



A Division of Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company

300 E. Randolph St.
Chicago, IL 60601

O llámenos al número de teléfono que aparece en el dorso de su tarjeta de asegurado.

Solicitud de coberturas como prestación laboral (grupal) o de cambios

Lea detenidamente las instrucciones en el interior antes de completar esta solicitud de cobertura/cambios.

Dearborn Life Insurance Company, 701 E 22nd St., Suite 300, Lombard, IL 60148, emite los siguientes productos: seguro de vida, seguro por discapacidad, seguro por enfermedades graves, seguro por accidentes, seguro por indemnización hospitalaria y seguro para la vista. Blue Cross and Blue Shield of Illinois es el nombre comercial de Dearborn Life Insurance Company, licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association.

INSTRUCCIONES PARA LA SOLICITUD DE COBERTURA/CAMBIOS

LEA DETENIDAMENTE ANTES DE COMPLETAR LA SOLICITUD DE COBERTURA/CAMBIOS. **USE SOLO BOLÍGRAFO DE TINTA NEGRA O AZUL. ESCRIBA CON CLARIDAD. NO USE ABREVIACIONES.**

SECCIÓN 1: MOTIVOS DE SOLICITUD	<p>Marque todas las casillas que correspondan para indicar si usted es un nuevo asegurado o si solicita un cambio en su cobertura. Indique el motivo y la fecha, si corresponde. Complete las secciones adicionales que correspondan a su selección.</p> <p>Nuevo asegurado: Complete todas las secciones que correspondan.</p> <p>Agregar derechohabiente: Complete todas las secciones que correspondan.</p> <ul style="list-style-type: none"> Si solicita cobertura para un derechohabiente discapacitado cuya edad supera el límite de edad de la cobertura de su empleador, proporcione la información adicional solicitada en la sección 5. También es posible que se solicite documentación adicional, como se especifica en esa sección. Si su empleador ofrece cobertura para sus hijos y ellos son elegibles, serán elegibles para la cobertura médica o dental hasta alcanzar el límite de edad para los derechohabientes, y dicha cobertura no podrá rechazarse por el estado civil, por la condición de estudiante ni por la situación laboral antes de los 26 años de edad (consulte a su empleador para obtener información adicional sobre los requisitos de elegibilidad). Además, en el caso del personal militar elegible, la cobertura no puede rechazarse antes de los 30 años de edad conforme a las leyes de Illinois. Si agrega a un derechohabiente elegible que es personal militar y supera el límite de edad de la cobertura de la empresa, debe completar, además de esta solicitud, el Formulario del Departamento de Defensa (DD 214). <p>Período de inscripciones: El período que se ofrece regularmente, durante el cual puede elegir solicitar cobertura de un seguro de gastos médicos de un grupo específico o realizar cambios en la cobertura vigente.</p> <p>Período especial de inscripción: Si usted es elegible, este período le permite hacer cambios a su cobertura vigente en caso de matrimonio*, divorcio**, adopción, proceso de adopción, colocación en adopción, renuncia o despido, mudanza fuera del área de servicio, etc. Este cambio puede realizarse fuera del período de inscripciones.</p> <p>Fecha de entrada en vigor de la cobertura médica: Este campo es obligatorio y debe reflejar la fecha solicitada.</p> <p>Cumplimiento de otros requisitos de elegibilidad: Marque esta casilla si su empleador tiene requisitos de elegibilidad que usted ha satisfecho o cumplido antes de presentar la solicitud, como un período de medición o de orientación.</p> <p>Eliminar asegurado, eliminar derechohabiente o cancelar la cobertura: Complete las secciones 1, 2, 4 (omite la sección 4 si rechaza la cobertura), 8 y 9. En la sección 4, incluya el nombre, el número de Seguro Social y la fecha de nacimiento de las personas a las que les cancelará la cobertura.</p>
SECCIÓN 2: SU INFORMACIÓN	Complete esta sección con sus datos personales incluso si rechaza la cobertura.
SECCIÓN 3: SU COBERTURA	<p>Complete todos los campos relacionados con las opciones de cobertura en las que desea inscribirse. Incluya el número de identificación de siete caracteres de la cobertura para los beneficios que haya seleccionado (por ejemplo: S533PPO) en el campo de n.º de cobertura. Si no conoce el tamaño de su grupo o el número de identificación de la cobertura, solicite orientación de su empleador.</p> <p>Si solicita un seguro de vida o por discapacidad, ingrese la información requerida. Cuando incluya a los beneficiarios, proporcione sus nombres y apellidos, y la relación que tienen con usted. Incluya a todos los beneficiarios que correspondan.</p>
SECCIÓN 4: OPCIONES DE COBERTURA	<p>Complete todas las áreas que correspondan a usted y a cada derechohabiente.</p> <p>Solo para coberturas HMO:</p> <ul style="list-style-type: none"> Aquellos que solicitan cobertura HMO deben seleccionar un médico/profesional de atención médica primaria (PCP, en inglés) para cada asegurado. Incluya el nombre del médico o profesional y el número del profesional que encontrará en el directorio de prestadores de servicios médicos o en el directorio en línea Provider Finder®, en español.bcsil.com. Asegúrese de marcar la casilla adecuada si es paciente nuevo. Si seleccionó la cobertura HMO, debe seleccionar un grupo médico o Asociación de Médicos Independientes (IPA, en inglés) y un PCP para cada persona que estará incluida en la cobertura. También debe seleccionar un PCP dentro del grupo médico/IPA seleccionado para cada persona que recibirá cobertura. Puede elegir un grupo médico/IPA diferente para cada persona. Es posible que la atención de un profesional médico principal para la mujer (WPHCP, en inglés) sea elegible para la cobertura sin un referido de su PCP. Sin embargo, para que cada persona sea elegible para recibir cobertura, el PCP y el WPHCP deben estar afiliados a su grupo médico o IPA o ser empleados de este. Hasta que no recibamos su grupo médico/IPA seleccionado, es posible que usted no sea elegible y rechacemos sus reclamaciones. Asegúrese de ingresar el nombre y el número del grupo médico/IPA, y el nombre y número de su PCP. Si agrega a un derechohabiente elegible que es personal militar y supera el límite de edad de la cobertura de la empresa, debe completar, además de esta solicitud, el Formulario del Departamento de Defensa (DD 214). <p>Cambiar de PCP o profesional médico: En la sección 1, marque la casilla "Otros cambios" y, luego, complete las secciones 2, 3, 4 y 9. En la sección 4, incluya el nombre, el número de Seguro Social y la fecha de nacimiento del asegurado o derechohabiente, y el nombre y el número del nuevo PCP y de la nueva IPA.</p> <p>Cambiar dirección o nombre: En la sección 1, marque la casilla "Otros cambios" y, luego, complete las secciones 2 y 9.</p>
SECCIÓN 5: DERECHOHABIENTES CON DISCAPACIDAD	Los derechohabientes discapacitados deben contar con una certificación médica de discapacidad y dependencia de usted o de su cónyuge*** o pareja en unión libre para incluirlos en la cobertura en el caso de que la cobertura de la empresa ofrezca este tipo de beneficio. Los derechohabientes discapacitados deben tener cobertura antes de cumplir los 26 años para poder recibir cobertura una vez que superen el límite de edad para hijos derechohabientes de la cobertura de la empresa. Si corresponde, junto con esta solicitud de cobertura, deberá completar y presentar la Certificación de discapacidad del derechohabiente y el Certificado de derechohabiente discapacitado emitido por el médico.
SECCIÓN 6: OTRAS COBERTURAS	Complete esta sección si usted o alguno de sus derechohabientes tiene otra cobertura médica o dental como prestación laboral o para particulares (si corresponde) que no se cancelará cuando entre en vigor la cobertura solicitada por este medio.
SECCIÓN 7: COBERTURA MEDICARE	Complete esta sección si usted o alguno de sus derechohabientes tienen cobertura Medicare. Ingrese las fechas correspondientes de inicio y finalización de la cobertura. Debe indicar el Número de Medicare (puede encontrarlo en la tarjeta de asegurado de Medicare). Marque el motivo por el cual solicita la cobertura Medicare.
SECCIÓN 8: RENUNCIA A LA COBERTURA	<p>Complete esta sección si renuncia a la cobertura médica para usted y sus derechohabientes. Toda persona que, por cualquier razón, renuncie a la cobertura debe completar la Sección 8; no solo quienes renuncian porque tienen otra cobertura.</p> <p>AVISO IMPORTANTE: Si renuncia a su propia cobertura médica o a la de sus derechohabientes (incluido su cónyuge) porque tienen otra cobertura médica, es posible que, en el futuro, pueda solicitar cobertura para usted o sus derechohabientes si presenta su solicitud dentro de los 31 días posteriores a la finalización de su otra cobertura. Además, si tiene un nuevo derechohabiente como consecuencia de matrimonio, formación de una unión libre, nacimiento, adopción, demanda de adopción en la cual usted es una de las partes, colocación en adopción o custodia en su hogar de un menor en custodia, es posible que pueda solicitar la cobertura para usted y sus derechohabientes si presenta su solicitud dentro de los 31 días posteriores a cualquiera de estos acontecimientos.</p>
SECCIÓN 9: CONDICIONES DE COBERTURA	FIRME CON SU NOMBRE Y ESCRIBA LA FECHA EN LA SOLICITUD DE COBERTURA MÉDICA SI ESTÁ DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES QUE SE ESTABLECEN EN ESTA SECCIÓN. DEBE PRESENTAR LA SOLICITUD DE COBERTURA MÉDICA AL DEPARTAMENTO DE SU EMPLEADOR DESIGNADO COMO <i>ENROLLMENT DEPARTMENT</i> , EL CUAL ENVIARÁ POSTERIORMENTE SU FORMULARIO A BCBSIL.

