

# Formulario de Cambios en la Cuenta

Kaiser Foundation Health Plan of Washington

## Instrucciones

- Puede utilizar este formulario para realizar cambios en el plan o en una cuenta existente de Kaiser Foundation Health Plan of Washington (KFHPWA). Solo el suscriptor, padre, madre o tutor legal de una cuenta solo para hijos puede llenar este formulario.
- 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.
- Si usted es un suscriptor que está cancelando su cobertura, la cobertura de sus dependientes se cancela automáticamente y disponen de un período de inscripción especial para inscribirse en una nueva cobertura. Puede elegir mantener a sus hijos menores de 21 años en una cuenta solo para hijos.
- 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 si está inscrito en Medicare Parte B, no es elegible para cambiar de planes de KFHPWA. Si uno de los miembros de la familia tiene derecho a recibir Medicare Parte A o si está inscrito en Medicare Parte B, esa persona no es elegible para cambiar de planes de KFHPWA ni para que se le agregue a su plan de KFHPWA como dependiente nuevo.

## A. Llene el formulario con su información

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

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: 40px; height: 20px;" type="text"/>	
Apellido <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>			
Número de historia clínica anterior (si corresponde) <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	Estado (si corresponde) - <input style="width: 20px; 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: 40px; height: 20px;" type="text"/>	Condado <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	Teléfono (teléfono celular si corresponde) <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
Dirección postal <input type="checkbox"/> Marque esta casilla si es la misma que la dirección de su casa <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: 40px; height: 20px;" type="text"/>		
Dirección de correo electrónico <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>			

**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, puros y tabaco para mascar o tabaco sin humo. Es posible que los consumidores regulares de tabaco deban pagar una prima diferente.    Sí    No

**La versión en inglés es el documento que prevalece. La versión traducida es solo para propósitos informativos.**

**The English version is the controlling document. The translated version is informational.**

## 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 período de inscripción especial.** Para realizar un cambio distinto de los indicados a continuación, puede llamar a Servicio a los Miembros al **1-800-290-8900 (TTY 711)**.

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Quiero cambiar de plan.   | <input type="checkbox"/> Quiero añadir cobertura dental para adultos/familiares para todos los miembros en esta cuenta. |
| <input type="checkbox"/> Quiero agregar cobertura médica para un familiar.                                       | <input type="checkbox"/> Quiero añadir cobertura dental pediátrica (para miembros de 18 años y menores).                |
| <input type="checkbox"/> Quiero cambiar mi cuenta solo para hijos a una cuenta familiar conmigo como suscriptor. |   |

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

### Combinar Cuentas

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

- Quiero agregar a mi cuenta a familiares que ya tienen un plan de Kaiser Permanente. Hacer esto cancelará su plan existente. (Indique qué familiares pasarán a su cuenta en la Sección C).

Nombre

Inicial del segundo nombre

Apellido

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

X

Fecha (mm/dd/aaaa)

Suscriptor, padre, madre o tutor legal para la cancelación 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"/> Quiero cancelar toda mi cobertura y la de todos mis familiares.   | <input type="checkbox"/> Quiero cancelar la cobertura dental pediátrica de mis dependientes menores de 18 años.                                      |
| <input type="checkbox"/> Quiero cancelar toda la cobertura de un familiar.   | <input type="checkbox"/> Quiero hacer los cambios que se muestran en la Sección A. (Si cambia su nombre, incluya la documentación legal del cambio). |
| <input type="checkbox"/> Quiero cancelar mi cobertura y mantener a mis hijos menores de 21 años en una cuenta solo para hijos.                                       | <input type="checkbox"/> Alguien de mi cuenta dejó de consumir tabaco. (Indique el familiar en la Sección C).  |
| <input type="checkbox"/> Quiero cancelar mi cobertura y la de mi cónyuge o pareja doméstica y mantener a mis hijos menores de 21 años en una cuenta solo para hijos. |  |
| <input type="checkbox"/> Quiero cancelar únicamente la cobertura dental para adultos o familiares. (La cobertura para adultos de todos será cancelada).              |  |

Fecha de vigencia solicitada (no garantizada)



### 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. Los niños dependientes son elegibles para inscribirse hasta la edad de 25 años.

