*N.º de la OMB 0938-1378*
*Vence: 31 de julio de 2024*

KAISER PERMANENTE®

**Plan Individual**

Kaiser Permanente Senior Advantage (HMO) o
Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal Plan (HMO D-SNP)

# Formulario de Inscripción 2024

**Plan Individual de la Región del Norte de California o del Sur de California**

### ¿Quién puede usar este formulario?

Las personas con Medicare que quieran inscribirse en un plan de Medicare Advantage

**Para inscribirse en el plan debe:**

- Ser ciudadano o residente legal de los Estados Unidos
- Vivir en el área de servicio del plan

**Importante:** Para inscribirse en un plan de Medicare Advantage, también debe tener:

- Medicare Parte A (seguro hospitalario)
- Medicare Parte B (seguro médico)

### ¿Cuándo debo usar este formulario?

Puede inscribirse en un plan:

- Del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año (para la cobertura que comienza el 1 de enero)
- A los 3 meses de haber obtenido Medicare por primera vez
- En ciertas situaciones en las que tiene permitido inscribirse en un plan o cambiar de plan

Visite Medicare.gov para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un plan.

### ¿Qué necesito para llenar este formulario?

- Su número de Medicare (el número que aparece en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare)
- Su dirección permanente y número de teléfono

**Nota:** Debe llenar todos los campos de la Sección 1. Los campos de la Sección 2 son opcionales: no se le puede negar la cobertura por no llenarlos.

**Recordatorios:**

- Si desea inscribirse en un plan durante la inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), el plan debe recibir su formulario completado antes del 7 de diciembre.

¿Ha pensado en mejor inscribirse en **kp.org/enrollonline** (en inglés)? Es una forma rápida, segura y fácil de presentar su solicitud.

- En general, la fecha de vigencia de su cobertura se basa en el momento en que recibimos su solicitud de inscripción. Si envía su solicitud por correo, tenga en cuenta que la fecha del matasellos no se considera la fecha en la que el plan recibe la solicitud y no determina la fecha de vigencia de su cobertura. Kaiser Permanente debe recibir las solicitudes de inscripción elegibles para la fecha de vigencia del primero del mes siguiente a más tardar el último día del mes anterior a esa fecha de vigencia.
- Le enviaremos una factura por la prima del plan. Puede elegir inscribirse para que los pagos de su prima se deduzcan de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del Seguro Social (o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios).

### ¿Qué sigue?

Envíe el formulario completado y firmado a:

Kaiser Permanente – Medicare Unit
P.O. Box 232400
San Diego, CA 92193-2400

También puede enviar su formulario completado por FAX o CORREO ELECTRÓNICO:
FAX: **1-855-355-5334**
CORREO ELECTRÓNICO:
**KPMedicareEnrollments@kp.org**

- Revisaremos su formulario para asegurarnos de que esté completo.
- Informaremos a Medicare que usted solicitó inscribirse a Senior Advantage.

Y0043_N00036167_CA_SP_C
H8794_N00036167_CA_SP_C
1062987440 (10/2023)

- En un plazo de 10 días calendario después de que Medicare confirme su elegibilidad, le informaremos cuándo inicia su cobertura. Luego, le enviaremos una tarjeta de identificación de Kaiser Permanente e información para los miembros nuevos.
- Puede revisar el progreso de su solicitud en línea en **kp.org/Medicare/estadodesolicitud**.

**¿Cómo obtengo ayuda para llenar este formulario?**

Llame a Kaiser Permanente al **1-800-443-0815**. Los usuarios de TTY pueden llamar al **711**.

En español: Llame a Kaiser Permanente al **1-800-443-0815**/TTY **711**.

**Personas sin hogar**

- Si quiere inscribirse en un plan, pero no tiene una residencia permanente, se puede considerar como su dirección de residencia permanente un apartado de correo postal, una dirección de un albergue o clínica, o la dirección donde recibe correspondencia (p. ej. cheques del seguro social).

