

Solicitud de cobertura médica

Individual and Family Plans

 ¿Quién puede usar esta solicitud?	Con esta solicitud, usted puede solicitar un plan de Kaiser Permanente for Individuals and Families (KPIF). • Si desea obtener cobertura para su familia dentro del mismo plan de KPIF, llene una solicitud para la familia. Si un miembro de la familia desea un plan de salud diferente, tendrá que llenar una solicitud por separado. • Para poder recibir la cobertura de KPIF, tiene que vivir en nuestra área de servicio de California.
 ¿Quién no debe usar esta solicitud?	• Si usted o alguno de los dependientes por los que presenta la solicitud tienen derecho a recibir Medicare Parte A o están inscritos en Medicare Parte B, no podrán solicitar la cobertura de KPIF. Visite kp.org/medicare (haga clic en "Español") para obtener más información sobre sus opciones de planes de Medicare o para solicitar cobertura de Medicare. • Tenga en cuenta que el Programa de Asesoramiento y Defensoría del Seguro Médico (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) brinda asesoramiento sobre el seguro médico a los residentes de California sin cargo. Llame a HICAP al 1-800-434-0222 para obtener más información. Consulte la página 12 para encontrar información sobre su programa HICAP local. • Si califica para obtener asistencia financiera federal o estatal y desea ayuda para pagar los copagos, los coseguros, los deducibles o las primas, no llene esta solicitud. Debe solicitar la cobertura a través de Covered California en coveredca.com/espanol. • Si ya es miembro de KPIF, no use este formulario. Para hacer cambios en su cuenta, llame al 1-800-464-4000.
 Para tener en cuenta	• Si presenta la solicitud durante el período de inscripción abierta, es posible que su fecha de vigencia cambie según la fecha en la que recibamos su solicitud. Por lo general, será el 1 de enero si presenta la solicitud antes del 31 de diciembre. • Si presenta la solicitud durante un período de inscripción especial, vaya a kp.org/inscripcionespecial o llame al 1-800-494-5314 para obtener instrucciones. • Devuelva esta solicitud lo antes posible, o puede hacer la solicitud más rápido en línea en buykp.org/apply (haga clic en "Español"). • Responda todas las preguntas en la computadora o en letra de imprenta con tinta únicamente. Deje un recuadro vacío entre cada palabra y agregue un guion en el recuadro para los nombres compuestos. • Recuerde: si se va a inscribir en un nuevo plan, no se cancelará automáticamente ninguna otra cobertura que tenga. Para evitar pagar 2 planes o tener una interrupción en la cobertura, asegúrese de cancelar cualquier otra cobertura a partir del día anterior al comienzo de su nueva cobertura. • Para asegurarse de que su solicitud se procese a tiempo y no se cancele, envíe cada página de la solicitud completa y firmada con todas las firmas requeridas, el pago del primer mes y una prueba de su evento de vida calificado (de ser necesario). Envíe estos documentos por correo a: - Kaiser Permanente for Individuals and Families - P.O. Box 23127 - San Diego, CA 92193-9921 O, envíelo por fax seguro a: 1-866-816-5139 Nota: Los cheques deben enviarse por correo y no por fax.
 ¿Necesita ayuda?	• Si necesita ayuda para llenar esta solicitud, llame al 1-800-494-5314 (TTY: 711). • Le brindaremos asistencia en su propio idioma sin costo. • Si está trabajando con un corredor, llámelo para obtener ayuda.

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

PASO 1: Elija su periodo de inscripción

Seleccione una opción: ☐ Inscripción abierta (**vaya al paso 2**) ☐ Un periodo de inscripción especial (siga con este paso)

Elija su evento de vida calificado. Si tuvo más de uno, revise sus opciones debido a que las fechas de vigencia pueden variar según el evento. **También se requiere prueba de elegibilidad dentro de 10 días calendario.** Visite kp.org/inscripcionespecial o llame al **1-800-494-5314** para obtener más información sobre los eventos calificados de vida.

