

B. ¿Qué cambios desea hacer?

Marque las siguientes casillas de los cambios que desea hacer y, en la página siguiente, 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 período de inscripción especial.

(Se aplican restricciones para períodos de inscripción especial. Visite kp.org/inscripcionespecial para obtener más información).

- Quiero cambiar de plan.
- Quiero agregar cobertura médica para un familiar.
- Quiero cambiar mi cuenta solo para hijos a una cuenta familiar conmigo como el suscriptor.

Combinación de cuentas

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

- Quiero agregar a mi cuenta a familiares que ya están en Kaiser Permanente. Hacer esto cancelará el 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 para la cancelación de cuenta

Fecha (mm/dd/aaaa)

 / /

Suscriptor o padre/tutor legal para la cancelación de cuenta

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

- Quiero cancelar la cobertura médica (y cobertura dental, si corresponde) de un familiar.
- Quiero cancelar mi cobertura y mantener a mis hijos en una cuenta solo para hijos.
- Quiero cancelar mi cobertura y la de mi cónyuge/pareja doméstica y deseo mantener a mis hijos en una cuenta solo para hijos.
- Quiero hacer los cambios que se muestran en la Sección A. (Si cambia su nombre, incluya la documentación legal del cambio).
- Alguien de mi cuenta dejó de consumir tabaco. (Indique el familiar en la Sección C).

Fecha de entrada en vigor solicitada (no garantizada)

 / / (mm/dd/aaaa)

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

Cónyuge o pareja doméstica

- Añadir cobertura médica
- Cancelar cobertura médica

- Cambio de nombre

Nombre

Inicial del segundo nombre

Elija una opción:

- Cónyuge
- Pareja doméstica

Apellido

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

 / /

Número de historia clínica (si corresponde)

Sexo

- Masculino
- Femenino
- Prefiere no especificar

Número de Seguro Social (si corresponde)

 - -

Solicitantes mayores de 21 años: ¿Ha consumido tabaco al menos 4 veces por semana en los últimos 6 meses (con excepción del consumo con fines religiosos o ceremoniales)? Los productos incluyen cigarrillos, cigarros, tabaco para mascar o tabaco sin humo. Es posible que los consumidores regulares de tabaco deban pagar una prima diferente. Sí No

D. Elija su período de inscripción

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

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 un comprobante de elegibilidad en un plazo de 10 días calendario.** Visite kp.org/inscripcionespecial o llame al **1-800-494-5314** para obtener más información sobre los eventos de vida calificados o si no ve su evento de vida calificado a continuación.

- Pérdida de cobertura médica mínima esencial (ponga el último día completo que tuvo cobertura)*
- Agregar un nuevo dependiente o convertirse en uno por medio del matrimonio o de una sociedad doméstica
- Agregar un nuevo dependiente o convertirse en uno debido al nacimiento de un hijo, adopción, o puesta en adopción o cuidados de crianza
Nota: En este caso, también tendrá que elegir entre 2 fechas de entrada en vigor:
 - La fecha de nacimiento, adopción, o puesta en adopción o cuidados de crianza
 - El primer día del mes después del nacimiento o la colocación del niño con usted
- Orden de manutención de los hijos u otra orden del tribunal para cubrir a un dependiente
Nota: En este caso, también tendrá que elegir entre 2 fechas de entrada en vigor:
 - La fecha de la orden de manutención de los hijos u otra orden del tribunal para cubrir a un dependiente
 - El primer día del mes posterior a la orden del tribunal
- Traslado permanente con acceso a nuevos planes
- Determinación por parte del intercambio de beneficios de salud de circunstancias excepcionales
- 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)
- Violencia doméstica o abandono del cónyuge que ocurre dentro del hogar
- Interrupción de la contribución del empleador a la prima de COBRA

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 su cobertura.

E. Elija su plan de salud

Si indicó que le gustaría cambiar de plan o añadir 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.

- KP GA Bronze Virtual Complete 5500/60
KP GA Signature Bronze Virtual Complete 5500/60[†]
- KP GA Bronze 6500/40%/HSA
KP GA Signature Bronze 6500/40%/HSA[†]
- KP GA Standard Bronze 7500/50
KP GA Signature Standard Bronze 7500/50[†]
- KP GA Silver 3400/30
KP GA Signature Silver 3400/30[†]
- KP GA Silver 3500/20%/HSA
KP GA Signature Silver 3500/20%/HSA[†]
- KP GA Silver 4500/35
KP GA Signature Silver 4500/35[†]
- KP GA Standard Silver 5800/40
KP GA Signature Standard Silver 5800/40[†]
- KP GA Silver Virtual Complete 4800/40
KP GA Signature Silver Virtual Complete 4800/40[†]
- KP GA Silver Virtual Complete 5000/50
KP GA Signature Silver Virtual Complete 5000/50[†]
- KP GA Gold 500/20
KP GA Signature Gold 500/20[†]
- KP GA Gold 1500/20
KP GA Signature Gold 1500/20[†]
- KP GA Gold 1800/25
KP GA Signature Gold 1800/25[†]
- KP GA Standard Gold 2000/30
KP GA Signature Standard Gold 2000/30[†]

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

Los planes Catastrophic 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 califica, visite cuidadodesalud.gov/es/exemption-form-instructions/ y siga las instrucciones.

