

# Formulario de Inscripción para Póliza Individual y Familiar

## Washington



¡Muchas gracias por elegir a PacificSource!  
Usted también puede inscribirse en línea en **PacificSource.com**.

## Antes de comenzar

Esto es lo que usted necesitará para llenar este formulario de inscripción:

- Una pluma con tinta azul o negra.
- Una copia de cualquier documento que usted pueda necesitar para demostrar la tutela legal.
- La información de su agente de seguros de salud, en caso de que aplique.
- El pago de su prima del primer mes (es necesario pagar antes de que su póliza entre en vigor).
- Comprobante de cobertura anterior si usted se inscribe fuera del periodo de inscripciones abiertas. Por favor proporcione un certificado de cobertura acreditable y la fecha de terminación de la cobertura anterior.

Usted es elegible para inscribirse siempre y cuando:

- Usted y sus dependientes (en caso de que se inscriban) no están recibiendo beneficios bajo Medicare Parte A o Medicare Parte B ni están inscritos en un plan Medicare Choice o Advantage.
- Usted es un residente del estado de Washington y vive en los condados de Clark, Pierce, Spokane y Thurston. Cualquier persona que tenga la intención de residir en Washington puede presentar una solicitud de seguro, pero no sería elegible para iniciar su cobertura antes de que la persona resida físicamente en Washington.
- Su cónyuge /pareja doméstica (en caso de que aplique) legalmente es su cónyuge legal/pareja doméstica.
- Sus hijos o los hijos de su cónyuge legal/pareja doméstica (en caso de que aplique) son sus hijos naturales o adoptados, o bien, usted es su tutor legal.
- Su empleador no pagará ni le reembolsará cualquier parte de la prima. Usted puede recibir un reembolso si su empleador ofrece una Cuenta de Reembolso de Salud de cobertura individual (ICHRA).

**Nota:** Si usted es elegible para recibir asistencia financiera federal, deberá solicitar la cobertura a través de Washington Healthplanfinder en **wahealthplanfinder.org**.

## ¿Necesita usted ayuda?

Si usted tiene alguna duda sobre cualquier sección de este formulario de inscripción, podemos ayudarle con gusto. Llámenos al teléfono **(855) 330-2792**.

## ¿Qué sucede cuando recibimos su solicitud?

Comenzaremos a procesar su solicitud. Si usted cumple con los requisitos y realiza el pago, en las próximas semanas recibirá varias cosas de nosotros. Para recibir la información de una manera más rápida, incluya su dirección de email en la solicitud.

1. Un Resumen de Beneficios y Cobertura
2. Información para miembros nuevos
3. Su(s) tarjeta(s) de identificación
4. Su póliza completa

**Por favor conserve una copia de esta solicitud para su expediente.**

## 1 | ¿Qué tipo de cobertura desea usted?

### Cobertura nueva

Solamente para mí  
Para mí + mi cónyuge/pareja doméstica  
Para mí + mi familia  
Solamente para mi(s) hijo(s) o dependiente(s) legal(es)

### O Cambio en mi cobertura actual

No. de ID Actual de PacificSource \_\_\_\_\_  
(Esta información aparece en su tarjeta de ID).

Agregar a miembro(s) de la familia (Llene la sección 5)  
Cambiar mi plan como se indica abajo

## Fechas de vigencia de la cobertura

**Motivo de inscripción:** Evento calificativo (explique abajo)      Periodo de inscripciones abiertas

Evento calificativo \_\_\_\_\_ Fecha del evento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

¿En qué fecha le gustaría iniciar su cobertura? \_\_\_\_/\_\_\_\_ mes/año.

Es necesario presentar la documentación correspondiente si usted se inscribe fuera del periodo de inscripciones abiertas o si agrega dependientes. Si usted se inscribe entre el 1 de noviembre y el 15 de diciembre, su cobertura entrará en vigor el 1 de enero. Si usted se inscribe entre el 16 de diciembre y el 15 de enero, su cobertura entrará en vigor el 1 de febrero.

## 2 | Elija un plan médico

Si desea conocer la información sobre los beneficios de su plan, visite **PacificSource.com** o consulte el folleto del Plan Individual y Familiar de Washington.

### Navigator

Disponible en los condados de Clark, Pierce, Spokane y Thurston.