- | | |
|--|--|
| ☐ Pérdida de la cobertura médica esencial mínima (ponga el último día completo que tuvo cobertura)*
☐ Agrega un dependiente o se convierte en uno por medio del matrimonio o de una pareja de hecho
☐ Agrega un nuevo dependiente o se convierte en uno después del nacimiento de un niño, una adopción o la puesta en adopción o cuidados de crianza
Nota: En este caso, también debe elegir entre 2 opciones de fecha de vigencia:
☐ La fecha de nacimiento, adopción o puesta en adopción o cuidados de crianza
☐ El primer día del mes siguiente, después de que recibimos la solicitud
☐ Deja de tener un dependiente por divorcio, disolución de la pareja de hecho o separación legal
☐ Muerte del suscriptor o de un dependiente
☐ Orden de manutención u otra orden de la corte para cubrir a un dependiente
Nota: En este caso, también debe elegir entre 2 opciones de fecha de vigencia:
☐ Fecha de la orden de manutención u otra orden de la corte para cubrir a un dependiente
☐ El primer día del mes posterior a la fecha de la orden de la corte
☐ Traslado permanente con acceso a nuevos planes | ☐ Determinación de Covered California para circunstancias excepcionales
☐ Elegibilidad para comprar un plan de salud individual mediante un acuerdo de reembolso de gastos médicos de cobertura individual (individual coverage health reimbursement arrangement, ICHRA) o un acuerdo de reembolso de gastos médicos de pequeño empleador calificado (qualified small employer health reimbursement arrangement, QSEHRA)
☐ Violencia doméstica o abandono del cónyuge que suceda dentro del hogar
☐ Interrupción de la contribución del empleador a la prima COBRA
☐ Puesta en libertad
☐ Información errónea sobre la inscripción en la cobertura esencial mínima
☐ Cambios en la red de proveedores
☐ Violación del contrato
☐ Elegibilidad para el estipendio de servicios de atención médica por el trabajo realizado en empresas de reparto o de envíos a través de aplicaciones |
|--|--|

Por favor escriba la fecha de su evento de vida calificado. / / (mm/dd/aaaa)

*Si su evento de vida calificado es la pérdida de la cobertura de Kaiser Permanente, podemos revisar sus registros de membresía para verificar cuándo y por qué perdió la cobertura.

PASO 2: Elija su plan de salud

Elija un plan de salud. Si algún miembro de su familia está solicitando un plan de salud diferente, envíe una solicitud por separado para cada plan.

Bronze	Silver	Gold	Platinum
☐ Kaiser Permanente – Bronze 60 HDHP HMO ☐ Kaiser Permanente – Bronze 60 HMO ☐ Kaiser Permanente – Bronze 60 HMO 8200/0%	☐ Kaiser Permanente – Silver 70 HMO Off Exchange ☐ Kaiser Permanente – Silver 70 HMO 2850/50 ☐ Kaiser Permanente – Silver 70 HDHP HMO 3600/20%	☐ Kaiser Permanente – Gold 80 HMO Coinsurance ☐ Kaiser Permanente – Gold 80 HMO	☐ Kaiser Permanente – Platinum 90 HMO

Para solicitantes menores de 30 años o con exenciones por dificultades económicas

Para comprar un plan con cobertura mínima, los solicitantes tienen que ser menores de 30 años en la fecha de vigencia, o proporcionar un certificado de exención que indique la falta de cobertura asequible o la existencia de dificultades económicas. **No podremos procesar su solicitud sin el certificado de exención si tiene 30 años de edad o más.** Para saber si califica, visite CoveredCA.com/exemptions (en inglés) y siga las instrucciones.

- ☐ Kaiser Permanente - Minimum Coverage HMO

Para información sobre los beneficios de salud y dentales, y sus limitaciones, montos de costo compartido y primas, consulte los detalles de sus materiales de inscripción. Para solicitar una copia del *Acuerdo de Membresía Combinado, la Evidencia de Cobertura y el Formulario de Revelación* (Combined Amendment to Membership Agreement, Evidence of Coverage, and Disclosure Form) de un plan específico, visite kp.org/plandocuments (en inglés), llámenos al **1-800-464-4000** o comuníquese con su corredor.

