



Coberturas como prestación laboral Solicitud de cobertura | Solicitud de cambios

Lea detenidamente las instrucciones en el interior antes de completar esta solicitud de cobertura/cambios.

INSTRUCCIONES PARA LA SOLICITUD DE COBERTURA/CAMBIOS

LEA DETENIDAMENTE ANTES DE COMPLETAR LA SOLICITUD DE COBERTURA/CAMBIOS.

Solo use bolígrafo negro o azul. Escriba en letra de imprenta legible. No utilice abreviaciones.

SECCIÓN 1 MOTIVOS DE SOLICITUD	<p>Marque todas las casillas que correspondan para indicar si usted es un nuevo asegurado o si solicita un cambio en la cobertura. Indique el suceso y la fecha, si corresponde. Complete las secciones adicionales conforme a su caso.</p> <p>Nuevo asegurado: Complete todas las secciones, si corresponde.</p> <p>Agregar derechohabiente: Complete todas las secciones, si corresponde.</p> <ul style="list-style-type: none">• Si solicita cobertura para un derechohabiente discapacitado cuya edad supera el límite de edad de la cobertura disponible como prestación laboral, proporcione la información adicional solicitada en la sección 5. También es posible que se solicite documentación adicional, como se especifica en esa sección. <p>Período de inscripciones: El período que se ofrece anualmente, durante el cual usted puede solicitar la cobertura de un seguro de gastos médicos de un grupo específico o realizar cambios en la cobertura vigente.</p> <p>Período especial de inscripción: Si es elegible, este período le permite hacer cambios a su cobertura vigente en caso de matrimonio*, divorcio**, adopción o colocación en adopción, renuncia o despido, mudanza del área de servicios, etc. Este cambio puede realizarse fuera del período de inscripciones.</p> <p>Fecha de inicio de la cobertura: Este campo es obligatorio y debe reflejar la fecha solicitada.</p> <p>Cumplimiento de otros requisitos de elegibilidad: Marque esta casilla si su empresa tiene requisitos de elegibilidad que usted ha satisfecho o cumplido antes de presentar la solicitud, como un período de medición o de orientación.</p> <p>Eliminar asegurado, eliminar derechohabiente o cancelar cobertura: Complete las secciones 1, 2, 4 (omite la sección 4 si rechaza la cobertura), 8 y 9. En la sección 4, incluya el nombre, el número de Seguro Social y la fecha de nacimiento de las personas a las que les cancelará la cobertura.</p>
SECCIÓN 2 SU INFORMACIÓN	Complete esta sección con sus datos personales incluso si rechaza la cobertura.
SECCIÓN 3 SU COBERTURA	Complete todas las partes relacionadas con las coberturas para las cuales presenta la solicitud. Incluya el número de identificación de siete caracteres de la cobertura que haya seleccionado (por ejemplo, B816PPO) en el campo de n.º de cobertura. Si no conoce el tamaño de su grupo o el número de identificación de la cobertura, solicite orientación de su empresa.
SECCIÓN 4 OPCIONES DE COBERTURA	<p>Complete todas las áreas que correspondan a usted y a cada derechohabiente.</p> <p>Para coberturas HMO:</p> <ul style="list-style-type: none">• Aquellos que soliciten cobertura HMO deben seleccionar un prestador principal de servicios médicos o médico de cabecera (PCP, en inglés) para cada persona incluida en la cobertura. Incluya el nombre y el número del prestador principal de servicios médicos o médico de cabecera según aparecen en el directorio de prestadores de servicios médicos o en Provider Finder®, en espanol.bcbsnm.com. Asegúrese de marcar la casilla adecuada si es paciente nuevo.• Blue Preferred EPOSM y Blue Preferred PlusSM exigen la selección de un PCP para cada persona incluida en la cobertura. <p>Cambiar de prestador principal de servicios médicos o médico de cabecera: En la sección 1, marque la casilla "Otros cambios" y, luego, complete las secciones 2, 3, 4 y 9. En la sección 4, incluya el nombre, el número de Seguro Social y la fecha de nacimiento del asegurado o derechohabiente, y el nombre y número del nuevo PCP.</p> <p>Cambiar dirección o nombre: En la sección 1, marque la casilla "Otros cambios" y, luego, complete las secciones 2 y 9.</p>

INSTRUCCIONES PARA LA SOLICITUD DE COBERTURA/CAMBIOS

LEA DETENIDAMENTE ANTES DE COMPLETAR LA SOLICITUD DE COBERTURA/CAMBIOS.