<b>Dependiente 3</b>	<input type="checkbox"/> Cambio de nombre	<input type="checkbox"/> Agregar cobertura médica	<input type="checkbox"/> Añadir cobertura dental para adultos	<input type="checkbox"/> Añadir cobertura dental pediátrica
	<input type="checkbox"/> Cancelar cobertura médica	<input type="checkbox"/> Cancelar cobertura dental para adultos	<input type="checkbox"/> Cancelar cobertura dental pediátrica	
	Nombre		Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
	Apellido			
	Número de historia clínica anterior (si corresponde)	Estado (si corresponde)	Sexo:	Número de Seguro Social (si corresponde)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Prefiere no especificar	<input type="checkbox"/>	
Relación con el solicitante principal				
<input type="checkbox"/>				

**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, puros y 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 calificado de vida. 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 1-800-255-5169 (TTY 711) para obtener más información sobre los eventos calificados de vida o si no ve su evento calificado de vida a continuación.

- Pérdida de la cobertura de salud esencial mínima (escriba el último día completo en el que tuvo cobertura)\*  
¿Perdió la cobertura con nosotros (KFHPWA) que le proporcionó su empleador?  
 Sí  No  
Si es así, tiene 2 opciones para continuar con su cobertura con nosotros.  
 Cobertura que comienza automáticamente el día después de que finaliza la cobertura de su empleador.  
 Cobertura que comienza con base en la fecha en la que recibimos su solicitud. Consulte "Pérdida de la cobertura médica esencial mínima" en [kp.org/inscripcionespecial](http://kp.org/inscripcionespecial) para obtener más información.
- Agregar un nuevo dependiente o convertirse en uno por medio del matrimonio o de una sociedad doméstica
- Agregar un nuevo dependiente o convertirse en uno debido al nacimiento de un hijo, adopción, o puesta en adopción o cuidados de crianza  
**Nota:** En este caso, también tendrá que elegir entre 2 fechas de vigencia:  
 La fecha de nacimiento, adopción, o puesta en adopción o cuidado de crianza  
 El primer día del mes después del nacimiento o la colocación del niño con usted
- Orden de manutención de los hijos u otra orden del tribunal para cubrir a un dependiente  
**Nota:** En este caso, también tendrá que elegir entre 2 fechas de vigencia:  
 La fecha de la orden de manutención de los hijos u otra orden del tribunal para cubrir a un dependiente  
 El primer día del mes posterior a la fecha de la orden del tribunal
- Traslado permanente con acceso a nuevos planes
- Determinación de Washington Healthplanfinder para circunstancias excepcionales
- Elegibilidad para comprar un plan de salud individual por medio de un acuerdo de reembolso de cobertura médica individual (Individual Coverage Health Reimbursement Arrangement, ICHRA) o un acuerdo de reembolso de gastos médicos de pequeño empleador calificado (Qualified Small Employer Health Reimbursement Arrangement, QSEHRA)
- Violencia doméstica o abandono del cónyuge que ocurre dentro del hogar
- Interrupción de la contribución del empleador o de los subsidios del gobierno para pagar las primas de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA)

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

\*Si su evento calificado de vida es la pérdida de la cobertura de KFHPWA, 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 agregar 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, presente un formulario para cada plan por separado.

Bronze  
 Bronze HSA X  
 VisitsPlus Bronze

Silver HSA  
 VisitsPlus Silver HD

VisitsPlus Gold

¿El solicitante principal que está comprando este plan usa 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 (ICHRA) o un acuerdo de reembolso de gastos médicos de pequeño empleador calificado (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 de salud grupal 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. Elija su plan de atención dental opcional.