PASO 3: Elija su plan dental opcional para adultos

La cobertura dental está incluida en su plan de salud para los niños hasta el final del mes en el que el miembro cumple 19 años de edad. Kaiser Permanente ofrece un plan de seguro dental opcional para adultos, que incluye a las personas cuya elegibilidad para recibir servicios dentales pediátricos ya terminó. Esta cobertura opcional está disponible por un cargo adicional. Nuestra cobertura dental opcional para adultos es suscrita por Kaiser Permanente Insurance Company (KPIC), una subsidiaria de Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (KFHP), y es administrada por Delta Dental of California, uno de los proveedores de beneficios dentales más grandes y con más experiencia en el país. Consulte el Resumen de cobertura de beneficios dentales (Summary of Dental Benefits Coverage, SDBC) *Matriz de divulgación* para obtener detalles completos del plan de atención dental de KPIC en kp.org/kpic-dental (haga clic en "Español"). Elija una de las siguientes opciones.

- ☐ Sí. Solicito la inscripción al plan de seguro dental de KPIC que está disponible como una opción adicional a la cobertura de mi plan de salud. El plan de seguro dental de KPIC está suscrito por Kaiser Permanente Insurance Company, una subsidiaria de Kaiser Foundation Health Plan, Inc. Una vez inscrito, entiendo que no podré cancelar mi cobertura dental sin cancelar también la cobertura de mi plan de salud, excepto durante la inscripción abierta o durante un período de inscripción especial.
- ☐ No me interesa la cobertura dental opcional.

PASO 4: Escriba su información**Solicitante principal**

En un plan individual, el solicitante principal es la persona que estará cubierta por el plan de salud. En un plan para familias, el solicitante principal es el miembro de la familia que tiene cobertura del plan de salud y está autorizado a realizar cambios en la cuenta. Si esta solicitud es solo para un niño menor de 18 años, el niño es el solicitante principal.

Nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
		/ /
Apellido		
Número de historia clínica anterior (si corresponde)	Estado (si corresponde)	Sexo
		☐ Hombre ☐ Mujer
		☐ Prefiere no especificar
Número de seguro social (si corresponde)		
- -		
Dirección de su casa (no se admiten los apartados postales)		
Ciudad		
Estado	Código postal	Condado
		Teléfono (teléfono móvil si está disponible)
		- -
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		

Padre, madre o tutor legal

Complete esta sección si el solicitante principal es un niño menor de 18 años.
El padre o tutor legal debe tener 18 años o más.

Nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
		/ /
Apellido		
Sexo	Número de seguro social (si corresponde)	
☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Prefiere no especificar	- -	
Idioma que prefiere hablar (si no es inglés)		Idioma que prefiere leer (si no es inglés)

Solicitante principal

Cónyuge o pareja doméstica que recibirá cobertura

Una pareja doméstica es una persona registrada y reconocida legalmente como su pareja doméstica por el estado de California.

Nombre

Inicial del
segundo nombre

Elija una opción:

☐ Cónyuge ☐ Pareja
doméstica

Apellido

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

Número de historia clínica anterior (si corresponde)

Estado (si corresponde)

Sexo

☐ Hombre ☐ Mujer
☐ Prefiere no especificar

Número de seguro social (si corresponde)

Padres/Padrastrós que estarán cubiertos

Si tiene más de 2 padres/padrastrós que recibirán cobertura, llene una copia adicional de esta página y preséntela con su solicitud.

