



Uso administrativo

# Solicite una **cobertura médica** para usted y su familia en **2021**




Solicite en línea en **espanol.bcbsil.com**. Si recibe los servicios de un agente de Blue Cross and Blue Shield of Illinois (BCBSIL), proporcione la información del agente autorizado e independiente en la última página.

## AYÚDENOS A PROCESAR SU SOLICITUD CON PRONTITUD:

- Responda **todas** las preguntas correspondientes. Escriba nombre y número de Seguro Social en la parte superior de las 14 hojas. Presente las 14 hojas, incluso las que no rellene.
- La página 2 es solo para un período de inscripción especial (SEP, en inglés). Verifique si califica para un período de inscripción especial antes de completar esta Solicitud.
- Responda **todas** las preguntas sobre derechohabientes a quienes esté incluyendo.
- Incluya **el pago correspondiente al primer mes** o la información para efectuar pagos en la página 10.
- Incluya la información para efectuar sus pagos mensuales.
- Firme la solicitud en todos los espacios que se solicite una firma.
- Escriba con **tinta negra**. Las solicitudes escritas a lápiz no tendrán validez.
- **Si necesita cambiar una respuesta**, tache lo que tenga que cambiar y añada sus iniciales seguido de la respuesta. No use ni cinta ni líquido correctores.
- **Para recibir asistencia lingüística o de comunicación gratuita, llame al 855-710-6984.**

## PROPÓSITO DE LA SOLICITUD

- CONTRATAR** una cobertura de BCBSIL
- CAMBIAR** mi cobertura médica de BCBSIL en 2021
- AÑADIR** un derechohabiente a mi cobertura médica de BCBSIL<sup>1</sup>

## ¿CÓMO DESEA QUE NOS COMUNIQUEMOS CON USTED?

Si desea que nos comuniquemos electrónicamente, **necesitamos** su dirección de correo electrónico. **Al proporcionar una dirección de correo electrónico, usted acepta recibir información sobre su póliza en formato electrónico.** La comunicación en formato electrónico continuará con las renovaciones de póliza o cambios a la misma.

Puede volver a recibir correspondencia en formato impreso y sin costo. Opciones para configurar sus preferencias una vez la cobertura entre en vigor:

- Configúrelas digitalmente. Actualice sus preferencias e información de contacto en **espanol.bcbsil.com/preferences** o envíe CONTACTIL por mensaje de texto<sup>2</sup> al 33633.

-O-

- Llame a Servicio al Cliente al número en la tarjeta de asegurado.

Puede ver o imprimir sus documentos desde una computadora o dispositivo móvil. El sitio web es compatible con la mayoría de las versiones de Internet Explorer, Chrome o Firefox.

**Si alguno de los números telefónicos que proporcione son móviles, acepto lo siguiente:**

BCBSIL puede comunicarse conmigo o con cualesquiera de mis derechohabientes mayores de 18 años con llamadas pregrabadas o automáticas con relación a mi cobertura médica.

S  N

BCBSIL puede comunicarse conmigo o con cualesquiera de mis derechohabientes mayores de 18 años con información sobre nuevas coberturas y beneficios.

S  N

**Si alguno de los números telefónicos que proporcione son residenciales (fijos), acepto lo siguiente:**

BCBSIL puede comunicarse conmigo o con cualesquiera de mis derechohabientes mayores de 18 años con información sobre nuevas coberturas y beneficios.

S  N

<sup>1</sup> Para añadir derechohabientes a su póliza vigente, complete la solicitud para **TODOS** los derechohabientes **Y** el Solicitante principal.

<sup>2</sup> Podrían aplicarse cobros por mensajería de texto y transmisión de datos. La política de privacidad y todos los términos y condiciones de BCBSIL están disponibles en **espanol.bcbsil.com/mobile/text-messaging**.

# ¿Está solicitando cobertura fuera del Período de inscripciones?

Solicitante: \_\_\_\_\_

N.º de Seguro Social: \_\_\_\_\_



**AVISO:** Omite esta página si está solicitando cobertura durante el Período de inscripciones.

## ¿TIENE DERECHO A UN PERÍODO ESPECIAL DE INSCRIPCIÓN?

Usted podría solicitar cobertura durante un Período especial de inscripción (SEP, en inglés), que significa una oportunidad para solicitar cobertura fuera del Período de inscripciones.

- Tiene un plazo de 60 días anteriores o posteriores a la fecha del suceso que lo hace elegible para presentar su solicitud.
- Marque todos los sucesos que correspondan.
- **Es necesario adjuntar comprobantes aprobados del suceso elegible junto con la solicitud.**
- BCBSIL revisará el comprobante para verificar si tiene derecho a un Período especial de inscripción.
- No podemos procesar su solicitud o emitir una cobertura médica o dental a su nombre sin un comprobante.
- Una vez que la póliza sea emitida, no podrá volver a utilizar el Período especial de inscripción para solicitar una cobertura diferente.

Comuníquese con su agente independiente autorizado o con BCBSIL al 800-477-2000 para conocer los tipos de comprobantes que aceptamos. Consulte la información sobre la documentación que deberá adjuntar en [espanol.bcbsil.com/sep](http://espanol.bcbsil.com/sep).

<input type="checkbox"/> <b>1.</b> Yo o mi(s) derechohabiente(s) dejé (dejamos) de tener la Cobertura esencial mínima que exige la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA, en inglés): <input type="checkbox"/> <b>a.</b> por motivos que están fuera de mi control (sin incluir motivos como incumplimiento del pago completo de prima o cualquier desacato a las reglas de la cobertura), desde esta fecha. <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> <b>b.</b> porque uno de los asegurados cumplió 26 años (o 30 años si es un veterano soltero) <sup>2</sup> , o se separó o divorció legalmente, desde esta fecha. <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> <b>c.</b> por defunción del titular de la póliza, desde esta fecha. <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> <b>d.</b> por dejar de tener cobertura al quedarme sin empleo, reducción en horas de trabajo, mi empleador dejó de contribuir o agoté mis beneficios COBRA, desde esta fecha. <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> <b>e.</b> porque me mudé del área de servicio de la cobertura HMO, desde esta fecha. <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> <b>f.</b> porque dejé de tener cobertura cuando la aseguradora dejó de ofrecer beneficios a personas en situación similar a la mía, desde esta fecha. <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> <b>g.</b> porque me mudé del área de servicio y dejé de tener cobertura HMO como prestación laboral, y no hubo opciones disponibles a través del empleo, desde esta fecha. <sup>1</sup>	Fecha(s) del (de los) <b>suceso(s)</b> <b>a.</b> _____ <b>b.</b> _____ <b>c.</b> _____ <b>d.</b> _____ <b>e.</b> _____ <b>f.</b> _____ <b>g.</b> _____
<input type="checkbox"/> <b>2.</b> Contraje matrimonio en esta fecha. <sup>3</sup>	Fecha del <b>suceso</b>
<input type="checkbox"/> <b>3.</b> Por el nacimiento de un bebé, adopción de un menor, colocación de un menor conmigo para su adopción, custodia provisional de un menor o por sentencia judicial se me ordenó brindar cobertura a un derechohabiente, desde esta fecha. <sup>3</sup>	Fecha del <b>suceso</b>
<input type="checkbox"/> <b>4.</b> Ocurrió un error al solicitar la cobertura médica anterior o demostré adecuadamente que la cobertura médica anterior o el emisor no respetaron el acuerdo contractual que tenían conmigo, desde esta fecha. <sup>3</sup>	Fecha del <b>suceso</b>
<input type="checkbox"/> <b>5.</b> Una de las personas en la póliza reportó cambios en sus ingresos y ya no reúne los requisitos para recibir créditos fiscales por adelantado destinados al pago de las primas o a la reducción de los gastos compartidos, o mi cobertura anterior, contratada fuera del Mercado de seguros, incumplió normas gubernamentales, desde esta fecha. <sup>1</sup>	Fecha del <b>suceso</b>
<input type="checkbox"/> <b>6.</b> Al mudarme ahora tengo distintas opciones de cobertura médica, desde esta fecha. <sup>1</sup>	Fecha del <b>suceso</b>
<input type="checkbox"/> <b>7.</b> Mi póliza vigente termina en una fecha distinta al 31 de diciembre, que es esta fecha. <sup>1</sup>	Fecha del <b>suceso</b>
<input type="checkbox"/> <b>8.</b> La empresa ofreció ayuda para pagar el costo de la cobertura, ya sea a través de un Acuerdo de Reembolso de Gastos Médicos de Cobertura Individual (ICHRA) o Acuerdo de Reembolso para Pequeños Empleadores Calificados (QSEHRA). <b>Marque una:</b> <input type="checkbox"/> <b>ICHRA</b> <input type="checkbox"/> <b>QSEHRA</b> <input type="checkbox"/> <b>a.</b> La empresa está ofreciendo participación en ICHRA o QSEHRA, desde esta fecha. <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> <b>b.</b> Soy empleado recién contratado y la empresa ofrece participación en ICHRA o QSEHRA, desde esta fecha. <sup>1</sup>	Fecha del <b>suceso</b> <b>a.</b> _____ <b>b.</b> _____
<input type="checkbox"/> <b>9.</b> Ocurrió otro suceso elegible que no aparece en esta lista, con fecha del: (Comuníquese con su agente o con nuestro centro de ventas al 800-477-2000). <sup>1</sup>	Fecha del <b>suceso</b>

<sup>1</sup> Tiene un plazo de 60 días anteriores o posteriores a la fecha del suceso que lo hace elegible para presentar su solicitud.

