



Solicite una **cobertura médica** para usted y su familia en **2022**



Puede solicitar cobertura de Blue Cross and Blue Shield of Texas (BCBSTX), una división de Health Care Service Corporation, en línea en **espanol.bcbstx.com**. Si recibe los servicios de un agente de BCBSTX, proporcione la información del agente autorizado e independiente en la última página.

Ayúdenos a procesar su Solicitud con prontitud.

ASEGÚRESE DE LO SIGUIENTE:

- Responda **todas** las preguntas correspondientes. Escriba nombre y número de Seguro Social en la parte superior de las 16 hojas. Presente las 16 hojas, incluso las que no rellene. Envíe por fax al **800-279-7419**.
- **Para añadir derechohabientes a su cobertura vigente, complete la Solicitud para TODOS los derechohabientes Y el Solicitante principal.**
- La página 3 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 11.
- Incluya la información para efectuar sus pagos mensuales.
- Firme la Solicitud en todos los espacios que se solicite una firma. (páginas 2, 10, 11, 13, 14 y 16)
- 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.**

DECLARACIÓN EN RELACIÓN CON COBERTURAS CONSUMER CHOICE

Usted tiene la opción de elegir una cobertura médica Consumer Choice (a elección del interesado) que, ya sea en parte o en su totalidad, no incluya servicios médicos exigidos por el estado, generalmente obligatorios en las evidencias de cobertura en Texas. Esta cobertura estándar puede resultar en una opción de cobertura más económica para usted a pesar de que, al mismo tiempo, pudiera brindarle menos servicios médicos que los que normalmente se incluirían como servicios médicos exigidos por el estado de Texas. Si elige esta cobertura estándar, consulte a su agente de seguros para saber cuáles son los servicios médicos exigidos por el estado excluidos en esta evidencia de cobertura.

Propósito de la Solicitud.

- CONTRATAR** una cobertura de BCBSTX
- CAMBIAR** mi cobertura médica de BCBSTX en 2022
- AÑADIR** un derechohabiente a mi cobertura médica de BCBSTX

¿Cómo desea que nos comuniquemos con usted?

Solicitante: _____

N.º de Seguro Social: _____

¿Acepta recibir información importante sobre su cobertura en formato electrónico?

Para recibir la documentación de su cobertura en formato electrónico, asegúrese de hacer lo siguiente:

1. Marque la "S" (Sí) en esta sección.
2. Firme esta sección.
3. Proporcione la dirección de correo electrónico del Solicitante principal en la siguiente sección.

La comunicación en formato electrónico continuará con las renovaciones de la cobertura 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 **upp.bcbstx.com** o envíe CONTACTTX por mensaje de texto¹ 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 Chrome, Firefox, Microsoft Edge o Safari.

S N

Firma del Solicitante principal

Si alguno de los números telefónicos que proporcione (ya sea fijo o móvil), acepto lo siguiente:

BCBSTX puede comunicarse conmigo o enviarme mensajes de texto SMS¹ a través de un sistema telefónico automático o llamadas pregrabadas:

Acerca de mi cobertura de atención médica, incluido reclamaciones y servicios con cobertura vigentes.

S N

Acerca de asuntos emergentes sobre salud pública, como ayuda en casos de catástrofe, temporada de gripe y vacunas.

S N

Anunciar nuevas coberturas y beneficios. (Autorizar esto no es un requisito para contratar cobertura de atención médica.)

S N

Si alguno de los números telefónicos que proporcione (móviles o residenciales) de derechohabientes mayores de 18 años, he obtenido el consentimiento de esa persona para que:

BCBSTX pueda comunicarse conmigo o enviarme mensajes de texto SMS¹ a través de un sistema telefónico automático o llamadas pregrabadas:

Acerca de su cobertura de atención médica, incluido reclamaciones y servicios con cobertura vigentes.

S N

Acerca de preocupaciones emergentes sobre salud pública, como ayuda en casos de catástrofe, temporada de gripe y vacunas.

S N

¹ Podrían aplicarse cobros por mensajería de texto y transmisión de datos; La frecuencia de los mensajes podría variar según la categoría de mensajes en la que inscriba. La política de privacidad y todos los términos y condiciones de BCBSTX están disponibles en espanol.bcbstx.com/mobile/text-messaging.

¿Está solicitando cobertura fuera del Período de inscripciones?

