

Formulario para volver a solicitar el subsidio del Community Health Access Program – 2023

Utilice este formulario para volver a solicitar 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 nuevamente el formulario antes de la fecha límite

Para volver a solicitar el Community Health Access Program, **debemos** recibir este formulario a más tardar el **1 de octubre de 2022**. Si no recibimos este formulario para esta fecha, ya no recibirá 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 2023.

Paso 2: Llene el formulario para volver a solicitar el subsidio

- Escriba en computadora o en letra de imprenta con tinta negra o azul.
- Responda todas las preguntas obligatorias de manera completa.
- Firme el formulario.
- Haga una copia del formulario completado para sus archivos.

Paso 3: Incluya un comprobante de ingresos

Adjunte copias de los comprobantes de ingresos familiares brutos más recientes:

- Si le paga un empleador: incluya los 2 últimos talones de pago, formularios W-2 o estados de pago.
- Si es trabajador independiente: incluya el Anexo C y la página 1 (la página de ingreso bruto ajustado) de la declaración federal de impuestos o un formulario de ganancias y pérdidas del año pasado.
- Si recibe su pago en efectivo: incluya una carta de 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:

- Interés de un préstamo estudiantil: incluya su último estado de cuenta del préstamo estudiantil.
- Trabajador independiente: el Anexo C y la página 1 (la página de ingreso bruto ajustado) de la declaración federal de impuestos o un formulario de ganancias y pérdidas del año pasado.

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 el District of 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, Maryland Children's Health Program, Medicare, un plan de salud patrocinado por el empleador o para asistencia financiera a través de Maryland Health Connection, entre otros.

NO tiene que ser ciudadano estadounidense 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 Children's Health Program o Maryland Health Connection, si corresponde.
- Proporcione pruebas de su tutoría legal, si corresponde.
- Cualquier otra información o documentación que pueda ayudarnos a evaluar su elegibilidad.

Paso 5: Envíe su formulario, comprobante de ingresos y otros documentos necesarios

Envíe el **formulario para volver a solicitar el subsidio llenado y firmado**, el comprobante de ingresos actuales, deducciones de ingresos y otros documentos necesarios a través de una de las siguientes opciones:

- Por correo electrónico:
CHC-Applications@kp.org
(escriba "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, llámenos al:

1-800-777-7902 (TTY 711)

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

Información para Socios Comunitarios

Comuníquese con un orientador de Community Health Access Program (CHAP) participante para obtener ayuda con la solicitud. Visite **kp.org/mas-chap/gethelp** (en inglés) para encontrar el más cercano a usted.

Tenga en cuenta: 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 usted solicita el subsidio de Kaiser Permanente a través de una organización comunitaria, dicha organización puede usar su información para determinar su elegibilidad para otro programa de atención médica o de servicio social, o para otro propósito que establezca la ley.

Preguntas frecuentes

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

El procesamiento de los formularios completados que incluyen toda la documentación requerida puede tardar 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. ¿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.

3. ¿Qué sucede cuando ya no cumpla 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 Pregunta 5 para conocer sus opciones.

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

La incapacidad de pagar las primas de Maryland Health Connection no significa que usted sea elegible para el Community Health Access Program. Debe cumplir los requisitos de ingresos y otros criterios del Community Health Access Program para ser elegible.

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

- **Considere Medicaid o Maryland Children's Health Program.** Esta opción puede estar disponible si usted nació en los Estados Unidos o es residente legal permanente y su ingreso anual es igual o menor que el 138 % del nivel federal de pobreza (\$18,754 para una persona o \$38,295 para una familia de 4 integrantes en 2022). Kaiser Permanente es un proveedor de Medicaid y puede estar disponible para usted. Visite kp.org/medicaid/md/es para obtener más información.
- **Adquiera una cobertura médica por medio de Maryland Health Connection.** Si califica, es posible que obtenga ayuda para pagar las primas de su plan o los gastos de bolsillo. Recuerde inscribirse durante el periodo de inscripción abierta de Maryland Health Connection. Si espera hasta que el periodo de inscripción abierta haya terminado, necesitará que pase un evento de vida calificado para inscribirse a un nuevo plan. Para obtener más información, visite marylandhealthconnection.gov/es.
- **Llámenos al 1-800-488-3590 (TTY 711) o visite buykp.org** (haga clic en "Español") para obtener información sobre otras opciones del plan Kaiser Permanente para individuos y familias.
- **Considere Medicare**, un programa federal disponible para las 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 (haga clic en "Español") para obtener más información.