<sup>2</sup> Un derechohabiente incluido en la cobertura de uno de sus padres y que haya sido contratada en el Mercado de seguros tiene hasta el 31 de diciembre del año en que cumple 26 años para presentar su solicitud.

<sup>3</sup> Tiene un plazo de 60 días posteriores a la fecha del suceso que lo hace elegible para presentar su solicitud.

# Información personal

(INCLUYA LA INFORMACIÓN DE **CADA** SOLICITANTE).

Solicitante: \_\_\_\_\_

N.º de Seguro Social: \_\_\_\_\_

<b>SOLICITANTE PRINCIPAL<sup>1</sup> (¿A nombre de quién se emitirá la cobertura médica?)</b>				
Nombre, Inicial del segundo nombre, Apellido		N.º de Seguro Social	Sexo	Fecha de nac.
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
¿Prefiere comunicarse verbalmente en un idioma distinto del inglés? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Si respondió 'Sí', ¿en qué idioma? _____		¿Prefiere leer o escribir en un idioma distinto del inglés? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Si respondió 'Sí', ¿en qué idioma? _____		
Durante los últimos seis meses, ¿ha consumido tabaco? <sup>2</sup> Al menos 4 veces por semana, excepto para usos religiosos o ceremoniales <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Si respondió 'Sí', indique la última fecha de consumo: _____		OPCIONAL: Si es de origen hispano o latino, ¿se identifica como parte de alguno de los siguientes grupos? (marque todos los necesarios) <input type="checkbox"/> mexicano <input type="checkbox"/> mexicoestadounidense <input type="checkbox"/> chicano <input type="checkbox"/> puertorriqueño <input type="checkbox"/> cubano <input type="checkbox"/> otro _____		
OPCIONAL: Indique si se identifica como parte de alguno de los siguientes grupos (marque todos los necesarios) <input type="checkbox"/> blanco <input type="checkbox"/> negro o afroamericano <input type="checkbox"/> indígena estadounidense o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> de la India <input type="checkbox"/> chino <input type="checkbox"/> filipino <input type="checkbox"/> japonés <input type="checkbox"/> coreano <input type="checkbox"/> vietnamita <input type="checkbox"/> de otro país asiático <input type="checkbox"/> nativo de Hawái <input type="checkbox"/> guameño o chamorro <input type="checkbox"/> samoano <input type="checkbox"/> de otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> otro _____				
Dirección donde reside		Ciudad	Estado	Código Postal Condado
Dirección postal (Por ejemplo, apartado postal)		Ciudad	Estado	Código Postal
Número telefónico para localizarlo con mayor facilidad <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> móvil <input type="checkbox"/> fijo		Dirección de correo electrónico <sup>2,3</sup>		
Nombre del grupo médico (SOLO COBERTURAS HMO) <sup>4,5</sup>		N.º de grupo médico (SOLO COBERTURAS HMO) (Escriba el número de 3 dígitos)		

<b>CÓNYUGE O HIJOS DERECHOAHIENTES<sup>1,6</sup> (¿A quién más desea incluir en la póliza?)</b>					
Nombre, Inicial del segundo nombre, Apellido		Parentesco	N.º de Seguro Social	Sexo	Fecha de nac.
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
¿Prefiere comunicarse verbalmente en un idioma distinto del inglés? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Si respondió 'Sí', ¿en qué idioma? _____		Durante los últimos seis meses, ¿ha consumido tabaco? <sup>2</sup> Al menos 4 veces por semana, excepto para usos religiosos o ceremoniales <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Si respondió 'Sí', indique la última fecha de consumo: _____			
OPCIONAL: Si es de origen hispano o latino, ¿se identifica como parte de alguno de los siguientes grupos? (marque todos los necesarios) <input type="checkbox"/> mexicano <input type="checkbox"/> mexicoestadounidense <input type="checkbox"/> chicano <input type="checkbox"/> puertorriqueño <input type="checkbox"/> cubano <input type="checkbox"/> otro _____					
OPCIONAL: Indique si se identifica como parte de alguno de los siguientes grupos (marque todos los necesarios) <input type="checkbox"/> blanco <input type="checkbox"/> negro o afroamericano <input type="checkbox"/> indígena estadounidense o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> de la India <input type="checkbox"/> chino <input type="checkbox"/> filipino <input type="checkbox"/> japonés <input type="checkbox"/> coreano <input type="checkbox"/> vietnamita <input type="checkbox"/> de otro país asiático <input type="checkbox"/> nativo de Hawái <input type="checkbox"/> guameño o chamorro <input type="checkbox"/> samoano <input type="checkbox"/> de otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> otro _____					
Dirección postal <sup>2</sup> (SI ES OTRA)		Ciudad	Estado	Código Postal	
Número telefónico para localizarlo con mayor facilidad <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> móvil <input type="checkbox"/> fijo		Dirección de correo electrónico <sup>2,3</sup>			
Nombre del grupo médico (SOLO COBERTURAS HMO) <sup>4,5</sup>		N.º de grupo médico (SOLO COBERTURAS HMO) (Escriba el número de 3 dígitos)			
Si un derechoahiente (distinto a un cónyuge) es mayor de 26 años, ¿dicho derechoahiente tiene alguna discapacidad médica? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Si respondió "Sí", necesitamos una <i>Autorización como derechoahiente con discapacidad</i> . Formulario disponible en <a href="http://espanol.bcbsil.com">espanol.bcbsil.com</a> .					

<sup>1</sup> Para añadir derechoahientes a su póliza vigente, complete la solicitud para TODOS los derechoahientes Y el Solicitante principal. Se requiere comprobante de no elegibilidad para Medicare si usted o su cónyuge son mayores de 65 años.

<sup>2</sup> Mayores de 21 años para consumo de tabaco; mayores de 18 años para recibir correspondencia por correo postal y electrónico, así como llamadas telefónicas.

<sup>3</sup> Si desea recibir información electrónicamente, necesitamos su dirección de correo electrónico.

<sup>4</sup> Si al solicitar cobertura no elige un grupo médico (consulte *Buscar médico u hospital* en [espanol.bcbsil.com](http://espanol.bcbsil.com)), se le

asignará uno según el área de servicio. Los servicios deben ser proporcionados por un médico de cabecera (PCP, en inglés) de ese grupo médico. Usted podría ser responsable del costo total de las reclamaciones por servicios recibidos por parte de prestadores médicos que no figuren en su tarjeta de asegurado.

<sup>5</sup> Lea el aviso sobre prestadores de servicios médicos (PCP, en inglés) y ginecólogos-obstetras de la página 8.

<sup>6</sup> La designación de "cónyuge" incluye a parejas en unión libre. Derechoahientes elegibles hasta los 26 años, a menos de que exista una discapacidad médica y mantengan vigente cobertura de BCBSIL. Hasta los 30 años para veteranos solteros.

# Información personal

(DERECHOHABIENTES<sup>1,2</sup>, continuación)

Solicitante: \_\_\_\_\_

N.º de Seguro Social: \_\_\_\_\_

<b>Nombre, Inicial del segundo nombre, Apellido</b>	<b>Parentesco</b>	<b>N.º de Seguro Social</b>	<b>Sexo</b> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<b>Fecha de nac.</b>
<b>¿Prefiere comunicarse verbalmente en un idioma distinto del inglés?</b> <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Si respondió 'Sí', ¿en qué idioma? _____		<b>Durante los últimos seis meses, ¿ha consumido tabaco?</b> <sup>3</sup> Al menos 4 veces por semana, excepto para usos religiosos o ceremoniales <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Si respondió 'Sí', indique la última fecha de consumo: _____		
<b>OPCIONAL: Si es de origen hispano o latino, ¿se identifica como parte de alguno de los siguientes grupos? (marque todos los necesarios)</b> <input type="checkbox"/> mexicano <input type="checkbox"/> mexicoestadounidense <input type="checkbox"/> chicano <input type="checkbox"/> puertorriqueño <input type="checkbox"/> cubano <input type="checkbox"/> otro _____				
<b>OPCIONAL: Indique si se identifica como parte de alguno de los siguientes grupos (marque todos los necesarios)</b> <input type="checkbox"/> blanco <input type="checkbox"/> negro o afroamericano <input type="checkbox"/> indígena estadounidense o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> de la India <input type="checkbox"/> chino <input type="checkbox"/> filipino <input type="checkbox"/> japonés <input type="checkbox"/> coreano <input type="checkbox"/> vietnamita <input type="checkbox"/> de otro país asiático <input type="checkbox"/> nativo de Hawái <input type="checkbox"/> guameño o chamorro <input type="checkbox"/> samoano <input type="checkbox"/> de otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> otro _____				
<b>Dirección postal</b> <sup>3</sup> (SI ES OTRA)		<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>	<b>Código Postal</b>
<b>Número telefónico para localizarlo con mayor facilidad</b> <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> móvil <input type="checkbox"/> fijo		<b>Dirección de correo electrónico</b> <sup>3,4</sup>		
<b>Nombre del grupo médico (SOLO COBERTURAS HMO)</b> <sup>5,6</sup>		<b>N.º de grupo médico (SOLO COBERTURAS HMO)</b> (Escriba el número de 3 dígitos)		
<b>Si un derechohabiente (distinto a un cónyuge) es mayor de 26 años, ¿dicho derechohabiente tiene alguna discapacidad médica?</b> <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Si respondió "Sí", necesitamos una <i>Autorización como derechohabiente con discapacidad</i> . Formulario disponible en <a href="http://espanol.bcbsil.com">espanol.bcbsil.com</a> .				