Bronze HSA 6900

Silver 3500

Bronze 7000

Gold 2000

Silver 5000

## Inscripción mía y de mi familia

Enliste a todos los miembros de su familia que desea asegurar. Solamente son elegibles su cónyuge legal, su pareja doméstica y sus hijos dependientes. Si uno de sus hijos es mayor de 26 años de edad y ha sido médicamente certificado como persona discapacitada que depende de sus padres, será necesario proporcionar una copia del certificado.

### Se requiere una cobertura dental pediátrica individual para todos los dependientes menores de 19 años de edad.

Contrataré una cobertura dental pediátrica con otra compañía aseguradora. En este caso, será necesario que usted llene el Formulario de Certificación de Cobertura Dental en la página 9.

No inscribiré a personas menores de 19 años de edad en este plan.

### 3 Información propia (requerido)

Si esta póliza solamente cubre a los hijos/dependientes, PacificSource requiere que el padre o tutor responsable proporcione su información.

Nombre (Primer Nombre, Inicial del 2do Nombre, Apellido) \_\_\_\_\_

Género (M/F) \_\_\_\_\_ Núm. del Seguro Social \_\_\_\_\_

Raza/Origen Etnico\* \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento (MM-DD-AA) \_\_\_\_\_

Estado Civil                      Soltero(a)                      Casado(a)                      Sociedad Doméstica

Dirección Física \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Dirección Postal (en caso de ser distinta) \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Nombre del Proveedor de Atención Primaria\*\*\* \_\_\_\_\_

Dirección del Proveedor de Atención Primaria\*\*\* \_\_\_\_\_

¿Es usted un paciente actualmente? Sí      No

¿Utiliza usted productos del tabaco? \*\* Sí      No

¿Está usted inscrito en un programa para dejar el tabaco? Sí      No

En el caso de los Nativos Americanos y los Nativos de Alaska,  
¿su uso del tabaco se debe a propósitos religiosos o ceremoniales? Sí      No

### 4 Cónyuge o Pareja Doméstica (Continúe con la sección 5 si usted no desea inscribir a su cónyuge o pareja doméstica).

Nombre (Primer Nombre, Inicial del 2do Nombre, Apellido) \_\_\_\_\_

Género (M/F) \_\_\_\_\_ Núm. del Seguro Social \_\_\_\_\_

Raza/Origen Etnico\* \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento (MM-DD-AA) \_\_\_\_\_

Nombre del Proveedor de Atención Primaria\*\*\* \_\_\_\_\_

Dirección del Proveedor de Atención Primaria\*\*\* \_\_\_\_\_

¿Es usted un paciente actualmente? Sí      No

¿Utiliza usted productos del tabaco? \*\* Sí      No

¿Está usted inscrito en un programa para dejar el tabaco? Sí      No

En el caso de los Nativos Americanos y los Nativos de Alaska,  
¿su uso del tabaco se debe a propósitos religiosos o ceremoniales? Sí      No

### 5 Hijo(a) Dependiente (Continúe con la sección 6 si usted no desea inscribir a sus dependientes).

Nombre (Primer Nombre, Inicial del 2do Nombre, Apellido) \_\_\_\_\_

Género (M/F) \_\_\_\_\_ Núm. del Seguro Social \_\_\_\_\_

Raza/Origen Etnico\* \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento (MM-DD-AA) \_\_\_\_\_

Nombre del Proveedor de Atención Primaria\*\*\* \_\_\_\_\_

Dirección del Proveedor de Atención Primaria\*\*\* \_\_\_\_\_

¿Es usted un paciente actualmente? Sí      No

¿Utiliza usted productos del tabaco? \*\* Sí      No

¿Está usted inscrito en un programa para dejar el tabaco? Sí      No

En el caso de los Nativos Americanos y los Nativos de Alaska,  
¿su uso del tabaco se debe a propósitos religiosos o ceremoniales? Sí      No

## Hijo(a) Dependiente

Nombre (Primer Nombre, Inicial del 2do Nombre, Apellido) \_\_\_\_\_

Género (M/F) \_\_\_\_\_ Núm. del Seguro Social \_\_\_\_\_

Raza/Origen Etnico\* \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento (MM-DD-AA) \_\_\_\_\_