Solo use bolígrafo negro o azul. Escriba en letra de imprenta legible. No utilice abreviaciones.

SECCIÓN 5 DERECHOHABIENTES DISCAPACITADOS	Los derechohabientes discapacitados deben contar con una certificación médica de discapacidad y dependencia de usted o de su cónyuge*** o pareja en unión libre para incluirlos en la cobertura si este tipo de beneficio forma parte de la prestación laboral. Los derechohabientes discapacitados deben tener cobertura antes de cumplir los 26 años para poder recibir cobertura una vez que superen el límite de edad para hijos derechohabientes de la cobertura disponible como prestación laboral. Si corresponde, junto con esta solicitud de cobertura, deberá completar y presentar la Certificación de discapacidad del derechohabiente (<i>Disabled Dependent Authorization</i>) y el Certificado de derechohabiente discapacitado emitido por el médico (<i>Disabled Dependent Physician Certification</i>).
SECCIÓN 6 OTRA COBERTURA	Complete esta sección si usted o algunos de sus derechohabientes tienen otra cobertura médica o dental como prestación laboral o para particulares (si corresponde) que no se cancelará cuando entre en vigor la cobertura solicitada por este medio.
SECCIÓN 7 COBERTURA MEDICARE	Complete esta sección si usted o alguno de sus derechohabientes tienen cobertura Medicare. Ingrese las fechas correspondientes de inicio y finalización de la cobertura. Debe indicar el número de Medicare (puede encontrarlo en la tarjeta de asegurado de Medicare). Marque el motivo por el cual solicita la cobertura Medicare.
SECCIÓN 8 RENUNCIA A LA COBERTURA	Complete esta sección si renuncia a la cobertura médica para usted y sus derechohabientes. Toda persona que, por cualquier razón, renuncie a la cobertura debe completar la sección 8; no solo quienes renuncian porque tienen otra cobertura. AVISO IMPORTANTE: Si renuncia a su propia cobertura médica o a la de sus derechohabientes (incluido su cónyuge) porque tienen otra cobertura médica, es posible que, en el futuro, pueda solicitar cobertura para usted o sus derechohabientes si presenta su solicitud dentro de los 31 días posteriores a la finalización de su otra cobertura. Además, si tiene un derechohabiente nuevo como consecuencia de matrimonio, nacimiento, adopción, colocación en adopción o colocación de un menor en guarda en su hogar, es posible que pueda solicitar cobertura para usted y sus derechohabientes si presenta su solicitud dentro de los 31 días posteriores a cualquiera de estos acontecimientos.
SECCIÓN 9 CONDICIONES DE COBERTURA	Firme con su nombre y escriba la fecha en la solicitud de cobertura médica si está de acuerdo con las condiciones que se establecen en esta sección. Debe presentar la solicitud de cobertura médica al departamento de su empresa designado como Enrollment Department , el cual, luego, la enviará por correo postal a BCBSNM • PO Box 660058 • Dallas, TX 75266-0058, por fax al 859-469-7767.
	Significado de ciertos términos en esta solicitud (a menos que se indique lo contrario): Es posible que estos términos se usen con un significado diferente en otros documentos. <i>* El término "matrimonio" abarca el matrimonio legal y el establecimiento de una pareja en unión libre (la cobertura está sujeta a la cobertura como prestación laboral).</i> <i>** El término "divorcio" incluye el divorcio legal y la disolución equivalente de una pareja en unión libre (la cobertura está sujeta a la cobertura como prestación laboral).</i> <i>*** El término "cónyuge" se usa para hacer referencia al cónyuge legal o a una de las partes de la pareja en unión libre (la cobertura está sujeta a la cobertura como prestación laboral).</i>

Las modificaciones en las leyes o reglamentaciones federales o estatales, o en las interpretaciones de ellas, pueden modificar los términos y las condiciones de cobertura.