Y0043_N00036167_CA_SP_C
H8794_N00036167_CA_SP_C
1062987440 (10/2023)

Nombre

Número de historia clínica de Kaiser Permanente (para miembros actuales o anteriores)

## Sección 1: Todos los campos de esta sección son obligatorios (a menos que se marquen como opcionales)

**Marque el plan en el que desea inscribirse:**

*Las áreas de servicio de algunos planes no incluyen todo el condado. Consulte el Resumen de beneficios para obtener información detallada sobre las áreas de servicio del plan.*

**SUR DE CALIFORNIA (planes HMO):**

- ☐ Senior Advantage Inland Empire (HMO): $0 al mes
- ☐ Senior Advantage Inland Empire - **Value** (HMO): $0 al mes
- ☐ Senior Advantage Kern County - **Basic** (HMO): $0 al mes
- ☐ Senior Advantage Kern County - **Enhanced** (HMO): $29 al mes
- ☐ Senior Advantage Los Angeles and Orange Counties (HMO): $0 al mes
- ☐ Senior Advantage Los Angeles and Orange Counties - **Value** (HMO): $0 al mes
- ☐ Senior Advantage San Diego County (HMO): $0 al mes
- ☐ Senior Advantage San Diego County - **Value** (HMO): $0 al mes
- ☐ Senior Advantage Ventura County (HMO): $0 al mes
- ☐ Senior Advantage Ventura County - **Value** (HMO): $0 al mes

**SUR DE CALIFORNIA (planes HMO D-SNP):**

Plan de necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP): Para las personas que tienen derecho a recibir los beneficios de Medicare y **Medicaid estatal**

- ☐ Senior Advantage Medicare Medi-Cal SCAL P1 (HMO D-SNP): para los condados de Los Ángeles, Orange, Riverside, San Bernardino, San Diego: $0 al mes
- ☐ Senior Advantage Medicare Medi-Cal SCAL P5 (HMO D-SNP): para los condados de Kern y Ventura: $0 al mes

Nombre

Número de historia clínica de Kaiser Permanente (para miembros actuales o anteriores)

**NORTE DE CALIFORNIA (planes HMO):**

- ☐ Senior Advantage Alameda County - **Basic** (HMO): $0 al mes
- ☐ Senior Advantage Alameda, Napa, and SF Counties (HMO): $70 al mes
- ☐ Senior Advantage Contra Costa County - **Basic** (HMO): $0 al mes
- ☐ Senior Advantage Contra Costa County - **Enhanced** (HMO): $65 al mes
- ☐ Senior Advantage Greater Fresno Area - **Basic** (HMO): $0 al mes
- ☐ Senior Advantage Greater Fresno Area - **Enhanced** (HMO): $70 al mes
- ☐ Senior Advantage Greater Sac & Sonoma County - **Basic** (HMO): $0 al mes
- ☐ Senior Advantage Greater Sac & Sonoma County - **Enhanced** (HMO): $65 al mes
- ☐ Senior Advantage Marin County - **Basic** (HMO): $0 al mes
- ☐ Senior Advantage Marin and San Mateo Counties - **Enhanced** (HMO): $70 al mes
- ☐ Senior Advantage San Francisco County - **Basic** (HMO): $0 al mes
- ☐ Senior Advantage San Joaquin County - **Basic**(HMO): $0 al mes
- ☐ Senior Advantage San Joaquin County - **Enhanced** (HMO): $60 al mes
- ☐ Senior Advantage San Mateo County - **Basic** (HMO): $0 al mes
- ☐ Senior Advantage Santa Clara County - **Basic** (HMO): $0 al mes
- ☐ Senior Advantage Santa Clara County - **Enhanced** (HMO): $65 al mes
- ☐ Senior Advantage Santa Cruz County (HMO): $65 al mes
- ☐ Senior Advantage Solano County - **Basic** (HMO): $0 al mes
- ☐ Senior Advantage Solano County - **Enhanced** (HMO): $65 al mes
- ☐ Senior Advantage Stanislaus County - **Basic** (HMO): $0 al mes
- ☐ Senior Advantage Stanislaus County - **Enhanced** (HMO): $65 al mes

**NORTE DE CALIFORNIA (planes HMO D-SNP):**

Special Needs Plan (SNP): Para las personas que tienen derecho a recibir los beneficios de Medicare y **Medicaid estatal**