SIGNIFICADO DE CIERTOS TÉRMINOS EN ESTA SOLICITUD (A MENOS QUE SE INDIQUE LO CONTRARIO): ES POSIBLE QUE ESTOS TÉRMINOS SE USEN CON UN SIGNIFICADO DIFERENTE EN OTROS DOCUMENTOS.

* EL TÉRMINO "MATRIMONIO" ABARCA EL MATRIMONIO LEGAL Y EL ESTABLECIMIENTO DE UNA PAREJA EN UNIÓN CIVIL O UNIÓN LIBRE (LA COBERTURA ESTÁ SUJETA A LA COBERTURA SU EMPLEADOR).

** EL TÉRMINO "DIVORCIO" INCLUYE EL DIVORCIO LEGAL Y LA DISOLUCIÓN EQUIVALENTE DE UNA PAREJA EN UNIÓN CIVIL O UNIÓN LIBRE (LA COBERTURA ESTÁ SUJETA A LA COBERTURA SU EMPLEADOR).

*** EL TÉRMINO "CÓNYUGE" HACE REFERENCIA AL CÓNYUGE LEGAL O A UNA DE LAS PARTES DE UNA PAREJA EN UNIÓN CIVIL O UNIÓN LIBRE (LA COBERTURA ESTÁ SUJETA A LA COBERTURA SU EMPLEADOR).

LAS MODIFICACIONES A LAS LEYES O REGLAMENTACIONES FEDERALES O ESTATALES, O SUS INTERPRETACIONES, PUEDEN MODIFICAR LOS TÉRMINOS Y LAS CONDICIONES DE COBERTURA.

SI ACTUALMENTE ES UNO DE NUESTROS ASEGURADOS Y TIENE PREGUNTAS, PUEDE LLAMAR AL NÚMERO DE SERVICIO AL CLIENTE QUE APARECE EN SU TARJETA DE ASEGURADO.

