

Formulario de Cambios en la Cuenta

Colorado

Instrucciones

- Si usted ya es miembro de Kaiser Permanente for Individuals and Families (KPIF) y está inscrito directamente en una cuenta de KPIF, puede utilizar este formulario para hacer cambios en su plan o cuenta. Solo el suscriptor puede llenar este formulario, o el padre, la madre o el tutor legal en el caso de una cuenta exclusiva para menores.
- Si usted ya es miembro de KPIF y está inscrito a través de Connect for Health Colorado, todos los cambios que se hagan en la cuenta y en el plan de su cobertura actual deben solicitarse a través de es.connectforhealthco.com. Si no sabe cómo se encuentra inscrito o necesita ayuda adicional, llame al **1-800-255-5169 (TTY 711)**.
- Por medio de este formulario, usted puede hacer distintos tipos de cambios en los planes y en las cuentas. Llene la Sección A con su información personal. Luego, en la Sección B, seleccione los cambios que quiere hacer y proceda a completar cualquier otra sección relacionada con dichos cambios.
- Si usted es un suscriptor que cancela su cobertura, la cobertura de sus dependientes también se cancelará automáticamente. Puede elegir mantener a sus hijos menores de 21 años en una cuenta exclusiva para menores. Si cancela su cobertura de KPIF debido a que recientemente es elegible para una cobertura de grupo o para Medicare, sus dependientes contarán con un periodo de inscripción especial para inscribirse en una nueva cobertura de KPIF. Visite kp.org/inscripcionespecial o comuníquese con Servicio a los Miembros para obtener más información.
- Si agrega un dependiente a su plan, cualquier otra cobertura que esta persona tenga no se cancelará de manera automática, a menos que se indique en este formulario. Para evitar pagar dos planes o quedar sin cobertura, cancele cualquier otra cobertura que tenga a partir del día anterior al comienzo de su nueva cobertura.
- Nota: Si tiene derecho a recibir Medicare Parte A o está inscrito en Medicare Parte B, no es elegible para cambiar de plan de KPIF. Si un familiar tiene derecho a recibir Medicare Parte A o está inscrito en Medicare Parte B, no es elegible para cambiar de plan de KPIF ni puede agregarse a su plan de KPIF como un nuevo dependiente.

A. Llene el formulario con su información

Si va a realizar un cambio, actualice las siguientes casillas con su nueva información.

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)	Género:	Número del Seguro Social (si corresponde)
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Prefiere no especificar	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
Dirección de su casa (no se admiten apartados postales)		
<input type="text"/>		
Ciudad		
<input type="text"/>		
Estado	Código postal	Condado
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Teléfono principal (teléfono celular si corresponde)
		<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
Dirección de correo electrónico		
<input type="text"/>		
Dirección postal	<input type="checkbox"/> Marque esta casilla si es la misma que la dirección de su casa	
<input type="text"/>		
Ciudad		
<input type="text"/>		
Estado	Código postal	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Personas 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 las personas que consumen tabaco de manera habitual deban pagar una prima diferente. Sí No

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 hacer un cambio distinto de los indicados a continuación, llame a Servicio a los Miembros al **1-800-632-9700** (TTY 711).

- Cambiar de plan. Cambiar de una cuenta exclusiva para menores a una cuenta familiar conmigo como suscriptor.
- Agregar cobertura médica para un familiar.

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

Combine cuentas de KPIF

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

- Deseo agregar a mi cuenta a uno o más familiares que ya tienen un plan de KPIF. Hacer esto cancelará el plan existente de sus familiares. (Indique qué familiares se transferirán 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 o padre, madre o tutor legal para la cancelación de la cuenta

Puede realizar los siguientes cambios en cualquier momento del año. (Nota: Para estos cambios, puede saltarse las Secciones D y E).