Puede obtener acceso a los formularios mencionados anteriormente en el sitio web de Blue Cross and Blue Shield of New Mexico (BCBSNM), en espanol.bcbsnm.com, o a través de la empresa para la que trabaja. Si actualmente es uno de nuestros asegurados y tiene preguntas, puede llamar al número de Servicio al Cliente en su tarjeta de asegurado.

SOLICITUD DE COBERTURA/CAMBIOS



N.º de grupo

Sección

N.º de Seguro Social:

N.º de cuenta:

Categoría

SECCIÓN 1: MOTIVOS DE SOLICITUD

MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN. SI DESEA RENUNCIAR A LA COBERTURA, COMPLETE SOLO LAS SECCIONES 2, 8 Y 9.

- Nuevo asegurado** **Agregar derechohabiente**
 Período de inscripciones **Otros cambios**
¿Está solicitando cobertura debido a un suceso de inscripción especial?
 No **Sí. Fecha del suceso:** ___ / ___ / ___
Suceso: Nueva contratación Matrimonio* Nacimiento
 Adopción o colocación en adopción (proporcione los documentos legales)
 Orden judicial (proporcione el decreto o la orden judicial)
 Pérdida de otra cobertura Otro (explique): _____
Fecha de inicio de la cobertura: ___ / ___ / ___
 Cumplimiento de otros requisitos de elegibilidad

- Eliminar asegurado**
 Eliminar derechohabiente
Cancelar la cobertura: Médica Dental
 Incluya los nombres de las personas a quienes les cancelará la cobertura en la sección 4.
Suceso: Divorcio** Muerte
 Finalización del empleo Otro
Indique la fecha del suceso: ___ / ___ / ___

SECCIÓN 2: INFORMACIÓN PERSONAL

DEBE COMPLETAR ESTA SECCIÓN INCLUSO SI RENUNCIA A LA COBERTURA.

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre (opcional)	Sufijo	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	N.º de Seguro Social: - -
Dirección postal, n.º y calle, n.º de apto.			Ciudad	Estado	Código postal
Correo electrónico		<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		N.º de teléfono particular/celular	
Nombre del empleador	Cargo	N.º de teléfono en el trabajo	Fecha de contratación (MM/DD/AAAA)	¿Cuántas horas, en promedio, trabaja por semana? (campo obligatorio)	

- Condición de elegibilidad: Empleado en activo Empleado jubilado; fecha de jubilación: _____
 Continuación de cobertura COBRA
 Continuación de la cobertura grupal por seis meses brindada por el estado (solo para seguros de gastos médicos financiados)

SECCIÓN 3: SELECCIÓN DE COBERTURA

MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA.

Seguros de gastos médicos para pequeñas empresas

Cobertura médica (seleccione una opción) <input type="checkbox"/> Blue PPO SM <input type="checkbox"/> Blue HMO SM <input type="checkbox"/> Blue Preferred EPO SM <input type="checkbox"/> Blue Advantage HMO SM <input type="checkbox"/> Otra _____ N.º de cobertura (campo obligatorio) _____	Incluidos en la póliza (seleccione una opción) <input type="checkbox"/> Solo el empleado <input type="checkbox"/> Empleado y cónyuge*** <input type="checkbox"/> Empleado e hijo(s) <input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/> No solicito cobertura médica	Cobertura BlueCare DentalSM <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Incluidos en la póliza (seleccione una opción) <input type="checkbox"/> Solo el empleado <input type="checkbox"/> Empleado y cónyuge <input type="checkbox"/> Empleado e hijo(s) <input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/> No solicito cobertura dental
--	--	---	---

