

# Formulario de Cambios en la Cuenta

## California

### Instrucciones

- Puede utilizar este formulario para realizar cambios en el plan o la cuenta de una cuenta existente de Kaiser Permanente for Individuals and Families (KPIF). Solo el suscriptor, padre, madre o tutor legal de una cuenta solo para hijos puede llenar este formulario.
- Por medio de este formulario, usted puede hacer distintos tipos de cambios en los planes y en las cuentas. Conteste la Sección A con su información personal. Después, en la Sección B, elija qué cambios desea hacer y siga llenando cualquier otra sección relacionada con dichos cambios.
- Si agregará a un dependiente a su plan, cualquier otra cobertura que tenga el dependiente no se cancelará de manera automática, a menos que se indique en este formulario. Para evitar pagar 2 planes o tener una interrupción en la cobertura, cancele cualquier otra cobertura que tenga a partir del día anterior al comienzo de su nueva cobertura.
- Nota: Si usted tiene derecho a recibir Medicare Parte A o está inscrito en Medicare Parte B, no es elegible para cambiarse a un plan de KPIF. Si un familiar tiene derecho a Medicare Parte A o está inscrito en Medicare Parte B, no es elegible para cambiarse a un plan de KPIF ni puede agregarse a su plan de KPIF como un nuevo dependiente.
- Tenga en cuenta que el 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 8 para encontrar información sobre su programa HICAP local.

### A. Llene el formulario con su información

Si está realizando un cambio, actualice las siguientes casillas con su nueva información.

Nombre <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	Inicial del segundo nombre <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
Apellido <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		
Número de historia clínica (si corresponde) <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Prefiere no especificar	Número de seguro social (si corresponde) <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
Dirección de su casa (no se admiten los apartados postales) <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		
Ciudad <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		
Estado <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	Código postal <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	Condado <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
Teléfono (teléfono celular si corresponde) <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		
Dirección postal <input type="checkbox"/> Marque esta casilla si es la misma que la dirección de su casa. <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		
Ciudad <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		
Estado <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	Código postal <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
Dirección de correo electrónico <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		

## B. ¿Qué cambios desea hacer?

Marque las casillas de los cambios que desea hacer e incluya a todos los familiares afectados. No haremos ningún cambio para ningún familiar que no se mencione en la lista.

**Puede hacer los siguientes cambios durante la inscripción abierta o un periodo de inscripción especial.** Para realizar un cambio distinto de los indicados a continuación, puede llamar a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000**.

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Quiero cambiar de plan.  | <input type="checkbox"/> Quiero agregar la cobertura dental opcional para adultos (para todos los miembros mayores de 19 años en mi plan).  |
| <input type="checkbox"/> Quiero agregar cobertura médica para un familiar.  | <input type="checkbox"/> Quiero cancelar la cobertura dental opcional para adultos (para todos los miembros mayores de 19 años en mi plan). |
| <input type="checkbox"/> Quiero cambiar mi cuenta solo para hijos a una cuenta familiar conmigo como el suscriptor. |   |

(Se aplican restricciones para periodos de inscripción especial. Visite [kp.org/inscripcionespecial](http://kp.org/inscripcionespecial) para obtener más información).

### Combinar cuentas

**Las cuentas se pueden combinar durante el periodo de inscripción abierta o un periodo de inscripción especial.**

- Quiero agregar a mi cuenta a familiares que ya tienen un plan de Kaiser Permanente. Hacer esto cancelará su plan existente. (Indique qué familiares pasarán a su cuenta en la Sección C).

### Cancelación de cuenta

Nombre

Inicial del segundo nombre

Apellido

Número de historia clínica del suscriptor para la cancelación de la cuenta

X

Fecha (mm/dd/aaaa)

Suscriptor, padre, madre o tutor legal para la cancelación de la cuenta

**Puede hacer los siguientes cambios en cualquier momento durante el año.** (Nota: Para estos cambios, puede omitir las secciones D y E).