- ☐ Senior Advantage Medicare Medi-Cal NCAL P2 (HMO D-SNP) para los condados de Fresno, Kings, Madera, Santa Clara, San Mateo, Sacramento: $0 al mes
- ☐ Senior Advantage Medicare Medi-Cal NCAL P4 (HMO D-SNP) para los condados de Alameda, Amador, Contra Costa, El Dorado, Marin, Mariposa, Napa, Placer, San Francisco, San Joaquin, Santa Cruz, Solano, Sonoma, Stanislaus, Tulare, Yolo, Yuba: $0 al mes

Nombre

**Advantage Plus (paquete de beneficios suplementarios opcionales):**
¿También le gustaría agregar Advantage Plus a su plan Kaiser Permanente Senior Advantage? El paquete Advantage Plus es opcional. Por **$21** adicionales al mes, puede agregar más beneficios (cobertura integral dental, de acondicionamiento físico, de la audición y para la vista). La prima mensual de Advantage Plus se agregará a su prima mensual de Kaiser Permanente Senior Advantage. Nota: Esta opción no está disponible en los planes Senior Advantage Medicare Medi-Cal (HMO D-SNP).

☐ Sí ☐ No

Apellido:

Género:
☐ Hombre ☐ Mujer

Nombre:

Inicial del segundo nombre:

Fecha de nacimiento: (mm/dd/aaaa)

Número de teléfono de su casa:

Número de teléfono celular:

Dirección de residencia permanente (no se permiten los apartados postales):

Ciudad:

Condado:

Estado:

Código postal:

**Dirección postal,** solo si es diferente a su dirección permanente (se permiten los apartados postales)

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

**Dirección de correo electrónico:**

## Su información de Medicare:

**Número de Medicare:**

Nombre

## Responda estas preguntas importantes:

1. ¿Tendrá usted cobertura adicional para medicamentos de venta con receta (como VA, TRICARE) aparte de la de Kaiser Permanente?
   ☐ Sí ☐ No
   Si contestó "Sí", anote su cobertura adicional y sus números de identificación (ID) para dicha cobertura:

   Nombre de la otra cobertura:

   N.º de identificación de esta cobertura: N.º de grupo para esta cobertura:

2. ¿Está inscrito en el programa Medicaid de su estado? ☐ Sí ☐ No
   Si contestó "Sí", proporcione su número de Medicaid:

ALTO

## Lea esta Información Importante

**Si tiene actualmente cobertura médica por parte de su empleador o sindicato, afiliarse al plan Kaiser Permanente podría afectar los beneficios que tiene por parte de su empleador o sindicato. Si se afilia al plan Kaiser Permanente Senior Advantage, podría perder la cobertura médica que tiene por parte de su empleador o sindicato.** Lea las cartas que le envíe su empleador o su sindicato. Si tiene alguna pregunta, ingrese a su sitio web o comuníquese con la oficina que se menciona en las comunicaciones. Si no aparece información de contacto, su administrador de beneficios o la oficina que responde preguntas sobre su cobertura podrían ayudarle.

**CONDICIONES DE INSCRIPCIÓN PARA BENEFICIOS SUPLEMENTARIOS OPCIONALES DE ADVANTAGE PLUS**

**Si marcó "Sí" para agregar el paquete de beneficios suplementarios opcionales Advantage Plus en la página 3, lea la siguiente información.**

**Al completar esta solicitud de inscripción:**

- Acepto agregar el paquete de beneficios suplementarios opcionales de Advantage Plus que me ofrece cobertura integral dental, de acondicionamiento físico, de la audición y para la vista por **$21** al mes, que se agregarán a mis primas de Medicare y Kaiser Permanente Senior Advantage.
- Entiendo que el paquete de beneficios suplementarios opcionales agrega más beneficios a mi cobertura de Kaiser Permanente Senior Advantage y está sujeto a los términos y condiciones establecidos en la **Evidencia de Cobertura** de Kaiser Permanente Senior Advantage.
- Entiendo que el paquete de beneficios suplementarios opcionales de Advantage Plus solo se ofrece a los miembros inscritos en un Plan Individual Kaiser Permanente Senior Advantage.
- Entiendo que puedo cancelar mi inscripción en la cobertura de Advantage Plus en cualquier momento. Si cancelo mi suscripción, no seré elegible para inscribirme de nuevo hasta las siguientes fechas: 1) del 15 de octubre al 31 de diciembre, para que la cobertura entre en vigor el 1 de enero; 2) del 1 de enero al 31 de marzo, o 3) en un plazo de 30 días tras la fecha en la que haga un cambio de plan Kaiser Permanente Senior Advantage durante otro periodo de inscripción especial, para que la cobertura entre en vigor el primer día del mes posterior a la fecha en la que se reciba la solicitud.