Seguros de gastos médicos para grandes empresas

Cobertura médica (seleccione una opción) <input type="checkbox"/> BlueEdge HCA SM <input type="checkbox"/> BluePPO Evolution SM <input type="checkbox"/> BlueEdge HSA SM <input type="checkbox"/> HMO Blue Alternatives SM <input type="checkbox"/> BlueEdge HSA 100 SM <input type="checkbox"/> Blue Preferred Plus SM <input type="checkbox"/> BlueNet EPO SM <input type="checkbox"/> Blue Preferred EPO SM <input type="checkbox"/> BlueNet H EPO SM <input type="checkbox"/> Otra _____	Incluidos en la póliza (seleccione una opción) <input type="checkbox"/> Solo el empleado <input type="checkbox"/> Empleado y cónyuge <input type="checkbox"/> Empleado e hijo <input type="checkbox"/> Empleado e hijo(s) <input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/> No solicito cobertura médica	Cobertura dental <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No N.º de cobertura (campo obligatorio) _____	Incluidos en la póliza (seleccione una opción) <input type="checkbox"/> Solo el empleado <input type="checkbox"/> Empleado y cónyuge <input type="checkbox"/> Empleado e hijo <input type="checkbox"/> Empleado e hijo(s) <input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/> No solicito cobertura dental
--	---	---	---

Opciones de cobertura adicionales

- COBRA Continuación por seis meses

Opciones de cobertura complementarias

- BlueSecureSM Grupo secundario a Medicare

Lengua materna: _____

Apellido: _____

N.º de Seguro Social: - -

N.º de grupo **SECCIÓN 4: OPCIONES DE COBERTURA**

COMPLETE TODAS LAS ÁREAS QUE CORRESPONDAN. (Seleccione un PCP solo para las coberturas HMO, Blue Preferred EPO y Blue Preferred Plus).

Nombre del empleado o asegurado	Nombre del médico de cabecera (PCP)	N.º de PCP	¿Es paciente nuevo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nombre del derechohabiente <input type="checkbox"/> Esposo <input type="checkbox"/> Esposa <input type="checkbox"/> Pareja en unión libre	Nombre del PCP del derechohabiente	N.º de PCP	¿Es paciente nuevo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
N.º de Seguro Social del derechohabiente - -	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Dirección (si es diferente): Calle/Ciudad/Estado/Código postal		
Nombre del derechohabiente <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Otro derechohabiente elegible	N.º de Seguro Social del derechohabiente - -	Nombre del PCP del derechohabiente	N.º de PCP	¿Es paciente nuevo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Dirección (si es diferente): Calle/Ciudad/Estado/Código postal		¿Este derechohabiente es un hijo biológico, hijastro, hijo adoptivo o menor en guarda? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nombre del derechohabiente <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Otro derechohabiente elegible	N.º de Seguro Social del derechohabiente - -	Nombre del PCP del derechohabiente	N.º de PCP	¿Es paciente nuevo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Dirección (si es diferente): Calle/Ciudad/Estado/Código postal		¿Este derechohabiente es un hijo biológico, hijastro, hijo adoptivo o menor en guarda? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nombre del derechohabiente <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Otro derechohabiente elegible	N.º de Seguro Social del derechohabiente - -	Nombre del PCP del derechohabiente	N.º de PCP	¿Es paciente nuevo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Dirección (si es diferente): Calle/Ciudad/Estado/Código postal		¿Este derechohabiente es un hijo biológico, hijastro, hijo adoptivo o menor en guarda? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

SECCIÓN 5: DERECHOHABIENTES DISCAPACITADOS

COMPLETE LA SIGUIENTE SECCIÓN, SI CORRESPONDE.

Nombre del derechohabiente discapacitado	Tipo de discapacidad
Nombre del derechohabiente discapacitado	Tipo de discapacidad
Si la edad de un derechohabiente discapacitado supera el límite de edad para derechohabientes de la cobertura de la empresa, complete y adjunte una Solicitud de cobertura para derechohabientes con discapacidad médica o física.	

SECCIÓN 6: INFORMACIÓN DE OTRAS COBERTURAS

COMPLETE TODAS LAS ÁREAS QUE CORRESPONDAN.

