



Instrucciones

- Por medio de este formulario, usted puede hacer distintos tipos de cambios en los planes y en las cuentas. Conteste la Sección A con su información personal. Después, en la Sección B, elija qué cambios desea hacer y siga llenando cualquier otra sección relacionada con dichos cambios.
- Si agregará a un dependiente a su plan, cualquier otra cobertura que tenga el dependiente no se cancelará de manera automática. Para evitar pagar dos planes o tener una interrupción en la cobertura, asegúrese de cancelar cualquier otra cobertura que tenga a partir del día anterior al comienzo de su nueva cobertura.
- Importante: Si usted tiene derecho a obtener los beneficios de Medicare Parte A o si está inscrito en Medicare Parte B, no es elegible para cambiar a los Planes para Individuos y Familias de Kaiser Permanente (Kaiser Permanente for Individuals and Families, KPIF). Si uno de los miembros de la familia tiene derecho a recibir Medicare Parte A o está inscrito en Medicare Parte B, no es elegible para cambiar a los planes KPIF o para ser agregado a su plan KPIF como un dependiente nuevo.

A. Conteste el formulario con su información

Seleccione solo una opción: Soy el suscriptor, el cónyuge o pareja doméstica, o hijo dependiente mayor de 18 años, o el padre, la madre o el tutor legal

Nombre

Apellido

Número de historia clínica (si corresponde) Número de seguro social (si corresponde) - -

Dirección residencial (no se admiten los apartados postales)

Ciudad Estado Código postal

Dirección postal Marque esta casilla si es la misma que la dirección residencial.

Ciudad Estado Código postal

Sexo: Hombre Mujer
 Prefiere no especificar

Inicial del segundo nombre

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) / /

Teléfono - -

B. ¿Qué cambios desea hacer?

- Marque las casillas de los cambios que desea hacer y, en la página siguiente, incluya a todos los familiares afectados. Si hay otros familiares que no están incluidos en la lista, no realizaremos ningún cambio para ellos.
- El suscriptor (el padre, la madre o el tutor legal de los suscriptores menores de 18 años) puede hacer cualquiera de los cambios que se mencionan a continuación para cualquier familiar. Los dependientes pueden hacer algunos cambios solo para sí mismos (consulte a continuación los cambios señalados con un asterisco [*]).

Puede hacer los siguientes cambios durante la inscripción abierta o un período de inscripción especial.

(Se aplican restricciones para períodos de inscripción especial. Visite kp.org/specialenrollment para obtener más información).

- Quiero cambiar de plan.*
- Quiero combinar las cuentas.
- Quiero agregar cobertura médica para un familiar.
- Quiero agregar cobertura dental opcional para adultos (para miembros de 19 años en adelante).*
- Quiero cancelar la cobertura dental opcional.*
- Quiero agregar cobertura médica para mí en la cuenta de mi familia como suscriptor.

Puede hacer los siguientes cambios en cualquier momento durante el año. (Importante: Para estos cambios, puede omitir las Secciones D y E).

- Voy a cancelar mi cobertura y quiero que mi cónyuge o pareja doméstica sea ahora el suscriptor.
- Voy a cancelar mi cobertura en un plan familiar y deseo continuar por mi cuenta en un plan individual.*
- Quiero cambiar el suscriptor.
- Quiero cambiar el padre, la madre o el tutor legal en una cuenta solo para hijos.
- Quiero cancelar mi cobertura médica* o la de un familiar.
- Cancelo mi cobertura, pero deseo mantener a mis hijos en el plan.
- Voy a cancelar mi cobertura y la de mi cónyuge o pareja doméstica, pero deseo mantener a nuestros hijos en el plan.
- Quiero hacer los cambios que se muestran en la Sección A. (Si cambia su nombre, incluya la documentación legal del cambio).*

Fecha de vigencia solicitada (no garantizada)

/ / (mm/dd/aaaa)

C. ¿A qué familiares afecta el cambio? (Menciónelos a continuación).

Cónyuge o pareja doméstica

- Agregar cobertura médica
- Agregar cobertura dental opcional para adultos
- Cancelar la cobertura médica
- Cancelar la cobertura dental opcional para adultos

Nombre

Inicial del segundo nombre

Apellido

Elija una opción:

- Cónyuge
- Pareja doméstica

Número de seguro social (si corresponde)

- -

Número de historia clínica (si corresponde)

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)

/ /

Sexo:

- Hombre
- Mujer
- Prefiere no especificar

C. ¿A qué familiares afecta el cambio? (Menciónelos a continuación)

Si tiene más de 4 dependientes que resultarán afectados por un cambio, adjunte una copia de esta página y llene la información de esos dependientes.