Nombre del Proveedor de Atención Primaria\*\*\* \_\_\_\_\_

Dirección del Proveedor de Atención Primaria\*\*\* \_\_\_\_\_

¿Es usted un paciente actualmente?	Sí	No
¿Utiliza usted productos del tabaco? **	Sí	No
¿Está usted inscrito en un programa para dejar el tabaco?	Sí	No
En el caso de los Nativos Americanos y los Nativos de Alaska, ¿su uso del tabaco se debe a propósitos religiosos o ceremoniales?	Sí	No

## Hijo(a) Dependiente

Nombre (Primer Nombre, Inicial del 2do Nombre, Apellido) \_\_\_\_\_

Género (M/F) \_\_\_\_\_ Núm. del Seguro Social \_\_\_\_\_

Raza/Origen Etnico\* \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento (MM-DD-AA) \_\_\_\_\_

Nombre del Proveedor de Atención Primaria\*\*\* \_\_\_\_\_

Dirección del Proveedor de Atención Primaria\*\*\* \_\_\_\_\_

¿Es usted un paciente actualmente?	Sí	No
¿Utiliza usted productos del tabaco? **	Sí	No
¿Está usted inscrito en un programa para dejar el tabaco?	Sí	No
En el caso de los Nativos Americanos y los Nativos de Alaska, ¿su uso del tabaco se debe a propósitos religiosos o ceremoniales?	Sí	No

Por favor utilice hojas adicionales si es necesario He anexado \_\_\_\_ hojas adicionales

**\*Raza/Origen Etnico** (Esta información es 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 Hawái/Isleño del Pacífico, **W**-Blanco/Caucásico.

**\*\*** Uso del tabaco en promedio cuatro o más veces por semana durante los últimos seis meses. Incluye cualquier producto del tabaco, a excepción de los usos religiosos o ceremoniales.

**\*\*\*** No se requiere para inscribirse en el plan. Se utiliza para coordinar los cuidados con el equipo de atención dedicada del miembro.

## 6 Información Sobre Mis Otros Seguros

Por favor indique la cobertura de cualquier seguro de salud o dental más reciente que usted o alguna de las personas enlistadas en este formulario de inscripción hayan tenido, incluyendo seguros comerciales (seguro de grupo del empleador o seguro individual), Medicaid, Medicare, Medicare Advantage, seguro suplementario de Medicare o una cobertura dental pediátrica.

Sin cobertura previa

Nombre de la(s) otra(s) aseguradora(s) (incluya dirección y número de teléfono, si lo conoce)

Tipo de cobertura (marque todas las opciones que apliquen)

Médica      Visual      Dental pediátrica      Dental para adultos

Nombre(s) de la(s) persona(s) cubierta(s)

Fecha de inicio de la cobertura \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fecha de terminación de la cobertura \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

¿Está vigente la cobertura?    Sí    No    Núm. de póliza \_\_\_\_\_

Si es un seguro de grupo, indique el nombre del grupo \_\_\_\_\_

## 7 | **Certificación, Autorización y Firma**

Asegúrese de firmar y anotar la fecha en esta página y en la siguiente. También es necesario que su cónyuge o pareja doméstica firme el documento (en caso de que aplique), así como sus hijos de 18 años de edad o mayores.

### **Certificación de Información Completa y Correcta**

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.

Certifico que las respuestas proporcionadas en este formulario de inscripción son completas y correctas. Además, entiendo que si este formulario contiene información intencionalmente falsa o fraudulenta, PacificSource podrá modificar o cancelar el contrato y/o tomar cualquier otra acción legal disponible bajo la ley. En caso de ser aceptada, la cobertura entrará en vigor en la fecha de vigencia que determine PacificSource. Es posible que un representante de PacificSource se ponga en contacto conmigo para aclarar las respuestas proporcionadas en este formulario de inscripción.

Las declaraciones realizadas por el afiliado se considerarán como declaraciones realizadas en representación de cada una de las personas cubiertas por esta póliza. Sin embargo, los cambios a la información proporcionada en el formulario de inscripción no entrarán en vigor sino hasta que hayan sido aprobados por escrito por el afiliado. Cualquier formulario de inscripción que sea recibido por PacificSource y que requiera de modificaciones será modificado por enmienda y enviado al afiliado para su firma. Como afiliado, entiendo que tengo el derecho de inspeccionar la información contenida en mi expediente.

### **Consentimiento sobre Comunicaciones Electrónicas**

Al marcar el recuadro "Sí" que aparece en la parte superior de la página siguiente, usted otorga su consentimiento para recibir comunicaciones electrónicas seguras de PacificSource con respecto a su solicitud y/o estatus de inscripción, cambios en la cobertura del seguro y terminación de la cobertura.

