

Formulario de inscripción/cambio de estado/renuncia para 2022



P.O. Box 4327, Portland, OR 97208-4327, 800-878-4445, ProvidenceHealthPlan.com.

Complete toda la información de este formulario. Se requiere esta información para procesar su inscripción.

_____ NOMBRE DE GRUPO DEL EMPLEADOR
 _____ CLASE/SUBGRUPO
 _____ NÚMERO DE ID DEL SUSCRITO
 _____ DEDUCIBLE/COPAGO

_____ NÚMERO DE GRUPO
 Inscripción nueva Inscripción abierta Renuncia de cobertura (consultar la sección 4)

_____ FECHA DE CONTRATACIÓN
 _____ FECHA DE VIGENCIA SOLICITADA
 _____ INICIO DEL PERÍODO DE ESPERA DE ELEGIBILIDAD
 _____ FECHA DEL EVENTO DE CAMBIO DE ESTADO

Cambio en el estado actual: _____
 MOTIVO DEL CAMBIO DE ESTADO*

CONTINUIDAD DE COBRA/ESTATAL: _____
 FECHA DE INICIO _____ FECHA DE FINALIZACIÓN _____

PLAN ELEGIDO PARA LA INSCRIPCIÓN: Opción Advantage Base Opción Advantage Plus Opción Advantage Premium HSA Personal Otro:
 Cuenta de ahorros médicos (HSA) integrada con HealthEquity® He leído y acepto el formulario de autorización de HSA.

1. Información del empleado

_____ PRIMER NOMBRE
 _____ APELLIDO
 _____ IN. 2.º NOM.
 _____ FECHA DE NACIMIENTO
 _____ NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

ESTADO CIVIL: Casado/a Soltero/a
 GÉNERO: Hombre Mujer No binario/Otro ("U")

_____ TELÉFONO
 _____ CORREO ELECTRÓNICO

_____ DIRECCIÓN POSTAL
 _____ CIUDAD
 _____ ESTADO
 _____ CÓDIGO POSTAL

2. Información para inscripción de dependientes (si renuncia, vea la pregunta 4).

AGREGAR ELIMINAR	PRIMER NOMBRE	APELLIDO	IN. 2.º NOM.	RELACIÓN	N.º DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO	GÉNERO
							M / F / U
							M / F / U
							M / F / U
							M / F / U
							M / F / U

*Los motivos incluyen: recontractación de empleado elegible, matrimonio, divorcio, muerte, adopción, cambio de dependiente (agregar o eliminar), cambio de nombre o dirección, pérdida involuntaria de otra cobertura, continuidad de la cobertura COBRA o estatal.

3. Información de cobertura adicional o acreditable (Esta sección no es una renuncia de cobertura. Se requiere para el pago de los reclamos).

¿Usted o algún familiar tienen un seguro de salud grupal adicional o Medicare? Sí No

Si la respuesta es SÍ, marque el tipo de cobertura: Médica Medicamentos recetados Visión _____
 NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA

_____/_____/_____
 F. DE NAC. DEL
 TITULAR DE LA PÓLIZA

 COMPAÑÍA ASEGURADORA

 NÚMERO DE PÓLIZA

_____/_____/_____
 FECHA DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA

 TELÉFONO DE LA ASEGURADORA

 NOMBRE(S) COMPLETO(S) DE LA(S) PERSONA(S) CUBIERTA(S)

¿Tuvo anteriormente una cobertura de salud de Providence Health Plan? Sí No Si la respuesta es SÍ, indique el número de ID de miembro anterior: _____

4. Información de renuncia de cobertura (Incluya los nombres de todos los miembros elegibles que NO se inscribirán en Providence Health Plan).

PERSONAS QUE RENUNCIAN A LA COBERTURA	TIPO DE COBERTURA (INDIVIDUAL/GRUPO DEL EMPLEADOR/MEDICARE)	NOMBRE DEL PLAN DE SALUD	NÚMERO DE PÓLIZA	NOMBRE DE GRUPO DEL EMPLEADOR

Aviso: Si está rechazando la inscripción para usted o sus dependientes (incluso su cónyuge) debido a otra cobertura de seguro médico, en el futuro podrá inscribirse usted o a sus dependientes en este plan, siempre y cuando solicite la inscripción en un plazo de 30 días después de que finalice su otra cobertura. Además, si tiene un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, tal vez pueda inscribirse usted y a sus dependientes, siempre y cuando solicite la inscripción en un plazo de 30 días después del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción.