Solicitante: _____

N.º de Seguro Social: _____



AVISO: Escriba su nombre y número de seguro social, y luego omita 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 de vida elegible junto con la Solicitud.**
- BCBSTX 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 cobertura 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 BCBSTX al **800-531-4456** para conocer los tipos de comprobantes que aceptamos. Consulte la información sobre la documentación que deberá adjuntar en espanol.bcbstx.com/sep.

<input type="checkbox"/> 1. Yo o mi(s) derechohabiente(s) dejé (dejamos) de tener la Cobertura esencial mínima: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> a. 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.¹ <input type="checkbox"/> b. porque uno de los asegurados cumplió 26 años.² <input type="checkbox"/> c. por defunción del titular de la cobertura, desde esta fecha.³ <input type="checkbox"/> d. 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.¹ <input type="checkbox"/> e. porque uno de los asegurados se divorció o separó legalmente, desde esta fecha.¹ <input type="checkbox"/> f. porque dejé de tener cobertura cuando la aseguradora dejó de ofrecer beneficios a personas en situación similar a la mía, desde esta fecha.¹ 	Fecha(s) del (de los) suceso(s) a. _____ b. _____ c. _____ d. _____ e. _____ f. _____
<input type="checkbox"/> 2. Contraje matrimonio en esta fecha. ³	Fecha del suceso
<input type="checkbox"/> 3. Por el nacimiento de un bebé, adopción de un menor, colocación de un menor conmigo para su adopción, custodia de un menor que está sujeto a una demanda de adopción, custodia provisional de un menor o por sentencia judicial se me ordenó brindar cobertura a un derechohabiente, desde esta fecha. ³	Fecha del suceso
<input type="checkbox"/> 4. 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. ³	Fecha del suceso
<input type="checkbox"/> 5. 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. ¹	Fecha del suceso
<input type="checkbox"/> 6. Al mudarme ahora tengo distintas opciones de pólizas de cobertura médica, desde esta fecha. ¹	Fecha del suceso
<input type="checkbox"/> 7. Mi póliza vigente termina en una fecha distinta al 31 de diciembre, que es esta fecha. ¹	Fecha del suceso
<input type="checkbox"/> 8. 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). Marque una: <input type="checkbox"/> ICHRA <input type="checkbox"/> QSEHRA <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> a. La empresa está ofreciendo participación en ICHRA o QSEHRA, desde esta fecha.¹ <input type="checkbox"/> b. Soy empleado recién contratado y la empresa ofrece participación en ICHRA o QSEHRA, desde esta fecha.¹ 	Fecha del suceso a. _____ b. _____
<input type="checkbox"/> 9. Ocurrió otro suceso elegible que no aparece en esta lista, con fecha del: (Comuníquese con su agente o con nuestro centro de ventas al 800-531-4456). ¹	Fecha del suceso

¹ Tiene un plazo de 60 días anteriores o posteriores a la fecha del suceso que lo hace elegible para presentar su Solicitud.

² 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.

³ 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: _____

SOLICITANTE PRINCIPAL¹ (¿A nombre de quién se emitirá la cobertura médica?)

Nombre, Inicial del segundo nombre, Apellido		N.º de Seguro Social		Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de nac.
¿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? ² 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 ² <input type="checkbox"/> móvil <input type="checkbox"/> fijo		Dirección de correo electrónico ^{2,3}			
Prestador principal de servicios médicos (PCP) ^{4,5}		N.º de PCP – Escriba el número de 10 dígitos.			

CÓNYUGE O HIJOS DERECHOHABIENTES^{1,6} (¿A quién más desea incluir en la póliza?)

Nombre, Inicial del segundo nombre, Apellido		Parentesco		N.º de Seguro Social		Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de nac.
¿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? ² 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 ² (SI ES OTRA)			Ciudad			Estado	Código Postal
Número telefónico para localizarlo con mayor facilidad ² <input type="checkbox"/> móvil <input type="checkbox"/> fijo			Dirección de correo electrónico ^{2,3}				
Prestador principal de servicios médicos (PCP) ^{4,5}			N.º de PCP – Escriba el número de 10 dígitos.				
Si un derechohabiente (distinto a un cónyuge) es mayor de 26 años, ¿dicho derechohabiente tiene alguna discapacidad médica? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Si respondió "Sí", necesitamos una <i>Autorización como derechohabiente con discapacidad</i> . Formulario disponible en espanol.bcbstx.com .							

