

# 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 Declinar	Nombre:	M				
Dental	Agregar Declinar	Empleado	F				
Médica	Agregar Declinar	Nombre:	M				
Dental	Agregar Declinar	Cónyuge/Pareja Doméstica	F				
Médica	Agregar Declinar	Nombre:	M				
Dental	Agregar Declinar	Relación con el Empleado:	F				
Médica	Agregar Declinar	Nombre:	M				
Dental	Agregar Declinar	Relación con el Empleado:	F				
Médica	Agregar Declinar	Nombre:	M				
Dental	Agregar Declinar	Relación con el Empleado:	F				
Médica	Agregar Declinar	Nombre:	M				
Dental	Agregar Declinar	Relación con el Empleado:	F				

**\*Identidad de género** (opcional): **A**-Agénero, **B**-Niño, **GF**-Género fluido, **GN**-Género no conforme, **GO**-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 \_\_\_\_\_

**Custodia Legal:**

Dirección Postal \_\_\_\_\_ Persona Obligada a Proveer el Seguro \_\_\_\_\_ 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**—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/onlineservices/cc/pub/complaintinformation.aspx>.



Korean	<p>본 통지서에는 중요한 정보가 들어 있습니다. 즉 이 통지서는 귀하의 신청에 관하여 그리고 PacificSource Health Plans 을 통한 커버리지 에 관한 정보를 포함하고 있습니다.</p> <p>본 통지서에서 핵심이 되는 날짜들을 찾으십시오. 귀하는 귀하의 건강 커버리지를 계속 유지하거나 비용을 절감하기 위해서 일정한 마감일까지 조치를 취해야 할 필요가 있을 수 있습니다. 귀하는 이러한 정보와 도움을 귀하의 언어로 비용 부담없이 얻을 수 있는 리가 있습니다. (888) 977-9299 로 전화하십시오.</p>
Laotian	<p>ການແຈ້ງການນີ້ ມີຂໍ້ ມູ ນໍ້ສາຄໍ ນ. ການແຈ້ງການນີ້ ມີຂໍ້ ມູ ນໍ້ສາຄໍ ນກໍ່ ງອກ ບໍ່ຄາຍ້ ອງສະໜັ ກຫ ັ ການຄໍ ມ ອອງຂອງທ່ ານໂດຍຜ່ ານ PacificSource Health Plans. ຕື່ ບ່ງສາຄໍ ບກໍ່ ານ ດວ້ ນທ ັ ສາຄໍ ນໃນແຈ້ ງການນີ້ . ທ່ ານອາດຈາເປ້ ນຕໍ່ ອງໃຊ້ ເວລາອໍ ດາເນນການໂດຍກໍ່ ານ ດເວລາອໍ ດາເນນ ນອນ ຈະ ຮັ ກສາການຄໍ ມອອງສຂະພາບຂອງທ່ ານຫ ັ ການຊໍ ວຍເຫ ັ ອໍ ທມຄໍ າໃຊ້ ຈໍ າຍ. ທ່ ານມີສດທຈະໂດ້ ຮັ ບໍ່ຂໍ້ ມູ ນ ຂໍ າວສານນີ້ ແລະການຊໍ ວຍເຫ ັ ອໍ ບໃນພາສາຂອງທ່ ານທໍ່ ບມຄໍ າໃຊ້ ຈໍ າຍ. ໂທ (888) 977-9299.</p>
Nepali	<p>यो स चनामाा महत्त्वप र्ु जानकारी छ । यो स चनामाा तपाईंको ो आवेिन वा PacificSource Health Plans का माध्यमबाट प्राप्त हुने सद्ु विबारे महत्त्वप र्ु जानकारी छ । यो सचू नामा भएका महत्त्वप र्ु दमदतहरू ख्याल िनुहु ोस् । तपाईंले पाइरहके ो स्वास्थ्य दबमा पाइरहन वा तपाईंको खचुको भक्तानीमाुसहायता पाउन के ही समयकारवाही िन -सीमामा काम-ुपनु हनसक्छु । तपाईंले यो जानकारी र सहायता आफ्नो मातभू ाषामा दन शल्ु क पाउनु तपाईंको अदिकारः हो (888) 977-9299 मा फोन िनुहु ोस् ।</p>