1 Nombre

Inicial del
segundo nombre

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

Apellido

Número de historia clínica anterior (si corresponde)

Estado (si corresponde)

Sexo

☐ Hombre ☐ Mujer
☐ Prefiere no especificar

Número de seguro social (si corresponde)

2 Nombre

Inicial del
segundo nombre

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

Apellido

Número de historia clínica anterior (si corresponde)

Estado (si corresponde)

Sexo

☐ Hombre ☐ Mujer
☐ Prefiere no especificar

Número de seguro social (si corresponde)

Solicitante principal

Dependientes que recibirán cobertura

Si tiene más de 3 dependientes que recibirán cobertura, llene una copia adicional de esta página y preséntela con su solicitud.

1 Nombre

Inicial del
segundo nombre

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

 / /

Apellido

Número de historia clínica anterior (si corresponde)

Estado (si corresponde)

Sexo

Número de seguro social (si corresponde)

 -

☐ Hombre ☐ Mujer
☐ Prefiere no especificar

 - -

Relación con el solicitante principal

2 Nombre

Inicial del
segundo nombre

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

 / /

Apellido

Número de historia clínica anterior (si corresponde)

Estado (si corresponde)

Sexo

Número de seguro social (si corresponde)

 -

☐ Hombre ☐ Mujer
☐ Prefiere no especificar

 - -

Relación con el solicitante principal

3 Nombre

Inicial del
segundo nombre

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

 / /

Apellido

Número de historia clínica anterior (si corresponde)

Estado (si corresponde)

Sexo

Número de seguro social (si corresponde)

 -

☐ Hombre ☐ Mujer
☐ Prefiere no especificar

 - -

Relación con el solicitante principal

Solicitante principal

PASO 5: Elija un representante autorizado (si tiene uno)

Puede autorizar a un amigo de confianza o a un pariente para que hable con nosotros sobre esta solicitud, para que vea su información o para que actúe en su nombre solo en cuestiones relacionadas con esta solicitud. Esta persona se conoce como el representante autorizado.

Nombre

Inicial del segundo nombre

Apellido

Teléfono (teléfono móvil si está disponible)

Al firmar, usted designa a esta persona como su representante legal autorizado para que obtenga información oficial sobre esta solicitud y actúe en su nombre en cuestiones relacionadas con esta solicitud.

X

Fecha (mm/dd/aaaa)

Solicitante principal (padre, madre o tutor legal para niños menores de 18 años)

PASO 6: Firme el acuerdo de solicitud

Importante: Todos los solicitantes, padres/padrazos y dependientes mayores de 18 años deben leer, firmar y fechar a continuación. Si el solicitante principal es menor de 18 años, el padre o tutor legal deberá firmar. Al firmar, el padre o tutor legal se compromete a pagar todas las primas, los copagos, los coseguros y los deducibles de todos los solicitantes mencionados en esta solicitud. Una copia de su acuerdo con su firma es tan válida como el original. Si falta la firma, cancelaremos la solicitud. Si hay más de 2 padres/padrazos mayores de 18 años que firman, adjunte una copia de esta página con las firmas adicionales. Para ser elegible para la cobertura de KPIF, ni usted ni ninguno de los dependientes por los que presenta la solicitud pueden tener derecho a recibir Medicare Parte A ni estar inscritos en Medicare Parte B.

- Confirmando que ningún solicitante declarado en este formulario tiene derecho a Medicare Parte A ni está inscrito en Medicare Parte B.
- Comprendo que Kaiser Foundation Health Plan, Inc., dependerá de la información proporcionada en esta solicitud. Si se determina que cualquier parte de la información proporcionada es fraudulenta o se tergiversó intencionalmente, Kaiser Foundation Health Plan, Inc. puede optar por dar por terminada la cobertura retroactivamente a la fecha de vigencia.
- En caso de haber trabajado con un corredor, autorizo a Kaiser Permanente a compartir con ellos la información de inscripción y de cancelación proporcionada en esta solicitud. Entiendo que el corredor o representante de Kaiser Permanente puede recibir pagos financieros y no financieros de parte de Kaiser Permanente porque me ayudó con esta solicitud.
- Al proporcionar mi dirección de correo electrónico y número de teléfono móvil, entiendo que puedo recibir comunicaciones por correo electrónico y mensajes de texto de Kaiser Permanente.

