

# 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 omprobante del evento

| Cobertura |                     | Nombre (Apellido, Primer Nombre, Inicial 2o Nombre) | Sexo Asignado al Nacer | Identidad de Género* | Núm. del Seguro Social | Fecha de Nacimiento | Raza / Origen Etnico*** |
|-----------|---------------------|-----------------------------------------------------|------------------------|----------------------|------------------------|---------------------|-------------------------|
| Médica    | Agregar<br>Declinar | Nombre:                                             | M                      |                      |                        |                     |                         |
| Dental    | Agregar<br>Declinar | Empleado                                            | F                      |                      |                        |                     |                         |
| Médica    | Agregar<br>Declinar | Nombre:                                             | M                      |                      |                        |                     |                         |
| Dental    | Agregar<br>Declinar | Cónyuge/Pareja Doméstica                            | F                      |                      |                        |                     |                         |
| Médica    | Agregar<br>Declinar | Nombre:                                             | M                      |                      |                        |                     |                         |
| Dental    | Agregar<br>Declinar | Relación con el Empleado:                           | F                      |                      |                        |                     |                         |
| Médica    | Agregar<br>Declinar | Nombre:                                             | M                      |                      |                        |                     |                         |
| Dental    | Agregar<br>Declinar | Relación con el Empleado:                           | F                      |                      |                        |                     |                         |
| Médica    | Agregar<br>Declinar | Nombre:                                             | M                      |                      |                        |                     |                         |
| Dental    | Agregar<br>Declinar | Relación con el Empleado:                           | F                      |                      |                        |                     |                         |
| Médica    | Agregar<br>Declinar | Nombre:                                             | M                      |                      |                        |                     |                         |
| Dental    | Agregar<br>Declinar | Relación con el Empleado:                           | F                      |                      |                        |                     |                         |

**\*Identidad de género** (opcional): **A**-Agénero, **B**-Niño, **GF**-Género fluido, **GN**-Género no conforme, **GQ**-Genderqueer (intergénero), **G**-Niña, **M**-Hombre, **NB**-No binario, **NL**-No enlistado, **P**-Prefiero no responder, **Q**-Cuestionando o inseguro/a, **TG**-Tercer género, **TM**-Hombre trans, **TW**-Mujer trans, **T**-Transgénero, **TS**-Dos espíritus, **W**-Mujer

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

¿Tiene usted (o alguna de las personas anteriormente enlistadas) un proveedor de atención primaria?    Sí    No

Si la respuesta es "Sí", por favor anote el/los nombre(s) de su(s) proveedor(es) de atención primaria: \_\_\_\_\_

**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:<br>Núm. de Póliza:<br>Teléfono: | Inicio:<br>Fin:     | Sí<br>No                  | Médica<br>Visual<br>Dental |
|        | Aseguradora:<br>Núm. de Póliza:<br>Teléfono: | Inicio:<br>Fin:     | Sí<br>No                  | Médica<br>Visual<br>Dental |
|        | Aseguradora:<br>Núm. de Póliza:<br>Teléfono: | Inicio:<br>Fin:     | Sí<br>No                  | Médica<br>Visual<br>Dental |
|        | Aseguradora:<br>Núm. de Póliza:<br>Teléfono: | Inicio:<br>Fin:     | Sí<br>No                  | Médica<br>Visual<br>Dental |
|        | Aseguradora:<br>Núm. de Póliza:<br>Teléfono: | Inicio:<br>Fin:     | Sí<br>No                  | Médica<br>Visual<br>Dental |

**Exención de la Cobertura Médica—**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—**Si el empleado declina la cobertura dental

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](http://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 pueden incluir 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](mailto:Membership@PacificSource.com).

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



## Discrimination Is Against the Law

PacificSource Health Plans ("PacificSource") complies with applicable Federal and Washington state civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, sex, gender identity or sexual identity. PacificSource does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, sex, gender identity or sexual identity.

PacificSource:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
  - Qualified sign language interpreters
  - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:
  - Qualified interpreters
  - Information written in other languages

If you need these services, contact Customer Service at (888) 977-9299.

If you believe that PacificSource has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, sex, gender identity or sexual identity, you can file a grievance with: Civil Rights Coordinator, PO Box 7068, Springfield, OR 97475-0068, (888) 977-9299, TTY: 711, Fax (541) 684-5264, or email [CRC@pacificsource.com](mailto:CRC@pacificsource.com). Please indicate your wish to file a civil rights grievance. You can file a grievance in person or by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, Customer Service Department is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with:

The U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

The Washington State Office of the Insurance Commissioner, electronically through the Office of the Insurance Commissioner Complaint portal available at <https://insurance.wa.gov/file-complaint-or-check-your-complaint-status>, or by phone at 800-562-6900, 360-586-0241(TDD). Complaint forms are available at <https://fortress.wa.gov/oic/online-services/cc/pub/complaintinformation.aspx>.