N.º DE GRUPO	N.º DE SECCIÓN	N.º DE SEGURO SOCIAL	N.º DE CUENTA	CATEGORÍA
--------------	----------------	----------------------	---------------	-----------

SECCIÓN 1: MOTIVOS DE SOLICITUD **MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN. SI DESEA RENUNCIAR A LA COBERTURA, COMPLETE SOLO LAS SECCIONES 2, 8 Y 9.**

<input type="checkbox"/> NUEVO ASEGURADO <input type="checkbox"/> AGREGAR DERECHOHABIENTE <input type="checkbox"/> PERÍODO DE INSCRIPCIONES <input type="checkbox"/> OTROS CAMBIOS ¿ESTÁ SOLICITANDO COBERTURA COMO RESULTADO DE UN MOTIVO ESPECIAL QUE LO HACE ELEGIBLE? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ, FECHA DEL MOTIVO: MOTIVO: <input type="checkbox"/> NUEVA CONTRATACIÓN <input type="checkbox"/> MATRIMONIO* <input type="checkbox"/> NACIMIENTO <input type="checkbox"/> ADOPCIÓN, COLOCACIÓN EN ADOPCIÓN O PROCESO DE ADOPCIÓN (PROPORCIONE LOS DOCUMENTOS LEGALES) <input type="checkbox"/> SENTENCIA JUDICIAL (PROPORCIONE EL DECRETO O LA SENTENCIA JUDICIAL) <input type="checkbox"/> PÉRDIDA DE OTRA COBERTURA <input type="checkbox"/> OTRO (EXPLIQUE): FECHA DE ENTRADA EN VIGOR DE LA COBERTURA MÉDICA: <input type="checkbox"/> CUMPLIMIENTO DE OTROS REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD	<input type="checkbox"/> CANCELAR LA COBERTURA DE UN ASEGURADO <input type="checkbox"/> CANCELAR LA COBERTURA DE UN DERECHOHABIENTE CANCELAR COBERTURA: <input type="checkbox"/> MÉDICA <input type="checkbox"/> DENTAL <input type="checkbox"/> SEGURO DE VIDA POR UN PLAZO <input type="checkbox"/> SEGURO DE VIDA PARA DERECHOHABIENTES <input type="checkbox"/> SEGURO DE VIDA COMPLEMENTARIO <input type="checkbox"/> SEGURO INDEPENDIENTE PARA LA VISTA <input type="checkbox"/> POR DISCAPACIDAD A CORTO PLAZO <input type="checkbox"/> POR DISCAPACIDAD A LARGO PLAZO <input type="checkbox"/> POR ENFERMEDAD GRAVE <input type="checkbox"/> POR ACCIDENTES <input type="checkbox"/> POR INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA INDIQUE LOS NOMBRES DE LAS PERSONAS QUE CANCELAN COBERTURA EN LA SECCIÓN 4 A CONTINUACIÓN SUCESO: <input type="checkbox"/> DIVORCIO** <input type="checkbox"/> FALLECIMIENTO <input type="checkbox"/> TERMINACIÓN DEL EMPLEO <input type="checkbox"/> OTRO INDIQUE LA FECHA DEL ACONTECIMIENTO:
--	---

SECCIÓN 2: INFORMACIÓN PERSONAL **DEBE COMPLETAR ESTA SECCIÓN INCLUSO SI RENUNCIA A LA COBERTURA.**

APELLIDO	NOMBRE	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE (OPCIONAL)	SUFIJO	FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)	N.º DE SEGURO SOCIAL:
DIRECCIÓN POSTAL, CALLE, N.º DE APTO.		CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL
CORREO ELECTRÓNICO		<input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER		N.º DE TELÉFONO PARTICULAR/CELULAR	IDIOMA PRINCIPAL
NOMBRE DE LA EMPRESA	CARGO	N.º DE TELÉFONO EN EL TRABAJO		FECHA DE CONTRATACIÓN (MM/DD/AAAA)	¿CUÁNTAS HORAS, EN PROMEDIO, TRABAJA POR SEMANA? (CAMPO OBLIGATORIO)
CONDICIÓN DE ELEGIBILIDAD: <input type="checkbox"/> EMPLEADO ACTIVO <input type="checkbox"/> EMPLEADO JUBILADO - FECHA DE JUBILACIÓN:			FECHA DE FINALIZACIÓN PREVISTA		
<input type="checkbox"/> FECHA DE INICIO DE LA COBERTURA COBRA			FECHA DE FINALIZACIÓN PREVISTA		
<input type="checkbox"/> CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA DE ILLINOIS (SOLO PARA COBERTURA ASEGURADA) FECHA DE INICIO			FECHA DE FINALIZACIÓN PREVISTA		

SECCIÓN 3: SELECCIONE SU COBERTURA **MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA.**

COBERTURAS MÉDICAS COMO PRESTACIÓN LABORAL PARA PEQUEÑAS EMPRESAS (DE ENTRE 1 Y 50 EMPLEADOS)

COBERTURAS CONFORME A LA LEY DE CUIDADO DE SALUD A BAJO PRECIO <input type="checkbox"/> PPO <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/> BLUE CHOICE PREFERRED PPO SM <input type="checkbox"/> BLUE OPTIONS SM <input type="checkbox"/> BLUE PRECISION HMO SM <input type="checkbox"/> BLUECARE DIRECT SM N.º DE COBERTURA (CAMPO OBLIGATORIO)	COBERTURAS CON DERECHOS ADQUIRIDOS (GRANDFATHERED) O DE TRANSICIÓN (GRANDMOTHERED) <input type="checkbox"/> BLUE ADVANTAGE ENTREPRENEUR PPO SM <input type="checkbox"/> BLUE EDGE HCA DIRECT SM <input type="checkbox"/> COMMUNITY PARTICIPATION ORGANIZATION (CPO) <input type="checkbox"/> BLUE CHOICE SELECT PPO SM <input type="checkbox"/> PPO VALUE CHOICE <input type="checkbox"/> CPO VALUE CHOICE <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/> BLUE EDGE SELECT HSA SM <input type="checkbox"/> BLUE ADVANTAGE HMO SM <input type="checkbox"/> N.º DE COBERTURA <input type="checkbox"/> BLUE EDGE HSA SM <input type="checkbox"/> BLUE ADVANTAGE HMO VALUE CHOICE SM (CAMPO OBLIGATORIO)
--	--

COBERTURAS ESTÁNDAR PARA MEDIANAS Y GRANDES EMPRESAS (A PARTIR DE 51 EMPLEADOS) **COBERTURA BCBSIL O HMO ANTERIOR**

<input type="checkbox"/> PPO <input type="checkbox"/> BLUE CHOICE OPTIONS SM <input type="checkbox"/> BLUE EDGE SELECT HSA SM	<input type="checkbox"/> BLUE ADVANTAGE HMO SM <input type="checkbox"/> BLUE CHOICE SELECT PPO SM <input type="checkbox"/> N.º DE COBERTURA (CAMPO OBLIGATORIO)	<input type="checkbox"/> BLUE ADVANTAGE HMO VALUE CHOICE SM <input type="checkbox"/> BLUE EDGE HSA SM <input type="checkbox"/> OTRA	N.º DE GRUPO: N.º DE SECCIÓN: N.º DE ASEGURADO:
---	---	---	---