Este consentimiento continuará mientras siga vigente el plan en el cual usted se inscriba. Usted podrá optar por dejar de recibir nuestras comunicaciones electrónicas en cualquier momento que lo desee llamando al departamento de Servicio al Cliente al teléfono **(888) 977-9299**. 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 email **individual@pacificsource.com** o al teléfono **(866) 695-8684**. La comunicación por medios electrónicos se ofrece para mayor conveniencia solamente. Si usted opta por dejar de recibir las comunicaciones electrónicas, esto no afectará su inscripción. No se aplica cargo alguno por cambiar entre las comunicaciones electrónicas y aquellas impresas en papel.

A fin de llenar y enviar su solicitud por medios electrónicos, usted debe utilizar una computadora portátil u otro dispositivo capaz de acceder al Internet y visualizar archivos en formato PDF (formato de documento portátil). También es posible que PacificSource le envíe documentos en formato PDF como parte del proceso de solicitud. Usted puede obtener

una copia gratuita del software para visualizar archivos PDF en <http://get.adobe.com/reader/>. PacificSource se toma muy en serio la seguridad de las comunicaciones y la información electrónica. Si usted tiene alguna duda sobre nuestros métodos de encriptación, el uso del hardware/software o nuestras políticas y procedimientos de seguridad, por favor póngase en contacto con nosotros al email **individual@pacificsource.com**.

Estoy de acuerdo:      Sí      No      Dirección de email \_\_\_\_\_

**He/hemos leído esta autorización y comprendo/comprendemos su información.**

Firma del Afiliado/Persona Responsable/Tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Nombre (con letra de imprenta) \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

**En caso de inscribirse en la cobertura:**

Firma del Cónyuge/Pareja Doméstica \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Firma de hijo(s) de 18 años de edad o mayores \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Firma de hijo(s) de 18 años de edad o mayores \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Sección requerida para menores de edad que se inscriban:**

Nombre (con letra de imprenta) del      Padre      ó      Tutor \_\_\_\_\_  
Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Firme y anote la fecha en este formulario de inscripción. Es necesario llenar todas las secciones para que esta autorización sea válida. De aceptarse la inscripción, PacificSource proporcionará al titular de la póliza una copia de este formulario junto con la póliza.**

**8      Autorización del Agente (Continúe con la sección 9 si usted no está trabajando con un agente).**

Yo, como agente de seguros, no he realizado declaraciones al afiliado acerca de cualquier disposición, beneficio, condición o limitación de la póliza, a excepción de la información contenida en los materiales impresos que han sido proporcionados por PacificSource. El afiliado ha sido informado que la fecha de vigencia de la cobertura es asignada solamente por PacificSource. Certifico que la información que me fue proporcionada por el afiliado ha sido registrada de manera verdadera y precisa en este documento.

Nombre del Afiliado (con letra de imprenta) \_\_\_\_\_  
Nombre del Agente (con letra de imprenta) \_\_\_\_\_  
No. de Agente de PacificSource \_\_\_\_\_  
Firma del Agente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**9      ¿Cómo prefiere usted pagar las primas a futuro?**

Es necesario que usted pague su prima del primer mes (con cheque u orden de pago) antes de que su póliza entre en vigor. No aceptamos pagos de terceras personas, excepto cuando así lo requieran las leyes federales.

**Por favor indique su método de pago para pagar las primas a futuro. Recordatorio: La prima del primer mes solamente se puede pagar con cheque u orden de pago.**

Favor de enviarme una factura impresa por correo cada mes. *(Continúe con la sección 10)*

Retiro automático de mi cuenta de banco (transferencia electrónica de fondos o EFT). *El pago del primer mes no puede realizarse por transferencia electrónica de fondos (EFT).*

**Autorizamos e instruimos a PacificSource Health Plans para que realice el retiro de fondos según se indica a continuación:**

Monto del retiro mensual \$ \_\_\_\_\_ Los retiros se realizan el día 5 de cada mes.