- Cancelar toda la cobertura para mí y todos mis familiares. Hacer los cambios indicados en la Sección A. (Si ha cambiado de nombre, adjunte la documentación legal correspondiente).
- Cancelar la cobertura de un familiar. Una persona en mi cuenta ha dejado de consumir tabaco. (Indique el familiar en la Sección C).
- Cancelar mi cobertura y mantener a mis hijos menores de 21 años en una cuenta exclusiva para menores.
- Cancelar mi cobertura y la de mi cónyuge o pareja en unión civil, y mantener a mis hijos menores de 21 años en una cuenta exclusiva para menores.

Fecha de vigencia solicitada (no se garantiza)

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

Cónyuge o pareja en unión civil

- Cambio de nombre Agregar cobertura médica Finalizar cobertura médica

Personas 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 las personas que consumen tabaco de manera habitual deban pagar una prima diferente. Sí No

Nombre

Inicial del segundo nombre

Elija una opción:

- Cónyuge Pareja en unión civil

Apellido

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

Género

- Masculino Femenino
 Prefiere no especificar

Número del Seguro Social (si corresponde)

Número de historia clínica (si corresponde)

Teléfono principal (teléfono celular si corresponde)

Dirección de correo electrónico

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

Si va a hacer cambios para más de 3 dependientes, adjunte una copia de esta página y llénela con la información de esos dependientes. Proporcione teléfono y correo electrónico únicamente para los dependientes mayores de 18 años.

<input type="checkbox"/> Cambio de nombre	<input type="checkbox"/> Agregar cobertura médica	<input type="checkbox"/> Finalizar cobertura médica
Dependiente 1	Personas 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 las personas que consumen tabaco de manera habitual deban pagar una prima diferente. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
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)	Género:	Número del Seguro Social (si corresponde)
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Prefiere no especificar	
Teléfono principal (teléfono celular si corresponde)		
<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>		
Dirección de correo electrónico		
<input type="text"/>		

<input type="checkbox"/> Cambio de nombre	<input type="checkbox"/> Agregar cobertura médica	<input type="checkbox"/> Finalizar cobertura médica
Dependiente 2	Personas 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 las personas que consumen tabaco de manera habitual deban pagar una prima diferente. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
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)	Género:	Número del Seguro Social (si corresponde)
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Prefiere no especificar	
Teléfono principal (teléfono celular si corresponde)		
<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>		
Dirección de correo electrónico		
<input type="text"/>		

<input type="checkbox"/> Cambio de nombre	<input type="checkbox"/> Agregar cobertura médica	<input type="checkbox"/> Finalizar cobertura médica
Dependiente 3	Personas 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 las personas que consumen tabaco de manera habitual deban pagar una prima diferente. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
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)	Género:	Número del Seguro Social (si corresponde)
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Prefiere no especificar	
Teléfono principal (teléfono celular si corresponde)		
<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>		
Dirección de correo electrónico		
<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 este paso)

Elija su evento calificado de vida. Si tuvo más de uno, revise sus opciones, ya que las fechas de vigencia varían según el evento. **También se requiere una prueba de elegibilidad dentro de 30 días calendario.** Visite kp.org/inscripcionespecial o llame al **1-800-255-5169 (TTY 711)** para obtener más información sobre los eventos calificados de vida o si no ve su evento calificado de vida a continuación.

Cambio en la cobertura médica

- Pérdida de la cobertura médica esencial mínima (ponga el último día completo que tuvo cobertura)
- 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 para pequeños empleadores calificados (*qualified small employer health reimbursement arrangement, QSEHRA*)
- Interrupción de la contribución del empleador o de los subsidios del gobierno para pagar las primas de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA)
- Pérdida de la cobertura de salud a corto plazo

Cambio en la familia

- Se agrega un nuevo dependiente o se convierte en uno por matrimonio o unión civil
- Se agrega un nuevo dependiente o se convierte en uno debido al nacimiento de un hijo, adopción, o puesta en adopción o en cuidados de crianza
Nota: En este caso, también debe elegir entre 2 opciones de fecha de vigencia:
 - La fecha del nacimiento, adopción o puesta en adopción o en cuidados de crianza
 - El primer día del mes después del nacimiento o la entrega del niño
- Orden de manutención de los hijos 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:
 - La fecha de la orden de manutención de los hijos u otra orden de la corte para cubrir a un dependiente
 - El primer día del mes posterior a la fecha de la orden del tribunal

