



Solicitud de Inscripción y Exención de Cobertura Washington

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

Nombre del Empleador/Grupo _____ Fecha de Vigencia ____/____/____ Fecha de Contratación de Tiempo Completo ____/____/____
 Apellido _____ Primer Nombre _____ Inicial 2o Nombre _____ ¿Es usted propietario de esta compañía? Sí No
 Dirección Postal _____ Ciudad _____ Estado ____ Código Postal _____
 Teléfono _____ Email _____ Horas Trabajadas por Semana _____

Al proporcionar su dirección de email, usted acepta recibir comunicaciones por email de PacificSource.

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

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.

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	Yo mismo	M F				
Médica	Agregar Declinar	Cónyuge/Pareja Doméstica	M F				
Médica	Agregar Declinar	Dependiente	M F				
Médica	Agregar Declinar	Dependiente	M F				
Médica	Agregar Declinar	Dependiente	M F				
Médica	Agregar Declinar	Dependiente	M F				

*Raza/Origen Etnico (Esta información es opcional y se utiliza para propósitos de evaluación del NCQA. 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

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

Contrataré una cobertura dental pediátrica con otra compañía aseguradora

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

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(a) _____ Nombre del Padre/Madre que Tiene la Custodia _____

Custodia Legal:

Dirección Postal _____

Madre Padre
 Conjunta Otro

Persona Obligada a Proveer el Seguro _____

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	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

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: Otro empleador Empleador del cónyuge/pareja doméstica 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.

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.

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 pueden incluir encarcelamiento, multas y denegación de los beneficios.

Firma del Empleado _____ **Fecha** _____

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

Discrimination Is Against the Law

PacificSource Health Plans complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. PacificSource does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

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 or, for TTY users, (800) 735-2900, 7:00 a.m. to 5:00 p.m.

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, or sex, 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. Please indicate you 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, the PacificSource 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 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, DC 20201
 (800) 368-1019, (800) 537-7697 (TDD)

Complaint forms are available at 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	مصلًا فتاه مقر (888) 977-9299 مقر لصلتا. ان اجمال لك رفاوتت ةيوغلللا ةدعاسملا تامدخ نإف، ةغلللا ركذا ثدحتت تنك اذا: فظوحلم (711) مكبل او.
Bantu	ICITONDERWA: Nimba uvuga Ikirundi, uzohabwa serivisi zo gufasha mu ndimi, ku buntu. Woterefona (888) 977-9299 (TTY: 711).
Cambodian	ប្រសិនបើ ប្រយុត្តន៍: សិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សម្រាប់ជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតឈ្នួល 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, ໂດຍບໍ່ສັງຄ່າ, ແມ່ນມີອັດມິໃຫ້ທ່ານ. ໂທ (888) 977-9299 (TTY: 711).
Nepali	ध्यान दानुहोस्: तपार्इंले नेपाली बोलनुहुन्छ भने तपार्इंको नमित्तिभाषा सहायता सेवाहरू नःशुल्क रूपमा उपलब्ध छ । फोन गर्नुहोस् (888) 977-9299 (टटिवाइः 711) ।
Norwegian	MERK: Hvis du snakker norsk, er gratis språkassistentetjenester tilgjengelige for deg. Ring (888) 977-9299 (TTY: 711).
Pennsylvania Dutch	Wann du [Deutsch (Pennsylvania German / Dutch)] schwetzsch, kannsch 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 مہارف امش یارب ناگیار تروصب ینابز تالی هست، دینک یم وگتفگ یسراف نابز م رب رگا: هجوت (888) 977-9299 (TTY: 711) دیری گب سامت
Punjabi	ਧਿਆਨ ਦਫਿ: 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).