¹ Para añadir derechohabientes a su cobertura 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.

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

³ Si desea recibir información electrónicamente, necesitamos su dirección de correo electrónico.

⁴ Si al solicitar cobertura no elige un PCP (consulte *Buscar médico u*

hospital en espanol.bcbstx.com), se le asignará uno según el área de servicio. 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.

⁵ Lea el aviso sobre prestadores de servicios médicos (PCP, en inglés) y ginecólogos-obstetras de la página 9.

⁶ La designación de "cónyuge" incluye a parejas en unión libre. Derechohabientes elegibles hasta los 26 años, a menos de que exista una discapacidad médica y mantengan vigente cobertura de BCBSTX.

Información personal

(DERECHOHABIENTES^{1,2}, continuación)

Solicitante: _____

N.º de Seguro Social: _____

Nombre, Inicial del segundo nombre, Apellido	Parentesco	N.º de Seguro Social	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de nac.
¿Prefiere comunicarse verbalmente en un idioma distinto del inglés? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Si respondió 'Sí', ¿en qué idioma? _____		Durante los últimos seis meses, ¿ha consumido tabaco? ³ 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: _____		
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 ³ (SI ES OTRA)		Ciudad	Estado	Código Postal
Número telefónico para localizarlo con mayor facilidad ³ <input type="checkbox"/> móvil <input type="checkbox"/> fijo		Dirección de correo electrónico ^{3,4}		
Prestador principal de servicios médicos (PCP) ^{5,6}		N.º de PCP – Escriba el número de 10 dígitos.		
Si un derechohabiente (distinto a un cónyuge) es mayor de 26 años, ¿dicho derechohabiente tiene alguna discapacidad médica? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Si respondió "Sí", necesitamos una <i>Autorización como derechohabiente con discapacidad</i> . Formulario disponible en espanol.bcbstx.com .				

Nombre, Inicial del segundo nombre, Apellido	Parentesco	N.º de Seguro Social	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de nac.
¿Prefiere comunicarse verbalmente en un idioma distinto del inglés? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Si respondió 'Sí', ¿en qué idioma? _____		Durante los últimos seis meses, ¿ha consumido tabaco? ³ 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: _____		
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 ³ (SI ES OTRA)		Ciudad	Estado	Código Postal
Número telefónico para localizarlo con mayor facilidad ³ <input type="checkbox"/> móvil <input type="checkbox"/> fijo		Dirección de correo electrónico ^{3,4}		
Prestador principal de servicios médicos (PCP) ^{5,6}		N.º de PCP – Escriba el número de 10 dígitos.		
Si un derechohabiente (distinto a un cónyuge) es mayor de 26 años, ¿dicho derechohabiente tiene alguna discapacidad médica? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Si respondió "Sí", necesitamos una <i>Autorización como derechohabiente con discapacidad</i> . Formulario disponible en espanol.bcbstx.com .				

¹ Para añadir derechohabientes a su cobertura 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.

² Derechohabientes elegibles hasta los 26 años, a menos de que exista una discapacidad médica y mantengan vigente cobertura de BCBSTX.

³ Mayores de 21 años para consumo de tabaco; mayores de

18 años para recibir correspondencia por correo postal y electrónico, así como llamadas telefónicas.

⁴ Si desea recibir información electrónicamente, **necesitamos** su dirección de correo electrónico.

⁵ Si al solicitar cobertura no elige un PCP (consulte *Buscar médico u hospital* en espanol.bcbstx.com), se le asignará uno según el área de servicio.

⁶ Lea el aviso sobre prestadores de servicios médicos (PCP, en inglés) y ginecólogos-obstetras de la página 9.

Información personal

(DERECHOHABIENTES^{1,2}, continuación)

Solicitante: _____

N.º de Seguro Social: _____

Nombre, Inicial del segundo nombre, Apellido	Parentesco	N.º de Seguro Social	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de nac.
¿Prefiere comunicarse verbalmente en un idioma distinto del inglés? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Si respondió 'Sí', ¿en qué idioma? _____		Durante los últimos seis meses, ¿ha consumido tabaco? ³ 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: _____		
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 ³ (SI ES OTRA)		Ciudad	Estado	Código Postal
Número telefónico para localizarlo con mayor facilidad ³ <input type="checkbox"/> móvil <input type="checkbox"/> fijo		Dirección de correo electrónico ^{3,4}		
Prestador principal de servicios médicos (PCP) ^{5,6}		N.º de PCP – Escriba el número de 10 dígitos.		
Si un derechohabiente (distinto a un cónyuge) es mayor de 26 años, ¿dicho derechohabiente tiene alguna discapacidad médica? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Si respondió "Sí", necesitamos una <i>Autorización como derechohabiente con discapacidad</i> . Formulario disponible en espanol.bcbstx.com .				