- Violencia doméstica o abandono conyugal dentro del hogar
- Deja de tener un dependiente por divorcio, disolución de la unión civil o separación legal
- Muerte del suscriptor o de un dependiente

Cambio en la residencia

- Traslado permanente con acceso a nuevos planes

Otros eventos calificados de vida

- Determinación por parte de Connect for Health Colorado de circunstancias excepcionales
- Determinación por parte del Comisionado del Departamento de Seguros de circunstancias excepcionales
- Demostración de que un plan calificado infringió de manera sustancial una disposición importante de su contrato respecto a la persona inscrita
- Confirmación inicial de embarazo por parte de un profesional médico
Nota: En este caso, también debe elegir entre 2 opciones de fecha de vigencia:
 - El primer día del mes en que se confirma el embarazo*
 - El primer día del mes siguiente al que recibimos la solicitud
- Liberación de prisión

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

*Si elije que su cobertura inicie el primer día del mes en el que se confirmó el embarazo, se le solicitará pagar las primas mensuales de manera retroactiva por aquellos meses adicionales de cobertura y solo los servicios recibidos dentro de la red se cubrirán de manera retroactiva.

E. Elija su plan de salud

Si indicó que desea cambiar de plan o agregar cobertura para un familiar, seleccione su plan preferido a continuación. La elección del plan de salud se basa en su condado. Vea la lista de condados a continuación para saber qué planes de salud están disponibles para usted. 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. Su condado podría aparecer varias veces.

Disponibles en los siguientes condados: Adams, Arapahoe, Boulder, Broomfield, Clear Creek, Denver, Douglas, El Paso, Elbert, Gilpin, Jefferson, Park y Teller

Planes disponibles:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> KP Select CO Bronze 6500/50 | <input type="checkbox"/> KP Select CO Silver 2500/30 X | <input type="checkbox"/> KP Select CO Gold 500/30/Dental/Vision |
| <input type="checkbox"/> KP Select CO Bronze 6500/35%/HSA | <input type="checkbox"/> KP Select CO Silver 4500/35 RX Copay X | <input type="checkbox"/> KP Select CO Gold 0/25 RX Copay |
| <input type="checkbox"/> KP Select CO Bronze 7500/60 RX Copay | <input type="checkbox"/> KP Select CO Silver 3800/25%/HSA X | <input type="checkbox"/> KP Select CO Gold 1500/20 |
| <input type="checkbox"/> KP Select CO Bronze 8500/50 | <input type="checkbox"/> KP Select CO Silver 4000/25 X | <input type="checkbox"/> KP Select CO Gold 2000/20 |
| <input type="checkbox"/> KP Select CO Catastrophic* | <input type="checkbox"/> KP Select CO Silver 5000/20%/HSA X | <input type="checkbox"/> KP Select CO Gold 3400/15%/HSA |
| | <input type="checkbox"/> KP Select CO Silver 5500/30 X | |

Disponibles en los siguientes condados: Adams, Arapahoe, Boulder, Broomfield, Clear Creek, Denver, Douglas, Elbert, Fremont, Gilpin, Jefferson, Larimer, Park, Pueblo y Weld

Planes disponibles:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> KP CO Bronze 6500/50 | <input type="checkbox"/> KP CO Silver 2500/30 X | <input type="checkbox"/> KP CO Gold 500/30/Dental/Vision |
| <input type="checkbox"/> KP CO Bronze 6500/35%/HSA | <input type="checkbox"/> KP CO Silver 4500/30 RX Copay X | <input type="checkbox"/> KP CO Gold 0/25 RX Copay |
| <input type="checkbox"/> KP CO Bronze 7500/60 RX Copay | <input type="checkbox"/> KP CO Silver 3800/25%/HSA X | <input type="checkbox"/> KP CO Gold 1500/20 |
| <input type="checkbox"/> KP CO Bronze 8500/50 | <input type="checkbox"/> KP CO Silver 4000/25 X | <input type="checkbox"/> KP CO Gold 2000/20 |
| <input type="checkbox"/> KP CO Catastrophic* | <input type="checkbox"/> KP CO Silver 5000/20%/HSA X | <input type="checkbox"/> KP CO Gold 3400/15%/HSA |
| | <input type="checkbox"/> KP CO Silver 5500/30 X | |