COBERTURAS PERSONALIZADAS PARA GRANDES EMPRESAS (A PARTIR DE 151 EMPLEADOS)

<input type="checkbox"/> TRADITIONAL <input type="checkbox"/> PPO <input type="checkbox"/> CPO <input type="checkbox"/> CPO VALUE CHOICE <input type="checkbox"/> HMO ILLINOIS®	<input type="checkbox"/> HMO ILLINOIS® CON HCA <input type="checkbox"/> BLUE ADVANTAGE HMO SM <input type="checkbox"/> BLUE ADVANTAGE HMO SM CON HCA <input type="checkbox"/> BLUE CHOICE OPTIONS SM <input type="checkbox"/> BLUE CHOICE SELECT PPO SM	<input type="checkbox"/> BLUE EDGE HCA SM <input type="checkbox"/> BLUE EDGE HSA SM <input type="checkbox"/> BLUE EDGE HCA DIRECT SM <input type="checkbox"/> BLUE EDGE SELECT HCA SM <input type="checkbox"/> SEGURO SUPLEMENTARIO DE MEDICARE	<input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/> BLUE EDGE SELECT HSA SM <input type="checkbox"/> BLUE EDGE SELECT HCA DIRECT SM <input type="checkbox"/> SERVICIOS PARA LA VISTA <input type="checkbox"/> SERVICIOS PARA LA AUDICIÓN
---	---	---	---

SERVICIOS DENTALES

<input type="checkbox"/> BLUECARE DENTAL PPO SM <input type="checkbox"/> BLUECARE DENTAL HMO SM <input type="checkbox"/> N.º DEL GRUPO DE DENTISTAS (SI ES DIFERENTE DEL N.º DE PÓLIZA DEL GRUPO MÉDICO)	<input type="checkbox"/> EMPLEADO Y PAREJA EN UNIÓN CIVIL O UNIÓN LIBRE <input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER	<input type="checkbox"/> INDIVIDUAL/EMPLEADO <input type="checkbox"/> EMPLEADO/HIJOS <input type="checkbox"/> EMPLEADO/CÓNYUGE <input type="checkbox"/> FAMILIA
--	---	--

COBERTURAS COMO PRESTACIÓN LABORAL: SEGURO DE VIDA POR UN PLAZO, SEGURO POR MUERTE Y PÉRDIDA DE EXTREMIDADES POR ACCIDENTE (AD&D, EN INGLÉS), SEGURO POR DISCAPACIDAD, SEGURO POR ACCIDENTES, SEGURO POR ENFERMEDADES GRAVES, SEGURO POR INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA Y SEGURO INDEPENDIENTE PARA LA VISTA

<input type="checkbox"/> NO SOLICITO NINGUNA DE ESTAS COBERTURAS COMO PRESTACIÓN LABORAL: SEGURO DE VIDA POR UN PLAZO, SEGURO POR MUERTE Y PÉRDIDA DE EXTREMIDADES POR ACCIDENTE (AD&D, EN INGLÉS), SEGURO POR DISCAPACIDAD, SEGURO POR ACCIDENTES, SEGURO POR ENFERMEDADES GRAVES, SEGURO POR INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA Y SEGURO INDEPENDIENTE PARA LA VISTA. PUESTO/CARGO DEL EMPLEADO: SALARIO \$ POR <input type="checkbox"/> HORA <input type="checkbox"/> SEMANA <input type="checkbox"/> MES <input type="checkbox"/> AÑO					
COBERTURA GRUPAL: SEGURO BÁSICO DE VIDA TEMPORAL Y POR MUERTE Y PÉRDIDA DE EXTREMIDADES POR ACCIDENTE (AD&D) <input type="checkbox"/> NO SOLICITO COBERTURA <input type="checkbox"/> SOLICITO COBERTURA MONTO \$					
COBERTURA COMO PRESTACIÓN LABORAL: SEGURO DE VIDA PARA DERECHOHABIENTES		<input type="checkbox"/> NO SOLICITO COBERTURA <input type="checkbox"/> SOLICITO COBERTURA			
COBERTURA COMO PRESTACIÓN LABORAL: SEGURO DE VIDA COMPLEMENTARIO		<input type="checkbox"/> NO SOLICITO COBERTURA <input type="checkbox"/> SOLICITO COBERTURA			
MONTO PARA EL EMPLEADO: \$		MONTO PARA EL CÓNYUGE: \$		MONTO PARA EL NIÑO: \$	
SEGURO POR DISCAPACIDAD A CORTO PLAZO		<input type="checkbox"/> NO SOLICITO COBERTURA <input type="checkbox"/> SOLICITO COBERTURA		SEGURO POR DISCAPACIDAD A LARGO PLAZO	
<input type="checkbox"/> NO SOLICITO COBERTURA <input type="checkbox"/> SOLICITO COBERTURA		<input type="checkbox"/> NO SOLICITO COBERTURA <input type="checkbox"/> SOLICITO COBERTURA			
SEGURO POR ENFERMEDAD GRAVE		<input type="checkbox"/> NO SOLICITO COBERTURA <input type="checkbox"/> SOLICITO COBERTURA			
MONTO PARA EL EMPLEADO: \$		MONTO PARA EL CÓNYUGE: \$		MONTO PARA EL NIÑO: \$	
SEGURO POR ACCIDENTE		<input type="checkbox"/> NO SOLICITO COBERTURA <input type="checkbox"/> SOLICITO COBERTURA		<input type="checkbox"/> INDIVIDUAL/EMPLEADO <input type="checkbox"/> EMPLEADO/CÓNYUGE <input type="checkbox"/> EMPLEADO/HIJO <input type="checkbox"/> FAMILIA	
SEGURO DE INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA		<input type="checkbox"/> NO SOLICITO COBERTURA <input type="checkbox"/> SOLICITO COBERTURA		<input type="checkbox"/> INDIVIDUAL/EMPLEADO <input type="checkbox"/> EMPLEADO/CÓNYUGE <input type="checkbox"/> EMPLEADO/HIJO <input type="checkbox"/> FAMILIA	
SEGURO DE LA VISTA INDEPENDIENTE		<input type="checkbox"/> NO SOLICITO COBERTURA <input type="checkbox"/> SOLICITO COBERTURA		<input type="checkbox"/> INDIVIDUAL/EMPLEADO <input type="checkbox"/> EMPLEADO/CÓNYUGE <input type="checkbox"/> EMPLEADO/HIJO <input type="checkbox"/> FAMILIA	
BENEFICIARIO PRINCIPAL	NOMBRE	INICIAL APELLIDO	PARENTESCO	FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)	N.º DE SEGURO SOCIAL:
BENEFICIARIO SECUNDARIO	NOMBRE	INICIAL APELLIDO	PARENTESCO	FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)	N.º DE SEGURO SOCIAL:

APPELLIDO	N.º DE SEGURO SOCIAL	N.º DE GRUPO
-----------	----------------------	--------------

SECCIÓN 4: OPCIONES DE COBERTURA **COMPLETE TODAS LAS ÁREAS QUE CORRESPONDAN** (SI AGREGA A UN DERECHOHABIENTE ELEGIBLE QUE ES PERSONAL MILITAR Y SUPERA EL LÍMITE DE EDAD DE LA COBERTURA DE LA EMPRESA, DEBE COMPLETAR, ADEMÁS DE ESTA SOLICITUD, EL FORMULARIO 214 DEL DEPARTAMENTO DE DEFENSA, DD 214).

NOMBRE DEL EMPLEADO O ASEGURADO		NOMBRE DEL PCP		NOMBRE DE LA IPA	
		N.º DE PCP		N.º DE IPA	
NOMBRE DEL WPHCP		¿ES PACIENTE NUEVO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		NOMBRE DEL GINECÓLOGO-OBSTETRA DE LA COBERTURA HMO (OPCIONAL)	
N.º DE WPHCP				N.º DE GINECÓLOGO-OBSTETRA DE LA COBERTURA HMO	
NOMBRE DEL DERECHOHABIENTE <input type="checkbox"/> ESPOSO <input type="checkbox"/> ESPOSA <input type="checkbox"/> PAREJA EN UNIÓN LIBRE <input type="checkbox"/> PAREJA EN UNIÓN CIVIL			NOMBRE DEL PCP DEL DERECHOHABIENTE		N.º DE PCP
					¿ES PACIENTE NUEVO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
NOMBRE DE LA IPA N.º DE IPA		NOMBRE DEL WPHCP		NOMBRE DEL GINECÓLOGO-OBSTETRA DE LA COBERTURA HMO (OPCIONAL)	
		N.º DE WPHCP		N.º DEL GINECÓLOGO-OBSTETRA DE LA COBERTURA HMO	
N.º DE SEGURO SOCIAL DEL DERECHOHABIENTE		FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)		DIRECCIÓN (SI ES DIFERENTE): CALLE/CIUDAD/ESTADO/CÓDIGO POSTAL	
NOMBRE DEL DERECHOHABIENTE <input type="checkbox"/> HIJO <input type="checkbox"/> HIJA <input type="checkbox"/> OTRO DERECHOHABIENTE ELEGIBLE			NOMBRE DEL PCP DEL DERECHOHABIENTE		N.º DE PCP
					¿ES PACIENTE NUEVO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)		DIRECCIÓN (SI ES DIFERENTE): CALLE/CIUDAD/ESTADO/CÓDIGO POSTAL		¿ESTE DERECHOHABIENTE ES UN HIJO DE SANGRE, HIJASTRO, MENOR BAJO TUTELA TEMPORAL, HIJO ADOPTIVO O MENOR EN PROCESO DE ADOPCIÓN? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	SI NO ES UN HIJO DE SANGRE, HIJASTRO, MENOR BAJO CUSTODIA TEMPORAL, HIJO ADOPTIVO O MENOR EN PROCESO DE ADOPCIÓN, ¿USTED (O SU CÓNYUGE) ES RESPONSABLE DE ESTE DERECHOHABIENTE? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
N.º DE SEGURO SOCIAL DEL DERECHOHABIENTE		NOMBRE DE LA IPA		NOMBRE DEL GINECÓLOGO-OBSTETRA DE LA COBERTURA HMO (OPCIONAL)	
		N.º DE IPA		N.º DEL GINECÓLOGO-OBSTETRA DE LA COBERTURA HMO	
NOMBRE DEL DERECHOHABIENTE <input type="checkbox"/> HIJO <input type="checkbox"/> HIJA <input type="checkbox"/> OTRO DERECHOHABIENTE ELEGIBLE			NOMBRE DEL PCP DEL DERECHOHABIENTE		N.º DE PCP
					¿ES PACIENTE NUEVO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)		DIRECCIÓN (SI ES DIFERENTE): CALLE/CIUDAD/ESTADO/CÓDIGO POSTAL		¿ESTE DERECHOHABIENTE ES UN HIJO DE SANGRE, HIJASTRO, MENOR BAJO TUTELA TEMPORAL, HIJO ADOPTIVO O MENOR EN PROCESO DE ADOPCIÓN? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	SI NO ES UN HIJO DE SANGRE, HIJASTRO, MENOR BAJO CUSTODIA TEMPORAL, HIJO ADOPTIVO O MENOR EN PROCESO DE ADOPCIÓN, ¿USTED (O SU CÓNYUGE) ES RESPONSABLE DE ESTE DERECHOHABIENTE? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
N.º DE SEGURO SOCIAL DEL DERECHOHABIENTE		NOMBRE DE LA IPA		NOMBRE DEL GINECÓLOGO-OBSTETRA DE LA COBERTURA HMO (OPCIONAL)	
		N.º DE IPA		N.º DEL GINECÓLOGO-OBSTETRA DE LA COBERTURA HMO	
NOMBRE DEL DERECHOHABIENTE <input type="checkbox"/> HIJO <input type="checkbox"/> HIJA <input type="checkbox"/> OTRO DERECHOHABIENTE ELEGIBLE			NOMBRE DEL PCP DEL DERECHOHABIENTE		N.º DE PCP
					¿ES PACIENTE NUEVO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)		DIRECCIÓN (SI ES DIFERENTE): CALLE/CIUDAD/ESTADO/CÓDIGO POSTAL		¿ESTE DERECHOHABIENTE ES UN HIJO DE SANGRE, HIJASTRO, MENOR BAJO TUTELA TEMPORAL, HIJO ADOPTIVO O MENOR EN PROCESO DE ADOPCIÓN? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	SI NO ES UN HIJO DE SANGRE, HIJASTRO, MENOR BAJO CUSTODIA TEMPORAL, HIJO ADOPTIVO O MENOR EN PROCESO DE ADOPCIÓN, ¿USTED (O SU CÓNYUGE) ES RESPONSABLE DE ESTE DERECHOHABIENTE? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
N.º DE SEGURO SOCIAL DEL DERECHOHABIENTE		NOMBRE DE LA IPA		NOMBRE DEL GINECÓLOGO-OBSTETRA DE LA COBERTURA HMO (OPCIONAL)	
		N.º DE IPA		N.º DEL GINECÓLOGO-OBSTETRA DE LA COBERTURA HMO	
NOMBRE DEL DERECHOHABIENTE <input type="checkbox"/> HIJO <input type="checkbox"/> HIJA <input type="checkbox"/> OTRO DERECHOHABIENTE ELEGIBLE			NOMBRE DEL PCP DEL DERECHOHABIENTE		N.º DE PCP
					¿ES PACIENTE NUEVO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)		DIRECCIÓN (SI ES DIFERENTE): CALLE/CIUDAD/ESTADO/CÓDIGO POSTAL		¿ESTE DERECHOHABIENTE ES UN HIJO DE SANGRE, HIJASTRO, MENOR BAJO TUTELA TEMPORAL, HIJO ADOPTIVO O MENOR EN PROCESO DE ADOPCIÓN? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	SI NO ES UN HIJO DE SANGRE, HIJASTRO, MENOR BAJO CUSTODIA TEMPORAL, HIJO ADOPTIVO O MENOR EN PROCESO DE ADOPCIÓN, ¿USTED (O SU CÓNYUGE) ES RESPONSABLE DE ESTE DERECHOHABIENTE? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
N.º DE SEGURO SOCIAL DEL DERECHOHABIENTE		NOMBRE DE LA IPA		NOMBRE DEL GINECÓLOGO-OBSTETRA DE LA COBERTURA HMO (OPCIONAL)	
		N.º DE IPA		N.º DEL GINECÓLOGO-OBSTETRA DE LA COBERTURA HMO	