Seleccione uno: Iniciar las transferencias en la siguiente fecha disponible  
Retrasar las transferencias hasta \_\_\_\_\_(mes)

**Información del banco**

Nombre del Banco \_\_\_\_\_

Núm. de Cuenta \_\_\_\_\_ Núm. de Ruta \_\_\_\_\_

**Tipo de Cuenta**

Cheques—adjunte un cheque cancelado Ahorros—adjunte una ficha de retiro cancelada

Esta autorización estará vigente hasta que sea cancelada por cualquiera de las partes. En caso de que se modifiquen las primas de la póliza individual debido a un incremento en las tarifas, a la selección de un plan distinto o al cambio de edad del asegurado, esta autorización se modificará automáticamente para autorizar el retiro de un monto equivalente a la nueva prima.

Nombre del Titular de la Póliza (con letra de imprenta) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Titular de la Cuenta Bancaria \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Detalles importantes acerca del retiro automático de las primas mensuales:**

- Las cuentas nuevas pueden tardar 30 días en establecerse. Si su póliza es aceptada y la cobertura inicia antes de que se configure el retiro mensual, es posible que usted tenga que pagar con cheque hasta que se haya establecido el proceso de transferencia de fondos.
- Las transferencias se realizan el día 5 de cada mes. Si el día 5 cae en un fin de semana o un día festivo, la transferencia se realizará el siguiente día hábil.
- Las transferencias se realizarán en base al saldo a pagar de la prima.
- En caso de que no se haya configurado la transferencia electrónica de fondos (EFT) antes de la fecha de facturación del segundo mes, es posible que usted reciba una factura impresa correspondiente al segundo mes.

**10 ¿Está Usted Listo para Enviar su Solicitud?**

- ¿Llenó por completo todas las secciones?
- ¿Adjuntó la documentación solicitada (por ejemplo: documentos de tutela, etc.)?
- ¿Seleccionó una fecha de cobertura de la póliza en la página 2?
- ¿Incluyó un cheque o una orden de pago para pagar su prima del primer mes?
- ¿Seleccionó una opción de pago y adjuntó un cheque cancelado en caso de ser necesario? (Consulte la sección 9)

Llene por completo el formulario, fírmelo y envíelo junto con los documentos adjuntos por:

**Email:** Individual@pacificsource.com

**Fax:** (541) 225-3646

**Correo postal:** PacificSource Health Plans, PO Box 7068, Springfield, OR 97475-0068

¡Muchas gracias por inscribirse!

---

De acuerdo con las leyes de Washington (RCW 48.43.510), es necesario proporcionar cierta información sobre el plan de salud antes de poder contratarlo o seleccionarlo. Usted puede consultar dicha información en **PacificSource.com** o solicitarla a nuestro Departamento de Servicio al Cliente al teléfono **888-977-9299**. La información disponible incluye los beneficios, las autorizaciones previas requeridas, las primas y la compartición de costos, los proveedores de la red, las quejas y apelaciones, la acreditación y la confidencialidad. Si usted desea contratar la cobertura a través del mercado de Intercambio de Beneficios de Salud, deberá presentar su solicitud directamente en el Intercambio.



## Formulario de Certificación de Cobertura Dental (su comprobante)

Llene el siguiente formulario, fírmelo y envíenos una copia junto con una copia del comprobante de su compañía aseguradora. PacificSource debe recibir en un plazo máximo de 60 días una garantía razonable indicando que usted (el solicitante) obtuvo u obtendrá beneficios dentales pediátricos mediante un Plan Dental Calificado individual (QDP) según lo dispuesto en el código WAC 284-43-5760(1)(b).

Nombre del Miembro (Primer Nombre, Inicial del 2do Nombre, Apellido) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Número de ID del Miembro \_\_\_\_\_

Nombre de la Aseguradora Dental \_\_\_\_\_

Fecha de Vigencia de la Póliza Dental \_\_\_\_\_

Miembros Cubiertos por la Póliza Dental:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Si requiere ayuda en un idioma distinto al inglés, por favor llámenos al (888) 977-9299. Para acceder al servicio TTY, por favor llame al (800) 735-2900 o al 711.**

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 Health Plans no excluye a las personas ni las trata de manera distinta debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o género.

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al (888) 977-9299.

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。

## La Ley Prohíbe la Discriminación

PacificSource 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) 779-9299, TTY 711, fax (541) 684-5264 o email [crc@pacificsource.com](mailto: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 Oficinas de Quejas de Derechos Civiles en [OCRPortal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf](http://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](http://HHS.gov/ocr/office/file/index.html).

