





Solicitud de cobertura médica

Individual and Family Plans

 <p>¿Quién puede usar esta solicitud?</p>	<p>Con esta solicitud, usted puede solicitar un plan de Kaiser Permanente for Individuals and Families (KPIF).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si desea obtener cobertura para su familia dentro del mismo plan de KPIF, llene una solicitud para la familia. Si un miembro de la familia desea un plan de salud diferente, esa persona tendrá que llenar una solicitud por separado. • Para ser elegible para recibir la cobertura de KPIF, debe vivir en nuestra área de servicio de California.
 <p>¿Quién no debe usar esta solicitud?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Si usted o alguno de los dependientes por los que presenta la solicitud tienen derecho a recibir Medicare Parte A o están inscritos en Medicare Parte B, no son elegibles para la cobertura de KPIF. Visite kp.org/medicare (en inglés) para obtener más información sobre sus opciones de planes de Medicare o para solicitar cobertura de Medicare. • Si califica para obtener asistencia financiera federal y desea ayuda para pagar los copagos, los coseguros, los deducibles o las primas, no llene esta solicitud. Debe solicitar la cobertura a través de Covered California en CoveredCA.com/espanol. • Si ya es miembro de KPIF, no use este formulario. Para hacer cambios en su cuenta, llame al 1-800-788-0616.
 <p>Cosas que debe recordar</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Si hace la solicitud durante el periodo de inscripción abierta, la fecha en la que recibimos su solicitud puede cambiar su fecha de vigencia: por lo general, será el 1 de enero si hace la solicitud antes del 15 de diciembre. • Si hace la solicitud durante un periodo de inscripción especial, vaya a kp.org/inscripcionespecial o llame al 1-800-494-5314 para saber qué comprobantes debe presentar para su evento calificado de vida (circunstancia de vida que califica y modifica su situación actual) y cuándo será la fecha de vigencia de su plan. Es posible que tenga más de un evento. Elija el que tenga la fecha de vigencia más conveniente para usted. • Devuelva esta solicitud lo antes posible, o puede hacer la solicitud más rápido en línea en buykp.org/apply (haga clic en "Español"). • Responda todas las preguntas y escriba en la computadora o en letra de imprenta usando tinta únicamente. Deje un recuadro vacío entre cada palabra y agregue un guion en el recuadro para los nombres compuestos. • Recuerde: si se va a inscribir en un nuevo plan, no se cancelará automáticamente ninguna otra cobertura que tenga. Para evitar pagar 2 primas o tener una interrupción en la cobertura, asegúrese de cancelar cualquier otra cobertura a partir del día anterior al comienzo de su nueva cobertura. • Envíe todas las páginas de esta solicitud. Si su solicitud está incompleta, no está firmada, no incluye el pago del primer mes o el comprobante requerido del evento calificado de vida (si corresponde), es posible que se cancele. Envíela por correo a: <p style="margin-left: 40px;">Kaiser Permanente for Individuals and Families P.O. Box 23219 San Diego, CA 92193-9921</p> <p style="margin-left: 40px;">O envíela por fax de manera segura al: 1-866-816-5139</p> <p style="margin-left: 40px;">Nota: Los cheques deben enviarse por correo y no por fax.</p>
 <p>¿Necesita ayuda?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Si necesita ayuda para llenar esta solicitud, llame al 1-800-670-5420. Para acceder a la línea TTY, llame al 711. • Le brindaremos asistencia en su propio idioma sin ningún costo. • Si trabaja con un corredor de seguros, llámelo para obtener ayuda.

Todos los planes son ofrecidos y están suscritos por Kaiser Foundation Health Plan, Inc., One Kaiser Plaza, Oakland, CA 94612.