Nombre, Inicial del segundo nombre, Apellido	Parentesco	N.º de Seguro Social	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de nac.
¿Prefiere comunicarse verbalmente en un idioma distinto del inglés? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Si respondió 'Sí', ¿en qué idioma? _____		Durante los últimos seis meses, ¿ha consumido tabaco? ³ 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: _____		
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 ³ (SI ES OTRA)		Ciudad	Estado	Código Postal
Número telefónico para localizarlo con mayor facilidad ³ <input type="checkbox"/> móvil <input type="checkbox"/> fijo		Dirección de correo electrónico ^{3,4}		
Prestador principal de servicios médicos (PCP) ^{5,6}		N.º de PCP – Escriba el número de 10 dígitos.		
Si un derechohabiente (distinto a un cónyuge) es mayor de 26 años, ¿dicho derechohabiente tiene alguna discapacidad médica? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Si respondió "Sí", necesitamos una <i>Autorización como derechohabiente con discapacidad</i> . Formulario disponible en espanol.bcbstx.com .				

¹ Para añadir derechohabientes a su cobertura 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.

² Derechohabientes elegibles hasta los 26 años, a menos de que exista una discapacidad médica y mantengan vigente cobertura de BCBSTX.

³ Mayores de 21 años para consumo de tabaco; mayores de

18 años para recibir correspondencia por correo postal y electrónico, así como llamadas telefónicas.

⁴ Si desea recibir información electrónicamente, **necesitamos** su dirección de correo electrónico.

⁵ Si al solicitar cobertura no elige un PCP (consulte *Buscar médico u hospital* en espanol.bcbstx.com), se le asignará uno según el área de servicio.

⁶ Lea el aviso sobre prestadores de servicios médicos (PCP, en inglés) y ginecólogos-obstetras de la página 9.

Información personal

(DERECHOHABIENTES^{1,2}, continuación)

Solicitante: _____

N.º de Seguro Social: _____

Nombre, Inicial del segundo nombre, Apellido	Parentesco	N.º de Seguro Social	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de nac.
¿Prefiere comunicarse verbalmente en un idioma distinto del inglés? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Si respondió 'Sí', ¿en qué idioma? _____		Durante los últimos seis meses, ¿ha consumido tabaco? ³ 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: _____		
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 ³ (SI ES OTRA)		Ciudad	Estado	Código Postal
Número telefónico para localizarlo con mayor facilidad ³ <input type="checkbox"/> móvil <input type="checkbox"/> fijo		Dirección de correo electrónico ^{3,4}		
Prestador principal de servicios médicos (PCP) ^{5,6}		N.º de PCP – Escriba el número de 10 dígitos.		
Si un derechohabiente (distinto a un cónyuge) es mayor de 26 años, ¿dicho derechohabiente tiene alguna discapacidad médica? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Si respondió "Sí", necesitamos una <i>Autorización como derechohabiente con discapacidad</i> . Formulario disponible en espanol.bcbstx.com .				

Nombre, Inicial del segundo nombre, Apellido	Parentesco	N.º de Seguro Social	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de nac.
¿Prefiere comunicarse verbalmente en un idioma distinto del inglés? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Si respondió 'Sí', ¿en qué idioma? _____		Durante los últimos seis meses, ¿ha consumido tabaco? ³ 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: _____		
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 ³ (SI ES OTRA)		Ciudad	Estado	Código Postal
Número telefónico para localizarlo con mayor facilidad ³ <input type="checkbox"/> móvil <input type="checkbox"/> fijo		Dirección de correo electrónico ^{3,4}		
Prestador principal de servicios médicos (PCP) ^{5,6}		N.º de PCP – Escriba el número de 10 dígitos.		
Si un derechohabiente (distinto a un cónyuge) es mayor de 26 años, ¿dicho derechohabiente tiene alguna discapacidad médica? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Si respondió "Sí", necesitamos una <i>Autorización como derechohabiente con discapacidad</i> . Formulario disponible en espanol.bcbstx.com .				

