

# Formulario de cambios en la cuenta

## Georgia

### 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 siga llenando cualquier otra sección relacionada con dichos cambios.
- Solo el suscriptor, padre o tutor legal de una cuenta solo para hijos puede llenar este formulario.
- 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 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 cambiarse a un plan de KPIF ni puede agregarse a su plan de KPIF como un nuevo dependiente.

### A. Llene el formulario con su información

Si está realizando 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"/>

Apellido

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"/>

Dirección de su casa (no se admiten los apartados postales)

Ciudad

Estado	Código postal	Condado	Teléfono (teléfono celular si está disponible)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Dirección de facturación o dirección postal  Marque esta casilla si es la misma que la dirección de su casa.

Ciudad

Estado	Código postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Dirección de correo electrónico

**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

## 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](http://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

### 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.

#### Dependiente 1

- Añadir cobertura médica
- Cancelar cobertura médica

Cambio de nombre

Nombre   
Inicial del segundo nombre  Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)  /  /

Apellido

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

#### Dependiente 2

- Añadir cobertura médica
- Cancelar cobertura médica

Cambio de nombre

Nombre   
Inicial del segundo nombre  Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)  /  /

Apellido

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

#### Dependiente 3

- Añadir cobertura médica
- Cancelar cobertura médica

Cambio de nombre

Nombre   
Inicial del segundo nombre  Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)  /  /

Apellido

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](http://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.

- |  |  |
|--|--|
| <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 por parte del intercambio de beneficios de salud de circunstancias excepcionales  |
| <input type="checkbox"/> Agregar un nuevo dependiente o convertirse en uno debido al nacimiento de un hijo, adopción, o puesta en adopción o cuidados de crianza | <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) |
| <b>Nota:</b> En este caso, también tendrá que elegir entre 2 fechas de entrada en vigor:   | <input type="checkbox"/> Violencia doméstica o abandono del cónyuge que ocurre 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 de COBRA   |
| <input type="checkbox"/> El primer día del mes después del nacimiento o la colocación del niño con usted   |  |
| <input type="checkbox"/> Orden de manutención de los hijos u otra orden del tribunal para cubrir a un dependiente  |  |
| <b>Nota:</b> En este caso, también tendrá que elegir entre 2 fechas de entrada en vigor:   |  |
| <input type="checkbox"/> La fecha de la orden de manutención de los hijos u otra orden del tribunal para cubrir a un dependiente                                 |  |
| <input type="checkbox"/> El primer día del mes posterior a la orden del tribunal   |  |

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.

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> KP GA Bronze Virtual Complete 5500/60<br>KP GA Signature Bronze Virtual Complete 5500/60 <sup>†</sup> | <input type="checkbox"/> KP GA Silver Virtual Complete 4800/40<br>KP GA Signature Silver Virtual Complete 4800/40 <sup>†</sup> |
| <input type="checkbox"/> KP GA Bronze 6500/40%/HSA<br>KP GA Signature Bronze 6500/40%/HSA <sup>†</sup>                         | <input type="checkbox"/> KP GA Silver Virtual Complete 5000/50<br>KP GA Signature Silver Virtual Complete 5000/50 <sup>†</sup> |
| <input type="checkbox"/> KP GA Standard Bronze 7500/50<br>KP GA Signature Standard Bronze 7500/50 <sup>†</sup>                 | <input type="checkbox"/> KP GA Gold 500/20<br>KP GA Signature Gold 500/20 <sup>†</sup>   |
| <input type="checkbox"/> KP GA Silver 3400/30<br>KP GA Signature Silver 3400/30 <sup>†</sup>                                   | <input type="checkbox"/> KP GA Gold 1500/20<br>KP GA Signature Gold 1500/20 <sup>†</sup>                                       |
| <input type="checkbox"/> KP GA Silver 3500/20%/HSA<br>KP GA Signature Silver 3500/20%/HSA <sup>†</sup>                         | <input type="checkbox"/> KP GA Gold 1800/25<br>KP GA Signature Gold 1800/25 <sup>†</sup>                                       |
| <input type="checkbox"/> KP GA Silver 4500/35<br>KP GA Signature Silver 4500/35 <sup>†</sup>                                   | <input type="checkbox"/> KP GA Standard Gold 2000/30<br>KP GA Signature Standard Gold 2000/30 <sup>†</sup>                     |
| <input type="checkbox"/> KP GA Standard Silver 5800/40<br>KP GA Signature Standard Silver 5800/40 <sup>†</sup>                 |  |

### 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/](http://cuidadodesalud.gov/es/exemption-form-instructions/) y siga las instrucciones.

- KP GA Catastrophic 9100/0  
KP GA Signature Catastrophic 9100/0<sup>†</sup>

<sup>†</sup>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](http://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**).