6. ¿El Community Health Access Program es un beneficio público que podría afectar mi capacidad para convertirme en residente permanente legal o ciudadano estadounidense 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 médica de las personas y las familias de bajos ingresos que no tienen acceso a la cobertura médica pública o privada.

7. ¿Qué pasa si la persona indicada como miembro principal no es elegible para el Community Health Access Program?

Si el miembro principal ya no es elegible, no envíe este formulario para volver a solicitar el subsidio. En su lugar, los miembros elegibles que quieran continuar en el Community Health Access Program 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 sobre el miembro (obligatorio)

Miembro principal

La persona que está cubierta por el plan de salud y vuelve a solicitar el subsidio del Community Health Access Program. Si se 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. Debe llenar la información del padre, la madre o el tutor legal en la Sección 2.

Nombre*

Inicial del segundo nombre

Apellido*

Fecha de nacimiento* (mm/dd/aaaa)

Número de historia clínica (si está disponible)

Sexo*

Hombre Mujer

Teléfono de casa

Teléfono celular

Dirección* (incluya n.º de depto. No se aceptan apartados postales)

Ciudad*

Estado*

Código postal*

Dirección postal (incluya n.º de depto. Si es diferente a la dirección residencial)

Ciudad

Estado

Código postal

Idioma hablado preferido (si no es el inglés)

Idioma leído preferido (si no es el inglés)

Correo electrónico (opcional) *Entiendo que se pueden comunicar conmigo por correo electrónico.*

Conteste **TODAS** las preguntas correspondientes a continuación 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.

El miembro principal...

¿Recibe cobertura médica a través de un empleador?*

Sí No

¿Es ciudadano estadounidense?*

Sí No

Si contestó que sí, omita las siguientes dos preguntas.

¿Es residente permanente legal?¹

Sí No

Si la respuesta es "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 es un ciudadano estadounidense. Un LPR es un inmigrante que vive en los EE. UU. bajo un estado de residente permanente reconocido legalmente. Por ejemplo, los titulares de una tarjeta de residencia, los residentes extranjeros permanentes y los residentes extranjeros titulares de permisos.

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

Solo llene esta sección si es el padre, la madre o el tutor legal 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)

Sexo

Hombre Mujer

Teléfono de casa

Teléfono celular

Dirección postal (incluya n.º de depto. Se admiten apartados postales)

Ciudad

Estado

Código postal

Correo electrónico (opcional) *Entiendo que se pueden comunicar conmigo por correo electrónico.*

SECCIÓN 3: Información sobre la familia (si corresponde)

Cónyuge o 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 legal debe llenar esta sección en nombre del miembro.

Nombre

Inicial del segundo nombre

Elija una opción:

Cónyuge
 Pareja doméstica

Apellido

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

Número de historia clínica (si está disponible)

Sexo

Hombre Mujer

Conteste **TODAS** las preguntas correspondientes a continuación 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.

El cónyuge o la pareja doméstica...

¿Recibe cobertura médica a través de un empleador?

Sí No

¿Es ciudadano estadounidense?

Sí No

Si contestó que sí, omita las siguientes dos preguntas.

¿Es residente permanente legal?¹

Sí No

Si la respuesta es "Sí", ¿hace cuántos años es residente permanente legal?¹

(continúa)

1. Un residente permanente legal (LPR) no es un ciudadano estadounidense. Un LPR es un inmigrante que vive en los EE. UU. bajo un estado de residente permanente reconocido legalmente. Por ejemplo, los titulares de una tarjeta de residencia, los residentes extranjeros permanentes y los residentes extranjeros titulares de permisos.

SECCIÓN 3: Información sobre 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 legal debe llenar esta sección en nombre del miembro. Si tiene más de 3 dependientes que vuelven a presentar la solicitud, haga 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 está disponible)

Sexo

 Hombre Mujer

Relación con el solicitante principal

Conteste **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.