<b>Nombre, Inicial del segundo nombre, Apellido</b>	<b>Parentesco</b>	<b>N.º de Seguro Social</b>	<b>Sexo</b> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<b>Fecha de nac.</b>
<b>¿Prefiere comunicarse verbalmente en un idioma distinto del inglés?</b> <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Si respondió 'Sí', ¿en qué idioma? _____		<b>Durante los últimos seis meses, ¿ha consumido tabaco?</b> <sup>3</sup> Al menos 4 veces por semana, excepto para usos religiosos o ceremoniales <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Si respondió 'Sí', indique la última fecha de consumo: _____		
<b>OPCIONAL: Si es de origen hispano o latino, ¿se identifica como parte de alguno de los siguientes grupos? (marque todos los necesarios)</b> <input type="checkbox"/> mexicano <input type="checkbox"/> mexicoestadounidense <input type="checkbox"/> chicano <input type="checkbox"/> puertorriqueño <input type="checkbox"/> cubano <input type="checkbox"/> otro _____				
<b>OPCIONAL: Indique si se identifica como parte de alguno de los siguientes grupos (marque todos los necesarios)</b> <input type="checkbox"/> blanco <input type="checkbox"/> negro o afroamericano <input type="checkbox"/> indígena estadounidense o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> de la India <input type="checkbox"/> chino <input type="checkbox"/> filipino <input type="checkbox"/> japonés <input type="checkbox"/> coreano <input type="checkbox"/> vietnamita <input type="checkbox"/> de otro país asiático <input type="checkbox"/> nativo de Hawái <input type="checkbox"/> guameño o chamorro <input type="checkbox"/> samoano <input type="checkbox"/> de otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> otro _____				
<b>Dirección postal</b> <sup>3</sup> (SI ES OTRA)		<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>	<b>Código Postal</b>
<b>Número telefónico para localizarlo con mayor facilidad</b> <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> móvil <input type="checkbox"/> fijo		<b>Dirección de correo electrónico</b> <sup>3,4</sup>		
<b>Nombre del grupo médico (SOLO COBERTURAS HMO)</b> <sup>5,6</sup>		<b>N.º de grupo médico (SOLO COBERTURAS HMO)</b> (Escriba el número de 3 dígitos)		
<b>Si un derechohabiente (distinto a un cónyuge) es mayor de 26 años, ¿dicho derechohabiente tiene alguna discapacidad médica?</b> <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Si respondió "Sí", necesitamos una <i>Autorización como derechohabiente con discapacidad</i> . Formulario disponible en <a href="http://espanol.bcbsil.com">espanol.bcbsil.com</a> .				

<sup>1</sup> Para añadir derechohabientes a su póliza vigente, complete la solicitud para TODOS los derechohabientes Y el Solicitante principal. Se requiere comprobante de no elegibilidad para Medicare si usted o su cónyuge son mayores de 65 años.

<sup>2</sup> Derechohabientes elegibles hasta los 26 años, a menos de que exista una discapacidad médica y mantengan vigente cobertura de BCBSIL. Hasta los 30 años para veteranos solteros.

<sup>3</sup> Mayores de 21 años para consumo de tabaco; mayores de 18 años para recibir correspondencia por correo postal y electrónico, así como llamadas telefónicas.

<sup>4</sup> Si desea recibir información electrónicamente, necesitamos su dirección de correo electrónico.

<sup>5</sup> Si al solicitar cobertura no elige un grupo médico (consulte *Buscar médico u hospital* en [espanol.bcbsil.com](http://espanol.bcbsil.com)), se le asignará uno según el área de servicio. Los servicios deben ser proporcionados por un médico de cabecera (PCP, en inglés) de ese grupo médico.

<sup>6</sup> Lea el aviso sobre prestadores de servicios médicos (PCP, en inglés) y ginecólogos-obstetras de la página 8.

# Información personal

(DERECHOHABIENTES<sup>1,2</sup>, continuación)

Solicitante: \_\_\_\_\_

N.º de Seguro Social: \_\_\_\_\_

<b>Nombre, Inicial del segundo nombre, Apellido</b>	<b>Parentesco</b>	<b>N.º de Seguro Social</b>	<b>Sexo</b> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<b>Fecha de nac.</b>
<b>¿Prefiere comunicarse verbalmente en un idioma distinto del inglés?</b> <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Si respondió 'Sí', ¿en qué idioma? _____		<b>Durante los últimos seis meses, ¿ha consumido tabaco?</b> <sup>3</sup> Al menos 4 veces por semana, excepto para usos religiosos o ceremoniales <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Si respondió 'Sí', indique la última fecha de consumo: _____		
<b>OPCIONAL: Si es de origen hispano o latino, ¿se identifica como parte de alguno de los siguientes grupos? (marque todos los necesarios)</b> <input type="checkbox"/> mexicano <input type="checkbox"/> mexicoestadounidense <input type="checkbox"/> chicano <input type="checkbox"/> puertorriqueño <input type="checkbox"/> cubano <input type="checkbox"/> otro _____				
<b>OPCIONAL: Indique si se identifica como parte de alguno de los siguientes grupos (marque todos los necesarios)</b> <input type="checkbox"/> blanco <input type="checkbox"/> negro o afroamericano <input type="checkbox"/> indígena estadounidense o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> de la India <input type="checkbox"/> chino <input type="checkbox"/> filipino <input type="checkbox"/> japonés <input type="checkbox"/> coreano <input type="checkbox"/> vietnamita <input type="checkbox"/> de otro país asiático <input type="checkbox"/> nativo de Hawái <input type="checkbox"/> guameño o chamorro <input type="checkbox"/> samoano <input type="checkbox"/> de otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> otro _____				
<b>Dirección postal</b> <sup>3</sup> (SI ES OTRA)		<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>	<b>Código Postal</b>
<b>Número telefónico para localizarlo con mayor facilidad</b> <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> móvil <input type="checkbox"/> fijo		<b>Dirección de correo electrónico</b> <sup>3,4</sup>		
<b>Nombre del grupo médico (SOLO COBERTURAS HMO)</b> <sup>5,6</sup>		<b>N.º de grupo médico (SOLO COBERTURAS HMO)</b> (Escriba el número de 3 dígitos)		
<b>Si un derechohabiente (distinto a un cónyuge) es mayor de 26 años, ¿dicho derechohabiente tiene alguna discapacidad médica?</b> <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Si respondió "Sí", necesitamos una <i>Autorización como derechohabiente con discapacidad</i> . Formulario disponible en <a href="http://espanol.bcbsil.com">espanol.bcbsil.com</a> .				

<b>Nombre, Inicial del segundo nombre, Apellido</b>	<b>Parentesco</b>	<b>N.º de Seguro Social</b>	<b>Sexo</b> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<b>Fecha de nac.</b>
<b>¿Prefiere comunicarse verbalmente en un idioma distinto del inglés?</b> <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Si respondió 'Sí', ¿en qué idioma? _____		<b>Durante los últimos seis meses, ¿ha consumido tabaco?</b> <sup>3</sup> Al menos 4 veces por semana, excepto para usos religiosos o ceremoniales <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Si respondió 'Sí', indique la última fecha de consumo: _____		
<b>OPCIONAL: Si es de origen hispano o latino, ¿se identifica como parte de alguno de los siguientes grupos? (marque todos los necesarios)</b> <input type="checkbox"/> mexicano <input type="checkbox"/> mexicoestadounidense <input type="checkbox"/> chicano <input type="checkbox"/> puertorriqueño <input type="checkbox"/> cubano <input type="checkbox"/> otro _____				
<b>OPCIONAL: Indique si se identifica como parte de alguno de los siguientes grupos (marque todos los necesarios)</b> <input type="checkbox"/> blanco <input type="checkbox"/> negro o afroamericano <input type="checkbox"/> indígena estadounidense o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> de la India <input type="checkbox"/> chino <input type="checkbox"/> filipino <input type="checkbox"/> japonés <input type="checkbox"/> coreano <input type="checkbox"/> vietnamita <input type="checkbox"/> de otro país asiático <input type="checkbox"/> nativo de Hawái <input type="checkbox"/> guameño o chamorro <input type="checkbox"/> samoano <input type="checkbox"/> de otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> otro _____				
<b>Dirección postal</b> <sup>3</sup> (SI ES OTRA)		<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>	<b>Código Postal</b>
<b>Número telefónico para localizarlo con mayor facilidad</b> <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> móvil <input type="checkbox"/> fijo		<b>Dirección de correo electrónico</b> <sup>3,4</sup>		
<b>Nombre del grupo médico (SOLO COBERTURAS HMO)</b> <sup>5,6</sup>		<b>N.º de grupo médico (SOLO COBERTURAS HMO)</b> (Escriba el número de 3 dígitos)		
<b>Si un derechohabiente (distinto a un cónyuge) es mayor de 26 años, ¿dicho derechohabiente tiene alguna discapacidad médica?</b> <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Si respondió "Sí", necesitamos una <i>Autorización como derechohabiente con discapacidad</i> . Formulario disponible en <a href="http://espanol.bcbsil.com">espanol.bcbsil.com</a> .				

