

Formulario de Inscripción y Exención del Empleado



Núm. de Póliza de Grupo _____
 Núm. de Subgrupo _____
 Núm. de Clase o Plan _____
 ¿Es usted propietario de esta compañía? Sí No

Nombre del Empleador/Grupo _____ Fecha de Vigencia ____/____/____ Fecha de Contratación de Tiempo Completo ____/____/____
 Apellido _____ Primer Nombre _____ Inicial 2o Nombre _____ Horas Trabajadas por Semana _____
 Dirección Postal _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
 Teléfono _____ Email _____
 Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Sociedad Doméstica Al proporcionar su dirección de email, usted acepta recibir comunicaciones por email de PacificSource.

Elija el tipo de cobertura que desea cada persona (incluyendo aquellas que deseen declinar la cobertura). Si usted necesita agregar a más miembros de su familia, por favor utilice hojas adicionales.

Motivo de inscripción:

- Grupo nuevo
- Inscripciones abiertas
- Empleado nuevo
- Agregar dependiente(s)
- Pérdida involuntaria de otra cobertura

Fecha de Vigencia:^

Motivo de Elegibilidad para COBRA:

- Terminación del empleo o reducción de horas
- Divorcio o separación legal
- Fallecimiento del empleado
- El dependiente ya no es elegible

Fecha de Vigencia:^

^Adjunte un comprobante del evento

Cobertura		Nombre (Apellido, Primer Nombre, Inicial 2o Nombre)	Género	Fecha de Nacimiento	Núm. del Seguro Social	Raza / Origen Etnico*	Proveedor de Atención Primaria
Médica	Agregar Declinar	Nombre:	M F				
Dental (no disponible in WA)	Agregar Declinar	Empleado	X				
Médica Dental (no disponible in WA)	Agregar Declinar	Nombre: Cónyuge/Pareja Doméstica	M F X				
Médica Dental (no disponible in WA)	Agregar Declinar	Nombre: Relación con el Empleado:	M F X				
Médica Dental (no disponible in WA)	Agregar Declinar	Nombre: Relación con el Empleado:	M F X				
Médica Dental (no disponible in WA)	Agregar Declinar	Nombre: Relación con el Empleado:	M F X				

*Raza/origen étnico (opcional) - Seleccione el código con el cual se identifique mejor a cada miembro: **AI**-Indio americano/Nativo de Alaska, **A**-Asiático, **B**-Negro/Afroamericano, **H**-Hispano/Latino, **N**-Nativo de Hawai/Isleño del Pacífico, **W**-Blanco/Caucásico

Custodia Infantil: Si usted, su cónyuge o su pareja doméstica son tutores designados por la corte o si están obligados a proveer una cobertura para un menor producto de una relación anterior, es necesario llenar esta sección (además de la anterior) y proporcionar una copia de los documentos legales que comprueben la responsabilidad de pagar los gastos médicos. Por favor utilice hojas adicionales si es necesario.

Nombre del Niño _____ Nombre del Padre/Madre que Tiene la Custodia _____
 Dirección Postal _____
 Persona Obligada a Proveer el Seguro _____

Custodia Legal:
 Madre Padre
 Conjunta Otro

Información Sobre Cobertura Médica y Dental: ¿Ha tenido usted o alguna persona enlistada en esta solicitud un seguro médico o dental en los últimos 60 días? Sí No
 Si la respuesta es "Sí", llene la siguiente sección y proporcione un comprobante con las fechas de cobertura.

Nombre	Compañía Aseguradora	Fechas de Cobertura	¿Continuará la Cobertura?	Tipo(s) de Cobertura
	Aseguradora: Núm. de Póliza: Teléfono:	Inicio: Fin:	Sí No	Médica Visual Dental
	Aseguradora: Núm. de Póliza: Teléfono:	Inicio: Fin:	Sí No	Médica Visual Dental
	Aseguradora: Núm. de Póliza: Teléfono:	Inicio: Fin:	Sí No	Médica Visual Dental
	Aseguradora: Núm. de Póliza: Teléfono:	Inicio: Fin:	Sí No	Médica Visual Dental
	Aseguradora: Núm. de Póliza: Teléfono:	Inicio: Fin:	Sí No	Médica Visual Dental

Exención de la Cobertura Médica – Sección requerida si el empleado declina la cobertura médica.