El dependiente...

¿Recibe cobertura médica a través de un empleador?

Sí No

¿Es ciudadano estadounidense?

Sí No

Si contestó que sí, omita las siguientes dos preguntas.

¿Es residente permanente legal?¹

Sí No

Si la respuesta es "Sí", ¿hace cuántos años es residente permanente legal?¹

(continúa)

1. Un residente permanente legal (LPR) no es un ciudadano estadounidense. Un LPR es un inmigrante que vive en los EE. UU. bajo un estado de residente permanente reconocido legalmente. Por ejemplo, los titulares de una tarjeta de residencia, los residentes extranjeros permanentes y los residentes extranjeros titulares de permisos.

SECCIÓN 3: Información sobre 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 legal debe llenar esta sección en nombre del miembro.

Nombre

Inicial del segundo nombre

Apellido

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

Número de historia clínica (si está disponible)

Sexo

 Hombre Mujer

Relación con el solicitante principal

Conteste **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.

El dependiente...

¿Recibe cobertura médica a través de un empleador?

 Sí No

¿Es ciudadano estadounidense?

 Sí No

Si contestó que sí, omita las siguientes dos preguntas.

¿Es residente permanente legal?¹

 Sí No

Si la respuesta es "Sí", ¿hace cuántos años es residente permanente legal?¹

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 legal debe llenar esta sección en nombre del miembro.

Nombre

Inicial del segundo nombre

Apellido

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

Número de historia clínica (si está disponible)

Sexo

 Hombre Mujer

Relación con el solicitante principal

Conteste **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.

El dependiente...

¿Recibe cobertura médica a través de un empleador?

 Sí No

¿Es ciudadano estadounidense?

 Sí No

Si contestó que sí, omita las siguientes dos preguntas.

¿Es residente permanente legal?¹

 Sí No

Si la respuesta es "Sí", ¿hace cuántos años es residente permanente legal?¹

1. Un residente permanente legal (LPR) no es un ciudadano estadounidense. Un LPR es un inmigrante que vive en los EE. UU. bajo un estado de residente permanente reconocido legalmente. Por ejemplo, los titulares de una tarjeta de residencia, los residentes extranjeros permanentes y los residentes extranjeros titulares de permisos.

SECCIÓN 4: Ingresos familiares (obligatorio)

El tamaño de su familia y el ingreso familiar nos ayudan a determinar si es elegible para el Community Health Access Program.

(A) ¿Cuál es la cantidad total de familiares† en su hogar?* _____

†Si declara impuestos, es el mismo número de familiares que reporta en su formulario de impuestos. (No es necesario que declare impuestos para presentar la solicitud). Por lo 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 del hogar o familiar?* _____

(C) Complete la siguiente tabla.

- Anote los ingresos brutos anuales estimados (antes de la deducción de impuestos) para cada familiar incluido en (B).
- Si incluyó a más de 3 personas en (B), saque una copia de esta página, proporcione la misma información por cada familiar adicional y envíela con su solicitud.
- Para los niños dependientes que trabajen, pero cuyo ingreso sea menor al umbral requerido para declarar impuestos (\$12,550 en 2021):
 - No los tome en cuenta en el número de familiares que contribuyen al ingreso familiar.
 - No incluya su ingreso en la siguiente tabla.
 - No presente documentos de comprobante de ingresos.

Ingresos brutos anuales estimados (antes de la deducción de impuestos)	Familiar 1	Familiar 2	Familiar 3
Ingreso bruto de salarios, propinas e ingresos del empleo por cuenta propia	\$	\$	\$
Pagos por Incapacidad del Seguro Social (Social Security Disability, SSDI)	\$	\$	\$
Beneficios por desempleo	\$	\$	\$
Ingresos provenientes de la pensión o jubilación	\$	\$	\$
Ingresos por alquiler que recibe de propiedades que tiene y alquila	\$	\$	\$
Ingresos por intereses y anualidades	\$	\$	\$
Ayuda financiera para estudiantes: inclúyala solo si se usa para los gastos de manutención (las becas, las recompensas y 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	\$	*	\$

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

Por ejemplo:

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

Calcularemos su ingreso anual total familiar sumando los montos que figuran en los documentos de prueba de ingresos que envió. Si sus documentos de prueba de ingresos no coinciden con el ingreso bruto anual de la tabla anterior, explique cualquier circunstancia especial que debamos considerar al revisar sus documentos de prueba de ingresos.