Si desea añadir cobertura dental de Delta Dental of Washington, elija su plan de atención dental aquí. Según la Ley del Cuidado de Salud Asequible, se requiere cobertura dental pediátrica. Si su formulario de cambios en la cuenta incluye a niños de 18 años o menos y si usted no los inscribe en nuestro plan de atención dental pediátrico, nos comunicaremos con usted para enviarle una Declaración de Cobertura Pediátrica con evidencia de otra cobertura dental pediátrica. La cobertura dental es proporcionada por Delta Dental de Washington, 400 Fairview Ave N., Suite 800, Seattle, WA 98109-5371. Para obtener más información, visite [deltadentalwa.com/group/kaiserpermanente](http://deltadentalwa.com/group/kaiserpermanente), llame al 1-800-290-8900 (TTY 711) o comuníquese con su productor.

Pediatric Dental n.º 09140

Adult/Family Basic Dental n.º 09145

## G. Firme el formulario

- Entiendo que Kaiser Foundation Health Plan of Washington (KFHPWA) 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 de manera intencional, KFHPWA puede optar por cancelar la cobertura retroactivamente a la fecha de vigencia 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 productor, entiendo que el productor puede recibir de Kaiser Permanente un pago u otra compensación monetaria en relación con esta cobertura. Nuestra compensación estándar es de \$240 por miembro por año más un posible bono. Para obtener más información, visite [kp.org/brokercompensation](http://kp.org/brokercompensation) (en inglés).
- Al proporcionar mi correo electrónico y número de teléfono celular, entiendo que podría recibir comunicaciones por correo electrónico y mensaje de texto de Kaiser Permanente.

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

**Correo:** Kaiser Foundation Health Plan of Washington  
Membership Administration  
P.O. Box 23127  
San Diego, CA 92193-9921

**O por fax a:**  
Membership Administration  
al 1-855-355-5334

**¿Tiene alguna pregunta?  
Llame al 1-800-290-8900  
(TTY 711)**

Todos los planes médicos son ofrecidos y están suscritos por Kaiser Foundation Health Plan of Washington, 2715 Naches Ave. SW, Renton, WA 98057.

## Aviso de no discriminación

Kaiser Foundation Health Plan of Washington y Kaiser Foundation Health Plan of Washington Options, Inc. (“Kaiser Permanente”) cumplen con las leyes federales y del estado de Washington de derechos civiles aplicables y no discriminan por motivos de raza, color, país de origen, edad, incapacidad, sexo, orientación sexual ni identidad de género. Kaiser Permanente no excluye a las personas ni las trata de manera menos favorable debido a su raza, color, país de origen (incluido el dominio limitado del inglés y su idioma principal), edad, discapacidad, sexo, características sexuales (incluidos los rasgos intersexuales), embarazo (o condiciones relacionadas), estereotipos sexuales, orientación sexual o identidad de género. Además:

- Brindamos a las personas con discapacidades modificaciones razonables, así como ayudas y servicios auxiliares apropiados y sin costo para que puedan comunicarse eficazmente con nosotros, tales como:
  - intérpretes calificados de lenguaje de señas;
  - información escrita en otros formatos (en letra grande, braille, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).
- Proporcionamos servicios de asistencia con el idioma sin costo a personas cuyo idioma principal no sea el inglés, por ejemplo:
  - intérpretes calificados;
  - información escrita en otros idiomas.

Si necesita modificaciones razonables, ayudas y servicios auxiliares apropiados o servicios de asistencia con el idioma, comuníquese con Servicio a los Miembros al **1-888-901-4636** (TTY **711**).

Si considera que Kaiser Permanente no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de alguna otra manera por motivos de raza, color, país de origen (incluido el dominio limitado del inglés y su idioma principal), edad, discapacidad, sexo, características sexuales (incluidos los rasgos intersexuales), embarazo (o condiciones relacionadas), estereotipos sexuales, orientación sexual o identidad de género, puede presentar una queja formal ante nuestro Coordinador de Derechos Civiles: P.O. Box 35191, Mail Stop: RCR-A1N-22, Seattle, WA 98124-5191 o llamando al **1-888-901-4636** (TTY **711**). Puede presentar una queja formal en persona, por correo postal, por teléfono o en línea, en [kp.org/wa/feedback](https://kp.org/wa/feedback) (en inglés). Si necesita ayuda para presentar una queja formal, nuestro coordinador de derechos civiles puede brindársela.