Disponibles en los siguientes condados: Adams, Arapahoe, Boulder, Broomfield, Clear Creek, Denver, Douglas, El Paso, Elbert, Fremont, Gilpin, Jefferson, Larimer, Park, Pueblo, Teller y Weld

Planes disponibles:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> KP Colorado Option Bronze | <input type="checkbox"/> KP Colorado Option Silver X | <input type="checkbox"/> KP Colorado Option Gold |
|--|--|--|

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

Los planes para catástrofes (Catastrophic) están disponibles para las personas solicitantes que sean menores de 30 años en la fecha de vigencia 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 cuidadodesalud.gov/es/exemption-form-instructions/ y siga las instrucciones.

El plan para catástrofes de Kaiser Permanente no incluye beneficios dentales pediátricos. Si está solicitando este plan e incluirá niños menores de 19 años en la cobertura, deberá comprar la cobertura dental pediátrica por separado.

- No tengo hijos menores de 19 años que estarán cubiertos por este plan.
- Por la presente doy fe de que tengo o compraré cobertura de beneficios de salud esenciales dentales pediátricos (*essential health benefit, EHB*).

X

Firma de la persona solicitante

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 (Membership Agreement)* de un plan en particular, visite kp.org/plandocuments (en inglés), llame al **1-800-632-9700 (TTY 711)** o comuníquese con su corredor de seguros.

(continúa)

E. Elija su plan de salud (continuación)

¿Usa la persona solicitante principal que está comprando este plan un acuerdo de reembolso de gastos médicos (*health reimbursement arrangement, HRA*)?

Sí

Si responde "Sí", ¿qué tipo?: ICHRA QSEHRA

Con un acuerdo de reembolso de cobertura médica individual (*individual coverage health reimbursement arrangement, ICHRA*) o un acuerdo de reembolso de gastos médicos para pequeños empleadores calificados (*qualified small employer health reimbursement arrangement, QSEHRA*), su empleador establecerá y financiará una cuenta para ayudarle a pagar las primas mensuales del plan individual y los gastos de bolsillo como una alternativa a la cobertura médica de grupo tradicional.

Usar el HRA de un empleador para ayudar a pagar las primas y los gastos de bolsillo no cambia su elegibilidad para un plan Kaiser Permanente Individual and Family.

F. Firme el formulario

- Si un corredor le ayudó a realizar este cambio de cuenta o de plan, al firmar a continuación, usted da permiso a ese corredor para que actúe en su nombre con respecto a este cambio de cuenta o de plan.
- Si trabajé con un corredor de seguros, entiendo que el corredor puede recibir de Kaiser Permanente un pago u otra compensación monetaria en relación con esta cobertura. Nuestra compensación estándar es de \$20 al mes por miembro, más una posible bonificación. Para obtener más información, visite kp.org/brokercompensation (en inglés).
- Es ilegal proporcionar intencionalmente datos o información falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguros con el propósito de estafarla o intentar estafarla. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas, daños civiles y denegación del seguro. Toda compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que proporcione a sabiendas hechos o información falsos, incompletos o engañosos al titular de una póliza o a un demandante con el propósito de estafarlo o intentar estafarlo con respecto a una liquidación o indemnización pagadera con los fondos del seguro serán denunciados ante la División de Seguros de Colorado, una entidad que pertenece al Departamento de Agencias Reguladoras.
- Entiendo que Kaiser Permanente se basará en la información proporcionada en este formulario. Si se determina que cualquier parte de la información proporcionada es fraudulenta o se tergiversó intencionalmente, Kaiser Permanente puede optar por dar por terminada la cobertura retroactivamente a la fecha de vigencia de la cobertura.
- Confirmando que ninguna de las personas incluidas en este formulario que está cambiando de plan o que fue agregada como dependiente tiene derecho a recibir Medicare Parte A ni está inscrita en Medicare Parte B.
- Al proporcionar mi dirección de correo electrónico y números de teléfono, entiendo que puedo recibir comunicaciones por correo electrónico, mensaje de texto o mensaje de voz de Kaiser Permanente. Para obtener más información, visite espanol.kaiserpermanente.org/es/termsconditions.