Nombre

## IMPORTANTE: Lea y firme a continuación:

- Kaiser Permanente Senior Advantage es un plan de Medicare Advantage y tiene un contrato con el Gobierno federal. Debo mantener el Seguro Hospitalario (Parte A) y el Seguro Médico (Parte B) para seguir en Kaiser Permanente Senior Advantage.
- Al afiliarme a este plan Medicare Advantage Prescription Drug Plan, reconozco que Kaiser Permanente compartirá mi información con Medicare, quien puede usarla para rastrear mi inscripción, para hacer pagos y para otros fines permitidos por la ley federal que autorizan la recopilación de esta información (consulte la Declaración de la Ley de Privacidad a continuación). La respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, no responder podría afectar su inscripción al plan.
- Entiendo que solo puedo estar inscrito a un plan Medicare Advantage (MA) a la vez, y que la inscripción a este plan terminará automáticamente mi inscripción en otros planes MA (aplican excepciones para los planes MA PFFS y MA MSA).
- Entiendo que cuando comience mi cobertura de Kaiser Permanente Senior Advantage, los médicos del plan de salud de Kaiser Permanente y los proveedores afiliados a la red serán la fuente principal de mis beneficios médicos y de medicamentos recetados. Esto significa que cuando comience mi cobertura de Kaiser Permanente Senior Advantage, toda mi atención médica, excepto la atención de emergencia o de urgencia, o los **servicios de diálisis fuera del área,** debe ser brindada o coordinada por un médico de la red de Kaiser Permanente Senior Advantage, a menos que mi plan tenga un beneficio o componente fuera de la red como se describe en el documento de **Evidencia de Cobertura** (también conocido como contrato de miembro o acuerdo de suscriptor). Se cubrirán los beneficios y servicios proporcionados por Kaiser Permanente que se incluyan en el documento de **Evidencia de Cobertura** de Kaiser Permanente Senior Advantage. Ni Medicare ni Kaiser Permanente pagarán por los beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- La información en este formulario de inscripción es correcta según mi leal saber y entender. Entiendo que si doy información falsa en este formulario intencionalmente, se cancelará mi afiliación en el plan.
- Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada legalmente para actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que he leído y entiendo el contenido de la misma. Si un representante autorizado (como se describe anteriormente) firma, esta firma certifica que:
  1. Esta persona está autorizada conforme a las leyes estatales para completar esta inscripción y
  2. Los documentos de esta autorización están a disposición de Medicare si los solicita.

**Firma:** **Fecha de hoy:**

Si usted es el representante autorizado del afiliado, lo que significa que da fe de que está legalmente autorizado para completar esta solicitud de inscripción en su nombre de conformidad con la ley estatal (poder legal, tutela legal ordenada por el tribunal, etc.), firme arriba y proporcione su información a continuación:

**Nombre:**

**Dirección:**

**Número de Teléfono:**

**Parentesco con el afiliado:**

Para futuras preguntas o solicitudes relacionadas con su membresía, no dude en enviar una copia del documento de representante autorizado a: Kaiser Permanente - Medicare Unit P.O. Box 232400 San Diego, CA 92193-2400 o FAX: **1-855-355-5334** o CORREO ELECTRÓNICO: **KPMedicareEnrollments@kp.org**. No se requiere una copia del documento de representante autorizado para completar esta solicitud de inscripción.