También puede presentar una queja sobre derechos civiles de las siguientes formas:

- Ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., a través de su portal de quejas disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o teléfono a: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, **1-800-368-1019**, **800-537-7697** (TDD). Los formularios de queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.
- Ante la Oficina del Comisionado de Seguros del estado de Washington: electrónicamente en el portal de quejas de esta oficina, disponible en <https://www.insurance.wa.gov/file-complaint-or-check-your-complaint-status>, o por teléfono al **800-562-6900**, **360-586-0241** (TDD). Los formularios de queja están disponibles en <https://fortress.wa.gov/oic/onlineservices/cc/pub/complaintinformation.aspx>.

# Multi-language Interpreter Services

**English: ATTENTION:** If you speak a language other than English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-888-901-4636 (TTY 711)**.

**Español (Spanish): ATENCIÓN:** Si habla español, tiene disponibles servicios de ayuda con el idioma sin cargo. Llame al **1-888-901-4636 (TTY 711)**.

**中文 (Chinese) : 注意 :** 如果您說中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 **1-888-901-4636 (TTY 711)**。

**Tiếng Việt (Vietnamese): CHÚ Ý:** Nếu quý vị nói tiếng Việt, quý vị có thể sử dụng dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí của chúng tôi. Xin gọi số **1-888-901-4636 (TTY 711)**.

**한국어 (Korean): 참고:** 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 제공해 드립니다. **1-888-901-4636(TTY 711)**번으로 문의하십시오.

**Русский (Russian): ВНИМАНИЕ!** Если вы говорите по-русски, вам доступны бесплатные услуги переводчика. Звоните по номеру **1-888-901-4636 (TTY 711)**.

**Tagalog: PAUNAWA:** Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa **1-888-901-4636 (TTY 711)**.

**Українська (Ukrainian): УВАГА!** Якщо ви розмовляєте українською мовою, вам доступні безкоштовні послуги перекладу. Телефонуйте за номером **1-888-901-4636 (TTY 711)**.

**ភាសាខ្មែរ (Khmer):** សូមយកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ សេវាកម្មជំនួយផ្នែកភាសាដោយមិនគិតថ្លៃគឺមានសម្រាប់អ្នក។ ទូរស័ព្ទទៅលេខ **1-888-901-4636 (TTY 711)**។

**日本語 (Japanese): 注意事項 :** 無料の日本語での言語サポートをご利用いただけます。**1-888-901-4636 (TTY 711)** まで、お電話にてご連絡ください。

**አማርኛ (Amharic):** ማሳሰቢያ፡ የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም አገዛ አገልግሎቶች፡ በነጻ ለእርስዎ ይቀርባሉ፡ ወደ **1-888-901-4636 (TTY 711)** ይደውሉ።

**Oromiffa (Oromo): XIYYEEFFANNAA:** Afaan dubbattu Oroomiffa yoo ta'e, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. **1-888-901-4636 (TTY 711)** irraatti bilbilaa.

**ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi): ਧਿਆਨ ਦਿਓ:** ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। **1-888-901-4636 (TTY 711)** 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

**العربية (Arabic)** إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية، متوفرة لك، مجاناً.:: انتباه  
اتصل بالرقم **1-888-901-4636 (TTY 711)**

**Deutsch (German): ACHTUNG:** Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: **1-888-901-4636 (TTY 711)**.

**ພາສາລາວ (Lao): ໂປດຊາບ:** ຖ້າວ່າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ແມ່ນຈະມີການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ແກ່ທ່ານ. ໂທ **1-888-901-4636 (TTY 711)**.

**International Symbol for ASL (American Sign Language):**