|                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|---------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Amharic             | ይህ ማስታወቂያ አስፈላጊ መረጃ ይዟል። ይህ ማስታወቂያ ስለ ማመልከቻዎ ወይም የPacificSource Health Plans ሽፋን አስፈላጊ መረጃ አለው። በዚህ ማስታወቂያ ውስጥ ቁልፍ ቀኖችን ፈልጉ። የጤናን ሽፋንዎን ለመጠበቅና በአከፋፈል እርዳታ ለማግኘት በተውሰኑ የጊዜ ገደቦች እርምጃ መውሰድ ይገባዎት ይሆናል። ይህን መረጃ እንዲያገኙ እና ያለምንም ክፍያ በቋንቋዎ እርዳታ እንዲያገኙ መብት አለዎት። (888) 977-9299 ይደውሉ።                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Arabic              | يحيوي هذا الاشعار معلومات هامة. يحيوي هذا الاشعار معلومات مهمة بخصوص طلبك للحصول على التغطية من خلال PacificSource Health Plans ابحث عن التواريخ الهامة في هذا الاشعار. قد تحتاج لاتخاذ اجراء في تواريخ معينة للحفاظ على تغطيتك الصحية او للمساعدة في دفع التكاليف. لك الحق في الحصول على المعلومات والمساعدة بلغتك (888) 977-9299 من دون أي تكلفة. اتصل بـ                                                                                                                                                                                   |
| Bantu-Kirundi       | Iyi notice ifise akamaro k'ingenzi. Iyi notice ifise akamaro kingene utegerezwa gusaba canke ivyerekeye PacificSource Health Plans, ucwura ko ibikenewe kuriyi notice, ushobora gufata umwanzuro ukungene wokurikirana ubuzima bwawe uburihiye. Kandi ukongera kugira uburenganzira bwo kwigenga kuronka amakuru n'ubufasha mu rurimi gwawe atacyo utanze. Hamagara (888) 977-9299.                                                                                                                                                           |
| Cambodian-Mon-Khmer | បសចកតិជ្ញនៃនីតិវិធីបន្ត៖ ម្ចាស់នៃប្រព័ន្ធបន្តបន្ទាប់ ឬ ការបន្តបន្ទាប់ របស់អ្នកតាមរយៈ PacificSource Health Plans។ សូមដឹងថាការបន្តបន្ទាប់នេះចាំបាច់ បើកនុងបសចកតិជ្ញនៃនីតិវិធីបន្ត៖ ។ អ្នកប្រវត្តិសាស្ត្របន្តបន្ទាប់របស់អ្នកតាមរយៈប្រព័ន្ធបន្តបន្ទាប់នេះ គឺជាអ្នកប្រវត្តិសាស្ត្របន្តបន្ទាប់ របស់អ្នក ឬបុគ្គលិកជំនួយបច្ចេកទេស ។ អ្នកម្ចាស់នៃប្រព័ន្ធបន្តបន្ទាប់នេះ នឹងជួយបើកនុងការសម្របសម្រួលអ្នកប្រវត្តិសាស្ត្របន្តបន្ទាប់ របស់អ្នក ។ សូមមើលផ្នែក (888) 977-9299។                                                                                |
| Chinese             | 本通知含有重要的訊息。本通知對於您透過 PacificSource Health Plans 所提出的申請或保險有重要的訊息。請在本通知中查看重要的日期。您可能要在特定的截止日期之前採取行動，以保留您的健康保險或有助於省錢。您有權利免費以您的母語得到幫助和訊息 請致電 (888) 977-9299。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Cushite-Oromo       | Beeksisni kun odeeffannoo barbaachisaa qaba. Beeksisti kun sagantaa yookan karaa PacificSource Health Plans tiin tajaajila keessan ilaalchisee odeeffannoo barbaachisaa qaba. Guyyaawwan murteessaa ta'an beeksisa kana keessatti ilaalaa. Tarii kaffaltiidhaan deeggaramuuf yookan tajaajila fayyaa keessaniif guyyaa dhumaa irratti wanti raawwattan jiraachuu danda'a. Kaffaltii irraa bilisa haala ta'een afaan keessaniin odeeffannoo argachuu fi deeggarsa argachuuf mirga ni qabaattu. Lakkoofsa bilbilaa (888) 977-9299 tii bilbilaa. |
| French              | Cet avis a d'importantes informations. Cet avis a d'importantes informations sur votre demande ou la couverture par l'intermédiaire de PacificSource Health Plans. Rechercher les dates clés dans le présent avis. Vous devrez peut-être prendre des mesures par certains délais pour maintenir votre couverture de santé ou d'aide avec les coûts. Vous avez le droit d'obtenir cette information et de l'aide dans votre langue à aucun coût. Appelez (888) 977-9299.                                                                       |
| German              | Diese Benachrichtigung enthält wichtige Informationen. Diese Benachrichtigung enthält wichtige Informationen bezüglich Ihres Antrags auf Krankenversicherungsschutz durch PacificSource Health Plans. Suchen Sie nach wichtigen Terminen in dieser Benachrichtigung. Sie könnten bis zu bestimmten Stichtagen handeln müssen, um Ihren Krankenversicherungsschutz oder Hilfe mit den Kosten zu behalten. Sie haben das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Rufen Sie an unter (888) 977-9299.             |
| Italian             | Questo avviso contiene informazioni importanti sulla tua domanda o copertura attraverso PacificSource Health Plans. Cerca le date chiave in questo avviso. Potrebbe essere necessario un tuo intervento entro una scadenza determinata per consentirti di mantenere la tua copertura o sovvenzione. Hai il diritto di ottenere queste informazioni e assistenza nella tua lingua gratuitamente. Chiama (888) 977-9299.                                                                                                                        |
| Japanese            | この通知には重要な情報が含まれています。この通知には、PacificSource Health Plans の申請または補償範囲に関する重要な情報が含まれています。この通知に記載されている重要な日付をご確認ください。健康保険や有料サポートを維持するには、特定の期日までに行動を取らなければならない場合があります。ご希望の言語による情報とサポートが無料で提供されます。(888) 977-9299までお電話ください。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |



|                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Russian        | Настоящее уведомление содержит важную информацию. Это уведомление содержит важную информацию о вашем заявлении или страховом покрытии через PacificSource Health Plans. Посмотрите на ключевые даты в настоящем уведомлении. Вам, возможно, потребуется принять меры к определенным предельным срокам для сохранения страхового покрытия или помощи с расходами. Вы имеете право на бесплатное получение этой информации и помощь на вашем языке. Звоните по телефону (888) 977-9299.                                                                    |
| Serbo-Croatian | U ovom obavještenju su sadržane važne informacije. U ovom obavještenju su sadržane važne informacije o Vašoj prijavi ili osiguranju preko PacificSource Health Plans. Pogledajte nalaze li se u ovom obavještenju neki ključni datumi. Možda ćete morati poduzeti određenje radnje u datom roku kako biste i dalje zadržali svoje osiguranje ili pomoć pri plaćanju. Imate pravo da ove informacije, kao i pomoć, dobijete besplatno na svom jeziku. Nazovite (888) 977-9299.                                                                            |
| Spanish        | Este Aviso contiene información importante. Este aviso contiene información importante acerca de su solicitud o cobertura a través de PacificSource Health Plans. Preste atención a las fechas clave que contiene este aviso. Es posible que deba tomar alguna medida antes de determinadas fechas para mantener su cobertura médica o ayuda con los costos. Usted tiene derecho a recibir esta información y ayuda en su idioma sin costo alguno. Llame al (888) 977-9299.                                                                              |
| Tagalog        | Ang Paunawa na ito ay naglalaman ng mahalagang impormasyon. Ang paunawa na ito ay naglalaman ng mahalagang impormasyon tungkol sa iyong aplikasyon o pagsakop sa pamamagitan ng PacificSource Health Plans. Tingnan ang mga mahalagang petsa dito sa paunawa. Maaring mangailangan ka na magsagawa ng hakbang sa ilang mga itinakdang panahon upang mapanatili ang iyong pagsakop sa kalusugan o tulong na walang gastos. May karapatan ka na makakuha ng ganitong impormasyon at tulong sa iyong wika ng walang gastos. Tumawag sa (888) 977-9299.      |
| Thai           | ประกาศนี้มีข้อมูลสำคัญประกาศนี้มีข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับการการสมัครหรือขอเขตประกันสุขภาพของคุณผ่าน PacificSource Health Plans ดูกำหนดการในประกาศนี้คุณอาจจะต้องดำเนินการภายในกำหนดระยะเวลาที่แน่นอนเพื่อจะรักษาการประกันสุขภาพของคุณหรือการช่วยเหลือที่มีค่าใช้จ่ายคุณมีสิทธิที่จะได้รับข้อมูลและความช่วยเหลือนี้ในภาษาของคุณโดยไม่มีค่าใช้จ่ายโทร (888) 977-9299.                                                                                                                                                                                       |
| Ukrainian      | Це повідомлення містить важливу інформацію. Це повідомлення містить важливу інформацію про Ваше звернення щодо страхувального покриття через PacificSource Health Plans. Зверніть увагу на ключові дати, вказані у цьому повідомленні. Існує імовірність того, що Вам треба буде здійснити певні кроки у конкретні кінцеві строки для того, щоб зберегти Ваше медичне страхування або отримати фінансову допомогу. У Вас є право на отримання цієї інформації та допомоги безкоштовно на Вашій рідній мові. Дзвоніть за номером телефону (888) 977-9299. |
| Vietnamese     | Thông báo này cung cấp thông tin quan trọng. Thông báo này có thông tin quan trọng về đơn xin nộp hoặc hợp đồng bảo hiểm qua chương trình PacificSource Health Plans. Xin xem ngày then chốt trong thông báo này. Quý vị có thể phải thực hiện theo thông báo đúng thời hạn để duy trì bảo hiểm sức khỏe hoặc được trợ giúp thêm về chi phí. Quý vị có quyền được biết thông tin này và được trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình hoàn toàn miễn phí. Xin gọi số (888) 977-9299.                                                                              |