X

Fecha (mm/dd/aaaa)

Solicitante principal (padre, madre o tutor legal para niños menores de 18 años)

X

Fecha (mm/dd/aaaa)

Cónyuge/Pareja doméstica

X

Fecha (mm/dd/aaaa)

Padre/Padrazo

X

Fecha (mm/dd/aaaa)

Padre/Padrazo

X

Fecha (mm/dd/aaaa)

Dependientes (18 años de edad y mayores)

X

Fecha (mm/dd/aaaa)

Dependientes (18 años de edad y mayores)

Solicitante principal

PASO 7: Firme el acuerdo de arbitraje de Kaiser Foundation Health Plan, Inc.

Entiendo que (con excepción de los casos del tribunal para reclamaciones menores, las reclamaciones sujetas a los procedimientos de apelaciones de Medicare o a las regulaciones del procedimiento de reclamaciones de Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación para Empleados [Employee Retirement and Income Security Act, ERISA] y cualquier otra reclamación que no pueda someterse a arbitraje obligatorio según las leyes vigentes) toda disputa entre mi persona, mis herederos, familiares u otras partes asociadas, por un lado y, por otro lado, Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (KFHP), cualquier proveedor de atención médica contratado, administradores u otras partes asociadas contratados, por la supuesta violación de cualquier deber que se presente o esté relacionado con la membresía en KFHP, incluida cualquier reclamación por negligencia médica o del hospital (una reclamación que indica que un servicio médico era innecesario o no estaba autorizado, o bien que se prestó de forma incorrecta, negligente o incompleta), por responsabilidad de los centros médicos, o relativos a la cobertura o prestación de servicios o artículos, sin tomar en cuenta la teoría legal, deben decidirse a través de un arbitraje obligatorio, según la ley de California y no por medio de una demanda o recurso a un proceso judicial, excepto cuando la ley vigente indique una revisión judicial de la actuación arbitral. Acepto renunciar a nuestro derecho a un juicio con jurado y acepto el uso del arbitraje vinculante. Entiendo que el *Acuerdo de Membresía Combinado*, la *Evidencia de Cobertura* y el *Formulario de Revelación* incluyen todas las disposiciones sobre el arbitraje.

X

Solicitante principal (padre, madre o tutor legal para niños menores de 18 años)

Fecha (mm/dd/aaaa)

 / /

X

Cónyuge/Pareja doméstica

Fecha (mm/dd/aaaa)

 / /

X

Padre/Padastro

Fecha (mm/dd/aaaa)

 / /

X

Padre/Padastro

Fecha (mm/dd/aaaa)

 / /

X

Dependientes (18 años de edad y mayores)

Fecha (mm/dd/aaaa)

 / /

X

Dependientes (18 años de edad y mayores)

Fecha (mm/dd/aaaa)

 / /

Una copia de su acuerdo con su firma es tan válida como el original. Si falta la firma, cancelaremos la solicitud. Si hay más de 2 padres/padastros o dependientes mayores de 18 años que firman, adjunte una copia de esta página con las firmas adicionales.

PASO 8: Ingrese los detalles de pago para el primer mes**Información de pago**

Nombre de la persona responsable del pago

Inicial del segundo nombre

Apellido de la persona responsable del pago

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

Dirección de correo electrónico

Opciones de pago (elija una) ☐ Pago electrónico ☐ Cheque ☐ Orden de pago ☐ Tarjeta de crédito ☐ Tarjeta de débitoSi elige un pago electrónico, seleccione el tipo de cuenta: ☐ Cuenta de cheques ☐ Cuenta de ahorros

Autorizo a Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (KFHP) y a la institución financiera designada a que acepten esta transferencia del monto del pago del primer mes de mi cuenta de cheques o cuenta de ahorros.