Y0043_N00036167_CA_SP_C
H8794_N00036167_CA_SP_C
1062987440 (10/2023)

Nombre

## Sección 2: Todos los campos de esta sección son opcionales

**Responder estas preguntas es su decisión. No se le puede negar la cobertura si no las responde.**

¿Es usted de origen hispano, latino o español? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- ☐ No soy de origen hispano, latino o español
- ☐ Sí soy mexicano(a), mexicano(a)-estadounidense, chicao(a)
- ☐ Sí soy puertorriqueño(a)
- ☐ Sí soy cubano(a)
- ☐ Sí, soy de otro origen hispano, latino o español
- ☐ **Prefiero no responder**

¿Cuál es su raza? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- ☐ Indígena estadounidense o nativo de Alaska
- ☐ Negro o afroamericano

Asiático:

- ☐ Indígena asiático
- ☐ Chino
- ☐ Filipino
- ☐ Japonés
- ☐ Coreano
- ☐ Vietnamita
- ☐ Otra raza asiática

Nativo de Hawái e isleño del Pacífico:

- ☐ Guamaní o chamorro
- ☐ Nativo de Hawái
- ☐ Samoano
- ☐ Otra raza de las islas del Pacífico

- ☐ Blanco
- ☐ **Prefiero no responder**

**Marque una de las casillas si preferiría que le enviáramos la información en un idioma que no sea inglés.**

☐ Español ☐ Chino

**Marque una de las casillas si preferiría que le enviáramos la información en un formato accesible.**

☐ Braille ☐ Letra grande ☐ CD de audio

Llame a Kaiser Permanente al **1-800-443-0815** si necesita información en un formato accesible diferente al que se mencionó antes. El horario de atención es los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al **711**.

¿Trabaja? ☐ Sí ☐ No ¿Su cónyuge trabaja? ☐ Sí ☐ No ☐ N/A

Nombre

## Pago de la Prima del Plan

Puede pagar la prima mensual de su plan (incluida cualquier penalización por inscripción tardía que deba actualmente o que pudiera deber) por correo, teléfono o en línea cada mes. **También puede optar por pagar su prima por medio de una deducción automática mensual de sus beneficios del Seguro Social o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB).**

**Si tiene que pagar un Monto de Ajuste Mensual de la Parte D debido a los Ingresos (Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA) (IRMAA de la Parte D), tendrá que pagar este monto adicional más la prima de su plan.** El monto generalmente se deduce de su beneficio del Seguro Social, o bien, Medicare (o la RRB) le facturará. NO pague a Kaiser Permanente el IRMAA de la Parte D.

**Seleccione una opción de pago de la prima:** Si no selecciona una opción de pago, recibirá una factura cada mes.

☐ Factura

**Después de que reciba su primera factura, podrá elegir una opción de pago diferente.**

- Puede deducir su pago mensual automáticamente de su cuenta bancaria. Llámenos al **1-888-236-4490** (TTY **711**) para solicitar un formulario de selección de pago automático de Medicare o si tiene alguna pregunta.
- Para pagar con tarjeta de crédito o débito, ingrese a **kp.org/payonline** (en inglés) o llámenos al **1-888-236-4490** (TTY **711**). Necesitará la información de su cuenta que aparece en su factura para realizar un pago.

☐ Deducción automática de su cheque de beneficios mensual del Seguro Social o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB).

**Obtengo beneficios mensuales de:** ☐ **Seguro Social** ☐ **RRB**

### DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) recopilan información de los planes de Medicare para hacer un seguimiento a la inscripción de los beneficiarios en los planes de Medicare Advantage (MA), para mejorar la atención y para el pago de los beneficios de Medicare. Las secciones 1851 de la Ley del Seguro Social y las secciones 422.50 y 422.60 del Título 42 del Código de Reglamentos Federales (CFR) autorizan la recopilación de esta información. Los CMS pueden usar, divulgar e intercambiar los datos de inscripción de los beneficiarios de Medicare según se especifica en el Aviso del Sistema de Registros (System of Records Notice, SORN) "Medicamentos Recetados de Medicare Advantage (MARx)", N.º del sistema 09-70-0588. La respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, no responder podría afectar su inscripción al plan.

**Office Use Only (Para uso exclusivo de la oficina):**

Name of staff member/agent/broker (if assisted in enrollment):

Plan ID #: Effective Date of Coverage:

ICEP/IEP: AEP: SEP (type):

Nombre

## Certificación de Elegibilidad para un Periodo de Inscripción

**Por lo general, usted se puede inscribir en un plan de Medicare Advantage solo durante el periodo anual de inscripción del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año.** Existen excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan de Medicare Advantage fuera de este periodo.

