Access Program. Si vuelve a presentar una solicitud para un menor de 18 años, el padre, la madre o el tutor legal debe proporcionar la información del niño que se indica a continuación.

Nombre

Inicial del segundo nombre

Apellido

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

Número de historia clínica (si corresponde)

Género

☐ Hombre

☐ Mujer

Teléfono de casa

Teléfono celular

Dirección residencial (no se admiten los apartados postales)

Ciudad

Estado

Código postal

Dirección postal (si es distinta a la dirección residencial)

Ciudad

Estado

Código postal

Idioma que prefiere hablar (si no es inglés)

Idioma que prefiere leer (si no es inglés)

Dirección de correo electrónico (opcional) *Entiendo que Kaiser Permanente puede comunicarse conmigo por correo electrónico.*

Responda **TODAS** las siguientes preguntas sobre el miembro principal. Esta información solo se utiliza para averiguar si el miembro principal es elegible para el Community Health Access Program o para otros programas que brindan cobertura médica.

Es el miembro principal...

¿Ciudadano estadounidense?

☐ Sí ☐ No

¿Es residente legal permanente?

☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, ¿cuántos años ha sido residente legal permanente?

¿Se le ofrece cobertura médica a través de un empleador?

☐ Sí ☐ No

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

Solo llene esta sección si es el padre, la madre o el tutor que vuelve a presentar una solicitud para un niño menor de 18 años.

Nombre

Inicial del segundo nombre

Apellido

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

Género

☐ Hombre ☐ Mujer

Teléfono de casa

Teléfono celular

Dirección postal (se aceptan apartados postales)

Ciudad

Estado

Código postal

Idioma que prefiere hablar (si no es inglés)

Idioma que prefiere leer (si no es inglés)

Dirección de correo electrónico (opcional) *Entiendo que Kaiser Permanente puede comunicarse conmigo por correo electrónico.*

SECCIÓN 3: Información de la familia

Cónyuge/pareja doméstica (si corresponde)

Llene esta sección para el cónyuge o la pareja doméstica que está cubierto por el plan de salud y que vuelve a solicitar el subsidio del Community Health Access Program. Si el miembro tiene menos de 18 años, el padre, la madre o el tutor deben llenar esta sección en nombre del miembro.

Nombre

Inicial del segundo nombre

Apellido

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

Número de historia clínica (si corresponde)

Género;

☐ Hombre ☐ Mujer

Elija una opción:

☐ Cónyuge ☐ Pareja doméstica

Responda **TODAS** las siguientes preguntas 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 Community Health Access Program o para otros programas que brindan cobertura médica.

Es el cónyuge o la pareja doméstica...

¿Ciudadano estadounidense?

☐ Sí ☐ No

¿Es residente legal permanente?

☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, ¿cuántos años ha sido residente legal permanente?

¿Se le ofrece cobertura médica a través de un empleador?

☐ Sí ☐ No

(continuación)

SECCIÓN 3: Información de la familia (continuación)

Dependiente 1

Llene esta sección para cada dependiente adicional que está cubierto por el plan de salud y que vuelve a solicitar el subsidio del Community Health Access Program. Si el miembro tiene menos de 18 años, el padre, la madre o el tutor deben llenar esta sección en nombre del miembro. Si tiene más de 3 dependientes que vuelven a presentar la solicitud, saque una copia de esta página y llene la misma información solicitada a continuación para cada dependiente adicional.

Nombre

Inicial del segundo nombre

Apellido

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

Número de historia clínica (si corresponde)

Género;

☐ Hombre ☐ Mujer

Relación con el miembro principal

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

Es el dependiente...

¿Ciudadano estadounidense?

☐ Sí ☐ No

¿Es residente legal permanente?

☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, ¿cuántos años ha sido residente legal permanente?

¿Se le ofrece cobertura médica a través de un empleador?

☐ Sí ☐ No

(continuación)

SECCIÓN 3: Información de la familia (continuación)

Dependiente 2

Llene esta sección para cada dependiente adicional que está cubierto por el plan de salud y que vuelve a solicitar el subsidio del Community Health Access Program. Si el miembro tiene menos de 18 años, el padre, la madre o el tutor deben llenar esta sección en nombre del miembro.

Nombre

Inicial del segundo nombre

Apellido

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

Número de historia clínica (si corresponde)

Género;

☐ Hombre ☐ Mujer

Relación con el miembro principal

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

Es el dependiente...

¿Ciudadano estadounidense?

☐ Sí ☐ No

¿Es residente legal permanente?

☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, ¿cuántos años ha sido residente legal permanente?

¿Se le ofrece cobertura médica a través de un empleador?

☐ Sí ☐ No

Dependiente 3

Llene esta sección para cada dependiente adicional que está cubierto por el plan de salud y que vuelve a solicitar el subsidio del Community Health Access Program. Si el miembro tiene menos de 18 años, el padre, la madre o el tutor deben llenar esta sección en nombre del miembro.

Nombre

Inicial del segundo nombre

Apellido

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

Número de historia clínica (si corresponde)

Género;

☐ Hombre ☐ Mujer

Relación con el miembro principal

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

Es el dependiente...

¿Ciudadano estadounidense?

☐ Sí ☐ No

¿Es residente legal permanente?

☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, ¿cuántos años ha sido residente legal permanente?

¿Se le ofrece cobertura médica a través de un empleador?

☐ Sí ☐ No

SECCIÓN 4: Ingresos del hogar

El tamaño de su familia y los ingresos del hogar nos ayudan a determinar si es elegible para el Community Health Access Program.

¿Cuál es la cantidad total de personas en su hogar? _____

Inclúyase a usted y a las personas que viven con usted, como su cónyuge y sus hijos menores de 18 años (hasta los 23 años, si son estudiantes). Si declara impuestos, es el mismo número de personas que reporta en su formulario de impuestos.

(No es necesario presentar la declaración de impuestos para presentar la solicitud).

¿Cuántas personas en el hogar contribuyen a los ingresos de la familia o del hogar? _____

Complete la siguiente tabla.

- Detalle los ingresos brutos anuales estimados (antes de la deducción de impuestos) de cada persona que contribuye a los ingresos totales de su hogar.
- Si más de 3 personas contribuyen a los ingresos familiares totales, haga una copia de esta página, proporcione la misma información por cada persona adicional y envíela con su solicitud.
- Para los niños dependientes que trabajen, pero cuyos ingresos sean menores al umbral requerido para declarar impuestos (\$12,400 en 2020):
 - No los incluya en la cantidad de personas que contribuyen a los ingresos del hogar o de la familia
 - No incluya sus ingresos en el siguiente cuadro
 - No presente documentos de prueba de ingresos

Ingresos brutos anuales estimados (antes de la deducción de impuestos)	Persona 1	Persona 2	Persona 3
Ingresos brutos de salarios, propinas e ingresos por trabajo por cuenta propia	\$	\$	\$
Pagos por incapacidad del Seguro Social (Social Security Disability, SSDI)	\$	\$	\$
Beneficios por desempleo	\$	\$	\$
Ingresos por pensión/jubilación	\$	\$	\$
Ingresos por alquiler que recibe de propiedades que tiene y alquila	\$	\$	\$
Ingresos por intereses y rentas anuales	\$	\$	\$
Ayuda financiera para estudiantes: incluir 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 por juegos de azar	\$	\$	\$
INGRESOS TOTALES	\$	\$	\$

Cuéntenos sobre cualquier circunstancia particular con respecto a su trabajo e ingresos. Por ejemplo, solo trabajo durante una parte del año y mi cónyuge trabaja todo el año, cambié de trabajo o de horas laborales durante el año, etc.: _____

Adjunte copias de los comprobantes de ingresos más actuales para los elementos que incluya en la tabla que aparece a continuación.

Los ejemplos son:

- Talones de pago
- Cartas de asignación de beneficios del Seguro Social o por desempleo
- Formulario fiscal 1040 del año anterior
- Formulario W-2 de su empleador actual
- Carta del empleador actual
- Un estado de cuenta que indique su depósito directo de nómina o salarios. Tenga en cuenta en la declaración qué elementos son aplicables.

La prueba de ingresos debe ser consistente con los ingresos anuales de la tabla anterior. Si no es consistente, explique en el espacio que se proporciona antes. Calcularemos los ingresos totales sumando los documentos de comprobante de ingresos.

(continuación)

SECCIÓN 4: Ingresos del hogar (continuación)

Si a alguien de su hogar se le hacen deducciones en los ingresos, llene la siguiente tabla.