PASO 1: Díganos cuándo va a presentar la solicitud

Seleccione una opción: Inscripción abierta (**vaya al Paso 2**) Un periodo de inscripción especial (siga con este paso)

Elija el evento de vida que lo hizo elegible para un periodo de inscripción especial (elijá solo una opción):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Pérdida de la cobertura de atención médica (ponga el último día completo que tuvo cobertura)*
<input type="checkbox"/> Agregar un dependiente o convertirse en uno por medio del matrimonio o del registro de una pareja doméstica
<input type="checkbox"/> Agregar un nuevo dependiente o convertirse en uno debido al nacimiento de un hijo, adopción, cuidados de crianza o puesta en adopción o cuidado de crianza
Nota: En este caso, también debe elegir entre 2 opciones de fecha de vigencia:
<input type="checkbox"/> La fecha de nacimiento, adopción, cuidado de crianza o puesta en adopción
<input type="checkbox"/> El primer día del mes siguiente, después de que recibimos la solicitud
<input type="checkbox"/> Deja de tener un dependiente por divorcio, disolución de la pareja doméstica o separación legal
<input type="checkbox"/> Muerte del suscriptor o de un dependiente | <input type="checkbox"/> Por una orden de manutención de hijos u otra orden judicial para dar cobertura a un dependiente
<input type="checkbox"/> Traslado permanente
<input type="checkbox"/> Salida de la cárcel
<input type="checkbox"/> Cambio de elegibilidad para la cobertura de salud proporcionada por el empleador
<input type="checkbox"/> Determinación de Covered California
<input type="checkbox"/> Cambios en la elegibilidad para una cuenta de reembolso de gastos médicos (Health Reimbursement Account, HRA)
<input type="checkbox"/> Información errónea acerca de la cobertura
<input type="checkbox"/> Cambios en la red de proveedores
<input type="checkbox"/> Violación del contrato |
|---|--|

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

Se requiere un comprobante de elegibilidad. Visite kp.org/inscripcionespecial o llame al **1-800-494-5314** para obtener más información.

*Si su evento calificado de vida es la pérdida de la cobertura de Kaiser Permanente, podemos revisar sus registros de membresía para verificar cuándo y por qué perdió la cobertura.

PASO 2: Elija su plan de salud

Elija un plan de salud. Si algún miembro de su familia va a solicitar un plan de salud diferente, debe presentar un formulario de solicitud por separado para cada plan.

Bronze	Silver	Gold	Platinum
<input type="checkbox"/> Kaiser Permanente - Bronze 60 HDHP HMO <input type="checkbox"/> Kaiser Permanente - Bronze 60 HMO <input type="checkbox"/> Kaiser Permanente - Bronze 60 HDHP HMO 6800/40%	<input type="checkbox"/> Kaiser Permanente - Silver 70 HMO Off Exchange <input type="checkbox"/> Kaiser Permanente - Silver 70 HMO 2500/45 <input type="checkbox"/> Kaiser Permanente - Silver 70 HDHP HMO 3000/15%	<input type="checkbox"/> Kaiser Permanente - Gold 80 HMO Coinsurance <input type="checkbox"/> Kaiser Permanente - Gold 80 HMO	<input type="checkbox"/> Kaiser Permanente - Platinum 90 HMO

Plan con cobertura mínima

Para comprar un plan con cobertura mínima, los solicitantes tienen que ser menores de 30 años de edad en la fecha de vigencia, o proporcionar un certificado de exención que indique la falta de cobertura asequible o la existencia de dificultades económicas. No podremos procesar su solicitud sin el certificado de exención si es mayor de 30 años.

Para saber si califica, vaya a marketplace.cms.gov/applications-and-forms/hardship-exemption.pdf (en inglés) y siga las instrucciones.

- Kaiser Permanente - Minimum Coverage HMO

Para obtener información sobre los beneficios y las limitaciones de salud y dentales, los montos de los costos compartidos y las primas, consulte los detalles en su material de inscripción. Para solicitar una copia de la *Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage)* de un plan en particular, visite el sitio web kp.org/plandocuments (en inglés), llame al **1-800-788-0616** o comuníquese con su corredor de seguros.

PASO 3: Elija su plan dental opcional para adultos

La cobertura dental se incluye en su plan de salud para los niños que son miembros hasta el último día del mes en el que el miembro cumple 19 años. Kaiser Permanente ofrece un plan de seguro dental opcional para adultos, que incluye a las personas cuya elegibilidad para recibir servicios dentales pediátricos ya terminó. Esta cobertura opcional está disponible por un cargo adicional. Nuestra cobertura dental opcional para adultos es suscrita por Kaiser Permanente Insurance Company (KPIC), una subsidiaria de Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (KFHP), y es administrada por Delta Dental of California, uno de los proveedores de beneficios dentales más grandes y con más experiencia en el país. Elija una de las siguientes opciones.