Complete esta sección solo si usted o alguno de sus derechohabientes tienen otra cobertura médica o dental **que no se cancelará** cuando entre en vigor la cobertura solicitada por este medio. **Incluya los nombres de todas las personas con cobertura:**

Cobertura como prestación laboral <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cobertura para particulares <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre y dirección de la otra compañía de seguros	Fecha de inicio (MM/DD/AAAA)	Tipo de póliza <input type="checkbox"/> Solo el empleado <input type="checkbox"/> Empleado y cónyuge <input type="checkbox"/> Empleado e hijo(s) <input type="checkbox"/> Familia	
Nombre del titular de la póliza		Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Relación con el solicitante <input type="checkbox"/> Solicitante <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Derechohabiente	
Empresa	Fecha de contratación (MM/DD/AAAA)	N.º del grupo médico	N.º de cobertura médica	N.º del grupo de dentistas	N.º de cobertura dental

* El término "matrimonio" abarca el matrimonio legal y el establecimiento de una pareja en unión libre (la cobertura está sujeta a la cobertura como prestación laboral).

** El término "divorcio" incluye el divorcio legal y la disolución equivalente de una pareja en unión libre (la cobertura está sujeta a la cobertura como prestación laboral).

*** El término "cónyuge" se usa para hacer referencia al cónyuge legal o a una de las partes de la pareja en unión libre (la cobertura está sujeta a la cobertura como prestación laboral).

Apellido: _____

N.º de Seguro Social: - -

N.º de grupo

SECCIÓN 7: INFORMACIÓN DE COBERTURA MEDICARE

COMPLETE LA SIGUIENTE SECCIÓN, SI CORRESPONDE.

Beneficiario:	Parte A de Medicare (hospital) Fecha de entrada en vigor: _____ Fecha de finalización: _____	N.º de Medicare (en su tarjeta de Medicare)
	Parte B de Medicare (médica) Fecha de entrada en vigor: _____ Fecha de finalización: _____	
	Parte D de Medicare (medicamentos) Fecha de entrada en vigor: _____ Fecha de finalización: _____	
	Parte D de Medicare (medicamentos) Compañía de seguros: _____	

Indique la razón de la elegibilidad para Medicare: Edad autorizada Discapacidad autorizada
 Enfermedad renal en etapa terminal Discapacidad y enfermedad renal

Beneficiario:	Parte A de Medicare (hospital) Fecha de entrada en vigor: _____ Fecha de finalización: _____	N.º de Medicare (en su tarjeta de Medicare)
	Parte B de Medicare (médica) Fecha de entrada en vigor: _____ Fecha de finalización: _____	
	Parte D de Medicare (medicamentos) Fecha de entrada en vigor: _____ Fecha de finalización: _____	
	Parte D de Medicare (medicamentos) Compañía de seguros: _____	

Indique la razón de la elegibilidad para Medicare: Edad autorizada Discapacidad autorizada
 Enfermedad renal en etapa terminal Discapacidad y enfermedad renal

SECCIÓN 8: RENUNCIA A LA COBERTURA

COMPLETE SI RENUNCIA A LA COBERTURA.

Acepto que se me ha explicado la cobertura que tengo a mi disposición. He tenido la posibilidad de solicitar la cobertura que se ofrece para mí y mis derechohabientes elegibles, pero he decidido voluntariamente renunciar a la cobertura, como se indica a continuación. Si decido solicitar la cobertura en otro momento, entiendo que la fecha de entrada en vigor de la cobertura se puede retrasar.

Nombre <input type="checkbox"/> Empleado	Razón de la renuncia a la cobertura médica : <input type="checkbox"/> Otra cobertura médica como prestación laboral; compañía de seguros: _____ <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Otra cobertura médica para particulares; compañía de seguros: _____ <input type="checkbox"/> Otra (explique): _____ <input type="checkbox"/> No estoy asegurado con ningún seguro de gastos médicos, pero no deseo recibir esta cobertura.
---	--

Nombre <input type="checkbox"/> Empleado	Razón de la renuncia a la cobertura dental : <input type="checkbox"/> Otra cobertura dental como prestación laboral <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Cobertura dental para particulares <input type="checkbox"/> Otra (explique): _____ <input type="checkbox"/> No estoy asegurado con ninguna cobertura dental, pero no deseo recibir esta cobertura.
---	---

Nombre <input type="checkbox"/> Cónyuge	Razón de la renuncia: <input type="checkbox"/> Otra cobertura médica como prestación laboral <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Otra cobertura médica para particulares <input type="checkbox"/> Otra (explique): _____ <input type="checkbox"/> No estoy asegurado con ningún seguro de gastos médicos, pero no deseo recibir esta cobertura.
--	---