¹ Para añadir derechohabientes a su cobertura 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.

² Derechohabientes elegibles hasta los 26 años, a menos de que exista una discapacidad médica y mantengan vigente cobertura de BCBSTX.

³ Mayores de 21 años para consumo de tabaco; mayores de

18 años para recibir correspondencia por correo postal y electrónico, así como llamadas telefónicas.

⁴ Si desea recibir información electrónicamente, **necesitamos** su dirección de correo electrónico.

⁵ Si al solicitar cobertura no elige un PCP (consulte *Buscar médico u hospital* en espanol.bcbstx.com), se le asignará uno según el área de servicio.

⁶ Lea el aviso sobre prestadores de servicios médicos (PCP, en inglés) y ginecólogos-obstetras de la página 9.

Información personal

(DERECHOHABIENTES^{1,2}, continuación)

Solicitante: _____

N.º de Seguro Social: _____

Nombre, Inicial del segundo nombre, Apellido	Parentesco	N.º de Seguro Social	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de nac.
¿Prefiere comunicarse verbalmente en un idioma distinto del inglés? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Si respondió 'Sí', ¿en qué idioma? _____		Durante los últimos seis meses, ¿ha consumido tabaco? ³ 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: _____		
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 ³ (SI ES OTRA)		Ciudad	Estado	Código Postal
Número telefónico para localizarlo con mayor facilidad ³ <input type="checkbox"/> móvil <input type="checkbox"/> fijo		Dirección de correo electrónico ^{3,4}		
Prestador principal de servicios médicos (PCP) ^{5,6}		N.º de PCP – Escriba el número de 10 dígitos.		
Si un derechohabiente (distinto a un cónyuge) es mayor de 26 años, ¿dicho derechohabiente tiene alguna discapacidad médica? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Si respondió "Sí", necesitamos una <i>Autorización como derechohabiente con discapacidad</i> . Formulario disponible en espanol.bcbstx.com .				

Nombre, Inicial del segundo nombre, Apellido	Parentesco	N.º de Seguro Social	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de nac.
¿Prefiere comunicarse verbalmente en un idioma distinto del inglés? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Si respondió 'Sí', ¿en qué idioma? _____		Durante los últimos seis meses, ¿ha consumido tabaco? ³ 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: _____		
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 ³ (SI ES OTRA)		Ciudad	Estado	Código Postal
Número telefónico para localizarlo con mayor facilidad ³ <input type="checkbox"/> móvil <input type="checkbox"/> fijo		Dirección de correo electrónico ^{3,4}		
Prestador principal de servicios médicos (PCP) ^{5,6}		N.º de PCP – Escriba el número de 10 dígitos.		
Si un derechohabiente (distinto a un cónyuge) es mayor de 26 años, ¿dicho derechohabiente tiene alguna discapacidad médica? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Si respondió "Sí", necesitamos una <i>Autorización como derechohabiente con discapacidad</i> . Formulario disponible en espanol.bcbstx.com .				

¹ Para añadir derechohabientes a su cobertura 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.

² Derechohabientes elegibles hasta los 26 años, a menos de que exista una discapacidad médica y mantengan vigente cobertura de BCBSTX.

³ Mayores de 21 años para consumo de tabaco; mayores de

18 años para recibir correspondencia por correo postal y electrónico, así como llamadas telefónicas.

⁴ Si desea recibir información electrónicamente, **necesitamos** su dirección de correo electrónico.

⁵ Si al solicitar cobertura no elige un PCP (consulte *Buscar médico u hospital* en espanol.bcbstx.com), se le asignará uno según el área de servicio.

⁶ Lea el aviso sobre prestadores de servicios médicos (PCP, en inglés) y ginecólogos-obstetras de la página 9.

CONSIDERACIONES SOBRE COMUNICACIONES

¿Usted o alguno de sus derechohabientes mayores de 18 años tienen una discapacidad que les dificulte leer, escribir o hablar?

Si es así, escriba sus nombres en esta sección:**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. Tampoco nos tiene que avisar quién es el ginecólogo-obstetra antes de una consulta.