SECCIÓN 5: DERECHOHABIENTES DISCAPACITADOS **COMPLETE LA SIGUIENTE SECCIÓN, SI CORRESPONDE.**

NOMBRE DEL DERECHOHABIENTE DISCAPACITADO	TIPO DE DISCAPACIDAD
NOMBRE DEL DERECHOHABIENTE DISCAPACITADO	TIPO DE DISCAPACIDAD

SI LA EDAD DE UN HIJO DISCAPACITADO SUPERA EL LÍMITE DE EDAD PARA DERECHOHABIENTES DE LA COBERTURA DE LA EMPRESA, COMPLETE Y ADJUNTE LA CERTIFICACIÓN DE HIJO DERECHOHABIENTE CON DISCAPACIDAD Y EL CERTIFICADO DE DERECHOHABIENTE DISCAPACITADO EMITIDO POR EL MÉDICO.

SECCIÓN 6: INFORMACIÓN DE OTRAS COBERTURAS **COMPLETE LA SIGUIENTE SECCIÓN, SI CORRESPONDE.**

COMPLETE ESTA SECCIÓN SOLO SI USTED O ALGUNO DE SUS DERECHOHABIENTES TIENEN OTRA COBERTURA MÉDICA O DENTAL QUE NO SE CANCELARÁ CUANDO ENTRE EN VIGOR LA COBERTURA AQUÍ SOLICITADA. **INCLUYA LOS NOMBRES DE TODAS LAS PERSONAS CON COBERTURA:**

COBERTURA GRUPAL COMO PRESTACIÓN LABORAL <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	COBERTURA PARA PARTICULARES <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA OTRA COMPAÑÍA DE SEGUROS	FECHA DE ENTRADA EN VIGOR (MM/DD/AAAA)	TIPO DE PÓLIZA <input type="checkbox"/> SOLO EMPLEADO <input type="checkbox"/> EMPLEADO/CÓNYUGE <input type="checkbox"/> EMPLEADO/HIJO(S) <input type="checkbox"/> FAMILIA
NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA		FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)	<input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER	PARENTESCO CON EL SOLICITANTE <input type="checkbox"/> SOLICITANTE <input type="checkbox"/> CÓNYUGE <input type="checkbox"/> DERECHOHABIENTE
EMPRESA	FECHA DE CONTRATACIÓN (MM/DD/AAAA)	N.º DE GRUPO MÉDICO	N.º MÉDICO	N.º DEL GRUPO DE DENTISTAS
				N.º DENTAL

SECCIÓN 7: INFORMACIÓN DE COBERTURA MEDICARE **COMPLETE LA SIGUIENTE SECCIÓN, SI CORRESPONDE.**

BENEFICIARIO:	PARTE A DE MEDICARE (HOSPITAL) FECHA DE ENTRADA EN VIGOR:	FECHA DE FINALIZACIÓN:	N.º DE HIC DE MEDICARE (DE LA TARJETA DE MEDICARE)
	PARTE B DE MEDICARE (MÉDICA) FECHA DE ENTRADA EN VIGOR:	FECHA DE FINALIZACIÓN:	
	PARTE D DE MEDICARE (MEDICAMENTOS) FECHA DE ENTRADA EN VIGOR:	FECHA DE FINALIZACIÓN:	
	PARTE D DE MEDICARE (MEDICAMENTOS) COMPAÑÍA DE SEGUROS:		
INDIQUE EL MOTIVO DE ELEGIBILIDAD PARA MEDICARE: <input type="checkbox"/> EDAD AUTORIZADA <input type="checkbox"/> DISCAPACIDAD AUTORIZADA <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD RENAL EN ETAPA TERMINAL <input type="checkbox"/> DISCAPACIDAD Y ENFERMEDAD RENAL			
BENEFICIARIO:	PARTE A DE MEDICARE (HOSPITAL) FECHA DE ENTRADA EN VIGOR:	FECHA DE FINALIZACIÓN:	N.º DE HIC DE MEDICARE (DE LA TARJETA DE MEDICARE)
	PARTE B DE MEDICARE (MÉDICA) FECHA DE ENTRADA EN VIGOR:	FECHA DE FINALIZACIÓN:	
	PARTE D DE MEDICARE (MEDICAMENTOS) FECHA DE ENTRADA EN VIGOR:	FECHA DE FINALIZACIÓN:	
	PARTE D DE MEDICARE (MEDICAMENTOS) COMPAÑÍA DE SEGUROS:		
INDIQUE EL MOTIVO DE ELEGIBILIDAD PARA MEDICARE: <input type="checkbox"/> EDAD AUTORIZADA <input type="checkbox"/> DISCAPACIDAD AUTORIZADA <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD RENAL EN ETAPA TERMINAL <input type="checkbox"/> DISCAPACIDAD Y ENFERMEDAD RENAL			

