



Solicitud de Inscripción y Exención de Cobertura Oregon y Montana

Esta sección debe ser llenada por el administrador del grupo antes de enviar la solicitud.

Núm. de Póliza de Grupo _____ Núm. de Subgrupo _____ Núm. de Clase o Plan _____

Sección 1: Información sobre la Inscripción

Nombre del Empleador/Grupo _____ Fecha de Vigencia (MM-DD-AA) _____

Fecha de Contratación de Tiempo Completo (requerida) (MM-DD-AA) _____ Horas Trabajadas por Semana _____

¿Es usted propietario de esta compañía? Sí No

Sección 2: Información del Empleado

Apellido _____

Primer Nombre _____ Inicial 2o Nombre _____

Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Sociedad Doméstica **Raza/Origen Etnico*** _____

Género: Masculino Femenino **Fecha de Nacimiento** (MM-DD-AAAA) _____

Dirección Postal _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono Durante el Día _____

Núm. del Seguro Social _____

Proveedor de Atención Primaria** _____

Dentista de Atención Primaria*** _____

¿Desea inscribirse en la cobertura médica de PacificSource? Sí No

¿Desea inscribirse en la cobertura dental de PacificSource? Sí No

Si usted no desea la cobertura, continúe con la sección 5.

* Raza/Origen Etnico (Esta información es opcional. La información se utiliza para la elaboración de reportes solamente. Elija 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

** Si usted actualmente no tiene a un proveedor/dentista de atención primaria o si desea verificar si pertenece a su red de proveedores, visite PacificSource.com/find-a-provider o llame al departamento de Servicio al Cliente al teléfono (877) 590-1596.

*** Los dentistas de atención primaria son obligatorios en Oregon solamente en los Planes Advantage Essentials.

Motivo de Inscripción:

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

Fecha del Evento Calificativo:

(Adjunte un comprobante del evento).

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 del Evento Calificativo:

(Adjunte un comprobante del evento).

Sección 3: Agregar a Miembros de la Familia

Elija el tipo de cobertura que desea cada persona - **cobertura médica, cobertura dental** o ambas **cobertura médica y dental**. ¿No desea agregar a alguien? Continúe con la Sección 4. Si usted necesita agregar a más miembros de su familia, por favor utilice hojas adicionales.

Cobertura	Nombre (Apellido, Primer Nombre, Inicial 2o Nombre)	Relación con el Empleado	Género	Fecha Nac.	Núm. del Seguro Social	Raza/Origen Etnico*	Proveedor de Atención Primaria**
Médica Dental			M F				
Médica Dental			M F				
Médica Dental			M F				
Médica Dental			M F				
Médica Dental			M F				
Médica Dental			M F				
Médica Dental			M F				

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

Custodia Legal:
 Madre
 Padre
 Conjunta
 Otro

Sección 4: Otras Coberturas

Información Sobre Coberturas de Salud: ¿Tiene usted o alguna de las personas enlistadas en esta solicitud un seguro de salud vigente? Sí No
 Si la respuesta es "Sí", llene la siguiente sección y proporcione un comprobante con las fechas de cobertura.

Nombre de los Miembros Cubiertos	Compañía Aseguradora que Emitió el Seguro Médico	Fechas de Cobertura MM/DD/AA	¿Continuará la Cobertura?	Tipo(s) de Cobertura
	Aseguradora: Núm. de Póliza: Teléfono:	Inicio: Fin:	Sí No	Médica Visual
	Aseguradora: Núm. de Póliza: Teléfono:	Inicio: Fin:	Sí No	Médica Visual

Medicare: Si usted o alguna de las personas enlistadas en esta solicitud cuenta con Medicare, indique la cobertura: Parte A Parte B Parte D

Información Sobre Coberturas Dentales: ¿Tiene usted o alguna de las personas enlistadas en esta solicitud un seguro dental vigente? Sí No
Si la respuesta es "Sí", llene la siguiente sección y proporcione un comprobante con las fechas de cobertura.