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. BCBSTX 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 en **espanol.bcbstx.com**.Revise las opciones disponibles y **ELIJA UNA.**

COBERTURAS	DEDUCIBLE POR PERSONA
<input type="checkbox"/> Blue Advantage Bronze HMO SM 204 ¹	\$6,000
<input type="checkbox"/> Blue Advantage Bronze HMO SM 301 ¹	\$8,700
<input type="checkbox"/> Blue Advantage Bronze HMO SM 302 ¹	\$7,000
<input type="checkbox"/> Blue Advantage Silver HMO SM 205 ¹	\$2,050
<input type="checkbox"/> Blue Advantage Silver HMO SM 306 ¹	\$2,000
<input type="checkbox"/> Blue Advantage Silver HMO SM 601 ¹	\$3,000
<input type="checkbox"/> Blue Advantage Gold HMO SM 206 ¹	\$750
<input type="checkbox"/> Blue Advantage Gold HMO SM 207	\$0
<input type="checkbox"/> Blue Advantage Gold HMO SM 603 ¹	\$1,500

COBERTURAS	DEDUCIBLE POR PERSONA
<input type="checkbox"/> Blue Advantage Plus Bronze SM 201 ¹	\$4,500
<input type="checkbox"/> Blue Advantage Plus Bronze SM 303 ¹	\$5,500
<input type="checkbox"/> Blue Advantage Plus Bronze SM 305 ¹	\$6,100
<input type="checkbox"/> Blue Advantage Plus Bronze SM 501 ¹	\$5,000
<input type="checkbox"/> Blue Advantage Plus Silver SM 202 ¹	\$1,250
<input type="checkbox"/> Blue Advantage Plus Silver SM 306 ¹	\$2,000
<input type="checkbox"/> Blue Advantage Plus Silver SM 605 ¹	\$0
<input type="checkbox"/> Blue Advantage Plus Gold SM 203 ¹	\$850
<input type="checkbox"/> MyBlue Health Bronze SM 402 ¹	\$7,400
<input type="checkbox"/> MyBlue Health Silver SM 405 ¹	\$3,550
<input type="checkbox"/> MyBlue Health Gold SM 403 ¹	\$1,100

¹ Todas las coberturas en la lista, excepto Blue Advantage Gold HMO 207, son coberturas Consumer Choice. Si selecciona cualquier cobertura que no sea la cobertura Blue Advantage Gold HMO 207, debe firmar la renuncia sobre las coberturas Consumer Choice en la página 14.**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 Advantage Security HMOSM 200¹

\$8,700

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 pediátricos¹. 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 BCBSTX 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 registrará para todas las personas mencionadas en esta Solicitud. Si ya cuenta con cobertura dental de BCBSTX, la elección que haga REEMPLAZARÁ la cobertura dental vigente.

ELIJA UNA OPCIÓN DE LAS TRES OPCIONES:

OPCIÓN 1

Puede solicitar la cobertura BlueCare DentalSM, 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

BlueCare Dental 2A

\$75

-O-

OPCIÓN 2

Puede solicitar la cobertura BlueCare Dental 4 KidsSM, nuestra cobertura dental limitada acreditada. Esto incluye servicios dentales **SOLO PARA MENORES**.

BlueCare Dental 4 Kids¹ (cobertura **SOLO PARA MENORES**)

DEDUCIBLE POR PERSONA

BlueCare Dental 4 Kids 1A

\$50

BlueCare Dental 4 Kids 1B

\$75

-O-

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 BCBSTX 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

¹ 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 BCBSTX 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) cheque¹ (adjunto) giro postal¹ (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 electrónica² factura impresa

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

Elija una <input type="checkbox"/> cuenta de cheques <input type="checkbox"/> cuenta de ahorros	Nombre(s) en la cuenta, si no es el Solicitante¹	
N.º de ruta bancaria (verifique)	N.º de cuenta (verifique)	
AUTORIZACIÓN Solicito y autorizo que BCBSTX 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.		
<input type="checkbox"/> He leído y acepto esta autorización		
Firma del propietario de la cuenta	Fecha	Parentesco con el Solicitante

¹ **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 12.