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

X

Fecha (mm/dd/aaaa)

/ /

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

Información de contacto

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

Por fax:
Membership Administration
1-855-355-5334

¿Tiene preguntas?
Llame al 1-800-632-9700 (TTY 711)

Todos los planes son ofrecidos y están suscritos por Kaiser Foundation Health Plan of Colorado, 10350 E. Dakota Ave., Denver, CO 80247.

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

Kaiser Foundation Health Plan of Colorado (Kaiser Health Plan) cumple con las leyes de derechos civiles aplicables federales y estatales y no discrimina o excluye a las personas ni las trata de forma menos favorable por motivos de raza, color, país de origen (incluido el dominio de inglés limitado y el idioma principal), ascendencia, edad, discapacidad, sexo (incluidas características sexuales, rasgos intersexuales, embarazo o condiciones relacionadas, orientación sexual, identidad de género, expresión de género y estereotipos de género), religión, credo o estado civil.

Kaiser Health Plan:

- Ofrece servicios y dispositivos adicionales sin costo a las personas que tienen una discapacidad que les impide comunicarse con nosotros eficazmente, tales como:
 - intérpretes calificados de lenguaje de señas,
 - información escrita en otros formatos, tales como letra grande, audio, braille y formatos electrónicos accesibles.
- Ofrece servicios lingüísticos sin costo a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, tales como:
 - intérpretes calificados,
 - información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, llame al **1-800-632-9700** (TTY **711**).

Si considera que Kaiser Health Plan no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de alguna otra forma por motivos de raza, color, país de origen, ascendencia, edad, discapacidad, sexo (incluidas características sexuales, rasgos intersexuales, embarazo o condiciones relacionadas, orientación sexual, identidad de género, expresión de género y estereotipos de género), religión, credo o estado civil, puede presentar una queja formal por correo postal escribiendo a: Departamento de Atención al Cliente (Customer Experience Department), Attn: Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator, 10350 E. Dakota Ave, Denver, CO 80247, o por teléfono a Servicio a los Miembros **1-800-632-9700** (TTY **711**).

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

Este aviso está disponible en

<https://healthy.kaiserpermanente.org/colorado/language-assistance/nondiscrimination-notice> (cambie el idioma a español)

AYUDA EN SU IDIOMA

ATTENTION: If you speak English, language assistance services including appropriate auxiliary aids and services, free of charge, are available to you. Call **1-800-632-9700 (TTY 711)**.

አማርኛ (Amharic) ትኩረት: አማርኛ የሚናገሩ ከሆነ ተገቢ የሆኑ ረዳት መርጫዎችን እና አገልግሎቶችን ጨምሮ የቋንቋ እርዳታ አገልግሎቶች በነጻ ይገኛሉ። በ **1-800-632-9700** ይደውሉ (TTY 711)።

العربية (Arabic) تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، تتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية بما في ذلك من وسائل المساعدة والخدمات المناسبة بالمجان. اتصل بالرقم **1-800-632-9700 (TTY : 711)**.