Nombre de los Miembros Cubiertos	Compañía Aseguradora que Emitió el Seguro Dental	Fechas de Cobertura MM/DD/AA	¿Continuará la Cobertura?
	Aseguradora: Núm. de Póliza: Teléfono:	Inicio: Fin:	Sí No
	Aseguradora: Núm. de Póliza: Teléfono:	Inicio: Fin:	Sí No

Sección 5: Declinación de la Cobertura

A menos de que usted desee declinar la cobertura para alguna de las personas inscritas en el plan, continúe con la Sección 6.

Por este medio declino mi propia cobertura y/o la cobertura de mi cónyuge/pareja doméstica/dependientes elegibles en el plan de grupo que me ofrece mi empleador. Entiendo que al declinar la cobertura, yo y/o mi cónyuge/pareja doméstica/dependientes debemos esperar hasta el siguiente periodo de inscripciones abiertas de mi empleador para inscribirnos en la cobertura, a menos de que yo y/o mi cónyuge/pareja doméstica/dependientes cumplamos con los requisitos de los periodos de inscripción especiales.

Indique el tipo de cobertura que desea declinar y el motivo por el cual se declina la cobertura del empleado y/o su cónyuge/pareja doméstica/dependiente(s):

Declinación de Cobertura	Persona(s) que declina(n) la cobertura (1er Nombre, Inicial del 2o Nombre, Apellido)	Declinación de Cobertura	Persona(s) que declina(n) la cobertura (1er Nombre, Inicial del 2o Nombre, Apellido)
Médica Dental	Empleado	Médica Dental	Cónyuge/Pareja Doméstica
Médica Dental	Hijo(a) Dependiente	Médica Dental	Hijo(a) Dependiente
Médica Dental	Hijo(a) Dependiente	Médica Dental	Hijo(a) Dependiente
Médica Dental	Hijo(a) Dependiente	Médica Dental	Hijo(a) Dependiente

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 Servicios de Salud para Indios Americanos

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 Servicios de Salud para Indios Americanos

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) 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 a partir de la terminación de su otra cobertura.

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.

Sección 6—Acuerdo Sobre Comunicaciones Electrónicas

Al marcar el recuadro "Sí" que aparece a continuación, usted acepta lo siguiente: (1) usted enviará su solicitud de inscripción para la póliza de grupo de PacificSource de manera electrónica a través de una conexión segura de Internet, (2) su solicitud electrónica tendrá el mismo efecto legal que si usted hubiese presentado a PacificSource una solicitud impresa y firmada, (3) usted está dispuesto a recibir comunicaciones electrónicas seguras de PacificSource respecto a su solicitud y/o su estatus de inscripción, los cambios en la cobertura del seguro y la terminación de dicha cobertura; y (4) usted mantendrá informado a PacificSource sobre su dirección de email vigente, de manera que podamos comunicarnos con usted.

Este consentimiento continuará mientras siga vigente el plan en el cual usted se inscriba. Usted puede optar por dejar de recibir las comunicaciones electrónicas en cualquier momento que lo desee. Si usted desea solicitar una copia impresa de su solicitud y/o de su información de inscripción sin costo alguno, póngase en contacto con nuestro Departamento de Facturación e Inscripción Comercial al email **membership@pacificsource.com** o al teléfono **(866) 999-5583**. 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. PacificSource recomienda enfáticamente que usted conserve una copia de su solicitud y de cualquier otro material relacionado.

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 **membership@pacificsource.com**.

Estoy de acuerdo Sí No

Email _____

Sección 7: Aceptación y Declaración

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. *Esta aceptación no aplica a la obtención de información referente a los apuntes de psicoterapia.* 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**.