² Si desea recibir información electrónicamente, **necesitamos** su dirección de correo electrónico. Blue Cross and Blue Shield of Texas 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 BCBSTX o la compañía que BCBSTX designe para procesar pagos podría efectuar cobros mensuales a su cuenta de cheques o ahorros según los términos presentados a continuación:

- Los pagos futuros 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), BCBSTX podría intentar la transacción nuevamente en cualquier momento dentro de los 30 días posteriores. BCBSTX 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 BCBSTX 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 BCBSTX con al menos 15 días de anticipación a la fecha de retiro programada.

REGLAS SOBRE PAGOS REALIZADOS POR TERCEROS

BCBSTX 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 BCBSTX 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 BCBSTX 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) o un Acuerdo de Reembolso para Pequeños Empleadores Calificados (QSEHRA)):

- 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 Texas 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 Texas 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 2022? **En caso afirmativo, lea la sección CONOZCA SUS DERECHOS a continuación y liste todas las coberturas que cancelará y reemplazará con una de BCBSTX:** 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", BCBSTX 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 BCBSTX. 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 BCBSTX rechace cualquier futura reclamación y que reembolse 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 BCBSTX
- 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

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

Declaración de representación (OPCIONAL)

Al contratar una cobertura médica de BCBSTX, 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;
- a menos que asista y vote en persona en cualquier reunión de asegurados.

Firma para conceder la representación del Solicitante principal (interesado): AVISO: Es obligatorio firmar la página 16 para completar esta Solicitud, independientemente de que firme para conceder su representación.	Fecha
--	--------------

Escriba su nombre tal como lo firmó:

Declaración en relación con coberturas a elección del interesado (Consumer Choice)

Solicitante: _____

N.º de Seguro Social: _____

DECLARACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE SEGUROS DE TEXAS PARA TODAS LAS COBERTURAS CONSUMER CHOICE EMITIDAS EN TEXAS

Con base en las leyes de Texas, las compañías aseguradoras pueden comercializar coberturas HMO como coberturas "Consumer Choice" (a elección del interesado) que no están obligadas a cumplir con todos los requisitos exigidos por el estado. Las compañías aseguradoras que ofrecen coberturas HMO están obligadas a recabar las firmas de los solicitantes para comprobar que proporcionan esta declaración.

Se me informó que la cobertura médica a elección del interesado que se me está ofreciendo no incluye todos los servicios médicos que las leyes de Texas generalmente exigen. Esta cobertura incluye todos los servicios médicos que exige la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio.

Para consultar todos los servicios que incluye esta cobertura, consulte el "Resumen de beneficios y cobertura médica".

SERVICIOS/COBERTURA:	ESTA COBERTURA:	COBERTURA MÉDICA CON SERVICIOS OBLIGATORIOS (COBERTURA CON SERVICIOS QUE EXIGE EL ESTADO):
Deducible La cantidad que paga por la atención antes de que la aseguradora comience para compartir el costo.	Tiene un deducible.	No tiene deducibles para la atención con prestadores de servicios médicos participantes.
Gastos de bolsillo La cantidad que paga cuando recibe los servicios con cobertura, por hasta un año calendario	Incluye gastos de bolsillo que cumplen con los requisitos federales, pero algunas veces puede ser más que las coberturas con servicios que exige el estado.	Un copago debe ser menos del 50% del costo total del servicio. Los gastos de bolsillo anuales deben tener un límite del 200% del costo de la prima anual si le avisa a la aseguradora.
Servicios de rehabilitación y habilitación La atención que ayuda a mejorar las habilidades para la vida cotidiana.	Incluye un límite en el número de consultas por año para terapias del habla, terapias ocupacionales, fisioterapias y atención quiropráctica. No se aplicarán límites para los servicios de tratamientos por daño cerebral adquirido y trastornos del espectro autista.	No se aplicarán límites en la cantidad de atención si se requiere por razones médicas.
Atención médica a domicilio	Se aplicarán límites a la cobertura para la atención médica a domicilio.	No se aplican límites a la cobertura para la atención médica a domicilio.

Si desea una cobertura que incluye a todos los servicios que se exigen:

También ofrecemos una cobertura que incluye todos los servicios que exige el estado¹. Esta cobertura no está en CuidadodeSalud.gov y no le permite recibir ayuda para pagar las primas y gastos de bolsillo. Para obtener más información sobre esta cobertura, llame al 800-531-4456 o visite espanol.bcbstx.com/shop-plans-and-products.

