

Formulario de cambio de cuenta California

Instrucciones

- 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 conteste cualquier otra sección relacionada con dichos cambios.
- Solo el suscriptor o el padre/tutor legal de una cuenta solo para hijos puede completar este formulario.
- Si agrega 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 obtener los beneficios de Medicare Parte A o si está inscrito en Medicare Parte B, no es elegible para cambiar a los planes Kaiser Permanente for Individuals and Families (KPIF). Si un miembro de su familia tiene derecho a Medicare Parte A o está inscrito en Medicare Parte B, no es elegible para cambiar a los planes KPIF ni puede agregarse a su plan KPIF como un nuevo dependiente.
- 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 8 para encontrar información sobre su programa HICAP local.

A. Conteste el formulario con su información

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

Nombre <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	Inicial del segundo nombre <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px; 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: 20px; height: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px; 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: 20px; height: 20px;" type="text"/>	Código postal <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	Condado <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
Teléfono (teléfono móvil si está disponible) <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>		
Dirección postal <input type="checkbox"/> Marque esta casilla si es la misma que la dirección residencial. <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		
Ciudad <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		
Estado <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	Código postal <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	
Dirección de correo electrónico <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		

B. ¿Qué cambios desea hacer?

Marque las casillas a continuación de los cambios que desea hacer y, en la página siguiente, incluya a todos los miembros de la familia 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. Consulte kp.org/inscripcionespecial para obtener más información).

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

Combinar cuentas

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

- Deseo agregar a mi cuenta a miembros de la familia que ya están en un plan de Kaiser Permanente. Esta acción pondrá fin a su plan existente. (Indique qué miembros de la familia se trasladarán a su cuenta en la Sección C).

Terminación de la cuenta

Nombre

Inicial del segundo nombre

Apellido

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

X

Fecha (mm/dd/aaaa)

Suscriptor o padre/tutor legal para la terminación 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"/> Deseo cancelar la cobertura médica (y la cobertura dental, si corresponde) para un miembro de la familia. | <input type="checkbox"/> Estoy terminando mi cobertura y la de mi cónyuge/pareja doméstica y deseo mantener a mis hijos en una cuenta solo para hijos. |
| <input type="checkbox"/> Estoy terminando mi cobertura y deseo 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 vigencia solicitada (no garantizada)

D. Elija su período de inscripción

Seleccione una opción: Inscripción abierta (**vaya a la Sección E**) Período de inscripción especial (continúe 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/specialenrollment (haga clic en "Español") o llame al **1-800-494-5314** para obtener más información sobre los eventos calificados de vida.

- | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pérdida de la cobertura médica esencial mínima (ponga el último día completo que tuvo cobertura)* | <input type="checkbox"/> Traslado permanente con acceso a nuevos planes |
| <input type="checkbox"/> Agrega un dependiente o se convierte en uno por medio del matrimonio o de una pareja de hecho | <input type="checkbox"/> Determinación de Covered California para circunstancias excepcionales |
| <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> 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) |
| Nota: En este caso, también debe elegir entre 2 opciones de fecha de vigencia: | <input type="checkbox"/> Violencia doméstica o abandono del cónyuge que suceda dentro del hogar |
| <input type="checkbox"/> La fecha de nacimiento, adopción o puesta en adopción o cuidados de crianza | <input type="checkbox"/> Interrupción de la contribución del empleador a la prima COBRA |
| <input type="checkbox"/> El primer día del mes después de que recibimos el formulario | <input type="checkbox"/> Puesta en libertad |
| <input type="checkbox"/> Deja de tener un dependiente por divorcio, disolución de la pareja de hecho o separación legal | <input type="checkbox"/> Información errónea acerca de su inscripción en la cobertura esencial mínima |
| <input type="checkbox"/> Muerte del suscriptor o de un dependiente | <input type="checkbox"/> Cambios en la red de proveedores |
| <input type="checkbox"/> Orden de manutención u otra orden de la corte para cubrir a un dependiente | <input type="checkbox"/> Violación del contrato |
| Nota: En este caso, también debe elegir entre 2 opciones de fecha de vigencia: | <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 |
| <input type="checkbox"/> Fecha de la orden de manutención u otra orden de la corte para cubrir a un dependiente | |
| <input type="checkbox"/> El primer día del mes posterior a la fecha de la orden de la corte | |

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.

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 miembros de la familia 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 3600/20% | |

*Para solicitantes menores de 30 años o con exenciones por privación

Se dispone de planes de cobertura mínima para los solicitantes que tengan menos de 30 años de edad en la fecha de vigencia o que proporcionen un certificado de exención que demuestre privación o falta de cobertura asequible. **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.

F. 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.

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

Agregar cobertura dental opcional para adultos[†]

Cancelar la cobertura dental opcional para adultos.[†]

[†] 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.

G. Firme el formulario

- Entiendo que Kaiser Foundation Health Plan, Inc. se basará en la información que proporciono en este formulario y que, si se determina que cualquier parte de la información 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 de la cobertura.
- Confirmando que ninguna de las personas mencionadas en este formulario por un cambio de plan o por su incorporación como dependiente tiene derecho a recibir Medicare Parte A o está inscrita en Medicare Parte B.
- En caso de haber trabajado con un corredor, entiendo que el corredor 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 (en inglés).
- 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.

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

X

Fecha (mm/dd/aaaa)

/ /

El suscriptor o nuevo suscriptor (padre, madre o tutor legal de los suscriptores menores de 18 años)

X

Fecha (mm/dd/aaaa)

/ /

Cónyuge/Pareja doméstica

X

Fecha (mm/dd/aaaa)

/ /

Padre/Padrastra

X

Fecha (mm/dd/aaaa)

/ /

Padre/Padrastra

X

Fecha (mm/dd/aaaa)

/ /

Dependientes (18 años de edad y mayores)

X

Fecha (mm/dd/aaaa)

/ /

Dependientes (18 años de edad y mayores)

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 para reclamaciones menores, las reclamaciones sujetas a los procedimientos de apelaciones de Medicare o a las regulaciones del procedimiento de reclamaciones de la 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.*

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

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Fecha (mm/dd/aaaa)	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
	Solicitante principal (padre, madre o tutor legal para niños menores de 18 años)		
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Fecha (mm/dd/aaaa)	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
	Cónyuge/Pareja doméstica		
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Fecha (mm/dd/aaaa)	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
	Padre/Padraastro		
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Fecha (mm/dd/aaaa)	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
	Padre/Padraastro		
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Fecha (mm/dd/aaaa)	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
	Dependientes (18 años de edad y mayores)		
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Fecha (mm/dd/aaaa)	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
	Dependientes (18 años de edad y mayores)		

El solicitante o su representante autorizado puede solicitar una copia del formulario completado. Para obtener más información, llame al **1-800-464-4000**.

Información de contacto

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

O envíe un fax sin costo a:
Administración de Membresías
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 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 Condado:
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 Barbara

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).