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Quiero cancelar la cobertura médica (y la cobertura dental, si corresponde) de un familiar. | <input type="checkbox"/> Quiero cancelar mi cobertura y la de mi cónyuge o pareja doméstica y deseo mantener a mis hijos en una cuenta solo para hijos. |
| <input type="checkbox"/> Quiero cancelar mi cobertura y mantener a mis hijos en una cuenta solo para hijos.          | <input type="checkbox"/> Quiero hacer los cambios que se muestran en la Sección A. (Si cambia su nombre, incluya la documentación legal del cambio).    |

Fecha de entrada en vigor solicitada (no garantizada)

### C. ¿A qué familiares afecta el cambio? (Menciónelos a continuación).

<b>Cónyuge o pareja doméstica</b>	<input type="checkbox"/> Agregar cobertura médica	<input type="checkbox"/> Agregar la cobertura dental opcional para adultos
	<input type="checkbox"/> Cancelar cobertura médica	<input type="checkbox"/> Cancelar la cobertura dental opcional para adultos

Cambio de nombre

Nombre	Inicial del segundo nombre	Elija una opción:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja doméstica
Apellido	<input type="text"/>	
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
Número de historia clínica (si corresponde)	Sexo	Número de seguro social (si corresponde)
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Prefiere no especificar	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>

Si tiene más de 2 padres o padrastos que resultarán afectados por un cambio, adjunte una copia de esta página y escriba la información de esos padres o padrastos.

<b>Padre, madre o padrastro, madrastra 1</b>	<input type="checkbox"/> Agregar cobertura médica	<input type="checkbox"/> Agregar la cobertura dental opcional para adultos
	<input type="checkbox"/> Cancelar cobertura médica	<input type="checkbox"/> Cancelar la cobertura dental opcional para adultos

Cambio de nombre

Nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Apellido	<input type="text"/>	
Número de historia clínica (si corresponde)	Sexo	Número de seguro social (si corresponde)
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Prefiere no especificar	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>

<b>Padre, madre o padrastro, madrastra 2</b>	<input type="checkbox"/> Agregar cobertura médica	<input type="checkbox"/> Agregar la cobertura dental opcional para adultos
	<input type="checkbox"/> Cancelar cobertura médica	<input type="checkbox"/> Cancelar la cobertura dental opcional para adultos

Cambio de nombre

Nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Apellido	<input type="text"/>	
Número de historia clínica (si corresponde)	Sexo	Número de seguro social (si corresponde)
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Prefiere no especificar	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>

### C. ¿A qué familiares afecta el cambio? (Menciónelos a continuación).

Si tiene más de 3 dependientes que resultarán afectados por un cambio, adjunte una copia de esta página y llene la información de esos dependientes.

<b>Dependiente 1</b>	<input type="checkbox"/> Agregar cobertura médica	<input type="checkbox"/> Agregar la cobertura dental opcional para adultos
	<input type="checkbox"/> Cancelar cobertura médica	<input type="checkbox"/> Cancelar la cobertura dental opcional para adultos
<input type="checkbox"/> Cambio de nombre		
Nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Apellido		
<input type="text"/>		
Número de historia clínica (si corresponde)	Sexo	Número de seguro social (si corresponde)
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Prefiere no especificar	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>

<b>Dependiente 2</b>	<input type="checkbox"/> Agregar cobertura médica	<input type="checkbox"/> Agregar la cobertura dental opcional para adultos
	<input type="checkbox"/> Cancelar cobertura médica	<input type="checkbox"/> Cancelar la cobertura dental opcional para adultos
<input type="checkbox"/> Cambio de nombre		
Nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Apellido		
<input type="text"/>		
Número de historia clínica (si corresponde)	Sexo	Número de seguro social (si corresponde)
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Prefiere no especificar	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>