Lea las declaraciones siguientes cuidadosamente y marque la casilla si la declaración se aplica en su caso. Al marcar cualquiera de las casillas siguientes, está certificando que, según su leal saber y entender, usted reúne los requisitos para un Periodo de Inscripción. Si más adelante determinamos que la información es incorrecta, es posible que cancelemos su inscripción.

- ☐ Soy miembro nuevo de Medicare.
- ☐ Estoy inscrito en un plan de Medicare Advantage y deseo hacer un cambio durante el periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA OEP).
- ☐ Me mudé recientemente del área de servicio de mi plan actual o recién me mudé y este plan es una opción nueva para mí. Me mudé el (anotar la fecha) _____.
- ☐ Recientemente salí de la cárcel. Fui liberado el (anotar la fecha) _____.
- ☐ Recientemente volví a los Estados Unidos después de vivir fuera del país de forma permanente. Regresé a los Estados Unidos el (anotar la fecha) _____.
- ☐ Recientemente obtuve mi condición de residente legal de los Estados Unidos. Obtuve la residencia legal el (anotar la fecha) _____.
- ☐ Recientemente se hizo un cambio en mi Medicaid (recién obtuve Medicaid, hice un cambio en el nivel de ayuda de Medicaid o perdí Medicaid) el (anotar la fecha) _____.
- ☐ Recientemente se hizo un cambio en mi Ayuda Adicional para pagar mi cobertura de medicamentos de venta con receta de Medicare (recién obtuve Ayuda Adicional, hice un cambio en el nivel de la Ayuda Adicional o perdí la Ayuda Adicional) el (anotar fecha) _____.
- ☐ Tengo tanto Medicare como Medicaid (o mi estado me ayuda a pagar mis primas de Medicare) o recibo Ayuda Adicional para pagar mi cobertura de medicamentos de venta con receta de Medicare, pero no he tenido ningún cambio.
- ☐ Voy a vivir en, vivo en o recientemente me fui de un Centro de Cuidados a Largo Plazo (por ejemplo, un hogar para ancianos o un centro de cuidados de largo plazo). Me mudé/me mudaré a/del centro el (anotar la fecha) _____.
- ☐ Recién abandoné un programa PACE el (anotar la fecha) _____.
- ☐ Recién perdí involuntariamente mi cobertura acreditada de medicamentos de venta con receta (equivalente a la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el (anotar la fecha) _____.
- ☐ Abandonaré la cobertura de mi empleador o sindicato el (anotar la fecha) _____.

Nombre

- ☐ Pertenezco a un programa de asistencia farmacéutica de mi estado.
- ☐ Mi plan terminará su contrato con Medicare, o Medicare terminará su contrato con mi plan.
- ☐ Estuve inscrito en un plan de Medicare (o mi estado) y deseo elegir otro plan. Mi inscripción en ese plan inició el (anotar la fecha) _____.
- ☐ Estuve inscrito en un Special Needs Plan (SNP), pero ya no reúno los requisitos de necesidades especiales para estar en ese plan. Se canceló mi inscripción en el SNP el (anotar la fecha) _____.
- ☐ Me afectó una emergencia o un gran desastre (según lo declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias [FEMA] o por una entidad del gobierno federal, estatal o local). Una de las declaraciones anteriores aplica en mi caso, pero no pude inscribirme debido a un desastre.
- ☐ Estoy en un plan que fue asumido recientemente por el estado debido a problemas financieros. Quiero cambiar de plan.
- ☐ Estoy en un plan que ha tenido una calificación menor de 3 estrellas durante los últimos 3 años. Quiero inscribirme en un plan con una calificación de 3 o más estrellas.

Si es elegible para un periodo de inscripción que no se encuentra en la lista anterior, puede continuar sin seleccionar nada. Kaiser Permanente podría comunicarse con usted para verificar su periodo de inscripción si este no es evidente. Si no sabe con certeza o tiene preguntas sobre los periodos de inscripción, llame a Kaiser Permanente al **1-800-443-0815** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para saber si reúne los requisitos para inscribirse. Atendemos los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.