- Sólo yo/mi cónyuge trabajo(a).
 Se redujeron las horas o no son constantes.
 Cambio de trabajo reciente.
 No trabajo.
 Soy trabajador independiente.
 Otro (explique) _____

*Indica que el campo es obligatorio.

SECCIÓN 4: Ingresos familiares (continuación)

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

Deducciones estimadas de los ingresos anuales	Familiar 1	Familiar 2	Familiar 3
Interés de un préstamo estudiantil	\$	\$	\$
Gastos como trabajador independiente	\$	\$	\$
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 independiente). **Calcularemos las deducciones totales sumando los documentos de comprobante de deducciones. Si sus comprobantes de deducciones no coinciden con las deducciones totales en la tabla anterior, explique en el espacio proporcionado en la página 9.**

Trabajador independiente: Si algún familiar incluido en la tabla (C) es un trabajador independiente, envíe una copia del Anexo C y de la página 1 (la página de ingreso bruto ajustado) de la declaración federal del impuesto sobre la renta o un formulario de ganancias y pérdidas para cada negocio del año pasado.

SECCIÓN 5: Opciones si no es elegible

Si ya no reúne los requisitos de elegibilidad, se cancelará su afiliación al Community Health Access Program de Kaiser Permanente, pero seguirá inscrito en el plan MD Gold Value 0/20/Vision de Kaiser Permanente en 2023. Usted debe seguir pagando la totalidad de su prima mensual y los gastos de bolsillo a menos que cancele su membresía o hasta que no pague la prima completa. No obstante, puede cancelar la cobertura de su plan MD Gold Value 0/20/Vision de Kaiser Permanente para 2023 si no es elegible para el Community Health Access Program marcando la siguiente casilla.

Si ya no reúne los requisitos de elegibilidad del Community Health Access Program y quiere cancelar su inscripción al plan MD Gold Value 0/20/Vision para 2023, marque la siguiente casilla.

Cancele la inscripción de todas las personas de mi plan al plan MD Gold Value 0/20/Vision de Kaiser Permanente a partir del 31 de diciembre de 2022 si ya no reúnen los requisitos de elegibilidad del Community Health Access Program.

Si no marca ninguna casilla y no le aprueban esta solicitud, permanecerá en el plan MD Gold Value 0/20/Vision de Kaiser Permanente, pero 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 2022. 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 Value 0/20/Vision de Kaiser Permanente para 2023. Comuníquese con nosotros antes del 30 de noviembre de 2022 para no recibir la primera factura.

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

Puede autorizar a un socio o una agencia de la comunidad, a un representante, 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 nombra a esta persona o socio/agencia de la comunidad como su representante autorizado legalmente para obtener información sobre este formulario de Kaiser Permanente y para actuar en su nombre en asuntos relacionados con este formulario. Esta autorización tiene vigencia de 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 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 haya usado 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 requerida (del miembro principal o de la parte financieramente responsable, el padre, la madre o el tutor legal de los miembros menores de 18 años)

SECCIÓN 7: Firme el acuerdo para volver a presentar una solicitud (obligatorio)

Al firmar este formulario, usted certifica que la información proporcionada es correcta y exacta. Si proporciona información incorrecta o incompleta en este formulario o en otra correspondencia relacionada con este formulario, es posible que se cancelen todos los subsidios de Kaiser Permanente para la cobertura médica. No se garantiza la aprobación de la membresía del Community Health Access Program de Kaiser Permanente, ya que esta depende de la elegibilidad y la disponibilidad.

X

Fecha (mm/dd/aaaa)

 / /

Firma requerida (del miembro principal o de la parte financieramente responsable, 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' hódíłniih 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: ถ้านคุณพูดภาษาไทย 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).