- Sí. Solicito la inscripción al plan de seguro dental de KPIC que está disponible como una opción adicional a la cobertura de mi plan de salud. El plan de seguro dental de KPIC está suscrito por Kaiser Permanente Insurance Company, una subsidiaria de Kaiser Foundation Health Plan, Inc. Una vez que esté inscrito, entiendo que no podré cancelar mi cobertura dental sin cancelar también la cobertura de mi plan de salud, excepto durante la inscripción abierta o durante un periodo de inscripción especial.
- No. No estoy interesado en recibir cobertura dental opcional.

PASO 4: Llene su información

Solicitante principal

En un plan individual, el solicitante principal es la persona que tendrá la cobertura del plan de salud. En un plan familiar, el solicitante principal es el miembro de la familia inscrito en el plan de salud que está autorizado a realizar cambios a la cuenta. Si esta solicitud es solo para un niño menor de 18 años, el niño es el solicitante principal.

Nombre

Número de Seguro Social (si corresponde)

 - -

Apellido

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

 / /

Inicial del segundo nombre

Número de historia clínica (si corresponde)

Estado (si corresponde)

Sexo:

Hombre

Mujer

Prefiere no especificar

Teléfono

 - -

Dirección residencial (no se admiten los apartados postales)

Ciudad

Estado

Código postal

Condado

Dirección postal (si es diferente a la dirección residencial)

Ciudad

Estado

Código postal

Idioma que prefiere hablar (si no es inglés)

Idioma que prefiere leer (si no es inglés)

Dirección de correo electrónico (opcional) *Entiendo que Kaiser Permanente puede comunicarse conmigo por correo electrónico.*

Padre o tutor legal

(si el solicitante principal es un niño menor de 18 años)

Nombre

Inicial del segundo nombre

Apellido

Número de Seguro Social (si corresponde)

 - -

Sexo:

Hombre Mujer

Prefiere no especificar

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

 / /

Idioma que prefiere hablar (si no es inglés)

Idioma que prefiere leer (si no es inglés)

Cónyuge o pareja doméstica que recibirá cobertura

Una pareja doméstica es una persona registrada y reconocida legalmente como su pareja doméstica ante California.

Nombre

Apellido

Número de historia clínica anterior (si corresponde)

Estado (si corresponde)

Sexo:

Hombre Mujer
 Prefiere no especificar

Inicial del segundo nombre

Elija una opción:

Cónyuge Pareja doméstica

Número de Seguro Social (si corresponde)

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

Dependientes que recibirán cobertura

Si tiene más de 3 dependientes que recibirán cobertura, llene una copia adicional de esta página y preséntela con su solicitud.

1 Nombre

Apellido

Número de historia clínica anterior (si corresponde)

Estado (si corresponde)

Sexo:

Hombre Mujer
 Prefiere no especificar

Inicial del segundo nombre

Número de Seguro Social (si corresponde)

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

Relación con el solicitante principal

2 Nombre

Apellido

Número de historia clínica anterior (si corresponde)

Estado (si corresponde)

Sexo:

Hombre Mujer
 Prefiere no especificar

Inicial del segundo nombre

Número de Seguro Social (si corresponde)

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

Relación con el solicitante principal

3 Nombre

Apellido

Número de historia clínica anterior (si corresponde)

Estado (si corresponde)

Sexo:

Hombre Mujer
 Prefiere no especificar

Inicial del segundo nombre

Número de Seguro Social (si corresponde)

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

Relación con el solicitante principal

Solicitante principal

PASO 5: Elija un representante autorizado (si tiene uno)

Puede autorizar a un amigo de confianza o a un pariente para que hable con nosotros sobre esta solicitud, para que vea su información o para que actúe en su nombre solo en cuestiones relacionadas con esta solicitud. Esta persona se conoce como el representante autorizado.

Nombre

Inicial del segundo nombre

Apellido

Teléfono

Al firmar, usted designa a esta persona como su representante legal autorizado para que obtenga información oficial sobre esta solicitud y actúe en su nombre en cuestiones relacionadas con esta solicitud.