<b>Dependiente 3</b>	<input type="checkbox"/> Agregar cobertura médica	<input type="checkbox"/> Agregar la cobertura dental opcional para adultos
	<input type="checkbox"/> Cancelar cobertura médica	<input type="checkbox"/> Cancelar la cobertura dental opcional para adultos
<input type="checkbox"/> Cambio de nombre		
Nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Apellido		
<input type="text"/>		
Número de historia clínica (si corresponde)	Sexo	Número de seguro social (si corresponde)
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Prefiere no especificar	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>

## D. Elija su periodo de inscripción

Seleccione una opción:  Inscripción abierta (**vaya a la sección E**)  Un periodo de inscripción especial (siga con esta sección)

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

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Pérdida de cobertura médica mínima esencial (ponga el último día completo que tuvo cobertura)*   | <input type="checkbox"/> Traslado permanente con acceso a nuevos planes  |
| <input type="checkbox"/> Agregar un nuevo dependiente o convertirse en uno por medio del matrimonio o de una sociedad doméstica   | <input type="checkbox"/> Determinación de Covered California sobre circunstancias excepcionales  |
| <input type="checkbox"/> Agregar un nuevo dependiente o convertirse en uno debido al nacimiento de un hijo, adopción, colocación para adopción o cuidados de crianza<br><b>Nota:</b> En este caso, también tendrá que elegir entre 2 fechas de entrada en vigor:<br><input type="checkbox"/> La fecha de nacimiento, adopción, colocación para adopción o cuidados de crianza<br><input type="checkbox"/> El primer día del mes siguiente, después de que recibimos el formulario | <input type="checkbox"/> Elegibilidad para comprar un plan de salud individual por medio de un acuerdo de reembolso de cobertura médica 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) |
| <input type="checkbox"/> Dejar de tener un dependiente por divorcio, disolución de la sociedad doméstica o separación legal   | <input type="checkbox"/> Violencia doméstica o abandono del cónyuge que ocurre dentro del hogar  |
| <input type="checkbox"/> Muerte del suscriptor o de un dependiente  | <input type="checkbox"/> Interrupción de la contribución del empleador a la prima de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA)   |
| <input type="checkbox"/> Orden de manutención de los hijos u otra orden del tribunal para cubrir a un dependiente<br><b>Nota:</b> En este caso, también tendrá que elegir entre 2 fechas de vigencia:<br><input type="checkbox"/> La fecha de la orden de manutención de los hijos u otra orden del tribunal para cubrir a un dependiente<br><input type="checkbox"/> El primer día del mes posterior a la fecha de la orden del tribunal   | <input type="checkbox"/> Liberación del encarcelamiento  |
|   | <input type="checkbox"/> Información errónea sobre su inscripción en la cobertura mínima esencial  |
|   | <input type="checkbox"/> Cambios en la red de proveedores  |
|   | <input type="checkbox"/> Violación del contrato  |
|   | <input type="checkbox"/> Elegibilidad para el estipendio de servicios de atención médica por el trabajo realizado en empresas de reparto o de envíos a través de aplicaciones  |

Escriba la fecha de su evento calificado de vida.  /  /  (mm/dd/aaaa)

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

## E. Elija su plan de salud

Si indicó que le gustaría cambiar de plan o agregar una cobertura para un familiar, seleccione a continuación el plan que le gustaría. Todos los familiares que incluyó en la Sección C serán transferidos al plan que seleccione. Si desea inscribir a los familiares en distintos planes, envíe un formulario para cada plan por separado.