Comunicaciones: Al firmar este formulario, autorizo a Providence Health Plan y a sus afiliados y proveedores a informarme sobre el plan de salud por mensaje de texto o correo electrónico, utilizando mi información de contacto asociada que proporciono en este formulario. Comprendo que estas comunicaciones no incluirán marketing, publicidad ni material promocional y que puedo rescindir esta autorización en cualquier momento presentando mi solicitud a Providence Health Plan.

No deseo recibir correos electrónicos ni mensajes de texto de Providence Health Plan.

Veracidad de la Información de Inscripción: Toda persona que, con la intención de cometer fraude, presente esta solicitud con información sustancialmente falsa o que oculte información importante, puede estar sujeta a sanciones penales o civiles y Providence Health Plan puede cancelar la membresía de dicha persona y negarse a pagar sus reclamos.

Autorización de deducción de nómina: Autorizo a mi empleador a deducir de mi paga los aportes correspondientes para la cobertura solicitada en este formulario de inscripción. Esta autorización aplica a dicha cobertura hasta que la rescinda por escrito. (No aplica a la continuidad COBRA/estatal ni a la renuncia de cobertura).

Reconocimiento del suscrito: Reconozco y comprendo que Providence Health Plan puede solicitar o revelar información médica, salvo notas de psicoterapia, acerca de mí y de mis dependientes (personas indicadas en este formulario de inscripción para los beneficios de la cobertura) con el fin de: (a) realizar las operaciones comerciales del plan de salud de Providence

Health Plan; (b) facilitar el tratamiento de atención médica; (c) hacer o facilitar pagos por servicios de atención médica; o (d) según lo exija la ley. El uso o la divulgación de las notas de psicoterapia de Providence Health Plan se limita a las circunstancias en que el paciente haya proporcionado una autorización firmada.

Para obtener más información sobre dichos usos y divulgaciones, incluso los usos y las divulgaciones que la ley exija, consulte el Aviso de prácticas de privacidad. Se puede obtener una copia en ProvidenceHealthPlan.com o llamando al servicio de atención al cliente.

 FIRMA

_____/_____/_____
 FECHA

Cuestionario de raza/etnia

Las siguientes preguntas nos ayudarán a atender mejor a todas las comunidades. Estas preguntas son opcionales.
¿Cuáles de las siguientes opciones describen su identidad racial o étnica? Marque todas las opciones que correspondan.

NOMBRE DEL MIEMBRO: _____

Asiática

- India asiática
- Camboyana
- China
- Comunidades de Myanmar
- Filipina
- Hmong
- Japonesa
- Coreana
- Laosiana
- Asiática del Sur
- Vietnamita
- Otra asiática

Indígena americana o nativa de Alaska

- Indígena americana
- Nativa de Alaska
- Inuit canadiense, métis o de las Naciones Originarias
- Indígena mexicana, centroamericana o sudamericana

Hispana o latina

- Hispana o latina centroamericana
- Hispana o latina mexicana
- Hispana o latina sudamericana
- Otra hispana o latina

Nativa de Hawái o isleña del Pacífico

- Guameña o chamorra
- Marshalesa
- Comunidades de la región de Micronesia
- Nativa de Hawái
- Samoana
- Tongana
- Otra isleña del Pacífico

Blanca

- Caucásica/blanca (sin afiliación nacional)
- Europea del este
- Europea del oeste
- Otra blanca (ascendencia africana, australiana, neozelandesa)
- Eslava

Negra o afroamericana

- Afroamericana
- Afrocaribeña
- Etíope
- Somalí
- Otra africana (negra)
- Afro-Latina/Birracial/Otra
- Otra negra

Medio Oriente o Norte de África

- Del Medio Oriente
- Del Norte de África

Otra

- Otra
- No sé
- No quiero responder

Si marcó más de una categoría, ¿hay alguna que considere que es su identidad racial o étnica principal?

Sí (especifique): _____

No: No tengo solo una identidad racial o étnica principal.

N/C: Solo marqué una categoría de las anteriores. **N/C:** No quiero responder.

No: Me identifico como birracial o multirracial.

N/C: No lo sé.

¿Cuál es su idioma hablado de preferencia?

- | | | | |
|---------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Inglés | <input type="checkbox"/> Cantonés | <input type="checkbox"/> Francés | <input type="checkbox"/> Árabe |
| <input type="checkbox"/> Español | <input type="checkbox"/> Vietnamita | <input type="checkbox"/> Tagalog | <input type="checkbox"/> No contesta/desconocido |
| <input type="checkbox"/> Chino - Otro | <input type="checkbox"/> Ruso | <input type="checkbox"/> Japonés | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Mandarín | <input type="checkbox"/> Alemán | <input type="checkbox"/> Coreano | |

PHP RACE LANG 2022

PHP-040A LG ENROLL (09/21)

8/2022