Dependiente 1	<input type="checkbox"/> Agregar cobertura médica	<input type="checkbox"/> Agregar cobertura dental opcional para adultos	
	<input type="checkbox"/> Cancelar la cobertura médica	<input type="checkbox"/> Cancelar la cobertura dental opcional para adultos	
Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Sexo:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
			<input type="checkbox"/> Prefiere no especificar
Número de seguro social (si corresponde)	Número de historia clínica (si corresponde)	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Dependiente 2	<input type="checkbox"/> Agregar cobertura médica	<input type="checkbox"/> Agregar cobertura dental opcional para adultos	
	<input type="checkbox"/> Cancelar la cobertura médica	<input type="checkbox"/> Cancelar la cobertura dental opcional para adultos	
Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Sexo:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
			<input type="checkbox"/> Prefiere no especificar
Número de seguro social (si corresponde)	Número de historia clínica (si corresponde)	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Dependiente 3	<input type="checkbox"/> Agregar cobertura médica	<input type="checkbox"/> Agregar cobertura dental opcional para adultos	
	<input type="checkbox"/> Cancelar la cobertura médica	<input type="checkbox"/> Cancelar la cobertura dental opcional para adultos	
Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Sexo:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
			<input type="checkbox"/> Prefiere no especificar
Número de seguro social (si corresponde)	Número de historia clínica (si corresponde)	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Dependiente 4	<input type="checkbox"/> Agregar cobertura médica	<input type="checkbox"/> Agregar cobertura dental opcional para adultos	
	<input type="checkbox"/> Cancelar la cobertura médica	<input type="checkbox"/> Cancelar la cobertura dental opcional para adultos	
Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Sexo:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
			<input type="checkbox"/> Prefiere no especificar
Número de seguro social (si corresponde)	Número de historia clínica (si corresponde)	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

D. Elija su período de inscripción

Seleccione una opción: Inscripción abierta (**vaya a la Sección E**) Un período de inscripción especial (siga con este paso)

Elija su evento de vida calificado. Si usted tuvo más de uno, revise sus opciones porque las fechas de vigencia varían según el evento. **También se requiere una prueba de elegibilidad.** Visite kp.org/specialenrollment o llame al **1-800-494-5314** para obtener más información sobre los eventos de vida calificados.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Pérdida de la cobertura médica esencial mínima (escriba el último día completo que tuvo cobertura)* | <input type="checkbox"/> Traslado permanente con acceso a nuevos planes |
| <input type="checkbox"/> Agregar un dependiente o convertirse en uno por medio del matrimonio o de una pareja doméstica | <input type="checkbox"/> Cambios en la cobertura médica del empleador que lo hagan elegible para recibir un crédito tributario para prima |
| <input type="checkbox"/> Agregar un dependiente o convertirse en uno debido al nacimiento de un hijo, adopción, puesta en adopción o cuidado de crianza | <input type="checkbox"/> Determinación de Covered California de circunstancias excepcionales |
| Importante: En este caso, también debe elegir entre 2 opciones de fecha de vigencia: | <input type="checkbox"/> Elegibilidad para comprar un plan de salud individual a través de un acuerdo de reembolso de gastos médicos de cobertura individual (ICHRA) o un acuerdo de reembolso de gastos médicos de pequeño empleador calificado (QSEHRA) |
| <input type="checkbox"/> La fecha de nacimiento, adopción, puesta en adopción o cuidados de crianza | <input type="checkbox"/> Violencia doméstica o abandono del cónyuge que suceda dentro del hogar |
| <input type="checkbox"/> El primer día del mes siguiente al que recibimos el formulario | <input type="checkbox"/> Salida de la cárcel |
| <input type="checkbox"/> Dejar de tener un dependiente por divorcio, disolución de la pareja doméstica o separación legal | <input type="checkbox"/> Información errónea acerca de su inscripción en la cobertura esencial mínima |
| <input type="checkbox"/> Muerte del suscriptor o de un dependiente | <input type="checkbox"/> Cambios en la red de proveedores |
| <input type="checkbox"/> Orden de manutención de los hijos u otra orden del tribunal para cubrir a un dependiente | <input type="checkbox"/> Violación del contrato |