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Kaiser Permanente – Bronze 60 HDHP HMO          | <input type="checkbox"/> Kaiser Permanente – Gold 80 HMO Coinsurance |
| <input type="checkbox"/> Kaiser Permanente – Bronze 60 HMO               | <input type="checkbox"/> Kaiser Permanente – Gold 80 HMO             |
| <input type="checkbox"/> Kaiser Permanente – Bronze 60 HMO 8200/0%       | <input type="checkbox"/> Kaiser Permanente – Platinum 90 HMO         |
| <input type="checkbox"/> Kaiser Permanente – Silver 70 HMO Off Exchange  | <input type="checkbox"/> Kaiser Permanente – Minimum Coverage HMO*   |
| <input type="checkbox"/> Kaiser Permanente – Silver 70 HMO 2850/50       |  |
| <input type="checkbox"/> Kaiser Permanente – Silver 70 HDHP HMO 3600/25% |  |

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

Los planes de cobertura mínima están disponibles para los solicitantes que sean menores de 30 años en la fecha de entrada en vigor o que presenten un certificado de exención que demuestre sus dificultades económicas o la falta de cobertura asequible. **No podremos procesar su solicitud sin el certificado de exención si tiene 30 años o más.** Para saber si reúne los requisitos, visite [CoveredCA.com/exemptions](http://CoveredCA.com/exemptions) y siga las instrucciones.

## F. Elija su plan de atención dental opcional para adultos

La cobertura dental se incluye en su plan de salud para los niños que son miembros hasta el último día del mes en el que el miembro cumple 19 años. Kaiser Permanente ofrece un plan de seguro de atención dental opcional para adultos, que incluye a los individuos cuya elegibilidad para recibir servicios dentales pediátricos ya terminó. Esta cobertura opcional está disponible por un cargo adicional.

Puede inscribirse o cancelar la cobertura dental para adultos del plan de seguro dental opcional durante el periodo de inscripción abierta, la renovación anual para miembros o un periodo de inscripción especial. 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 del país.

Consulte el *Matriz de divulgación del Resumen de beneficios y cobertura dentales (Summary of Dental Benefits and Coverage Matrix, SDBC)* para obtener detalles completos del plan de atención dental de KPIC en [kp.org/kpic-dental](http://kp.org/kpic-dental) (haga clic en "Español").

- Agregar la cobertura dental opcional para adultos.†
- Cancelar la cobertura dental opcional para adultos.†

†Una vez que esté 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 periodo de inscripción especial.

## G. Firme el formulario

- Entiendo que Kaiser Foundation Health Plan, Inc. se basará en la información proporcionada en este formulario y que, si se determina que cualquier parte de la información proporcionada es fraudulenta o se tergiversó intencionalmente, Kaiser Foundation Health Plan, Inc. puede optar por cancelar la cobertura retroactivamente a la fecha de vigencia de la cobertura.
- Confirmando que ningún solicitante mencionado en este formulario que cambiará de plan o se agregará como dependiente tiene derecho a Medicare Parte A ni está inscrito en Medicare Parte B.
- Si trabajé con un corredor de seguros, entiendo que el corredor de seguros puede recibir de Kaiser Permanente un pago u otra compensación monetaria en relación con esta cobertura. Nuestro rango de compensación estándar es de \$9 a \$11 por miembro por mes más un bono potencial. Para obtener más información, visite [kp.org/brokercompensation](http://kp.org/brokercompensation) (en inglés).
- Al proporcionar mi correo electrónico y número de teléfono celular, entiendo que podría recibir comunicaciones por correo electrónico y mensaje de texto de Kaiser Permanente.

Nota: El suscriptor debe firmar el formulario. Todos los nuevos dependientes mayores de 18 años, incluidos los padres o padrastos, también deben firmar el formulario. Si hay más de 2 dependientes mayores de 18 años y 2 padres o padrastos que firman, adjunte una copia de esta página con las firmas adicionales.