Nombre del banco

Número de ruta bancaria

Número de cuenta

Nombre del titular de la cuenta

Inicial del segundo nombre

Apellido del titular de la cuenta

X

Fecha (mm/dd/aaaa)

Firma del titular de la cuenta

Si elige un cheque o una orden de pago

Escriba el nombre del solicitante principal en el cheque. Envíe el pago por correo junto con su solicitud a la dirección que se menciona en la página 1.

Para pagar con tarjeta de crédito o débito, complete la siguiente sección.

Nombre del titular de la tarjeta como aparece en la tarjeta

Inicial del segundo nombre

Apellido del titular de la tarjeta como aparece en la tarjeta

Número de tarjeta

Fecha de vencimiento (mm/aaaa)

X

Fecha (mm/dd/aaaa)

Firma del titular de la tarjeta

Pagos mensuales automáticos (opcional)

Para cancelar o actualizar los pagos automáticos, visite kp.org/payonline (en inglés) o llame a la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al 1-888-236-4490.

¿Desea registrarse para hacer pagos mensuales automáticos?

☐ Sí

☐ Deseo añadir un nuevo método de pago aquí. (Llene esta página).

☐ Utilicen el mismo método de pago que indiqué para el pago del primer mes.
(Sáltese esta página).

☐ No, no deseo realizar pagos mensuales automáticos.

(Sáltese esta página).

Nombre de la persona responsable del pago

Inicial del segundo nombre

Apellido de la persona responsable del pago

Dirección de facturación

Ciudad

Estado

Código postal

Dirección de correo electrónico

Opciones de pago automático (elija una) ☐ Pago electrónico ☐ Tarjeta de crédito (no puede usar tarjetas de débito)

Si elige un pago electrónico, seleccione el tipo de cuenta: ☐ Cuenta de cheques ☐ Cuenta de ahorros

Autorizo a Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (KFHP) y a la institución financiera designada a aceptar esta transferencia de mi cuenta corriente o cuenta de ahorros.

Nombre del banco

Número de ruta bancaria

Número de cuenta

Nombre del titular de la cuenta

Inicial del segundo nombre

Apellido del titular de la cuenta

X

Fecha (mm/dd/aaaa)

 / /

Firma del titular de la cuenta

Para pagar con tarjeta de crédito, complete la siguiente sección.

Nombre del titular de la tarjeta como aparece en la tarjeta

Inicial del segundo nombre

Apellido del titular de la tarjeta como aparece en la tarjeta

Número de tarjeta

Fecha de vencimiento (mm/aaaa)

 /

X

Fecha (mm/dd/aaaa)

 / /

Firma del titular de la tarjeta

Para solicitantes que trabajen con un corredor o representante de Kaiser Permanente

Si un corredor o un representante de Kaiser Permanente (empleado) le ayudó a decidir en qué plan inscribirse o le ayudó a llenar esta solicitud, asegúrese de que complete esta página.

El corredor de seguros puede recibir de Kaiser Permanente un pago u otra compensación monetaria en relación con la compra de su cobertura.

Nuestro rango de compensación estándar es de \$13 a \$19 por miembro por mes más un bono potencial. Para obtener más información, visite kp.org/brokercompensation (en inglés).

Nota: Las primas son las mismas, independientemente de si utiliza o no los servicios de un corredor o de un representante de Kaiser Permanente.

Esta parte debe completarla su corredor o representante luego de que usted haya completado la solicitud:

Notice to broker or Kaiser Permanente representative: If you have assisted the applicant in submitting the application, the law requires that you attest to this assistance. If, in making this attestation, you state as true any material fact you know to be false, you will be subject to a civil penalty of up to ten thousand dollars (\$10,000), as authorized under California Health and Safety Code section 1389.8(c) or Insurance Code section 10119.3, in addition to any other applicable penalties or remedies available under current law.