Deducciones estimadas de los ingresos anuales	Persona 1	Persona 2	Persona 3
Interés de un préstamo estudiantil	\$	\$	\$
Gastos como trabajador independiente	\$	\$	\$
Pensión alimenticia pagada (para liquidaciones antes de 2019)	\$	\$	\$
Otras deducciones: Especifique	\$	\$	\$
DEDUCCIONES TOTALES	\$	\$	\$

Adjunte copias de las pruebas de deducciones más actuales para los puntos incluidos anteriormente (ejemplos: estado de cuenta de préstamo estudiantil, recibos de trabajo por cuenta propia). **El comprobante de deducciones debe coincidir con las deducciones totales en la tabla anterior. Si no coincide, calcularemos las deducciones totales sumando los documentos de comprobante de deducciones.**

Empleo por cuenta propia: Si alguien en su hogar trabaja por cuenta propia, incluya una copia del Anexo C y la primera página (la página de ingreso bruto ajustado) de la declaración de impuestos federales sobre los ingresos del año pasado o un formulario de pérdidas y ganancias para cada negocio.

SECCIÓN 5: Opciones si no es elegible

Si no es elegible para el Community Health Access Program de Kaiser Permanente, **usted será responsable de pagar la prima mensual completa y los gastos de su bolsillo por los servicios que reciba.**

Si no es elegible y no desea pagar el costo total de la prima mensual, deberá cancelar la cobertura del plan 2021 MD Gold Value 0/20 / Vision de Kaiser Permanente a partir del 31 de diciembre de 2021. A continuación, puede optar por no participar y cancelar su cobertura del plan 2021 MD Gold Value 0/20/Vision de Kaiser Permanente, si no es elegible para el Community Health Access Program.

Si NO es elegible para el Community Health Access Program de Kaiser Permanente, ¿aun así desea obtener el plan MD Gold Value 0/20/ Vision en 2022?

- ☐ Sí, todos los que figuran en las Secciones 1 y 3 quieren obtener el plan MD Gold Value 0/20/Vision de Kaiser Permanente. Saben que tendrán que pagar las primas mensuales completas y cualquier gasto de su propio bolsillo.
- ☐ No, ninguno de los que figura en las Secciones 1 y 3 quiere obtener el plan MD Gold Value 0/20/Vision de Kaiser Permanente. Cancelese la afiliación de todas las personas detalladas en las Secciones 1 y 3 del plan MD Gold Value 0/20/Vision a partir del 31 de diciembre de 2021.

También tiene la opción de enviar una solicitud por escrito o llamarnos al **1-800-777-7902 (TTY 711)** para cancelar su plan 2021 MD Gold Value 0/20/Vision de Kaiser Permanente. Comuníquese con nosotros antes del 30 de noviembre de 2021 para no recibir la primera factura.

Si no marca ninguna casilla y no le extienden el subsidio, permanecerá en el plan MD Gold Value 0/20/Vision de Kaiser Permanente y será responsable de pagar el monto total de la prima mensual y los gastos de bolsillo por los servicios que reciba. Su primera factura llegará a principios de diciembre de 2021. Si tiene preguntas, llámenos al **1-800-777-7902 (TTY 711)**.

X Fecha (mm/dd/aaaa) / /

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

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

Puede autorizar a un representante de la comunidad o de la agencia, a un familiar o a un amigo de confianza para hablar con nosotros sobre este formulario, consultar su información o actuar en su nombre, solo en asuntos relacionados con este formulario. Esta persona o socio/agencia de la comunidad se conoce como el 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, socio o agencia de la comunidad como su representante autorizado legalmente para obtener información oficial sobre este formulario de Kaiser Permanente y para actuar en su nombre en asuntos relacionados con este formulario. Esta autorización dura dos (2) años a partir de la fecha de su firma o hasta que la cancele. Puede cancelar la autorización en cualquier momento enviando una solicitud por escrito firmada a California Service Center, At: CHC, P.O. Box 939095 San Diego, CA 92193-9095 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 haya confiado anteriormente. Una vez que la divulguemos a su representante, su información puede volver a ser divulgada por su representante y ya no estará protegida 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. Usted tiene derecho a recibir una copia de esta autorización.

X

Fecha (mm/dd/aaaa)

 / /

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

SECCIÓN 7: Firme el Formulario de elegibilidad de subsidio

Al firmar este formulario, certifica que la información en este formulario es correcta y precisa. Si proporciona información incorrecta o incompleta en este formulario o en otra correspondencia relativa a este formulario, puede que se cancelen todos los subsidios de cobertura médica de Kaiser Permanente. No se garantiza la aprobación de la membresía para el Community Health Access Program 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, padre, madre o tutor legal para miembros menores de 18 años)

Todos los planes son ofrecidos y están suscritos por Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc.

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) ማስታወሻ: 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 dò po-poò béín m̀ gbo kpáa. 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 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.

Naabee hó (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' hódíłnihi **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).

NOTAS

[illegible]

NOTAS

[illegible]