Al firmar este formulario, afirmo lo siguiente:

Entiendo que, la cobertura médica a elección del interesado que estoy solicitando no incluye el nivel de cobertura que tienen otras coberturas médicas de Texas (coberturas con servicios que exige el estado). Entiendo que, si mi salud cambia y esta cobertura no cumple con mis necesidades, en la mayoría de los casos, no podré solicitar otra cobertura si no hasta el próximo período de inscripción abierta. Entiendo que, puedo obtener más información sobre las coberturas de Consumer Choice (a elección del consumidor) en el sitio web del Departamento de Seguros de Texas en línea, en <https://www.tdi.texas.gov/consumer/consumerchoice.html>, o por teléfono comunicándome con la línea de ayuda al consumidor al 800-252-3439.

No firme este documento si no lo comprende.²
Don't sign this document if you don't understand it.³

Firma del solicitante	Nombre del Solicitante	Fecha	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal

AVISO: La compañía aseguradora que emite la póliza HMO tiene que entregarle esta declaración, previa solicitud.

¹ Blue Advantage Gold HMOSM 207 es una cobertura con servicios que exige el estado.

² Para recibir ayuda, comuníquese con el agente independiente autorizado o llame al 800-531-4456.

³ Talk to your independent, authorized agent or call 800-531-4456 for help.

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 cobertura y (2) que esté pagado el primer mes de cobertura.¹
- Si recibo los servicios de un agente, este no puede aceptar riesgos ni modificar las pólizas o las reglas de BCBSTX.
- Si recibo los servicios de un agente para contratar una póliza de seguro de gastos médicos o dentales para particulares, BCBSTX 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 cobertura.
- Autorizo que cualesquiera de las personas u organizaciones mencionadas a continuación compartan mi información médica con BCBSTX 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.
- BCBSTX tiene derecho a revisar y buscar información en sus propios expedientes.
- BCBSTX 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, BCBSTX 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 BCBSTX 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 BCBSTX anteriores a la fecha en que BCBSTX 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 BCBSTX.
- 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 BCBSTX.
- BCBSTX no acepta pagos efectuados directamente por terceros, excepto por los listados en la página 12.
- 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 COBERTURA MÉDICA CON INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O ENGAÑOSA Y, QUE A SABIENDAS, TENGA LA INTENCIÓN DE PERJUDICAR, DEFRAUDAR O ENGAÑAR A UNA COMPAÑÍA ASEGURADORA.

¹ Hay algunas excepciones durante Períodos especiales de inscripción. Consulte a su agente de BCBSTX 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.

Nombre en letra de molde Y firma del Agente

Fecha

N.º de Agente

N.º telefónico del Agente

Dirección de correo electrónico del Agente

Lea y firme

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

Nombre en letra de molde Y firma del Solicitante principal

Fecha

Nombre en letra de molde Y firma de uno de los Padres o del Tutor de un menor (si el menor es el Solicitante principal)

Fecha

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):

Nombre en letra de molde Y firma del Representante personal

Parentesco:

Fecha

¿Autoriza que otro adulto, ya sea cónyuge o derechohabiente, cuyo nombre aparezca en las páginas 4 a 8 de este documento respondan preguntas en relación con su Solicitud? S 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 BCBSTX, proporcione su información en el espacio indicado.
- Incluya toda la documentación necesaria al presentar esta Solicitud.
- Adjunte la sentencia firmada que le otorga la tutela, de ser el caso.

CORREO POSTAL

Blue Cross and Blue Shield of Texas, Attn: Individual Enrollment, P.O. Box 660819, Dallas, TX 75266-0819

FAX

800-279-7419

¿PREGUNTAS?

Comuníquese con su agente o con BCBSTX sin costo al **800-531-4456**.

Consulte las preguntas frecuentes en relación con lo que significa ser uno de nuestros asegurados, pagos y beneficios en **discoverbcbstx.com**.



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
1001 E Lookout Dr
Richardson, TX 75802

Teléfono/TTY/TDD: Comuníquese con servicio al cliente
al número en la tarjeta del seguro
800-279-7419
Fax:

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 અથવા કોઈ બીજી વ્યક્તિને અસહાયતા અનુભવવામાં આવે છે, 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 जिसकी 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 bıká anánílwo'ígíí, na'ídíłkidgo, ts'ídá bee ná ahóótí'i' t'áá níłk'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، سوالی 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	Nêu 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.