Agency name

Agency ID number

Broker or Kaiser Permanente representative (first, middle, last)

Address

City

State

ZIP code

Kaiser Permanente-appointed ID number

National producer number (NPN)

Phone (mobile phone if available)

Fax

Email address

You must answer the following question by selecting Yes or No:

I assisted the applicant in submitting this application. To the best of my knowledge, the information on this application is complete and accurate. I explained to the applicant, in easy-to-understand language, the risk to the applicant of providing inaccurate information, and the applicant understood the explanation.

☐ Yes ☐ No

X

Date (mm/dd/yyyy)

Broker or Kaiser Permanente representative

Oficinas locales del HICAP por condado de California

Condado de Alameda

333 Hegenberger Road, Suite 850
Oakland, CA 94621
510-839-0393

Condados de Alpine, Amador, Calaveras, Mariposa y Toulumne

19074 Standard Road, Suite A
Sonora, CA 95370
209-532-6272 ext. 226

Condados de Butte, Colusa, Glenn, Plumas y Tehama

25 Main Street, Room 202
Chico, CA 95929-0799
530-898-6716

Condado de Contra Costa

400 Ellinwood Way
Pleasant Hill, CA 94523
Dentro de Contra Costa desde un teléfono fijo:
1-800-510-2020
Fuera del estado: 925-655-1393

Condado de Del Norte

1765 Northcrest Drive
Crescent City, CA 95531
707-464-7876

Condados de El Dorado, Nevada, Placer, Sacramento, San Joaquin, Sierra, Sutter, Yolo y Yuba

505 12th Street
Sacramento, CA 95814
1-800-434-0222
916-376-8915

Condados de Fresno y Madera

5363 N. Fresno Street
Fresno, CA 93710
559-224-9117

Condado de Humboldt

333 J Street
Eureka, CA 95501
707-444-3000

Condados de Imperial y San Diego

5151 Murphy Canyon Road, Suite 110
San Diego CA 92123
Imperial 760-353-0223
San Diego 858-565-8772

Condados de Inyo, Mono, Riverside y San Bernardino

9121 Haven Ave., Suite 220
Rancho Cucamonga, CA 91739
909-256-8369

Condado de Kern

5357 Truxtun Ave.
Bakersfield, CA 93301
661-868-1000

Condados de Kings y Tulare

3350 W. Mineral King
Visalia, CA 93291
559-713-2875
1-800-434-0222

Condados de Lake, Marin, Mendocino, Napa, Solano y Sonoma

1129 Industrial Ave., Suite 201
Petaluma, CA 94954
1-800-434-0222
707-526-4108

Condados de Lassen, Modoc, Shasta, Siskiyou, y Trinity

1647 Hartnell Ave., Suite 8
Redding, CA 96002
530-223-0999

Condado de Los Angeles

520 S. Lafayette Park Place, Suite 214
Los Angeles, CA 90057
213-383-4519
Dentro del condado de Los Angeles:
1-800-824-0780

Condado de Merced

851 West 23rd Street
Merced, CA 95340
209-385-7550

Condado de Monterey

247 Main Street
Salinas, CA 93901
831-655-1334

Condado de Orange

2 Executive Circle, Suite 175
Irvine, CA 92614
714-560-0424

Condados de San Benito y Santa Cruz

1777 A Capitola Road
Santa Cruz, CA 95062
831-462-5510

Condado de San Francisco

601 Jackson Street, 2nd Floor
San Francisco, CA 94133
415-677-7520

Condados de San Luis Obispo y Santa Bárbara

528 South Broadway
Santa Maria, CA 93454
805-928-5663

Condado de San Mateo

1710 S. Amphlett Blvd., Suite 100
San Mateo, CA 94402
650-627-9350

Condado de Santa Clara

3100 De La Cruz Blvd., Suite 310
San Jose, CA 95054
408-350-3200, opción 2

Condado de Stanislaus

3500 Coffee Road, Suite 19
Modesto CA 95355
209-558-4540

Condado de Ventura

646 County Square Drive, Suite 100
Ventura, CA 93003
805-477-7310

Aviso de no discriminación

La discriminación es ilegal. Kaiser Permanente cumple con las leyes de los derechos civiles federales y estatales.