Importante: En este caso, también debe elegir entre 2 opciones de fecha de vigencia:

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> La fecha de la orden de manutención de los hijos u otra orden del tribunal para cubrir a un dependiente |
| <input type="checkbox"/> El primer día del mes posterior a la fecha de la orden del tribunal |

Por favor escriba la fecha de su evento calificado de vida. / / (mm/dd/aaaa)

*Si su evento de vida calificado es la pérdida de la cobertura de Kaiser Permanente, podemos revisar sus registros de membresía para verificar cuándo y por qué perdió la cobertura. Para obtener más información sobre la cobertura esencial mínima, visite kp.org/specialenrollment.

E. Elija su plan de salud

Si indicó que le gustaría cambiar de plan o añadir una cobertura para un familiar, seleccione a continuación el plan que le gustaría. Todos los familiares que incluyó en la Sección C serán transferidos al plan que seleccione. Si desea inscribir a los miembros de la familia en distintos planes, envíe un formulario para cada plan por separado.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Kaiser Permanente – Bronze 60 HDHP HMO | <input type="checkbox"/> Kaiser Permanente – Gold 80 HMO Coinsurance |
| <input type="checkbox"/> Kaiser Permanente – Bronze 60 HMO | <input type="checkbox"/> Kaiser Permanente – Gold 80 HMO |
| <input type="checkbox"/> Kaiser Permanente – Bronze 60 HMO 8200/0% | <input type="checkbox"/> Kaiser Permanente – Platinum 90 HMO |
| <input type="checkbox"/> Kaiser Permanente – Silver 70 HMO Off Exchange | <input type="checkbox"/> Kaiser Permanente – Minimum Coverage HMO* |
| <input type="checkbox"/> Kaiser Permanente – Silver 70 HMO 2500/45 | |
| <input type="checkbox"/> Kaiser Permanente – Silver 70 HDHP HMO 3250/20% | |

*Para solicitantes menores de 30 años o con exenciones por privación

Se dispone de planes de cobertura mínima para los solicitantes que tengan menos de 30 años de edad en la fecha de vigencia o que proporcionen un certificado de exención que demuestre privación o falta de cobertura asequible. No podremos procesar su solicitud sin el certificado de exención si es mayor de 30 años. Para saber si califica, visite el sitio marketplace.cms.gov/applications-and-forms/hardship-exemption.pdf y siga las instrucciones.

F. Elija su plan dental opcional para adultos

La cobertura dental está incluida en su plan de salud para los niños hasta el final del mes en el que el miembro cumple 19 años de edad. 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.

Puede inscribirse o cancelar la cobertura dental para adultos del plan de seguro dental opcional durante el período de inscripción abierta, la renovación anual para miembros o un período de inscripción especial. 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 del país.

- Agregar cobertura dental opcional para adultos.†
- Cancelar la cobertura dental opcional para adultos.†

† 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 período de inscripción especial.

G. Firme el formulario

- Entiendo que Kaiser Foundation Health Plan, Inc. se basará en la información que proporciono en este formulario y que, si se determina que cualquier parte de la información es fraudulenta o se tergiversó intencionalmente, Kaiser Foundation Health Plan, Inc. puede optar por dar por terminada la cobertura retroactivamente a la fecha de entrada en vigencia de la cobertura.
- Confirmando que ninguna de las personas incluidas en este formulario que está cambiando de plan o que fue agregada como dependiente tiene derecho a obtener los beneficios de Medicare Parte A ni está inscrita en Medicare Parte B.

Importante: El suscriptor y todos los dependientes mayores de 18 años que realicen un cambio deberán firmar el formulario. Si hay más de 4 dependientes mayores de 18 años que firman, adjunte una copia de esta página con las firmas adicionales.