X		Fecha (mm/dd/aaaa) <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px;"></div> / <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px;"></div> / <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px;"></div>
	Suscriptor o nuevo suscriptor (padre, madre o tutor legal de los suscriptores menores de 18 años)	
X		Fecha (mm/dd/aaaa) <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px;"></div> / <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px;"></div> / <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px;"></div>
	Cónyuge o pareja doméstica	
X		Fecha (mm/dd/aaaa) <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px;"></div> / <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px;"></div> / <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px;"></div>
	Padre, madre o padrastro, madrastra	
X		Fecha (mm/dd/aaaa) <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px;"></div> / <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px;"></div> / <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px;"></div>
	Padre, madre o padrastro, madrastra	
X		Fecha (mm/dd/aaaa) <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px;"></div> / <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px;"></div> / <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px;"></div>
	Dependiente (de 18 años o mayor)	
X		Fecha (mm/dd/aaaa) <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px;"></div> / <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px;"></div> / <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px;"></div>
	Dependiente (de 18 años o mayor)	

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

## H. Firme el acuerdo de arbitraje de Kaiser Foundation Health Plan, Inc.

Entiendo que (con excepción de los casos del Tribunal de demandas de menor cuantía, de las reclamaciones sujetas a un procedimiento de apelación de Medicare o la reglamentación del procedimiento de reclamación de la Ley de Seguridad de 1974 sobre los Ingresos de Jubilación para los Empleados [Employee Retirement Income Security Act, ERISA] y de cualquier otra reclamación que no pueda estar sujeta al arbitraje obligatorio conforme a la ley vigente) cualquier disputa entre mi persona, mis herederos, mis familiares u otras partes asociadas, por un lado, y Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (KFHP), cualquier proveedor de atención médica contratado, administrador u otra parte asociada, por el otro lado, por la supuesta violación de cualquier obligación derivada de o relacionada con la membresía de KFHP, incluida toda reclamación por negligencia médica u hospitalaria (reclamación según la cual los servicios médicos fueron innecesarios o no autorizados o prestados de forma indebida, negligente o incompetente), por responsabilidad civil de las instalaciones o relacionada con la cobertura o la prestación de servicios o artículos, independientemente de lo que disponga la doctrina jurídica, no deberá resolverse en un pleito o procedimiento judicial sino mediante arbitraje obligatorio conforme a la legislación de California, excepto que la ley correspondiente determine la revisión judicial de los procedimientos de arbitraje. Acepto renunciar a nuestros derechos a un juicio por jurado y acepto el uso de un arbitraje obligatorio. Entiendo que el *Acuerdo de Membresía Combinado, Evidencia de Cobertura y Formulario de Revelación (Combined Membership Agreement, Evidence of Coverage, and Disclosure Form)* incluyen todas las disposiciones sobre el arbitraje.

El suscriptor debe firmar el formulario. Todos los nuevos dependientes mayores de 18 años, incluidos los padres o padrastos, también deben firmar el formulario. Si hay más de 2 dependientes mayores de 18 años y 2 padres o padrastos que firman, adjunte una copia de esta página con las firmas adicionales.

X	<input type="text"/>	Fecha (mm/dd/aaaa) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
	Suscriptor o nuevo suscriptor (padre, madre o tutor legal de los suscriptores menores de 18 años)	
X	<input type="text"/>	Fecha (mm/dd/aaaa) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
	Cónyuge o pareja doméstica	
X	<input type="text"/>	Fecha (mm/dd/aaaa) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
	Padre, madre o padrastro, madrastra	
X	<input type="text"/>	Fecha (mm/dd/aaaa) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
	Padre, madre o padrastro, madrastra	
X	<input type="text"/>	Fecha (mm/dd/aaaa) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
	Dependiente (de 18 años o mayor)	
X	<input type="text"/>	Fecha (mm/dd/aaaa) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
	Dependiente (de 18 años o mayor)	

### Información de contacto

Enviar por correo postal a:  
Kaiser Permanente  
P.O. Box 23127  
San Diego, CA 92193-9921

O por fax sin costo a:  
Administración de Membresías al  
1-855-355-5334

¿Tiene alguna pregunta? Llame al  
1-800-464-4000 (TTY: 711)

# 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 Tuolumne**

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**

Council on Aging Southern California  
2280 Market Street, Suite 140  
Riverside, CA 92501  
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](http://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](http://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](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx)** (en inglés).

- **En línea:** envíe un correo electrónico a [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto: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).