Kaiser Permanente no discrimina ilícitamente, excluye ni trata a ninguna persona de forma distinta por motivos de edad, raza, identificación de grupo étnico, color, país de origen, antecedentes culturales, ascendencia, religión, sexo, género, identidad de género, expresión de género, orientación sexual, estado civil, discapacidad física o mental, condición médica, fuente de pago, información genética, ciudadanía, lengua materna o estado migratorio.

Kaiser Permanente ofrece los siguientes servicios:

- Ayuda y servicios sin costo a personas con discapacidades para que puedan comunicarse mejor con nosotros, como lo siguiente:
 - ♦ intérpretes calificados de lenguaje de señas,
 - ♦ información escrita en otros formatos (braille, impresión en letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).
- Servicios de idiomas sin costo a las personas cuya lengua materna no es el inglés, como:
 - ♦ intérpretes calificados,
 - ♦ información escrita en otros idiomas.

Si necesita nuestros servicios, llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000 (TTY 711)** las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). Si tiene deficiencias auditivas o del habla, llame al **711**.

Este documento estará disponible en braille, letra grande, casete de audio o en formato electrónico a solicitud. Para obtener una copia en uno de estos formatos alternativos o en otro formato, llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros y solicite el formato que necesita.

Cómo presentar una queja ante Kaiser Permanente

Usted puede presentar una queja por discriminación ante Kaiser Permanente si siente que no le hemos ofrecido estos servicios o lo hemos discriminado ilícitamente de otra forma. Consulte su *Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage)* o *Certificado de Seguro (Certificate of Insurance)* para obtener más información. También puede hablar con un representante de Servicio a los Miembros sobre las opciones que se apliquen a su caso. Llame a Servicio a los Miembros si necesita ayuda para presentar una queja.

Puede presentar una queja por discriminación de las siguientes maneras:

- **Por teléfono:** llame a Servicio a los Miembros al **1 800-464-4000 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos).

- **Por correo postal:** llámenos al **1 800-464-4000 (TTY 711)** y pida que se le envíe un formulario.
- **En persona:** llene un formulario de Queja o reclamación/solicitud de beneficios en una oficina de Servicio a los Miembros ubicada en un centro del plan (consulte su directorio de proveedores en kp.org/facilities [cambie el idioma a español] para obtener las direcciones).
- **En línea:** utilice el formulario en línea en nuestro sitio web en kp.org/espanol.

También puede comunicarse directamente con el coordinador de derechos civiles (Civil Rights Coordinator) de Kaiser Permanente a la siguiente dirección:

Attn: Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator
 Member Relations Grievance Operations
 P.O. Box 939001
 San Diego CA 92193

Cómo presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Atención Médica de California *(Solo para beneficiarios de Medi-Cal)*

También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles (Office of Civil Rights) del Departamento de Servicios de Atención Médica de California (California Department of Health Care Services) por escrito, por teléfono o por correo electrónico:

- **Por teléfono:** llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Atención Médica (Department of Health Care Services, DHCS) al **916-440-7370 (TTY 711)**.
- **Por correo postal:** llene un formulario de queja o envíe una carta a:

Deputy Director, Office of Civil Rights
 Department of Health Care Services
 Office of Civil Rights
 P.O. Box 997413, MS 0009
 Sacramento, CA 95899-7413

Los formularios de queja están disponibles en:

http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx (en inglés).

- **En línea:** envíe un correo electrónico a CivilRights@dhcs.ca.gov.

Cómo presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.

Puede presentar una queja por discriminación ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services).

Puede presentar su queja por escrito, por teléfono o en línea:

- **Por teléfono:** llame al **1-800-368-1019 (TTY 711 o al 1-800-537-7697)**.
- **Por correo postal:** llene un formulario de queja o envíe una carta a:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

Los formularios de quejas están disponibles en
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> (en inglés).

- **En línea:** visite el Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles en:
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> (en inglés).