<p>X <input style="width: 560px; height: 30px;" type="text"/></p> <p>El suscriptor o nuevo suscriptor (padre, madre o tutor legal de los suscriptores menores de 18 años)</p>	<p>Fecha (mm/dd/aaaa)</p> <p><input style="width: 25px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 25px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p>
<p>X <input style="width: 560px; height: 30px;" type="text"/></p> <p>Cónyuge/pareja doméstica</p>	<p>Fecha (mm/dd/aaaa)</p> <p><input style="width: 25px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 25px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p>
<p>X <input style="width: 560px; height: 30px;" type="text"/></p> <p>Dependiente (de 18 años o mayor)</p>	<p>Fecha (mm/dd/aaaa)</p> <p><input style="width: 25px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 25px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p>
<p>X <input style="width: 560px; height: 30px;" type="text"/></p> <p>Dependiente (de 18 años o mayor)</p>	<p>Fecha (mm/dd/aaaa)</p> <p><input style="width: 25px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 25px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p>
<p>X <input style="width: 560px; height: 30px;" type="text"/></p> <p>Dependiente (de 18 años o mayor)</p>	<p>Fecha (mm/dd/aaaa)</p> <p><input style="width: 25px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 25px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p>
<p>X <input style="width: 560px; height: 30px;" type="text"/></p> <p>Dependiente (de 18 años o mayor)</p>	<p>Fecha (mm/dd/aaaa)</p> <p><input style="width: 25px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 25px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p>

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

H. Firme el acuerdo de arbitraje de Kaiser Foundation Health Plan, Inc.

Entiendo que (excepto en los casos que califiquen para su presentación en un tribunal de demandas de menor cuantía, los reclamos sujetos al procedimiento de apelación de Medicare o al procedimiento de reclamos bajo la Ley de Seguridad de 1974 sobre los Ingresos de Jubilación para los Empleados [Employee Retirement Income Security Act, ERISA] y cualquier otro reclamo que no puede estar sujeto al arbitraje vinculante según la ley vigente) toda disputa entre mi persona, mis herederos, familiares y otras partes asociadas por un lado, y Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (KFHP), cualquier proveedor de atención médica contratado, administradores u otras partes asociadas, por otro lado, por la supuesta violación de cualquier deber derivado de la membresía en KFHP o relacionado con esta, entre ellos, cualquier reclamo por negligencia médica u hospitalaria (un reclamo de que los servicios médicos no eran necesarios, no estaban autorizados o se prestaron de manera indebida, negligente o incompetente), reclamos vinculados a la responsabilidad civil de las instalaciones o relacionados con la cobertura, la prestación o el suministro de servicios o artículos, independientemente del marco legal, debe ser decidida a través de un arbitraje vinculante bajo la ley de California y no por medio de una demanda o proceso en el tribunal, excepto conforme lo disponga la ley correspondiente para revisiones judiciales de procedimientos de arbitraje. Acepto renunciar a nuestro derecho a un juicio con jurado y acepto el uso del arbitraje vinculante. Entiendo que todas las disposiciones del arbitraje se encuentran en el *Acuerdo de Membresía Combinado, Evidencia de Cobertura y Formulario de Revelación. (Combined Membership Agreement, Evidence of Coverage and Disclosure Form)*

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Fecha (mm/dd/aaaa) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
	Solicitante principal (padre, madre 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/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)	

El solicitante o su representante autorizado puede pedir una copia del formulario completo. Para obtener más información, llame al **1-800-464-4000**.

Información de contacto

Envíe la correspondencia a: Kaiser Permanente
P.O. Box 23127
San Diego, CA
92193-9921

O envíe un fax sin costo a:
Administración de
Membresías
1-855-355-5334

¿Tiene alguna pregunta? Llame al
1-800-464-4000 (TTY 711)

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 7 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 sin costo para usted. 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 (TTY 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.

Puede presentar una queja de las siguientes maneras:

- **Por teléfono:** Llame a servicio a los miembros al **1-800-788-0616 (TTY 711)** las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos).
- **Por correo postal:** Llámenos al **1-800-788-0616 (TTY 711)** y pida que se le envíe un formulario.
- **En persona:** Llene un formulario de Queja Formal o Reclamo/Solicitud de Beneficios en una oficina de servicio a los miembros ubicada en un Centro de Atención del Plan (consulte su directorio de proveedores en **kp.org/facilities** [haga clic en “Español”] para obtener las direcciones).
- **En línea:** Use el formulario en línea 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:

Northern California

Civil Rights/ADA Coordinator
1800 Harrison St.
16th Floor
Oakland, CA 94612

Southern California

Civil Rights/ADA Coordinator
SCAL Compliance and Privacy
393 East Walnut St.,
Pasadena, CA 91188

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 Ave. SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TTY). Los formularios de queja formal están disponibles en hhs.gov/ocr/office/file/index.html (en inglés).