<sup>1</sup> Para añadir derechohabientes a su póliza vigente, complete la solicitud para TODOS los derechohabientes Y el Solicitante principal. Se requiere comprobante de no elegibilidad para Medicare si usted o su cónyuge son mayores de 65 años.

<sup>2</sup> Derechohabientes elegibles hasta los 26 años, a menos de que exista una discapacidad médica y mantengan vigente cobertura de BCBSIL. Hasta los 30 años para veteranos solteros.

<sup>3</sup> Mayores de 21 años para consumo de tabaco; mayores de 18 años para recibir correspondencia por correo postal y electrónico, así como llamadas telefónicas.

<sup>4</sup> Si desea recibir información electrónicamente, necesitamos su dirección de correo electrónico.

<sup>5</sup> Si al solicitar cobertura no elige un grupo médico (consulte *Buscar médico u hospital* en [espanol.bcbsil.com](http://espanol.bcbsil.com)), se le asignará uno según el área de servicio. Los servicios deben ser proporcionados por un médico de cabecera (PCP, en inglés) de ese grupo médico.

<sup>6</sup> Lea el aviso sobre prestadores de servicios médicos (PCP, en inglés) y ginecólogos-obstetras de la página 8.

# Información personal

(DERECHOHABIENTES<sup>1,2</sup>, continuación)

Solicitante: \_\_\_\_\_

N.º de Seguro Social: \_\_\_\_\_

<b>Nombre, Inicial del segundo nombre, Apellido</b>	<b>Parentesco</b>	<b>N.º de Seguro Social</b>	<b>Sexo</b> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<b>Fecha de nac.</b>
<b>¿Prefiere comunicarse verbalmente en un idioma distinto del inglés?</b> <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Si respondió 'Sí', ¿en qué idioma? _____		<b>Durante los últimos seis meses, ¿ha consumido tabaco?</b> <sup>3</sup> Al menos 4 veces por semana, excepto para usos religiosos o ceremoniales <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Si respondió 'Sí', indique la última fecha de consumo: _____		
<b>OPCIONAL: Si es de origen hispano o latino, ¿se identifica como parte de alguno de los siguientes grupos? (marque todos los necesarios)</b> <input type="checkbox"/> mexicano <input type="checkbox"/> mexicoestadounidense <input type="checkbox"/> chicano <input type="checkbox"/> puertorriqueño <input type="checkbox"/> cubano <input type="checkbox"/> otro _____				
<b>OPCIONAL: Indique si se identifica como parte de alguno de los siguientes grupos (marque todos los necesarios)</b> <input type="checkbox"/> blanco <input type="checkbox"/> negro o afroamericano <input type="checkbox"/> indígena estadounidense o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> de la India <input type="checkbox"/> chino <input type="checkbox"/> filipino <input type="checkbox"/> japonés <input type="checkbox"/> coreano <input type="checkbox"/> vietnamita <input type="checkbox"/> de otro país asiático <input type="checkbox"/> nativo de Hawái <input type="checkbox"/> guameño o chamorro <input type="checkbox"/> samoano <input type="checkbox"/> de otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> otro _____				
<b>Dirección postal</b> <sup>3</sup> (SI ES OTRA)		<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>	<b>Código Postal</b>
<b>Número telefónico para localizarlo con mayor facilidad</b> <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> móvil <input type="checkbox"/> fijo		<b>Dirección de correo electrónico</b> <sup>3,4</sup>		
<b>Nombre del grupo médico (SOLO COBERTURAS HMO)</b> <sup>5,6</sup>		<b>N.º de grupo médico (SOLO COBERTURAS HMO)</b> (Escriba el número de 3 dígitos)		
<b>Si un derechohabiente (distinto a un cónyuge) es mayor de 26 años, ¿dicho derechohabiente tiene alguna discapacidad médica?</b> <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Si respondió "Sí", necesitamos una <i>Autorización como derechohabiente con discapacidad</i> . Formulario disponible en <a href="http://espanol.bcbsil.com">espanol.bcbsil.com</a> .				

<b>Nombre, Inicial del segundo nombre, Apellido</b>	<b>Parentesco</b>	<b>N.º de Seguro Social</b>	<b>Sexo</b> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<b>Fecha de nac.</b>
<b>¿Prefiere comunicarse verbalmente en un idioma distinto del inglés?</b> <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Si respondió 'Sí', ¿en qué idioma? _____		<b>Durante los últimos seis meses, ¿ha consumido tabaco?</b> <sup>3</sup> Al menos 4 veces por semana, excepto para usos religiosos o ceremoniales <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Si respondió 'Sí', indique la última fecha de consumo: _____		
<b>OPCIONAL: Si es de origen hispano o latino, ¿se identifica como parte de alguno de los siguientes grupos? (marque todos los necesarios)</b> <input type="checkbox"/> mexicano <input type="checkbox"/> mexicoestadounidense <input type="checkbox"/> chicano <input type="checkbox"/> puertorriqueño <input type="checkbox"/> cubano <input type="checkbox"/> otro _____				
<b>OPCIONAL: Indique si se identifica como parte de alguno de los siguientes grupos (marque todos los necesarios)</b> <input type="checkbox"/> blanco <input type="checkbox"/> negro o afroamericano <input type="checkbox"/> indígena estadounidense o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> de la India <input type="checkbox"/> chino <input type="checkbox"/> filipino <input type="checkbox"/> japonés <input type="checkbox"/> coreano <input type="checkbox"/> vietnamita <input type="checkbox"/> de otro país asiático <input type="checkbox"/> nativo de Hawái <input type="checkbox"/> guameño o chamorro <input type="checkbox"/> samoano <input type="checkbox"/> de otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> otro _____				
<b>Dirección postal</b> <sup>3</sup> (SI ES OTRA)		<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>	<b>Código Postal</b>
<b>Número telefónico para localizarlo con mayor facilidad</b> <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> móvil <input type="checkbox"/> fijo		<b>Dirección de correo electrónico</b> <sup>3,4</sup>		
<b>Nombre del grupo médico (SOLO COBERTURAS HMO)</b> <sup>5,6</sup>		<b>N.º de grupo médico (SOLO COBERTURAS HMO)</b> (Escriba el número de 3 dígitos)		
<b>Si un derechohabiente (distinto a un cónyuge) es mayor de 26 años, ¿dicho derechohabiente tiene alguna discapacidad médica?</b> <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Si respondió "Sí", necesitamos una <i>Autorización como derechohabiente con discapacidad</i> . Formulario disponible en <a href="http://espanol.bcbsil.com">espanol.bcbsil.com</a> .				

<sup>1</sup> Para añadir derechohabientes a su póliza vigente, complete la solicitud para TODOS los derechohabientes Y el Solicitante principal. Se requiere comprobante de no elegibilidad para Medicare si usted o su cónyuge son mayores de 65 años.

<sup>2</sup> Derechohabientes elegibles hasta los 26 años, a menos de que exista una discapacidad médica y mantengan vigente cobertura de BCBSIL. Hasta los 30 años para veteranos solteros.

<sup>3</sup> Mayores de 21 años para consumo de tabaco; mayores de 18 años para recibir correspondencia por correo postal y electrónico, así como llamadas telefónicas.

<sup>4</sup> Si desea recibir información electrónicamente, necesitamos su dirección de correo electrónico.

<sup>5</sup> Si al solicitar cobertura no elige un grupo médico (consulte *Buscar médico u hospital* en [espanol.bcbsil.com](http://espanol.bcbsil.com)), se le asignará uno según el área de servicio. Los servicios deben ser proporcionados por un médico de cabecera (PCP, en inglés) de ese grupo médico.

<sup>6</sup> Lea el aviso sobre prestadores de servicios médicos (PCP, en inglés) y ginecólogos-obstetras de la página 8.