Precisión de la información sobre la inscripción: Confirmando que las respuestas proporcionadas en esta solicitud son completas, correctas y verdaderas hasta donde tengo conocimiento. Me comprometo a informar oportunamente y por escrito a PacificSource Health Plans en caso de que ocurra cualquier cosa que pudiera hacer que la información proporcionada en esta solicitud sea imprecisa o incompleta.

Cualquier persona que responda a esta solicitud con información materialmente falsa o que oculte información material con la intención de cometer intencionalmente un fraude pudiera estar sujeta a sanciones criminales y civiles, además de que PacificSource Health Plans pudiera cancelar la membresía de dicha persona y negarse a pagar sus reclamaciones.

Firma del Empleado _____ **Fecha** _____

¿Qué Sucede Cuando Recibimos su Solicitud?

Comenzaremos a procesar las solicitudes de su grupo. En las próximas semanas, usted recibirá varias cosas de nosotros. Para recibir la información de una manera más rápida, incluya su dirección de email en la solicitud.

1. Pronto le enviaremos un email o una tarjeta postal con información sobre el uso de su plan, además de respuestas a las preguntas más comunes.
2. Posteriormente le enviaremos sus tarjetas de ID por correo poco tiempo antes de que inicie la vigencia de su plan.

Correo: 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.

Amharic ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ (888) 977-9299 (መስማት ለተሳናቸው፡ 711)።

Arabic (711: مكبل او مصرا فتاه مقر) (888) 977-9299 مقر ب لصتا .انامل اب كل رفاوتت ةيوغلل ا دعاسمل ا تامدخ نإف ،ةغلل ا ركذا ثدحتت تنك اذا :نظوحلم

Bantu ICITONDERWA: Nimba uvuga Ikirundi, uzohabwa serivisi zo gufasha mu ndimi, ku buntu. Woterefona (888) 977-9299 (TTY: 711).

Cambodian	ប្រើ ប្រយ័ត្ន៖ សិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សម្រាប់ជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតលុយ គឺអាចមានសំរាប់បម្រើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ (888) 977-9299 (TTY: 711)។
Chinese	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)。
Cushite-Oromo	XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa (888) 977-9299 (TTY: 711).
French	ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez (888) 977-9299 (TTY: 711).
German	ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: (888) 977-9299 (TTY: 711).
Italian	ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero (888) 977-9299 (TTY: 711).
Japanese	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。
Korean	주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. (888) 977-9299 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.
Laotian	ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ (888) 977-9299 (TTY: 711).
Nepali	ध्यान दिनुहोस्: तपाइंले नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपाइंको नमिति भाषा सहायता सेवाहरू नःशुल्क रूपमा उपलब्ध छ । फोन गर्नुहोस् (888) 977-9299 (टटिविडः 711) ।
Norwegian	MERK: Hvis du snakker norsk, er gratis språkassistentsetjenester tilgjengelige for deg. Ring (888) 977-9299 (TTY: 711).
Pennsylvania Dutch	Wann du [Deutsch (Pennsylvania German/Dutch)] schwetzsch, kansch du mitaus Koschte ebber gricke, ass dihr helft mit die englisch Schprooch. Ruf selli Nummer uff: Call (888) 977-9299 (TTY: 711).
Persian-Farsi	دش اب یم مه ارف امش ی ارب ناگی ار ترو ص ب ی نابز تالی هست ،دی نک یم وگت فگ ی س راف نابز م رگا :هوجت دیری گب س امت (711) (888) 977-9299 (TTY: 711)
Punjabi	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।
Romanian	ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă stau la dispoziție servicii de asistență lingvistică, gratuit. Sunați la (888) 977-9299 (TTY: 711).
Russian	ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните (888) 977-9299 (телетайп: 711).
Serbo-Croatian	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).
Spanish	ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al (888) 977-9299 (TTY: 711).
Tagalog	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).
Thai	เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร (888) 977-9299 (TTY: 711).
Ukrainian	УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером (888) 977-9299 (телетайп: 711).
Vietnamese	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).