Nombre <input type="checkbox"/> Derechohabiente	Razón de la renuncia: <input type="checkbox"/> Otra cobertura médica como prestación laboral <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Otra cobertura médica para particulares <input type="checkbox"/> Otra (explique): _____ <input type="checkbox"/> No estoy asegurado con ningún seguro de gastos médicos, pero no deseo recibir esta cobertura.
--	---

Nombre <input type="checkbox"/> Derechohabiente	Razón de la renuncia: <input type="checkbox"/> Otra cobertura médica como prestación laboral <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Otra cobertura médica para particulares <input type="checkbox"/> Otra (explique): _____ <input type="checkbox"/> No estoy asegurado con ningún seguro de gastos médicos, pero no deseo recibir esta cobertura.
--	---

SECCIÓN 9: CONDICIONES DE COBERTURA

- Soy empleado o jubilado de la empresa que se menciona en esta solicitud de cobertura médica. Reúno los requisitos para participar en la cobertura disponible como prestación laboral, la cual está asegurada o es administrada por Blue Cross and Blue Shield of New Mexico. Solicito la(s) cobertura(s) para la(s) que soy elegible en nombre propio y de mis derechohabientes, que aparecen en esta solicitud de cobertura. Declaro que la información proporcionada en esta solicitud de cobertura es verdadera y correcta.
- Entiendo y acepto que cualquier declaración falsa sobre algún hecho importante que realice de manera intencional invalidará mi(s) cobertura(s).
- Solo estarán disponibles para mí las coberturas y los montos para los cuales soy elegible. Entiendo que, si se aprueba esta solicitud de cobertura, los beneficios y servicios entrarán en vigor de acuerdo con las estipulaciones establecidas en el contrato o la cobertura.
- Acepto que la empresa actúe como mi agente de seguros. Autorizo que la empresa deduzca de mi nómina el monto necesario, si corresponde, para cubrir el costo de mi(s) cobertura(s).
- Entiendo que mi participación en las coberturas queda sujeta a cualquier modificación futura. También entiendo que todos los avisos dirigidos a la empresa rigen para mí.

CUALQUIER PERSONA QUE DELIBERADAMENTE PRESENTE UNA RECLAMACIÓN FALSA O FRAUDULENTO DE INDEMNIZACIÓN POR PÉRDIDA O SERVICIOS, O QUE A SABIENDAS PROPORCIONE INFORMACIÓN FALSA EN UNA SOLICITUD DE SEGURO, ES CULPABLE DE UN DELITO Y PUEDE ESTAR SUJETA A MULTAS CIVILES Y SANCIONES PENALES.

Firma del solicitante _____ Fecha _____



If you, or someone you are helping, have questions, you have the right to get help and information in your language at no cost. To talk to an interpreter, call 855-710-6984.