X

Fecha (mm/dd/aaaa)

Solicitante principal (padre o tutor legal para niños menores de 18 años)

PASO 6: Firme el acuerdo de solicitud

Importante: Todos los solicitantes y dependientes mayores de 18 años deben leer, firmar y escribir la fecha a continuación. Si el solicitante principal es menor de 18 años, el padre o tutor legal deberá firmar. Al firmar, el padre o tutor legal se compromete a pagar todas las primas, los copagos, los coseguros y los deducibles de todos los solicitantes mencionados en esta solicitud. Una copia de su acuerdo con su firma es tan válida como el original. Si faltan firmas, cancelaremos la solicitud. Si hay más de 3 dependientes mayores de 18 años que firman, adjunte una copia de esta página con las firmas adicionales. Para ser elegible para la cobertura de KPIF, ni usted ni ninguno de los dependientes por los que presenta la solicitud pueden tener derecho a recibir Medicare Parte A ni estar inscritos en Medicare Parte B.

- Confirmando que no tengo derecho a Medicare Parte A ni estoy inscrito en Medicare Parte B.
- Comprendo que Kaiser Foundation Health Plan, Inc., confiará en la información proporcionada en esta solicitud. Si se determina que cualquier parte de la información proporcionada es fraudulenta o se tergiversó intencionalmente, Kaiser Foundation Health Plan, Inc. puede optar por dar por terminada la cobertura retroactivamente a la fecha de vigencia.

X

Fecha (mm/dd/aaaa)

Solicitante principal (padre o tutor legal para niños menores de 18 años)

X

Fecha (mm/dd/aaaa)

Cónyuge o pareja doméstica

X

Fecha (mm/dd/aaaa)

Dependiente (de 18 años o mayor)

X

Fecha (mm/dd/aaaa)

Dependiente (de 18 años o mayor)

X

Fecha (mm/dd/aaaa)

Dependiente (de 18 años o mayor)

PASO 7: Firme el acuerdo de arbitraje

Entiendo que (con excepción de los casos del Tribunal para Reclamaciones Menores, de las reclamaciones sujetas a un procedimiento de apelación de Medicare o de la reglamentación del procedimiento de reclamación de la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación para los Empleados [Employee Retirement Income Security Act, ERISA] o de cualquier otra reclamación que no pueda estar sujeta al arbitraje obligatorio conforme a la ley vigente) cualquier disputa entre mi persona, mis herederos, familiares o partes asociadas, por un lado, y Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (KFHP), cualquier proveedor de atención médica contratado, administradores u otras partes asociadas, por el otro, por la supuesta violación de cualquier obligación derivada de o relacionada con la membresía de KFHP, incluida toda reclamación por negligencia médica u hospitalaria (reclamación según la cual los servicios médicos fueron innecesarios o no autorizados o prestados de forma indebida, negligente o incompetente), por responsabilidad civil de las instalaciones o relacionada con la cobertura o la prestación de servicios o artículos, independientemente de lo que disponga la doctrina jurídica, no deberá resolverse en un pleito o procedimiento judicial sino mediante arbitraje obligatorio conforme a la legislación de California, excepto que las leyes correspondientes determinen la revisión judicial de los procedimientos de arbitraje. Acepto renunciar a nuestro derecho a un juicio con jurado y acepto el uso del arbitraje obligatorio. Entiendo que el *Acuerdo de Membresía, la Evidencia de Cobertura y el Formulario de Revelación (Membership Agreement, Evidence of Coverage, and Disclosure Form)* incluyen todas las disposiciones sobre el arbitraje.

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Fecha (mm/dd/aaaa) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
	Solicitante principal (padre o tutor legal para niños menores de 18 años)	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Fecha (mm/dd/aaaa) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
	Cónyuge o pareja doméstica	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Fecha (mm/dd/aaaa) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
	Dependiente (de 18 años o mayor)	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Fecha (mm/dd/aaaa) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
	Dependiente (de 18 años o mayor)	

Una copia de su acuerdo con su firma es tan válida como el original. Si faltan firmas, cancelaremos la solicitud. Si hay más de 2 dependientes mayores de 18 años que firman, adjunte una copia de esta página con las firmas adicionales.