Tengo una cobertura médica calificada a través de (anote el nombre de la aseguradora e indique el tipo de cobertura):

Nombre de la Aseguradora _____

A través de: Mi otro empleador El empleador de mi cónyuge El empleador de mi padre/madre Medicare Medicaid VA/Tricare
 Indian Health Service

Tengo otra cobertura médica a través de una póliza individual. No tengo otra cobertura médica.

Exención de la Cobertura Dental – Sección requerida si el empleado declina la cobertura dental. Solamente aplica a Idaho, Oregon y Montana.

Tengo una cobertura dental calificada a través de (anote al nombre de la aseguradora e indique el tipo de cobertura):

Nombre de la Aseguradora _____

A través de: Mi otro empleador El empleador de mi cónyuge El empleador de mi padre/madre Medicare Medicaid VA/Tricare
 Indian Health Service

Tengo otra cobertura dental a través de una póliza individual. No tengo otra cobertura dental.

Aviso Sobre Derechos de Inscripción: Si usted desea declinar la cobertura propia y/o de sus dependientes (incluyendo a su cónyuge/pareja doméstica) debido a que tiene otra cobertura de salud, es posible que usted y/o sus dependientes puedan inscribirse en este plan a futuro, siempre y cuando soliciten su inscripción dentro de un plazo de 60 días después de la terminación involuntaria de su otra cobertura o durante el siguiente periodo de inscripciones abiertas de su plan, a menos de que se especifique lo contrario en su manual del miembro.

Adicionalmente, si usted tiene un dependiente nuevo por motivos de matrimonio, nacimiento, adopción o acogimiento en adopción, es posible que usted y/o sus dependientes puedan inscribirse siempre y cuando soliciten su inscripción dentro de un plazo de 60 días a partir del matrimonio, el nacimiento, la adopción o el acogimiento en adopción.

Aceptación del Suscriptor: Acepto y entiendo que PacificSource Health Plans puede solicitar o divulgar la información sobre mi salud o la salud de mis dependientes (personas enlistadas en este formulario de inscripción para recibir la cobertura de beneficios) con el propósito de facilitar las actividades de tratamiento y pago de los servicios de salud, además de las operaciones de negocios que sean necesarias para administrar los beneficios de salud y/o según lo requieran las leyes. Se utilizará una autorización por separado para esta información. Si desea obtener mayor información sobre el uso y la divulgación de esta información, por favor consulte nuestra Política de Privacidad en **PacificSource.com**.

Es un delito proporcionar deliberadamente información falsa, incompleta o engañosa con el propósito de obtener una cobertura de salud de forma fraudulenta. Las sanciones incluyen encarcelamiento, multas y denegación de los beneficios del seguro.

Firma del Empleado _____ **Fecha** _____

Si usted desea solicitar una copia impresa de su solicitud y/o de su información de inscripción sin costo alguno, póngase en contacto con nosotros al teléfono **(866) 999-5583** o envíe un email a **membership@pacificsource.com**

Correo postal: PO Box 7068, Springfield, OR 97475 **Fax:** (541) 225-3642

La Ley Prohíbe la Discriminación

PacificSource Health Plans cumple con las leyes federales aplicables sobre los derechos civiles y no discrimina en base a la raza, el color, el origen nacional, la edad, la discapacidad o el género. PacificSource no excluye a las personas ni las trata de manera distinta debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o género.

PacificSource:

- Ofrece servicios y apoyos gratuitos a las personas con discapacidades para que puedan comunicarse con nosotros, tales como:
 - Intérpretes calificados en el lenguaje de señas
 - Información escrita en otros formatos (letra más grande, grabación de audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Ofrece servicios lingüísticos gratuitos para personas cuyo idioma principal no sea el inglés, tales como:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si usted requiere estos servicios, póngase en contacto con el departamento de Servicio al Cliente al (888) 977-9299. Los usuarios del servicio TTY deben llamar al (800) 735-2900. Nuestro horario de atención es de 7:00 a.m. a 5:00 p.m.