- KP GA Catastrophic 9100/0
KP GA Signature Catastrophic 9100/0[†]

[†]Si vive en los condados de Clayton, Cobb, DeKalb, Fulton, Gwinnett o Henry, su plan estará dentro de la red de KP Signature HMO. Consulte la información importante sobre los planes en la red de KP Signature HMO en la Guía de Inscripción a KPIF.

F. Firme el formulario

- Entiendo que Kaiser Foundation Health Plan of Georgia, Inc. (KFHPGA) 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, KFHPGA puede optar por dar por terminada la cobertura retroactivamente a la fecha de entrada en vigor 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 agente, entiendo que el agente puede recibir de Kaiser Permanente un pago u otra compensación monetaria en relación con esta cobertura. Nuestra compensación estándar es de \$25 al mes por miembro más un bono potencial. Para obtener más información, visite kp.org/brokercompensation (en inglés).
- Al proporcionar mi correo electrónico y número de teléfono celular, acepto recibir correos electrónicos y comunicaciones por mensajes de Kaiser Permanente.

Nota: El suscriptor que realice un cambio deberá firmar el formulario.

X

Fecha (mm/dd/aaaa)

/ /

Suscriptor o nuevo suscriptor (padre o tutor legal de los suscriptores menores de 18 años)

Información de contacto

Por correo a: Kaiser Permanente
P.O. Box 23127
San Diego, CA 92193

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

**¿Tiene alguna pregunta? Llame al
1-888-865-5813 (TTY: 711)**

Todos los planes son ofrecidos y están suscritos por Kaiser Foundation Health Plan of Georgia, Inc.,
Nine Piedmont Center, 3495 Piedmont Road NE, Atlanta, GA 30305.

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

Kaiser Foundation Health Plan of Georgia, Inc (Kaiser Health Plan) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivo de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo. El Kaiser Health Plan no excluye a las personas o las trata de forma diferente por motivo de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo. Recuerde también:

- Nosotros les brindamos ayuda y servicios sin costo alguno a las personas que tienen una discapacidad que les impide comunicarse con nosotros en forma eficaz, tales como:
 - intérpretes calificados de lenguaje de señas
 - información por escrito en otros formatos, tales como letra grande, audio y otros formatos electrónicos accesibles
- Brindamos servicios de idiomas sin costo alguno a personas cuyo idioma principal no sea el inglés, tales como:
 - intérpretes calificados
 - información por escrito en otros idiomas

Si necesita dichos servicios, llame al **1-888-865-5813** (TTY: **711**)

Si cree que el Kaiser Health Plan no le ha brindado dichos servicios o ha incurrido en discriminación en contra suya de otra manera por motivo de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo, usted puede presentar una queja por correo ante: Member Relations Unit (MRU), Attn: Kaiser Civil Rights Coordinator, Nine Piedmont Center, 3495 Piedmont Road, NE Atlanta, GA 30305-1736. Número de teléfono: 1-888-865-5813.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante el U.S. Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU.) y la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) a través del portal Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o por teléfono: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (línea TDD). Los formularios de queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

AYUDA EN SU IDIOMA

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-888-865-5813** (TTY: **711**).

አማርኛ (Amharic) ማህታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያገዝዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ **1-888-865-5813** (TTY: **711**)።

العربية (Arabic) ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم **1-888-865-5813** (TTY: **711**) .

中文 (Chinese) 注意: 如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 **1-888-865-5813** (TTY: **711**) 。

فارسی (Farsi) توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با **1-888-865-5813** (TTY: **711**) تماس بگیرید.

Français (French) ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le **1-888-865-5813** (TTY: **711**).

Deutsch (German) ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung.
Rufnummer: **1-888-865-5813** (TTY: **711**).

ગુજરાતી (Gujarati) સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો **1-888-865-5813** (TTY: **711**).

Kreyòl Ayisyen (Haitian Creole) ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis ed pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele **1-888-865-5813** (TTY: **711**).

हिन्दी (Hindi) ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। **1-888-865-5813** (TTY: **711**) पर कॉल करें।

日本語 (Japanese) 注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。**1-888-865-5813** (TTY: **711**) まで、お電話にてご連絡ください。

한국어 (Korean) 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-888-865-5813** (TTY: **711**) 번으로 전화해 주십시오.

Naabeehó (Navajo) Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yáníłti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiik'eh, éí ná hóló, koji' hódíílnih **1-888-865-5813** (TTY: **711**).

Português (Portuguese) ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para **1-888-865-5813** (TTY: **711**).

Русский (Russian) ВНИМАНИЕ: если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-888-865-5813** (TTY: **711**).

Español (Spanish) ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-888-865-5813** (TTY: **711**).

Tagalog (Tagalog) PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad.
Tumawag sa **1-888-865-5813** (TTY: **711**).

Tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số **1-888-865-5813** (TTY: **711**).