Español Spanish	Si usted o alguien a quien usted está ayudando tiene preguntas, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 855-710-6984.
العربية Arabic	إن كان لديك أو لدى شخص تساعد أسئلة، فلديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون أية تكلفة. للتحدث مع مترجم فوري، اتصل على الرقم 855-710-6984.
繁體中文 Chinese	如果您，或您正在協助的對象，對此有疑問，您有權利免費以您的母語獲得幫助和訊息。洽詢一位翻譯員，請撥電話號碼 855-710-6984。
Français French	Si vous, ou quelqu'un que vous êtes en train d'aider, avez des questions, vous avez le droit d'obtenir de l'aide et l'information dans votre langue à aucun coût. Pour parler à un interprète, appelez 855-710-6984.
Deutsch German	Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen haben, haben Sie das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte die Nummer 855-710-6984 an.
ગુજરાતી Gujarati	જો તમને અથવા તમે મદદ કરી રહ્યા હોય એવા કોઈ બાજુ વ્યક્તને એસ.બી.એમ. કાર્યક્રમ બાબતે પ્રશ્નો હોય, તો તમને વિના ખર્ચે, તમારી ભાષામાં મદદ અને માહિતી મેળવવાનો હક્ક છે. દુભાષિયા સાથે વાત કરવા માટે આ નંબર 855-710-6984 પર કોલ કરો.
हिंदी Hindi	यदि आपके, या आप जिसको सहायता कर रहे हैं उसके, प्रश्न हैं, तो आपको अपनी भाषा में निःशुल्क सहायता और जानकारी प्राप्त करने का अधिकार है। किसी अनुवादक से बात करने के लिए 855-710-6984 पर काल करें।
Italiano Italian	Se tu o qualcuno che stai aiutando avete domande, hai il diritto di ottenere aiuto e informazioni nella tua lingua gratuitamente. Per parlare con un interprete, puoi chiamare il numero 855-710-6984.
한국어 Korean	만약 귀하 또는 귀하가 돕는 사람이 질문이 있다면 귀하는 무료로 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 받을 수 있는 권리가 있습니다. 통역사가 필요하시면 855-710-6984 로 전화하십시오.
Diné Navajo	T'áá ni, éí doodago ła'da bítá anáníłwo'ígíí, na'ídíłkidgo, ts'ídá bee ná ahóótí'i' t'áá níí'k'e níká a'doolwoł dóó bína'ídíłkidígíí bee níł h odoonih. Ata'dahalne'ígíí bich'i'í' hodííłnih kwe'é 855-710-6984.
فارسی Persian	اگر شما، یا کسی که شما به او کمک می کنید، سؤالی داشته باشید، حق این را دارید که به زبان خود، به طور رایگان کمک و اطلاعات دریافت نمایید. جهت گفتگو با یک مترجم شفاهی، با شماره 855-710-6984 تماس حاصل نمایید.
Polski Polish	Jeśli Ty lub osoba, której pomagasz, macie jakiegokolwiek pytania, macie prawo do uzyskania bezpłatnej informacji i pomocy we własnym języku. Aby porozmawiać z tłumaczem, zadzwoń pod numer 855-710-6984.
Русский Russian	Если у вас или человека, которому вы помогаете, возникли вопросы, у вас есть право на бесплатную помощь и информацию, предоставленную на вашем языке. Чтобы связаться с переводчиком, позвоните по телефону 855-710-6984.
Tagalog Tagalog	Kung ikaw, o ang isang taong iyong tinutulongan ay may mga tanong, may karapatan kang makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika nang walang bayad. Upang makipag-usap sa isang tagasalin-wika, tumawag sa 855-710-6984.
اردو Urdu	اگر آپ کو، یا کسی ایسے فرد کو جس کی آپ مدد کر رہے ہیں، کوئی سوال درپیش ہے تو، آپ کو اپنی زبان میں مفت مدد اور معلومات حاصل کرنے کا حق ہے۔ مترجم سے بات کرنے کے لیے، 855-710-6984 پر کال کریں۔
Tiếng Việt Vietnamese	Nếu quý vị, hoặc người mà quý vị giúp đỡ, có câu hỏi, thì quý vị có quyền được giúp đỡ và nhận thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, gọi 855-710-6984.



Tener cobertura médica es importante para todos.

Ofrecemos comunicación y servicios gratuitos para cualquier persona con impedimentos o que requiera asistencia lingüística. No discriminamos por motivos de raza, color, país de origen, sexo, identidad de género, edad, orientación sexual, problemas médicos o discapacidad.

Llámenos al 855-710-6984 para recibir asistencia lingüística o comunicación en otros formatos sin costo.

Si cree que no hemos proporcionado un servicio, o si cree que ha sido discriminado de cualquier otra manera, comuníquese con nosotros para presentar una inconformidad.

Office of Civil Rights Coordinator
300 E. Randolph St.
35th Floor
Chicago, Illinois 60601

Teléfono: 855-664-7270 (correo de voz)
TTY/TDD: 855-661-6965
Fax: 855-661-6960
Correo electrónico: CivilRightsCoordinator@hcsc.net

Tiene el derecho de presentar una queja por derechos civiles en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights) por estos medios:

U.S. Dept. of Health & Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building 1019
Washington, DC 20201

Teléfono: 800-368-1019
TTY/TDD: 800-537-7697
Portal de quejas: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
Formulario de quejas: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>