---

Arabe      بخصوص PacificSource Health Plans ، فلديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات  
تكالفة. للتحديث مع مترجم اتصل بـ (888) 977-9299. إن كان لديك أو لدى شخص تساعده أسئلة  
الضرورية بلغتك من دون اية

---

Camboya-      ប្រសិនបើអ្នក ឬនរណាម្នាក់ កំពុងជជែង ឬមានសំណួរ អ្វីពី PacificSource Health Plans បរ, អ្នកមុនសិទ្ធិប្តូរចំនួននិងព័រម្រូម បរកម្មភាសា  
no-      អស់អ្នក បរោយមិនអស់ប្រាក់ ។ បរើមបើនិយាយជាមួយអ្នកអកមប្រ សូម (888) 977-9299.

---

Arabe	بخصوص PacificSource Health Plans ، فلديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات تكلفة. للتحدث مع مترجم اتصل بـ 977-9299 (888). إن كان لديك أو لدى شخص تساعده أسئلة الضرورية بل غتك من دون اية
Chino	如果您，或是您正在協助的對象，有關於[插入 SBM 項目的名稱 PacificSource Health Plans 方面的問題，您 有權利免費以您的母語得到幫助和訊息。洽詢一位翻譯員，請撥電話 [在此插入數字 (888) 977-9299.
Cushita-Oromo	Isin yookan namni biraa isin deeggartan PacificSource Health Plans irratti gaaffii yo qabaattan, kaffaltii irraa bilisa haala ta'een afaan keessaniin odeeffannoo argachuu fi deeggarsa argachuuf mirga ni qabdu. Nama isiniif ibsu argachuuf, lakkoofsa bilbilaa (888) 977-9299 tiin bilbilaa.
Francés	Si vous, ou quelqu'un que vous êtes en train d'aider, a des questions à propos de PacificSource Health Plans, vous avez le droit d'obtenir de l'aide et l'information dans votre langue à aucun coût. Pour parler à un interprète, appelez (888) 977-9299.
Alemán	Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zum PacificSource Health Plans 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 (888) 977-9299 an.
Japonés	ご本人様、またはお客様の身の回りの方でもPacificSource Health Plans についてご質問がございましたら、ご希望の言語でサポートを受けたり、情報を入手したりすることができます。料金はかかりません。通訳とお話される場合、(888) 977-9299までお電話ください。
Coreano	만약 귀하 또는 귀하가 돕고 있는 어떤 사람이 PacificSource Health Plans 에 관해서 질문이 있다면 귀하는 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 비용 부담없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 그렇게 통역사와 얘기하기 위해서는 (888) 977-9299로 전화하십시오.
Persa-Farsi	ميكنيدي ، سوال در مورد PacificSource Health Plans ، داشته باشي حق اين را داري كه كمك دريافت نمي دي. (888) 977-9299 تماس حاصل نمي دي. اگر شما، يا کسی كه شما به او كمك و اطالعات به زبان خود را به طور رايجان
Rumano	Dacă dumneavoastră sau persoana pe care o asistați aveți întrebări privind PacificSource Health Plans, aveți dreptul de a obține gratuit ajutor și informații în limba dumneavoastră. Pentru a vorbi cu un interpret, sunați la (888) 977-9299.
Ruso	Если у вас или лица, которому вы помогаете, имеются вопросы по поводу PacificSource Health Plans, то вы имеете право на бесплатное получение помощи и информации на вашем языке. Для разговора с переводчиком позвоните по телефону (888) 977-9299.
Español	Si usted, o alguien a quien usted está ayudando, tiene preguntas acerca de PacificSource Health Plans, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al (888) 977-9299.
Tailandés	หากคุณ หรือคนที่คุณ กำลังช่วยเหลือมีคำถามเกี่ยวกับ PacificSource Health Plans คุณมีสิทธิที่จะได้รับความช่วยเหลือ และข้อมูลในภาษาของคุณได้โดยไม่มีค่าใช้จ่าย โปรดดู หมายเลข โทร (888) 977-9299.
Ucraniano	Якщо у Вас чи у когось, хто отримує Вашу допомогу, виникають питання про PacificSource Health Plans, у Вас є право отримати безкоштовну допомогу та інформацію на Вашій рідній мові. Щоб зв'язатись з перекладачем, задзвоніть на (888) 977-9299.
Vietnamita	Nếu quý vị, hay người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi về PacificSource Health Plans, quý vị sẽ có quyền được giúp và có thêm thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, xin gọi (888) 977-9299.