Bàsòò Wùdù (Bassa) Mbi sog: nia maa Bàsàa, njàl mbom a ka maa njàng ndol ni mbom mi tsoṅ ni soṅ, niṅ ma kénṅen yé, mbi èyem. Wò nàṅ **1-800-632-9700 (TTY 711)**

中文 (Chinese) 注意事項: 如果您說中文，您可獲得免費語言協助服務，包括適當的輔助器材和服務。致電 **1-800-632-9700 (TTY 711)**。

فارسی (Farsi) توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می‌کنید، «تسهیلات زبانی»، از جمله کمک‌ها و خدمات پشتیبانی مناسب، به صورت رایگان در دسترس‌تان است با **1-800-632-9700 (تلفن منتهی) (711)** تماس بگیرید.

Français (French) ATTENTION: si vous parlez français, des services d'assistance linguistique comprenant des aides et services auxiliaires appropriés, gratuits, sont à votre disposition. Appelez le **1-800-632-9700 (TTY 711)**.

Deutsch (German) ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, steht Ihnen die Sprachassistentz mit entsprechenden Hilfsmitteln und Dienstleistungen kostenfrei zur Verfügung. Rufen Sie **1-800-632-9700** an (TTY 711).

Igbo (Igbo) TINYE UCHE: O bụrụ na i na-asụ Igbo, Oṛụ enyemaka nke asụsụ gụnyere udi enyemaka na oṛụ kwesiri ekwesị, n'efu, di nye gi. Kpọọ **1-800-632-9700 (TTY 711)**.

日本語 (Japanese) 注意: 日本語を話す場合、適切な補助機器やサービスを含む言語支援サービスが無料で提供されます。 **1-800-632-9700** までお電話ください (TTY : 711)。

한국어 (Korean) 주의: 한국어를 구사하실 경우, 필요한 보조 기기 및 서비스가 포함된 언어 지원 서비스가 무료로 제공됩니다. **1-800-632-9700** 로 전화해 주세요 (TTY 711).

Naabeehó (Navajo) DÍÍ BAA AKÓ NÍNÍZIN: Díí saad bee yánítti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', biniit'aa da beeso ndinish'aah t'aala'I bi'aa 'anashwo' doo biniit'aa, t'aadoo baahilinigoo bits'aadoo yeel, t'áá jii'eh, éí ná hóló, kóji' hódíílnih **1-800-632-9700 (TTY 711)**.

नेपाली (Nepali) ध्यान दिनुहोस्: यदि तपाईं नेपाली बोल्नुहुन्छ भने, उपयुक्त सहायक सहायता र सेवाहरू सहित भाषा सहायता सेवाहरू, नि:शुल्क उपलब्ध छन्। फोन **1-800-632-9700 (TTY: 711)**.

Afaan Oromoo (Oromo) XIYYEEFFANNOO: Yoo Afaan Oromo dubbattu ta'e, Tajaajila gargaarsa afaanii, gargaarsota dabalataa fi tajaajiloota barbaachisoo kaffaltii irraa bilisa ta'an, isiniif ni jira. **1-800-632-9700** irratti bilbilaa (TTY 711)

Русский (Russian) ВНИМАНИЕ! Если вы говорите по-русски, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки, включая соответствующие вспомогательные средства и услуги. Позвоните по номеру **1-800-632-9700 (TTY 711)**.

Español (Spanish) ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios de asistencia lingüística que incluyen ayudas y servicios auxiliares adecuados y gratuitos. Llame al **1-800-632-9700 (TTY 711)**.

Tagalog (Tagalog) PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, available sa iyo ang serbisyo ng tulong sa wika kabilang ang mga naaangkop na karagdagang tulong at serbisyo, nang walang bayad. Tumawag sa **1-800-632-9700 (TTY 711)**.

Tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, bạn có thể sử dụng các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí, bao gồm các dịch vụ và phương tiện hỗ trợ phù hợp. Xin gọi **1-800-632-9700 (TTY 711)**.

Yorùbá (Yoruba) ÀKÍYÈSÍ: Tí o bá n sọ èdè Yorùbá, àwọn isẹ̀ ìrànlowọ̀ èdè tó fi kún àwọn ohun èlò ìrànlowọ̀ tó yẹ àti àwọn isẹ̀ láìsì idíyelé wà fún ọ. Pe **1-800-632-9700 (TTY 711)**.