APELLIDO	N.º DE SEGURO SOCIAL	N.º DE GRUPO
----------	----------------------	--------------

SECCIÓN 8: RENUNCIA A LA COBERTURA	COMPLETE SI RENUNCIA A LA COBERTURA.
---	---

ACEPTO QUE SE ME HA EXPLICADO LA COBERTURA QUE TENGO A MI DISPOSICIÓN. HE TENIDO LA POSIBILIDAD DE SOLICITAR LA COBERTURA QUE SE OFRECE PARA MÍ Y MIS DERECHOHABIENTES ELEGIBLES, PERO HE DECIDIDO VOLUNTARIAMENTE RENUNCIAR A LA COBERTURA, COMO SE INDICA A CONTINUACIÓN. SI DECIDO SOLICITAR LA COBERTURA EN OTRO MOMENTO, ENTIENDO QUE LA FECHA DE ENTRADA EN VIGOR DE LA COBERTURA SE PUEDE RETRASAR.

NOMBRE <input type="checkbox"/> EMPLEADO	RAZÓN DE LA RENUNCIA A LA COBERTURA MÉDICA: <input type="checkbox"/> OTRA COBERTURA MÉDICA COMO PRESTACIÓN LABORAL; COMPAÑÍA DE SEGUROS: <input type="checkbox"/> MEDICARE <input type="checkbox"/> MEDICAID <input type="checkbox"/> OTRA COBERTURA MÉDICA PARA PARTICULARES; COMPAÑÍA DE SEGUROS: <input type="checkbox"/> OTRA (EXPLIQUE) <input type="checkbox"/> NO ESTOY ASEGURADO CON NINGÚN SEGURO DE GASTOS MÉDICOS, PERO NO DESEO CONTRATAR ESTA COBERTURA.
NOMBRE <input type="checkbox"/> EMPLEADO	RAZÓN DE LA RENUNCIA A LA COBERTURA DENTAL: <input type="checkbox"/> OTRA COBERTURA DENTAL COMO PRESTACIÓN LABORAL <input type="checkbox"/> MEDICAID <input type="checkbox"/> COBERTURA DENTAL PARA PARTICULARES <input type="checkbox"/> OTRA (EXPLIQUE) <input type="checkbox"/> NO ESTOY ASEGURADO CON NINGUNA COBERTURA DENTAL, PERO NO DESEO CONTRATAR ESTA COBERTURA.
NOMBRE <input type="checkbox"/> CÓNYUGE	RAZÓN DE LA RENUNCIA: <input type="checkbox"/> OTRA COBERTURA MÉDICA COMO PRESTACIÓN LABORAL <input type="checkbox"/> MEDICAID <input type="checkbox"/> OTRA COBERTURA MÉDICA PARA PARTICULARES <input type="checkbox"/> OTRA (EXPLIQUE): <input type="checkbox"/> NO ESTOY ASEGURADO CON NINGÚN SEGURO DE GASTOS MÉDICOS, PERO NO DESEO CONTRATAR ESTA COBERTURA.
NOMBRE <input type="checkbox"/> DERECHOHABIENTE	RAZÓN DE LA RENUNCIA: <input type="checkbox"/> OTRA COBERTURA MÉDICA COMO PRESTACIÓN LABORAL <input type="checkbox"/> MEDICAID <input type="checkbox"/> OTRA COBERTURA MÉDICA PARA PARTICULARES <input type="checkbox"/> OTRA (EXPLIQUE): <input type="checkbox"/> NO ESTOY ASEGURADO CON NINGÚN SEGURO DE GASTOS MÉDICOS, PERO NO DESEO CONTRATAR ESTA COBERTURA.
NOMBRE <input type="checkbox"/> DERECHOHABIENTE	RAZÓN DE LA RENUNCIA: <input type="checkbox"/> OTRA COBERTURA MÉDICA COMO PRESTACIÓN LABORAL <input type="checkbox"/> MEDICAID <input type="checkbox"/> OTRA COBERTURA MÉDICA PARA PARTICULARES <input type="checkbox"/> OTRA (EXPLIQUE): <input type="checkbox"/> NO ESTOY ASEGURADO CON NINGÚN SEGURO DE GASTOS MÉDICOS, PERO NO DESEO CONTRATAR ESTA COBERTURA.

SECCIÓN 9: CONDICIONES DE COBERTURA
--

- Soy empleado o jubilado de la empresa que se menciona en esta solicitud. Reúno los requisitos para participar en las opciones de cobertura que ofrece la cobertura médica de mi empleador, la cual es emitida por Blue Cross and Blue Shield of Illinois o Dearborn Life Insurance Company. Solicito la(s) cobertura(s) para la(s) que soy elegible en nombre propio y de mis derechohabientes, que aparecen en esta solicitud de cobertura. Declaro que la información proporcionada en esta solicitud de cobertura es verdadera y correcta. Entiendo y acepto que cualquier declaración falsa sobre algún hecho esencial que realice de manera intencional invalidará mi(s) cobertura(s).
- Solo estarán disponibles para mí las coberturas y los montos para los cuales soy elegible. Entiendo que, si se aprueba esta solicitud de cobertura, los beneficios entrarán en vigor de acuerdo con las estipulaciones establecidas en el (los) contrato(s) o la(s) cobertura(s).
- Acepto que la empresa actúe como mi agente de seguros. Autorizo que la empresa deduzca de mi nómina el monto necesario, si corresponde, para cubrir el costo de mi(s) cobertura(s).
- Entiendo que mi participación en la cobertura queda sujeta a cualquier modificación futura. También entiendo que todos los avisos dirigidos a la empresa rigen para mí.