Norweigen	<p>Denne kunngjøringen har viktig informasjon. Kunngjøringen inneholder viktig informasjon om programmet eller dekning gjennom PacificSource Health Plans. Se etter viktige datoer i denne kunngjøringen. Du må kanskje ta affære ved visse frister for å beholde helse-dekning eller økonomisk bistand. Du har rett til å få denne informasjonen og hjelp i ditt spark uten kostnad. Ring (888) 977-9299.</p>
Pennsylvania Dutch	<p>Die Bekanntmachung gebt wichdichi Auskunft. Die Bekanntmachung gebt wichdichi Auskunft baut dei Application oder Coverage mit PacificSource Health Plans. Geb Acht fer wichdiche Daadem in die Bekanntmachung. Es iss meeglich, ass du ebbes duh muscht, an beschtimnde Deadlines, so ass du dei Health Coverage bhalde kansch, odder bezaahle helfe kansch. Du hoscht es Recht fer die Information un Hilf in deinre eegne Schprooch griege, un die Hilf koschtet nix. Kansch du (888) 977-9299 uffrufe</p>
Persian	<p>این اعلامیه حامی اطلاعات مهم میباشد. این اعلامیه حامی اطلاعات مهم درباره فرم تقاضا و یا پوشش بیمه ای شما مربوط به PacificSource Health Plans به تاریخ های مهم در این اعلامیه توجه نمایید. شما ممکن است تا به تاریخ های مشخصی برای حفظ پوشش مزایای یا برای کمک به مخارج مزایای ملزوم به انجام کارهایی شما حق این را دارید که این اطلاعات و کمک را به زبان خود به طور رایگان دریافت نمایید (888) 977-9299</p>
Punjabi	<p>ਇਸ ਨੇ ਜਿਸ ਜਵਚ ਖਾਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਹੈ. ਇਸ ਨੇ ਜਿਸ ਜਵਚ PacificSource Health Plans ਵਲੋਤੁਹਾਡੀ ਕਵਰੇਜ ਅਤੇ ਅਰਜੀ ਿਾਰੇ ਮਹਿੰ ਤਵਪ ਰਨ ਜਾਣਕਾਰੀ ਹੈ . ਇਸ ਨੇ ਜਿਸ ਜਵਚ ਖਾਸ ਤਾਰੀਖਾ ਲਈ ਵੇਖੋ. ਜੇਕਰ ਤੁਸੀ ਜਸਹਤਕਵਰੇਜ ਰਿੱਖਣੀ ਹੋਵੇ ਜਾ ਓਸ ਦੀ ਲਾਗਤ ਜਵਿੱ ਚ ਮਦਦ ਦੇ ਇਛੁਿੱ ਕ ਹੋ ਤਾਂ ਤੁਹਾਨ ੂੰ ਆ ਤਮ ਤਾਜਰਖ ਤੋ ਪਜਹਲਾਂ ਕੁਿੱ ਝ ਖਾਸ ਕਦਮ ਚੁਿੱ ਕਣ ਦੀ ਲੋੜ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ. ਤੁਹਾਨ ੂੰ ਮੁਫਤ ਜਵਚ 'ਤੇ ਆਪਣੀ ਭਾਸਾ ਜਵਿੱ ਚ ਜਾਣਕਾਰੀ ਅਤੇ ਮਦਦ ਪਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦਾ ਅਜਿਕਾਰ ਹੈ. ਕਾਲ (888) 977-9299</p>
Romanian	<p>Prezenta notificare conține informații importante. Această notificare conține informații importante privind cererea sau acoperirea asigurării dumneavoastră de sănătate prin PacificSource Health Plans. Căutați datele cheie din această notificare. Este posibil să fie nevoie să acționați până la anumite termene limită pentru a vă menține acoperirea asigurării de sănătate sau asistența privitoare la costuri. Aveți dreptul de a obține gratuit aceste informații și ajutor în limba dumneavoastră. Sunați la (888) 977-9299.</p>

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 određene 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 страховального 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.