Si usted considera que PacificSource no le ha proporcionado estos servicios o que usted ha sido víctima de discriminación debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o género, puede presentar una queja dirigida a: Civil Rights Coordinator, PO Box 7068, Springfield, OR 97475-0068, (888) 977-9299, TTY 711, fax (541) 684-5264 o email crc@pacificsource.com. Por favor indique que desea presentar una queja de derechos civiles. Usted puede presentar una queja en persona o por correo, fax o email. Si usted necesita ayuda para presentar una queja, comuníquese al Departamento de Servicio al Cliente de PacificSource para recibir ayuda.

Usted también puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, ya sea de manera electrónica a través del Portal de la Oficina de Quejas de Derechos Civiles en OCRPortal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf o por correo o teléfono:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
(800) 368-1019, (800) 537-7697 (TDD)

Los formularios de queja están disponibles en HHS.gov/ocr/office/file/index.html.

Amhárico	ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያገለግሉት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ (888) 977-9299 (መስማት ለተሳናቸው፡ 711)።
Arabe	(711) مكبل او مصر لاه فتاه مقرر (888) 977-9299 مقرب لصلتا. ن اجم اب كل رفاوتت ةيوعلل ا ةدع اسمل ا تامدخ ن اف، ةخلل ركذا ثدحتت تنك اذا: ةظوحلم
Bantú	ICITONDERWA: Nimba uvuga Ikirundi, uzohabwa serivisi zo gufasha mu ndimi, ku buntu. Woterefona (888) 977-9299 (TTY: 711).
Camboyano	បរិ ប្រយ័ត្ន៖ សិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សំដៅជំនួយអ្នកភាសា ដោយមិនគិតឈ្នួល គឺអាចមានសំរាប់បរិស្ថាន។ ចូរ ទូរស័ព្ទ (888) 977-9299 (TTY: 711)។

Chino	注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 (888) 977-9299 (TTY: 711)。
Cushita-Oromo	XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa (888) 977-9299 (TTY: 711).
Francés	ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez (888) 977-9299 (TTY: 711).
Alemán	ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: (888) 977-9299 (TTY: 711).
Italiano	ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero (888) 977-9299 (TTY: 711).
Japonés	注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。(888) 977-9299 (TTY:711) まで、お電話にてご連絡ください。
Coreano	주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. (888) 977-9299 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.
Laosiano	ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ລ່ວງລ່າງ, ຄຸນນະພາບໃຫຍ່ທ່ານ. ໂທ (888) 977-9299 (TTY: 711).
Nepalés	ध्यान दिनुहोस्: तपाइंले नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपाइंको नमितिभाषा सहायता सेवाहरू नःशुल्क रूपमा उपलब्ध छ । फोन गर्नुहोस् (888) 977-9299 (टटिविडः 711) ।
Noruego	MERK: Hvis du snakker norsk, er gratis språkassistentsetjenester tilgjengelige for deg. Ring (888) 977-9299 (TTY: 711).
Holandés de Pennsylvania	Wann du [Deutsch (Pennsylvania German/Dutch)] schwetzsch, kannscht du mitaus Koschte ebber gricke, ass dihr helft mit die englisch Schprooch. Ruf selli Nummer uff: Call (888) 977-9299 (TTY: 711).
Persa-Farsi	دشابه یم مه‌ارف امش یارب ناگیار تروصب ینابز تالی‌ست، دینک یم وگت‌فگ ی‌سراف نابز هب رگا: هجوت (888) 977-9299 (TTY: 711) دیری‌گب سامت
Panyabí	ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵੱਚਿ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। (888) 977-9299 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।
Rumano	ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă stau la dispoziție servicii de asistență lingvistică, gratuit. Sunați la (888) 977-9299 (TTY: 711).
Ruso	ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните (888) 977-9299 (телетайп: 711).
Serbo-Croata	OBAVJEŠTENJE: Ako govorite srpsko-hrvatski, usluge jezičke pomoći dostupne su vam besplatno. Nazovite (888) 977-9299 (TTY–Telefon za osobe sa oštećenim govorom ili sluhom: 711).
Español	ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al (888) 977-9299 (TTY: 711).
Tagalo	UNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa (888) 977-9299 (TTY: 711).
Tailandés	เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร (888) 977-9299 (TTY: 711).
Ucraniano	УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером (888) 977-9299 (телетайп: 711).
Vietnamita	CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số (888) 977-9299 (TTY: 711).