Cualquier persona que deliberadamente presente una reclamación falsa o fraudulenta de indemnización por pérdida o ganancia, o que deliberadamente proporcione información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de delito y podría quedar sujeta a multas civiles y sanciones penales.

FIRMA DEL SOLICITANTE	FECHA
-----------------------	-------

Dearborn Life Insurance Company, 701 E 22nd St., Suite 300, Lombard, IL 60148, emite los siguientes productos: seguro de vida, seguro por discapacidad, seguro por enfermedades graves, seguro por accidentes, seguro por indemnización hospitalaria y seguro para la vista. Blue Cross and Blue Shield of Illinois es el nombre comercial de Dearborn Life Insurance Company, licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. BLUE CROSS®, BLUE SHIELD® and the Cross and Shield Symbols are registered service marks of the Blue Cross and Blue Shield Association, an association of independent Blue Cross and Blue Shield Plans.
Blue Cross and Blue Shield of Illinois, una división de Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company, licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association, ofrece los seguros médicos, de farmacia y dental.

Aviso de no discriminación

La cobertura de atención médica es importante para todos.	
No discriminamos por motivos de raza, color, país de origen (incluidos el conocimiento limitado del inglés o de la lengua materna), edad, discapacidad o sexo (tal como se entiende en la reglamentación aplicable). Les proporcionamos a las personas con discapacidad las adaptaciones razonables y los medios de comunicación gratuitos que les permitan comunicarse eficazmente con nosotros. También ofrecemos servicios de asistencia lingüística sin costo a las personas cuyo primer idioma no es el inglés.	
Llámenos al 855-710-6984 para recibir asistencia lingüística o comunicación en otros formatos sin costo.	
Si cree que fallamos en proporcionarle algún servicio, o si considera que se le discriminó de alguna manera, puede presentar una inconformidad ante la Oficina del Coordinador de Derechos Civiles (Office of Civil Rights Coordinator):	
Office of Civil Rights Coordinator 300 E. Randolph St. 35th Floor Chicago, Illinois 60601	Teléfono: 855-664-7270 (buzón de voz) TTY/TDD: 855-661-6965 Fax: 855-661-6960 Correo electrónico: civilrightscoordinator@bcbsil.com
Puede presentar su inconformidad en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una inconformidad ante la Oficina de Derechos Civiles, un coordinador está a su disposición para brindarle ayuda.	
Usted 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) por estos medios:	
U.S. Dept. of Health and 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: ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf Formularios de queja: hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html

El aviso está disponible en nuestro sitio web en espanol.bcbsil.com/legal-and-privacy/non-discrimination-notice.



BlueCross BlueShield of Illinois

ATTENTION: If you speak another language, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 855-710-6984 (TTY: 711) or speak to your provider.

Español Spanish	ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 855-710-6984 (TTY: 711) o hable con su proveedor.
العربية Arabic	تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم 855-710-6984 (TTY: 711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة.
中文 Chinese	注意: 如果您说中文, 我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务, 以无障碍格式提供信息。致电 855-710-6984 (文本电话: 711) 或咨询您的服务提供者。
Français French	ATTENTION : Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 855-710-6984 (TTY : 711) ou parlez à votre fournisseur.
Deutsch German	ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistentendienste zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 855-710-6984 (TTY: 711) an oder sprechen Sie mit Ihrem Provider.
ગુજરાતી Gujarati	ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો તો મફત ભાષાકીય સહાયતા સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. યોગ્ય ઓક્ટિવિટી સહાય અને એક્સેસિબલ ફોર્મેટમાં માહિતી પૂરી પાડવા માટેની સેવાઓ પણ વિના મૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે. 855-710-6984 (TTY: 711) પર કોલ કરો અથવા તમારા પ્રદાતા સાથે વાત કરો.
हिन्दी Hindi	ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए नि:शुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी नि:शुल्क उपलब्ध हैं। 855-710-6984 (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।
Italiano Italian	ATTENZIONE: se parli Italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente ausili e servizi ausiliari adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama l'855-710-6984 (tty: 711) o parla con il tuo fornitore.
한국어 Korean	주의: 한국어를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 855-710-6984(TTY: 711)번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.
Diné Navajo	SHOOH: Diné bee yánílti'gogo, saad bee aná'awo' bee áka'anída'awo'ít'áá jiik'eh ná hólq. Bee ahił hane'go bee nida'anishí t'áá ákodaat'éhígíí dóo bee áka'anída'wo'í áko bee baa hane'í bee hadadilyaa bich'í' ahoot'í'ígíí éf t'áá jiik'eh hólq. Kohjí' 855-710-6984 (TTY: 711) hodíilnih doodago nika'análwo'í bich'í' hanidziih.
فارسی Farsi	توجه: اگر فارسی صحبت می کنید، خدمات پشتیبانی زبانی رایگان در دسترس شما قرار دارد. همچنین کمکها و خدمات پشتیبانی مناسب برای ارائه اطلاعات در قالبهای قابل دسترس، بهطور رایگان موجود میباشند. با شماره 855-710-6984 (تله تایپ: 711) تماس بگیرید یا با ارائه دهنده خود صحبت کنید.
Polski Polish	UWAGA: Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer 855-710-6984 (TTY: 711) lub porozmawiaj ze swoim dostawcą.
РУССКИЙ Russian	ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 855-710-6984 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.
Tagalog Tagalog	PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyonang tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 855-710-6984 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.
اردو Urdu	توجه دیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کے لیے زبان کی مفت مدد کی خدمات دستیاب ہیں۔ قابل رسائی فارمیٹس میں معلومات فراہم کرنے کے لیے مناسب معاون امداد اور خدمات بھی مفت دستیاب ہیں۔ 855-710-6984 (TTY: 711) پر کال کریں یا اپنے فراہم کنندہ سے بات کریں۔
Việt Vietnamese	LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng để tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 855-710-6984 (Người khuyết tật: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.