

# Child Health Program / Community Health Care 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 Child Health Program / Community Health Care Program, **debemos** recibir este formulario para el **1 de octubre de 2021**. Si para esta fecha no hemos recibido este formulario, ya no recibirá apoyo financiero a través del Child Health Program / Community Health Care 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 Child Health Program/Community Health Care Program de Kaiser Permanente se considerará para personas que no tienen seguro y que:

- Vivan en el área de servicio de Kaiser Foundation Health Plan, Inc. de California.
- Cumplan los siguientes requisitos de edad a la fecha de inicio del plan de Kaiser Permanente:
  - Condados de Fresno, Kings, o Madera: Menor de 25 años
  - Todos los demás condados de California: Menor de 18 años
- 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 Medi-Cal, Medicare o un plan de salud patrocinado por el empleador, entre otras, o para la asistencia financiera a través de Covered California. Los niños menores de 19 años que viven en hogares con ingresos menores al 266% del nivel federal de pobreza son elegibles para Medi-Cal.

**Solicite primero Medi-Cal si el solicitante es menor de 19 años.**

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

- Incluya las cartas de denegación de Medi-Cal o Covered California, 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**

**NO es necesario que sea ciudadano de EE. UU. para ser elegible para el Child Health Program / Community Health Care Program de Kaiser Permanente.**

#### **Estamos aquí para ayudarle:**

Si tiene alguna pregunta sobre el Child Health Program / Community Health Care Program o sobre este formulario, por favor llámenos al: **1-800-464-4000 (TTY 711)** 24 horas al día, 7 días a la semana (cerrado los días festivos)

Si presentó una solicitud para Child Health Program / Community Health Care 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 elegibilidad continua para el Child Health Program / Community Health Care 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 Child Health Program / Community Health Care 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 Child Health Program/Community Health Care Program de Kaiser Permanente.

### 2. ¿Qué ocurre si no me aceptan en el Child Health Program/Community Health Care 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 Child Health Program / Community Health Care 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 Child Health Program / Community Health Care Program de Kaiser Permanente. Permanecerá inscrito en el plan Platinum 90 HMO, 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 Covered California. ¿Aún puedo calificar para el Child Health Program / Community Health Care Program?

Si no puede pagar las primas de Covered California no calificará para el Child Health Program / Community Health Care Program. Debe cumplir con los requisitos de ingresos y otros criterios del Child Health Program/Community Health Care Program para ser elegible.

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

- **Si el solicitante es menor de 19 años, solicite primero Medi-Cal.** Los niños menores de 19 años que viven en hogares con ingresos iguales o inferiores al 266% (\$34,261 para un individuo o \$70,490 para una familia de 4 miembros en el 2021) del nivel federal de pobreza son elegibles para Medi-Cal. **Si tiene entre 19 y 25 años,** puede ser elegible si los ingresos de su hogar son iguales o inferiores al 138% del nivel federal de pobreza (\$17,774 para un individuo o \$36,570 para una familia de 4 miembros en 2021). Kaiser Permanente es un proveedor de Medi-Cal y podría estar disponible para usted. Para obtener más información, visite **kp.org/medi-cal** (cambie el idioma a español) o llame al Centro de Asistencia de Medicaid de Kaiser Permanente al **1-800-557-4515 (TTY 711)**. Para más información, también puede comunicarse con una organización comunitaria o con la oficina local de servicios del condado.
- **Obtenga una cobertura médica por medio de Covered California.** Si califica, es posible que obtenga ayuda para pagar las primas mensuales o los gastos de bolsillo. Para más información, visite **CoveredCA.com** (en inglés), que también tiene los planes de Kaiser Permanente.
- **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.

## Preguntas más comunes *(continuación)*

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

No, el Child Health Program / Community Health Care 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.

## SECCIÓN 1: Información del miembro

### Miembro principal

La persona que está cubierta por el plan de salud y vuelve a solicitar el subsidio del Child Health Program / Community Health Care 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  Prefiere no especificar

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 Child Health Program/Community Health Care 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  Prefiere no especificar

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 Child Health Program / Community Health Care 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  
 Prefiere no especificar

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 Child Health Program/Community Health Care 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 Child Health Program / Community Health Care 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

Prefiere no especificar

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 Child Health Program / Community Health Care 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 Child Health Program / Community Health Care 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

Prefiere no especificar

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 Child Health Program / Community Health Care 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 Child Health Program / Community Health Care 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

Prefiere no especificar

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 Child Health Program / Community Health Care 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 de su hogar nos ayudan a determinar si es elegible para el Child Health Program / Community Health Care 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	\$	\$	\$
<b>INGRESOS TOTALES</b>	<b>\$</b>	<b>\$</b>	<b>\$</b>

**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	\$	\$	\$
<b>DEDUCCIONES TOTALES</b>	\$	\$	\$

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 Child Health Program / Community Health Care 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 de su plan 2021 Platinum 90 HMO 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 Platinum 90 HMO de Kaiser Permanente, si no es elegible para el Child Health Program / Community Health Care Program.