# Información personal

(DERECHOHABIENTES<sup>1,2</sup>, continuación)

Solicitante: \_\_\_\_\_

N.º de Seguro Social: \_\_\_\_\_

<b>Nombre, Inicial del segundo nombre, Apellido</b>	<b>Parentesco</b>	<b>N.º de Seguro Social</b>	<b>Sexo</b> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<b>Fecha de nac.</b>
<b>¿Prefiere comunicarse verbalmente en un idioma distinto del inglés?</b> <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Si respondió 'Sí', ¿en qué idioma? _____		<b>Durante los últimos seis meses, ¿ha consumido tabaco?</b> <sup>3</sup> Al menos 4 veces por semana, excepto para usos religiosos o ceremoniales <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Si respondió 'Sí', indique la última fecha de consumo: _____		
<b>OPCIONAL: Si es de origen hispano o latino, ¿se identifica como parte de alguno de los siguientes grupos? (marque todos los necesarios)</b> <input type="checkbox"/> mexicano <input type="checkbox"/> mexicoestadounidense <input type="checkbox"/> chicano <input type="checkbox"/> puertorriqueño <input type="checkbox"/> cubano <input type="checkbox"/> otro _____				
<b>OPCIONAL: Indique si se identifica como parte de alguno de los siguientes grupos (marque todos los necesarios)</b> <input type="checkbox"/> blanco <input type="checkbox"/> negro o afroamericano <input type="checkbox"/> indígena estadounidense o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> de la India <input type="checkbox"/> chino <input type="checkbox"/> filipino <input type="checkbox"/> japonés <input type="checkbox"/> coreano <input type="checkbox"/> vietnamita <input type="checkbox"/> de otro país asiático <input type="checkbox"/> nativo de Hawái <input type="checkbox"/> guameño o chamorro <input type="checkbox"/> samoano <input type="checkbox"/> de otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> otro _____				
<b>Dirección postal</b> <sup>3</sup> (SI ES OTRA)		<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>	<b>Código Postal</b>
<b>Número telefónico para localizarlo con mayor facilidad</b> <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> móvil <input type="checkbox"/> fijo		<b>Dirección de correo electrónico</b> <sup>3,4</sup>		
<b>Nombre del grupo médico (SOLO COBERTURAS HMO)</b> <sup>5,6</sup>		<b>N.º de grupo médico (SOLO COBERTURAS HMO)</b> (Escriba el número de 3 dígitos)		
<b>Si un derechohabiente (distinto a un cónyuge) es mayor de 26 años, ¿dicho derechohabiente tiene alguna discapacidad médica?</b> <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Si respondió "Sí", necesitamos una <i>Autorización como derechohabiente con discapacidad</i> . Formulario disponible en <a href="http://espanol.bcbsil.com">espanol.bcbsil.com</a> .				

<b>Nombre, Inicial del segundo nombre, Apellido</b>	<b>Parentesco</b>	<b>N.º de Seguro Social</b>	<b>Sexo</b> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<b>Fecha de nac.</b>
<b>¿Prefiere comunicarse verbalmente en un idioma distinto del inglés?</b> <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Si respondió 'Sí', ¿en qué idioma? _____		<b>Durante los últimos seis meses, ¿ha consumido tabaco?</b> <sup>3</sup> Al menos 4 veces por semana, excepto para usos religiosos o ceremoniales <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Si respondió 'Sí', indique la última fecha de consumo: _____		
<b>OPCIONAL: Si es de origen hispano o latino, ¿se identifica como parte de alguno de los siguientes grupos? (marque todos los necesarios)</b> <input type="checkbox"/> mexicano <input type="checkbox"/> mexicoestadounidense <input type="checkbox"/> chicano <input type="checkbox"/> puertorriqueño <input type="checkbox"/> cubano <input type="checkbox"/> otro _____				
<b>OPCIONAL: Indique si se identifica como parte de alguno de los siguientes grupos (marque todos los necesarios)</b> <input type="checkbox"/> blanco <input type="checkbox"/> negro o afroamericano <input type="checkbox"/> indígena estadounidense o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> de la India <input type="checkbox"/> chino <input type="checkbox"/> filipino <input type="checkbox"/> japonés <input type="checkbox"/> coreano <input type="checkbox"/> vietnamita <input type="checkbox"/> de otro país asiático <input type="checkbox"/> nativo de Hawái <input type="checkbox"/> guameño o chamorro <input type="checkbox"/> samoano <input type="checkbox"/> de otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> otro _____				
<b>Dirección postal</b> <sup>3</sup> (SI ES OTRA)		<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>	<b>Código Postal</b>
<b>Número telefónico para localizarlo con mayor facilidad</b> <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> móvil <input type="checkbox"/> fijo		<b>Dirección de correo electrónico</b> <sup>3,4</sup>		
<b>Nombre del grupo médico (SOLO COBERTURAS HMO)</b> <sup>5,6</sup>		<b>N.º de grupo médico (SOLO COBERTURAS HMO)</b> (Escriba el número de 3 dígitos)		
<b>Si un derechohabiente (distinto a un cónyuge) es mayor de 26 años, ¿dicho derechohabiente tiene alguna discapacidad médica?</b> <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Si respondió "Sí", necesitamos una <i>Autorización como derechohabiente con discapacidad</i> . Formulario disponible en <a href="http://espanol.bcbsil.com">espanol.bcbsil.com</a> .				

<sup>1</sup> Para añadir derechohabientes a su póliza vigente, complete la solicitud para TODOS los derechohabientes Y el Solicitante principal. Se requiere comprobante de no elegibilidad para Medicare si usted o su cónyuge son mayores de 65 años.

<sup>2</sup> Derechohabientes elegibles hasta los 26 años, a menos de que exista una discapacidad médica y mantengan vigente cobertura de BCBSIL. Hasta los 30 años para veteranos solteros.

<sup>3</sup> Mayores de 21 años para consumo de tabaco; mayores de 18 años para recibir correspondencia por correo postal y electrónico, así como llamadas telefónicas.

<sup>4</sup> Si desea recibir información electrónicamente, necesitamos su dirección de correo electrónico.

<sup>5</sup> Si al solicitar cobertura no elige un grupo médico (consulte *Buscar médico u hospital* en [espanol.bcbsil.com](http://espanol.bcbsil.com)), se le asignará uno según el área de servicio. Los servicios deben ser proporcionados por un médico de cabecera (PCP, en inglés) de ese grupo médico.

<sup>6</sup> Lea el aviso sobre prestadores de servicios médicos (PCP, en inglés) y ginecólogos-obstetras de la página 8.

**ACCESO A SERVICIOS DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA****Podrá recibir servicios de ginecología y obstetricia de:**

- 1) prestador principal de servicios médicos (PCP, en inglés);
  - o
- 2) ginecólogo-obstetra (OB-GYN, en inglés). No necesitará órdenes médicas del prestador principal de servicios médicos para consultar al ginecólogo-obstetra para servicios preventivos. Tampoco nos tiene que avisar quién es el ginecólogo-obstetra antes de una consulta preventiva.

**AVISO:** Algunas coberturas incluyen consultas al ginecólogo-obstetra, solo si al que acude está en la red de su cobertura.

**Elección de cobertura médica**

**AVISO:** La cobertura iniciará el primer día del mes, a menos de que las leyes indiquen lo contrario. BCBSIL deberá recibir las solicitudes durante el plazo de solicitud para que estas sean aceptadas. Verifique que sus prestadores de servicios médicos participen en la red de la cobertura que elija.

Revise las opciones disponibles y **ELIJA UNA.**

<b>COBERTURAS</b>	<b>DEDUCIBLE POR PERSONA</b>
<input type="checkbox"/> BlueCare Direct Bronze <sup>SM</sup> 401 in collaboration with Advocate Health Care	\$7,400
<input type="checkbox"/> BlueCare Direct Silver <sup>SM</sup> 212 in collaboration with Advocate Health Care	\$3,200
<input type="checkbox"/> BlueCare Direct Gold <sup>SM</sup> 409 in collaboration with Advocate Health Care	\$750
<input type="checkbox"/> Blue Choice Preferred Bronze PPO <sup>SM</sup> 201	\$6,100
<input type="checkbox"/> Blue Choice Preferred Bronze PPO <sup>SM</sup> 202	\$4,500
<input type="checkbox"/> Blue Choice Preferred Bronze PPO <sup>SM</sup> 302	\$6,350
<input type="checkbox"/> Blue Choice Preferred Bronze PPO <sup>SM</sup> 502	\$5,000
<input type="checkbox"/> Blue Choice Preferred Silver PPO <sup>SM</sup> 203	\$2,200
<input type="checkbox"/> Blue Choice Preferred Silver PPO <sup>SM</sup> 303	\$2,200
<input type="checkbox"/> Blue Choice Preferred Gold PPO <sup>SM</sup> 204	\$750
<input type="checkbox"/> Blue FocusCare Bronze <sup>SM</sup> 209	\$7,400
<input type="checkbox"/> Blue FocusCare Silver <sup>SM</sup> 210	\$4,150
<input type="checkbox"/> Blue FocusCare Gold <sup>SM</sup> 211	\$750
<input type="checkbox"/> Blue Precision Bronze HMO <sup>SM</sup> 205	\$7,400
<input type="checkbox"/> Blue Precision Silver HMO <sup>SM</sup> 206	\$3,000
<input type="checkbox"/> Blue Precision Silver HMO <sup>SM</sup> 306	\$3,300
<input type="checkbox"/> Blue Precision Gold HMO <sup>SM</sup> 207	\$750

**OPCIÓN DE COBERTURA PARA CASOS "CATASTRÓFICOS"****Esto es lo que significa.**

Esta cobertura incluye los servicios médicos esenciales para la salud, pero únicamente después de que usted haya pagado el deducible alto o el máximo de bolsillo. Esta cobertura es para personas en una de las siguientes situaciones:

- 1) ser menor de 30 años antes de iniciar el año de cobertura;
  - o
- 2) contar con una exención del Mercado de Seguros Médicos. Deberá presentar el Número del Certificado de exención para procesar esta solicitud.