PASO 8: Ingrese los datos para el pago del primer mes

Información de pago

Nombre de la persona responsable de los pagos

Inicial del segundo nombre

Apellido de la persona responsable de los pagos

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

Opciones de pago (elija una)

- Tarjeta de crédito Tarjeta de débito Transferencia electrónica Cheque Giro postal

Si es tarjeta de crédito o débito

- Visa Mastercard Discover American Express

Nombre del titular de la tarjeta como aparece en la tarjeta

Inicial del segundo nombre

Apellido del titular de la tarjeta como aparece en la tarjeta

Número de la tarjeta

Fecha de vencimiento (mm/aaaa)

X

Fecha (mm/dd/aaaa)

Firma del titular de la tarjeta

Si es transferencia electrónica

- Cuenta corriente Cuenta de ahorros

Autorizo a Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (KFHP) y a la institución financiera designada a aceptar esta transferencia del monto de la prima del primer mes de mi cuenta de cheques o de ahorros después de que KFHP procese mi solicitud.

Nombre del banco

Número de ruta bancaria

Número de cuenta

Nombre del titular de la cuenta

Inicial del segundo nombre

Apellido del titular de la cuenta

X

Fecha (mm/dd/aaaa)

Firma del titular de la cuenta

Si es cheque o giro postal

Escriba el nombre del solicitante principal en el cheque. Envíe el pago por correo junto con su solicitud a la dirección que se menciona en la página 1.

Pagos mensuales automáticos (opcional)

Este servicio **opcional** le permite pagar sus primas mensuales automáticamente de forma electrónica el primer día del mes (a menos que el primer día caiga en un fin de semana o día festivo). Si le gustaría inscribirse, llene su información a continuación. Para cancelar o actualizar los pagos automáticos, visite kp.org/payonline (en inglés) o llame a la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al 1-888-236-4490.

¿Desea utilizar el método de pago del primer mes para sus pagos automáticos?

Sí (omita esta página) No (llene esta página)

Nombre de la persona responsable de los pagos

Inicial del segundo nombre

Apellido de la persona responsable de los pagos

Dirección de facturación

Ciudad

Estado Código postal

Opciones de pago automático (elija una) Tarjeta de crédito (no puede usar tarjetas de débito) Transferencia electrónica

Si es tarjeta de crédito Visa Mastercard Discover American Express

Nombre del titular de la tarjeta como aparece en la tarjeta

Inicial del segundo nombre

Apellido del titular de la tarjeta como aparece en la tarjeta

Número de la tarjeta

Fecha de vencimiento (mm/aaaa)

 /

X

Fecha (mm/dd/aaaa)

 / /

Firma del titular de la tarjeta

Si es transferencia electrónica Cuenta corriente Cuenta de ahorros

Autorizo a Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (KFHP) y a la institución financiera designada a aceptar esta transferencia de mi cuenta corriente o cuenta de ahorros.

Nombre del banco

Número de ruta bancaria

Número de cuenta

Nombre del titular de la cuenta

Inicial del segundo nombre

Apellido del titular de la cuenta

X

Fecha (mm/dd/aaaa)

 / /

Firma del titular de la cuenta

Solicitante principal

Para las personas que hagan su solicitud a través de un agente, un corredor de seguros o un representante de KPIF

Si hizo su solicitud a través de un agente, un corredor de seguros o un representante de KPIF, asegúrese de que él o ella llene esta página. Un representante de Kaiser Permanente incluye a cualquier agente, corredor de seguros o representante de KPIF que le ayudó a decidir en qué plan inscribirse o le ayudó a llenar la solicitud.

Nombre del agente/corredor de seguros/representante de KPIF

Inicial del segundo nombre

Apellido

El corredor de seguros designado puede recibir una compensación monetaria o no monetaria de parte de KPIF en relación con la compra de esta cobertura.

Nota: Las primas son las mismas, independientemente de si utiliza o no los servicios de un agente, corredor de seguros o representante de KPIF.

To be completed by your Kaiser Permanente-appointed agent/broker/KPIF representative after completion of this application:

Notice to agent, broker, KPIF representative: If you have assisted the applicant in submitting the application, the law requires that you attest to this assistance. If, in making this attestation, you state as true any material fact you know to be false, you will be subject to a civil penalty of up to ten thousand dollars (\$10,000), as authorized under California Health and Safety Code section 1389.8(c) or Insurance Code section 10119.3, in addition to any other applicable penalties or remedies available under current law.