Si NO es elegible para el Child Health Program / Community Health Care Program de Kaiser Permanente, ¿aun así desea obtener el plan Platinum 90 - HMO en 2022?

- Sí, todos los que figuran en las Secciones 1 y 3 quieren obtener el plan Platinum 90 HMO de Kaiser Permanente. Saben que tendrán que pagar las primas mensuales completas y cualquier gasto de su propio bolsillo.
- No, ninguno de los que figuran en las Secciones 1 y 3 quiere obtener el plan Platinum 90 HMO de Kaiser Permanente. Cancelese la afiliación de todas las personas detalladas en las Secciones 1 y 3 del plan Platinum 90 HMO a partir del 31 de diciembre de 2021.

También tiene la opción de enviar una solicitud por escrito o llamarnos al **1-800-464-4000 (TTY 711)** para cancelar su plan 2021 Platinum 90 HMO 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 Platinum 90 HMO de Kaiser Permanente y será responsable de pagar el monto total de la prima mensual y todos los gastos de bolsillo por los servicios que reciba. Su primera factura llegará a principios de diciembre de 2021. Si tiene preguntas, llámenos al **1-800-464-4000 (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 tiene vigencia hasta el 31 de diciembre de 2023, 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 Child Health Program/Community Health Care Program, pero no podremos compartir su información con su representante. Usted tiene derecho a recibir una copia de esta autorización.**

Fecha (mm/dd/aaaa)

X

 /  / 

**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 Child Health Program / Community Health Care Program de Kaiser Permanente, ya que depende de la elegibilidad y la disponibilidad.

Fecha (mm/dd/aaaa)

X

 /  / 

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

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

## Aviso de no discriminación

Kaiser Permanente no discrimina a ninguna persona por su edad, raza, etnia, color, país de origen, antecedentes culturales, ascendencia, religión, sexo, identidad de género, expresión de género, orientación sexual, estado civil, discapacidad física o mental, fuente de pago, información genética, ciudadanía, lengua materna o estado migratorio.

La Central de Llamadas de Servicio a los Miembros brinda servicios de asistencia con el idioma las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). Se ofrecen servicios de interpretación sin costo alguno para usted durante el horario de atención, incluido el lenguaje de señas. Se ofrecen aparatos y servicios auxiliares para personas con discapacidades sin costo alguno durante el horario de atención. También podemos ofrecerle a usted, a sus familiares y amigos cualquier ayuda especial que necesiten para acceder a nuestros centros de atención y servicios. Puede solicitar los materiales traducidos a su idioma sin costo para usted. También los puede solicitar con letra grande o en otros formatos que se adapten a sus necesidades sin costo para usted. Para obtener más información, llame al **1-800-788-0616 (TTY 711)**.

Una queja es una expresión de inconformidad que manifiesta usted o su representante autorizado a través del proceso de quejas. Por ejemplo, si usted cree que ha sufrido discriminación de nuestra parte, puede presentar una queja. Consulte su *Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage)* o *Certificado de Seguro (Certificate of Insurance)*, o comuníquese con un representante de Servicio a los Miembros para conocer las opciones de resolución de disputas que le corresponden.

Puede presentar una queja de las siguientes maneras:

- **Por teléfono:** Llame a servicio a los miembros al **1-800-788-0616 (TTY 711)** las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos).
- **Por correo postal:** Llámenos al **1-800-788-0616 (TTY 711)** y pida que se le envíe un formulario.
- **En persona:** Llene un formulario de Queja Formal o Reclamo/Solicitud de Beneficios en una oficina de servicio a los miembros ubicada en un Centro de Atención del Plan (consulte su directorio de proveedores en **kp.org/facilities** [haga clic en “Español”] para obtener las direcciones).
- **En línea:** Use el formulario en línea en nuestro sitio web en **kp.org/espanol**.

Llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros si necesita ayuda para presentar una queja.

Se le informará al Coordinador de Derechos Civiles de Kaiser Permanente (Civil Rights Coordinator) de todas las quejas relacionadas con la discriminación por motivos de raza, color, país de origen, género, edad o discapacidad. También puede comunicarse directamente con el coordinador de derechos civiles de Kaiser Permanente en:

**Northern California**  
Civil Rights/ADA Coordinator  
1800 Harrison St.  
16<sup>th</sup> Floor  
Oakland, CA 94612

**Southern California**  
Civil Rights/ADA Coordinator  
SCAL Compliance and Privacy  
393 East Walnut St.,  
Pasadena, CA 91188

También puede presentar una queja formal de derechos civiles de forma electrónica ante la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) en el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services) mediante el Portal de Quejas Formales de la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights Complaint Portal), en [ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf](https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf) (en inglés) o por correo postal o por teléfono a: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Ave. SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TTY). Los formularios de queja formal están disponibles en [hhs.gov/ocr/office/file/index.html](https://hhs.gov/ocr/office/file/index.html) (en inglés).