**Número del Certificado de exención:** \_\_\_\_\_

Blue Choice Preferred Security PPO<sup>SM</sup> 200

\$8,550



# Elección de cobertura dental

Solicitante: \_\_\_\_\_

N.º de Seguro Social: \_\_\_\_\_

La Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio ("ACA") requiere que tengamos la seguridad de que usted y cada asegurado en esta póliza tenga cobertura para servicios dentales pediátricos<sup>1</sup>. La Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio considera que la cobertura de servicios dentales pediátricos es un servicio médico esencial para la salud (EHB, en inglés) que todas las pólizas deben incluir, incluso cuando no haya nadie en la póliza que sea elegible para estos servicios.

Las aseguradoras como BCBSIL ofrecen esta cobertura dental pediátrica requerida a través de coberturas llamadas "Coberturas dentales independientes certificadas por el Mercado de seguros". Estas coberturas también se conocen como Coberturas dentales acreditadas para el Mercado de Seguros Médicos (Dental QHP, en inglés).

**AVISO:** La elección de cobertura dental regirá para todas las personas mencionadas en esta solicitud. Si ya cuenta con cobertura dental de BCBSIL, la elección que haga REEMPLAZARÁ la cobertura dental vigente.

## ELIJA UNA OPCIÓN:

### OPCIÓN 1

Puede solicitar la cobertura BlueCare Dental<sup>SM</sup>, nuestra cobertura dental integral acreditada. Esto incluye servicios dentales para adultos **Y** menores.

#### BlueCare Dental (cobertura para adultos **Y** menores)

#### DEDUCIBLE POR PERSONA

BlueCare Dental 1A

\$50

BlueCare Dental 1B

\$75

-0-

### OPCIÓN 2

Puede solicitar la cobertura BlueCare Dental 4 Kids<sup>SM</sup>, nuestra cobertura dental limitada acreditada. Esto incluye servicios dentales SOLO PARA MENORES.

#### BlueCare Dental 4 Kids<sup>1</sup> (cobertura SOLO PARA MENORES)

#### DEDUCIBLE POR PERSONA

BlueCare Dental 4 Kids 1A

\$50

BlueCare Dental 4 Kids 1B

\$75

-0-

### OPCIÓN 3

Ya tiene cobertura dental.

Marque la casilla y firme para indicarnos que tiene una "cobertura dental independiente acreditada". Nuestros archivos mostrarán que cuenta con cobertura dental pediátrica para servicios pediátricos esenciales para la salud dental, ya sea de BCBSIL o alguna otra aseguradora.

**Aviso:** La elección de esta opción NO ocasionará cambios o la cancelación de ninguna otra cobertura vigente.

**Yo/Nosotros he(mos) contratado cobertura de servicios pediátricos esenciales para la salud dental a través de otra póliza.**

Firma (OBLIGATORIA si elige la Opción 3).

Fecha

<sup>1</sup> Hasta los 19 años. Derechohabientes de 19 a 26 años son considerados adultos para fines de cobertura dental.



### AVISO:

**Si no selecciona una opción**, entonces, usted y cada asegurado de la póliza recibirán la cobertura **BlueCare Dental 4 Kids 1B**, nuestra cobertura dental limitada acreditada, para que tenga la cobertura con servicios pediátricos esenciales para la salud dental.

Si BCBSIL considera que, por ley, es necesario incluir cobertura dental pediátrica en su cobertura médica, es posible que usted deba una prima mensual adicional por concepto de servicios pediátricos para la salud dental. Esta prima adicional será incluida en su factura mensual.

# Formas de pago

Solicitante: \_\_\_\_\_

N.º de Seguro Social: \_\_\_\_\_



## Lea las reglas importantes sobre facturación en la próxima página.

La cobertura podrá cancelarse por falta de pago.

### PRIMER PAGO

Puede efectuar su **primer pago** mediante transferencia electrónica (EFT, en inglés), cheque o giro postal. Elija una:

transferencia electrónica (retiro inmediato de fondos del primer pago)  cheque<sup>1</sup> (adjunto)  giro postal<sup>1</sup> (adjunto)

### PAGOS MENSUALES

Puede efectuar sus **pagos mensuales** mediante transferencia electrónica (EFT, en inglés, a través del sistema de pago automático de facturas Auto Bill Pay), o podemos enviarle facturas por correo postal o electrónico. Elija una:

transferencia electrónica (sistema de pagos Auto Bill Pay)  factura electrónica<sup>2</sup>  factura impresa

### INFORMACIÓN PARA EL PAGO DE PRIMA (mediante transferencia electrónica):

Elija una  cuenta de cheques  
 cuenta de ahorros

Nombre(s) en la cuenta, si no es el Solicitante

N.º de ruta bancaria (verifique)

N.º de cuenta (verifique)

### AUTORIZACIÓN

Solicito y autorizo que BCBSIL o su entidad designada obtenga el primer pago o los pagos mensuales con vencimiento el último día del mes anterior al mes de cobertura mediante cobros a mi cuenta de cheques o de ahorros, ya sea con cheques, giros contra cuenta corriente o cargos debitados electrónicamente. Solicito y autorizo que la Institución financiera aquí nombrada acepte y haga válida esta autorización.

He leído y acepto esta autorización

Firma del propietario de la cuenta

Fecha

Parentesco con el Solicitante

<sup>1</sup> **CONSEJO:** Escriba el nombre del Solicitante principal como anotación en el cheque o giro postal si no es el propietario de la cuenta. **AVISO:** El uso de cuentas corporativas quedaría sujeto a la comprobación del cumplimiento de las Reglas sobre pagos realizados por terceros de la página 11.

<sup>2</sup> Si desea recibir información electrónicamente, **necesitamos** su dirección de correo electrónico. Blue Cross and Blue Shield of Illinois enviará las facturas a la dirección de correo electrónico del Solicitante principal.



### AVISO:

No cancele ninguna cobertura vigente hasta que su Solicitud sea aprobada y su cobertura nueva entre en vigor. El primer mes se paga al presentar la solicitud. Si solicita una nueva cobertura, la cobertura no entrará en vigor hasta que recibamos el primer pago.

# Reglas importantes sobre facturación

Solicitante: \_\_\_\_\_

N.º de Seguro Social: \_\_\_\_\_

## REGLAS DE FACTURACIÓN MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA (EFT)

**Al autorizar transferencias electrónicas (EFT, en inglés), entiende y acepta que BCBSIL o la compañía que BCBSIL designe para procesar pagos podría efectuar cobros mensuales a su cuenta de cheques o ahorros según los términos presentados a continuación:**

- Los pagos vencen el último día del mes anterior al mes de cobertura.
- Los pagos se efectúan según la elección que marque en la próxima página.
- Su banco o cooperativa de crédito procesará estos pagos.
- Si la fecha de vencimiento es día inhábil o día feriado, el pago se efectuará al próximo día hábil.
- Tenga los fondos disponibles en su cuenta al presentar esta Solicitud. Si un pago se rechaza por insuficiencia de fondos (NSF, en inglés), BCBSIL podría intentar la transacción nuevamente en cualquier momento dentro de los 30 días posteriores. BCBSIL no le reembolsará ninguna penalidad que su banco o cooperativa de crédito cobre por insuficiencia de fondos en su cuenta.
- Tanto el banco o la cooperativa de crédito como BCBSIL se reservan el derecho de dar por terminado este programa de pagos o su participación en el mismo en caso de pagos negados por insuficiencia de fondos. Esto significa que los pagos ya no se procesarán automáticamente. La cobertura podría interrumpirse (las reclamaciones no se pagarían) si no paga su factura mensual.
- Para realizar un cambio de banco o cooperativa de crédito del que se efectúan los pagos, necesita proporcionar un aviso por teléfono a BCBSIL con al menos 15 días de anticipación a la fecha de retiro programada.

## REGLAS SOBRE PAGOS REALIZADOS POR TERCEROS

**BCBSIL únicamente acepta pagos por concepto de primas y gastos compartidos de las siguientes fuentes:**

1. Usted
2. Su familia, un Apoderado, Tutor o Custodio
3. Entidades autorizadas  
Por ley BCBSIL acepta pagos de Entidades autorizadas. Actualmente, estas son algunas de las Entidades autorizadas:
  - a. los programas Ryan White HIV/AIDS, según el Artículo XXVI de Public Health Service Act [ley federal de servicios de salud pública];
  - b. tribus indígenas, organizaciones tribales y organizaciones indígenas en centros urbanos;
  - c. programas estatales y federales, como lo indica el Título 45 C.F.R. §156.1250 [Código de Regulaciones Federales].
4. Fundaciones privadas no gubernamentales que pagan:
  - a. el período completo de cobertura de su contrato;
  - b. sin importar su estado de salud;

**y**

  - c. sin importar la compañía de seguros o cobertura médica que solicite.

No se aceptan pagos realizados por ningún otro tercero en favor de su cuenta. Esto podrá ocasionar la terminación o cancelación de la cobertura.

**Entiendo lo siguiente:**

- La cobertura de BCBSIL no será una cobertura médica patrocinada por algún empleador.
- Esta cobertura no tiene la finalidad de ser un seguro de gastos médicos patrocinado por algún empleador.