You must answer the following question by selecting Yes or No:

I assisted the applicant in submitting this application. To the best of my knowledge, the information on this application is complete and accurate. I explained to the applicant, in easy-to-understand language, the risk to the applicant of providing inaccurate information, and the applicant understood the explanation.

Yes No

Date (mm/dd/yyyy)

 / /

Agent/Broker/KPIF representative

Agent/Broker/KPIF representative (first, middle, last) (please print)

Address

City

State

ZIP code

KPIF-appointed broker ID number

Agency name

Agency number

Phone

Fax

 - - - -

Email address

Aviso de no discriminación

Kaiser Permanente no discrimina a ninguna persona por su edad, raza, etnia, color, país de origen, antecedentes culturales, ascendencia, religión, sexo, identidad de género, expresión de género, orientación sexual, estado civil, discapacidad física o mental, fuente de pago, información genética, ciudadanía, lengua materna o estado migratorio.

La Central de Llamadas de Servicio a los Miembros brinda servicios de asistencia con el idioma las 24 horas del día, los siete días de la semana (excepto los días festivos). Se ofrecen servicios de interpretación sin costo alguno para usted durante el horario de atención, incluido el lenguaje de señas. Se ofrecen aparatos y servicios auxiliares para personas con discapacidades sin costo alguno durante el horario de atención. También podemos ofrecerle a usted, a sus familiares y amigos cualquier ayuda especial que necesiten para acceder a nuestros centros de atención y servicios. Puede solicitar los materiales traducidos a su idioma, y también los puede solicitar con letra grande o en otros formatos que se adapten a sus necesidades sin costo para usted. Para obtener más información, llame al **1-800-788-0616** (los usuarios de la línea TTY deben llamar al **711**).

Una queja es una expresión de inconformidad que manifiesta usted o su representante autorizado a través del proceso de quejas. Por ejemplo, si usted cree que ha sufrido discriminación de nuestra parte, puede presentar una queja. Consulte su *Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage)* o *Certificado de Seguro (Certificate of Insurance)*, o comuníquese con un representante de Servicio a los Miembros para conocer las opciones de resolución de disputas que le corresponden. Esto tiene especial importancia si es miembro de Medicare, Medi-Cal, el Programa de Seguro Médico para Riesgos Mayores (Major Risk Medical Insurance Program MRMIP), Medi-Cal Access, el Programa de Beneficios Médicos para los Empleados Federales (Federal Employees Health Benefits Program, FEHBP) o CalPERS, ya que dispone de otras opciones para resolver disputas.

Puede presentar una queja de las siguientes maneras:

- Completando un formulario de queja o de reclamación/solicitud de beneficios en una oficina de Servicio a los Miembros ubicada en un centro del plan (consulte las direcciones en *Su Guía* o en el directorio de centros de atención en nuestro sitio web en **kp.org/espanol**)
- Enviando por correo su queja por escrito a una oficina de Servicio a los Miembros en un centro del plan (consulte las direcciones en *Su Guía* o en el directorio de centros de atención en nuestro sitio web en **kp.org/espanol**)
- Llamando a la línea telefónica gratuita de la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al **1-800-788-0616** (los usuarios de la línea TTY deben llamar al **711**)
- Completando el formulario de queja en nuestro sitio web en **kp.org/espanol**

Llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros si necesita ayuda para presentar una queja.

Se le informará al coordinador de derechos civiles de Kaiser Permanente (Civil Rights Coordinator) de todas las quejas relacionadas con la discriminación por motivos de raza, color, país de origen, género, edad o discapacidad. También puede comunicarse directamente con el coordinador de derechos civiles de Kaiser Permanente en One Kaiser Plaza, 12th Floor, Suite 1223, Oakland, CA 94612.

También puede presentar una queja formal de derechos civiles de forma electrónica ante la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) en el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services) mediante el portal de quejas formales de la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights Complaint Portal), en ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf (en inglés) o por correo postal o por teléfono a: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (línea TDD). Los formularios de queja formal están disponibles en hhs.gov/ocr/office/file/index.html (en inglés).

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