**Acepto lo siguiente (excepto si existe un Acuerdo de Reembolso de Gastos Médicos de Cobertura Individual (ICHRA)):**

- Mi empleador (de ser el caso) no contribuirá con ninguna parte de la prima mensual o los copagos.
- Mi empleador (de ser el caso) no me reembolsará por estos pagos, ya sea ahora o en un futuro.

## POLÍTICA SOBRE PAGOS VENCIDOS

Al renovar su cobertura de Blue Cross and Blue Shield of Illinois o si vuelve a solicitar cobertura de otro producto, deberá estar al día con los pagos de prima. Cualquier pago de prima atrasado para la cobertura que Blue Cross and Blue Shield of Illinois le haya proporcionado se vencerá al comienzo del año de la nueva cobertura, conjuntamente con los cargos vigentes por concepto de prima. **La nueva cobertura no entrará en vigor hasta que tales pagos se liquiden.**

# Información sobre otras coberturas

Solicitante: \_\_\_\_\_

N.º de Seguro Social: \_\_\_\_\_

## REEMPLAZO DE COBERTURA

¿La cobertura aquí solicitada reemplazará alguna cobertura vigente para 2021? **En caso afirmativo, lea la sección CONOZCA SUS DERECHOS a continuación y liste todas las coberturas que cancelará y reemplazará con una de BCBSIL:**  S  N

ASEGURADO(S)	COMPAÑÍA ASEGURADORA	N.º DE PÓLIZA	VIGENTE HASTA EL

### REEMPLAZO DE COBERTURA: CONOZCA SUS DERECHOS

Si su respuesta anterior fue "Sí", BCBSIL no cancelará automáticamente cualquier otra póliza vigente. Esta sección solo indica que usted tiene la intención de cancelar su seguro de gastos médicos y contra accidentes vigente y reemplazarlo con un contrato emitido por BCBSIL. Para su conocimiento y protección, debe saber cuáles son las implicaciones que tendría la protección disponible con la nueva cobertura.

- Usted puede obtener la asesoría de su compañía aseguradora actual en relación con el reemplazo propuesto de su contrato actual. También puede consultarlo con su agente. Este no solo es un derecho para usted, sino que también es un beneficio personal para tener la certeza de que entiende todos los factores importantes que serían parte del reemplazo de su cobertura actual.
- Si, después de la debida consideración, desea cancelar su contrato actual y reemplazarlo con otra cobertura, responda verazmente y en su totalidad todas las preguntas de esta Solicitud en relación con cualquier persona que solicita cobertura. No incluir toda la información esencial puede ser un instrumento legal para que BCBSIL rechace cualquier futura reclamación y que rembolsé la prima de la póliza como si su contrato nunca hubiera tenido vigencia. Después de haber completado la Solicitud y antes de firmarla, vuelva a leerla cuidadosamente para corroborar que toda la información se ha registrado correctamente.

### OTRAS COBERTURAS MÉDICAS, DENTALES, PARA LA VISTA QUE USTED O SUS DERECHOHABIENTES TENGAN

Indique si alguna de las personas que esté solicitando cobertura tiene o ha tenido cobertura durante los últimos 60 días:

- cobertura de BCBSIL
- cobertura médica a través de otra aseguradora
- cobertura médica mediante algún programa con respaldo gubernamental, Medicare incluido

**En caso afirmativo, proporcione la siguiente información:**  S  N

<b>Nombre del solicitante</b>	<b>Nombre en otra póliza</b> (de ser el caso)	<b>N.º de asegurado/grupo</b> (recomendado)
<b>Nombre del solicitante</b>	<b>Nombre en otra póliza</b> (de ser el caso)	<b>N.º de asegurado/grupo</b> (recomendado)

## Declaración de representación (OPCIONAL)

Al contratar una cobertura médica de BCBSIL, me convierto en asegurado de Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company (HCSC). Con mi firma en esta solicitud, atentamente pido que la Junta Directiva de HCSC actúe en mi nombre en todas las juntas de asegurados de HCSC. Entiendo lo siguiente:

- Esta autorización abarca a cualquier compañía que reemplace a HCSC.
- La Junta Directiva podría nombrar a un tercero para representar mi voto.

La reunión anual de asegurados ha de tener lugar cada año en la sede corporativa (300 E. Randolph St., Chicago, Illinois 60601) a las 12:30 p. m. del último martes de octubre. Se puede convocar a reuniones especiales asegurados. En dicho caso, se notificará con 30 a 60 días de anticipación.

Esta autorización para conceder la representación de mi voto como asegurado a la Junta Directiva se mantendrá vigente:

- hasta que la revoque o si la revoco por escrito al menos 20 días antes de cualquier reunión de asegurados;
- o
- a menos que asista y vote en persona en cualquier reunión de asegurados.

<b>Firma para conceder la representación del Solicitante principal (interesado):</b> <b>AVISO:</b> Es obligatorio firmar la página 14 para completar esta solicitud, independientemente de que firme para conceder su representación.	<b>Fecha</b>
--	--------------

**Escriba su nombre tal como lo firmó:**

# Lea y firme en la siguiente página

Solicitante: \_\_\_\_\_

N.º de Seguro Social: \_\_\_\_\_

## AL COMPLETAR Y FIRMAR ESTE FORMULARIO, ENTIENDO Y ACEPTO LO SIGUIENTE:

- Esta Solicitud no es una cobertura. La Cobertura de gastos médicos entrará en vigor hasta (1) la fecha de entrada en vigor indicada en la póliza y (2) que esté pagado el primer mes de cobertura.<sup>1</sup>
- Si recibo los servicios de un agente, este no puede aceptar riesgos ni modificar las pólizas o las reglas de BCBSIL.
- Si recibo los servicios de un agente para contratar una póliza de seguro de gastos médicos o dentales para particulares, BCBSIL podría pagarle al agente una comisión u otra compensación. Si deseo información adicional sobre cualquier compensación al agente, deberé comunicarme con el agente.
- La cobertura se anularía si cualquier persona a sabiendas presenta una reclamación fraudulenta por el pago de alguna pérdida o beneficio o si presenta información falsa o fraudulenta en relación con datos esenciales en esta Solicitud. Esto incluye información falsa o fraudulenta acerca de mí o cualesquiera de mis derechohabientes. La anulación cancela la cobertura al día en que entró en vigor. Recibiré un aviso por escrito con al menos 30 días de anticipación a la fecha en que mi cobertura o la de mis derechohabientes será anulada.
- La prima mensual se calculará con base en factores aprobados por el Departamento de Seguros del Estado y otras leyes y regulaciones de carácter estatal y federal. Las tarifas se calculan según la edad, consumo de tabaco y factores tarifarios geográficos. Con estos factores también se calculan las primas para cualquier derechohabiente incluido en mi póliza.
- Autorizo que cualesquiera de las personas u organizaciones mencionadas a continuación compartan mi información médica con BCBSIL o con sus representantes autorizados:
  - o profesionales médicos, hospitales o clínicas;
  - o otros centros de salud o relacionados con la salud;
  - o agencias gubernamentales;
  - o administradores de beneficios farmacéuticos, bases de datos farmacéuticos o farmacias abiertas al público;
  - o cualquier otra persona o firma con obligación legal.
- Esta información incluye, a modo enunciativo mas no limitativo:
  - o copias de expedientes sobre recomendaciones, atención o tratamiento médicos que yo o mis derechohabientes recibimos;
  - o información sobre recetas médicas y consumo de drogas o alcohol (sin limitantes);
  - o información sobre enfermedades mentales.
- BCBSIL tiene derecho a revisar y buscar información en sus propios expedientes.
- BCBSIL compartirá información recopilada con entidades médicas con el propósito de gestionar mis servicios médicos únicamente cuando sea necesario.
- Ya sea por obligación o consentimiento legal, BCBSIL podría volver a divulgar la información divulgada con mi autorización. De ser requerida, la persona o agencia receptora de la información será responsable por su protección.
- A partir de hoy, esta autorización tiene una validez de dos años o hasta que cancele la cobertura.
  - o Tengo derecho a cancelar esta autorización en cualquier momento comunicándome con BCBSIL por escrito.
  - o Yo o cualquier persona a quien autorice mi representación recibirá copia de esta autorización, previa solicitud.
  - o Ninguna cancelación afectará las actividades de BCBSIL anteriores a la fecha en que BCBSIL reciba la cancelación.
- Presento todas las declaraciones y respuestas en esta Solicitud como HECHOS. Según mi leal saber y entender, estos son verdaderos y están completos. Estos hechos conforman la base de mi Solicitud.
- La Solicitud será parte de mi contrato con BCBSIL.
- Mi agente (de ser el caso) y yo manifestamos que he leído y entendido la Solicitud y repasado los detalles de la cobertura que elegí.
- Esta cobertura para particulares tiene la finalidad de ser un gasto personal.
- Únicamente yo, algún familiar o alguno de los terceros autorizados mencionados en la Solicitud pagarán directamente a BCBSIL.
- BCBSIL no acepta pagos efectuados directamente por terceros, excepto por los listados en la página 11.
- En caso de violación de estas reglas, cualquier pago efectuado por un tercero no será acreditado en favor de mi cuenta ni cobertura. Estos pagos no se me reembolsarán, que a su vez ocasionará la cancelación de mi cobertura por falta de pago.

**ADVERTENCIA:** EN UN JUZGADO SE SENTENCIA COMO DELITO EL HECHO DE QUE CUALQUIERA PRESENTE ALGUNA RECLAMACIÓN POR INDEMNIZACIÓN DE UNA PÓLIZA DE SEGURO CON INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O ENGAÑOSA Y, QUE A SABIENDAS, TENGA LA INTENCIÓN DE PERJUDICAR, DEFRAUDAR O ENGAÑAR A UNA COMPAÑÍA ASEGURADORA.

<sup>1</sup> Hay algunas excepciones durante Períodos especiales de inscripción. Consulte a su agente de BCBSIL o Servicio al Cliente.

# ¿Recibió los servicios de un agente?

Solicitante: \_\_\_\_\_

N.º de Seguro Social: \_\_\_\_\_

## SECCIÓN PARA LOS AGENTES (DE SER EL CASO)

Declaro lo siguiente:

- Entregué la Solicitud al (a los) Solicitante(s) para que la complete(n) o personalmente hice las preguntas y anoté las respuestas tal como se respondieron.
- Entregué material impreso para explicar los beneficios al (a los) Solicitante(s), entre ellos, información sobre los servicios sin cobertura y cualquier información especial sobre la cobertura.
- Repasé los documentos de la cobertura con el (los) Solicitante(s), entre ellos, la(s) Declaración(es) de divulgación, previa solicitud.

<b>Firma del Agente</b>	<b>Fecha</b>	<b>N.º de Agente</b>
<b>Nombre del Agente en letra de molde</b>	<b>N.º telefónico del Agente</b>	
<b>Dirección de correo electrónico del Agente</b>		

## Lea y firme

### CON SU FIRMA, ESTE DOCUMENTO SE CONVIERTE EN UN CONTRATO UNA VEZ PROCESADO POR COMPLETO

<b>Nombre Y firma del Solicitante principal</b>	<b>Fecha</b>	
<b>Nombre Y firma de uno de los Padres o del Tutor de un menor</b> (si el menor es el Solicitante principal)	<b>Fecha</b>	
<b>Información obligatoria si quien firma esta autorización es un representante personal que actúa en nombre de una persona (que no sea uno de los padres de un menor):</b>		
<b>Nombre Y firma del Representante personal</b> (ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE)	<b>Parentesco:</b>	<b>Fecha</b>
<b>¿Autoriza que otro adulto, ya sea cónyuge o derechohabiente, cuyo nombre aparezca en las páginas 3 a 7 de este documento respondan preguntas en relación con su solicitud?</b> <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		

## Presente su solicitud

### EVITE CONTRATIEMPOS EN EL PROCESAMIENTO DE SU SOLICITUD:



- Firme el documento.
- Envíe **TODAS LAS PÁGINAS, INCLUSO SI LAS DEJA EN BLANCO.**
- Si recibió los servicios de un agente de BCBSIL, proporcione su información en el espacio indicado.

**CORREO POSTAL** Blue Cross and Blue Shield of Illinois, Attn: Individual Enrollment, P.O. Box 660819, Dallas, TX 75266-0819**FAX** 800-279-7419**¿PREGUNTAS?** Comuníquese con su agente o con BCBSIL sin costo al 800-477-2000.

### Incluya toda la documentación necesaria al presentar esta Solicitud.

Adjunte la sentencia firmada que le otorga la tutela, de ser el caso. Consulte las preguntas frecuentes en relación con lo que significa ser uno de nuestros asegurados, pagos y beneficios en **discoverbcbsil.com**.

Blue Cross and Blue Shield of Illinois, a Division of Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company, an Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association



**Tener cobertura médica es importante para todos.**

Ofrecemos comunicación y servicios gratuitos para cualquier persona con impedimentos o que requiera asistencia lingüística. No discriminamos por motivos de raza, color, país de origen, sexo, identidad de género, edad, orientación sexual, problemas médicos o discapacidad.

Llámenos al 855-710-6984 para recibir asistencia lingüística o comunicación en otros formatos sin costo.

Si cree que no hemos proporcionado un servicio, o si cree que ha sido discriminado de cualquier otra manera, comuníquese con nosotros para presentar una inconformidad.

Office of Civil Rights Coordinator  
300 E. Randolph St.  
35th Floor  
Chicago, Illinois 60601

Teléfono: 855-664-7270 (correo de voz)  
TTY/TDD: 855-661-6965  
Fax: 855-661-6960  
Correo electrónico: [CivilRightsCoordinator@hcsc.net](mailto:CivilRightsCoordinator@hcsc.net)

Tiene el derecho de presentar una queja por derechos civiles en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights) por estos medios:

U.S. Dept. of Health & Human Services  
200 Independence Avenue SW  
Room 509F, HHH Building 1019  
Washington, DC 20201

Teléfono: 800-368-1019  
TTY/TDD: 800-537-7697  
Portal de quejas: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>  
Formulario de quejas: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>



If you, or someone you are helping, have questions, you have the right to get help and information in your language at no cost. To talk to an interpreter, call 855-710-6984.

Español Spanish	Si usted o alguien a quien usted está ayudando tiene preguntas, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 855-710-6984.
العربية Arabic	إن كان لديك أو لدى شخص تساعد أسئلة، فلديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون أية تكلفة. للتحدث مع مترجم فوري، اتصل على الرقم 855-710-6984.
繁體中文 Chinese	如果您，或您正在協助的對象，對此有疑問，您有權利免費以您的母語獲得幫助和訊息。洽詢一位翻譯員，請撥電話號碼 855-710-6984。
Français French	Si vous, ou quelqu'un que vous êtes en train d'aider, avez des questions, vous avez le droit d'obtenir de l'aide et l'information dans votre langue à aucun coût. Pour parler à un interprète, appelez 855-710-6984.
Deutsch German	Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen 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 855-710-6984 an.
ગુજરાતી Gujarati	જો તમને અથવા તમે મદદ કરી રહ્યા હોય એવા કોઈ બીજી વ્યક્તિને એસ.બી.એમ. કાયદાક્રમ બાબતે પ્રશ્નો હોય, તો તમને વિના ખર્ચે, તમારી ભાષામાં મદદ અને માહિતી મેળવવાનો હક્ક છે. દુભાષિયા સાથે વાત કરવા માટે આ નંબર 855-710-6984 પર કોલ કરો.
हिंदी Hindi	यदि आपके, या आप जिसको सहायता कर रहे हैं उसके, प्रश्न हैं, तो आपको अपनी भाषा में नि:शुल्क सहायता और जानकारी प्राप्त करने का अधिकार है। किसी अनुवादक से बात करने के लिए 855-710-6984 पर कॉल करें।
Italiano Italian	Se tu o qualcuno che stai aiutando avete domande, hai il diritto di ottenere aiuto e informazioni nella tua lingua gratuitamente. Per parlare con un interprete, puoi chiamare il numero 855-710-6984.
한국어 Korean	만약 귀하 또는 귀하가 돕는 사람이 질문이 있다면 귀하는 무료로 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 받을 수 있는 권리가 있습니다. 통역사가 필요하시면 855-710-6984 로 전화하십시오.
Diné Navajo	T'áá ni, éí doodago ła'da bíká anáníłwo'ígíí, na'ídíłkidgo, ts'ídá bee ná ahóótí'i' t'áá níík'e níká a'doolwoł dóó bína'ídíłkídígíí bee níł h odoonih. Ata'dahalne'ígíí bich'í' hodííłnih kwe'é 855-710-6984.
فارسی Persian	اگر شما، یا کسی که شما به او کمک می کنید، سؤالی داشته باشید، حق این را دارید که به زبان خود، به طور رایگان کمک و اطلاعات دریافت نمایید. جهت گفتگو با یک مترجم شفاهی، با شماره 855-710-6984 تماس حاصل نمایید.
Polski Polish	Jeśli Ty lub osoba, której pomagasz, macie jakiegokolwiek pytania, macie prawo do uzyskania bezpłatnej informacji i pomocy we własnym języku. Aby porozmawiać z tłumaczem, zadzwoń pod numer 855-710-6984.
Русский Russian	Если у вас или человека, которому вы помогаете, возникли вопросы, у вас есть право на бесплатную помощь и информацию, предоставленную на вашем языке. Чтобы связаться с переводчиком, позвоните по телефону 855-710-6984.
Tagalog Tagalog	Kung ikaw, o ang isang taong iyong tinutulungan ay may mga tanong, may karapatan kang makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika nang walang bayad. Upang makipag-usap sa isang tagasalin-wika, tumawag sa 855-710-6984.
اردو Urdu	اگر آپ کو، یا کسی ایسے فرد کو جس کی آپ مدد کر رہے ہیں، کوئی سوال درپیش ہے تو، آپ کو اپنی زبان میں مفت مدد اور معلومات حاصل کرنے کا حق ہے۔ مترجم سے بات کرنے کے لیے، 855-710-6984 پر کال کریں۔
Tiếng Việt Vietnamese	Nếu quý vị, hoặc người mà quý vị giúp đỡ, có câu hỏi, thì quý vị có quyền được giúp đỡ và nhận thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, gọi 855-710-6984.