

# Formulario de inscripción/cambio de estado/renuncia para 2023

P.O. Box 4327, Portland, OR 97208-4327, 800-878-4445, [ProvidenceHealthPlan.com](https://www.providencehealthplan.com)

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

_____/_____/_____ NOMBRE DE GRUPO DEL EMPLEADOR		_____ NÚMERO DE GRUPO	_____/_____/_____ FECHA DE CONTRATACIÓN
_____/_____/_____ FECHA DE VIGENCIA SOLICITADA	_____ CLASE/SUBGRUPO		_____/_____/_____ INICIO DEL PERÍODO DE ESPERA DE ELEGIBILIDAD
<input type="checkbox"/> Inscripción nueva	<input type="checkbox"/> Inscripción abierta	<input type="checkbox"/> Renuncia de cobertura (consulte la sección 4)	_____ NÚMERO DE ID DEL SUSCRITO
<input type="checkbox"/> Cambio en el estado actual:	_____ MOTIVO DEL CAMBIO DE ESTADO*		_____/_____/_____ FECHA DEL EVENTO DE CAMBIO DE ESTADO

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

CONTINUIDAD DE LA COBERTURA COBRA/ESTATAL:	_____/_____/_____ FECHA DE INICIO	_____/_____/_____ FECHA DE FINALIZACIÓN
--	--------------------------------------	--

PLAN ELEGIDO PARA LA INSCRIPCIÓN:

Total Enhanced    Balance    Estándar    HSA    Cuenta de ahorros médicos integrada con HealthEquity®  
He leído y acepto el formulario de autorización de HSA.

\_\_\_\_\_  
DEDUCIBLE DEL PLAN

## 1. Información del empleado

_____ PRIMER NOMBRE	_____ APELLIDO	_____ IN. 2.º NOM.	_____/_____/_____ FECHA DE NACIMIENTO
_____ NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	_____ CORREO ELECTRÓNICO	_____ TELÉFONO	
GÉNERO (MARQUE UNA OPCIÓN) <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No binario/otro ("U")	ESTADO CIVIL: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero		
¿CÓMO SE IDENTIFICA? <input type="checkbox"/> Hombre transgénero <input type="checkbox"/> Mujer transgénero <input type="checkbox"/> No binario <input type="checkbox"/> Se niega a responder	(Estos campos son opcionales. Sus respuestas nos ayudarán a atender mejor a todas las comunidades).		
_____ DIRECCIÓN POSTAL	_____ CIUDAD	_____ ESTADO	_____ C.P.

## 2. Información del dependiente:\* (Si renuncia, vea la pregunta 3)

Incluya los nombres legales completos.

**1** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
APELLIDO PRIMER NOMBRE, IN. 2.º NOM. RELACIÓN N.º DE SEGURO SOCIAL FECHA DE NACIMIENTO  
Género:  M  F  No binario/otro ("U") ¿Vive con el titular de la póliza?  S  N **Si la respuesta es "no", incluya el domicilio**  
¿Cómo se identifica?  Hombre transgénero  Mujer transgénero  No binario  Se niega a responder  
(Estos campos son opcionales. Sus respuestas nos ayudarán a atender mejor a todas las comunidades).

\_\_\_\_\_  
DOMICILIO DEL DEPENDIENTE NÚMERO DE APARTAMENTO/UNIDAD

\_\_\_\_\_  
CIUDAD ESTADO C.P. CONDADO

**2** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
APELLIDO PRIMER NOMBRE, IN. 2.º NOM. RELACIÓN N.º DE SEGURO SOCIAL FECHA DE NACIMIENTO  
Género:  M  F  No binario/otro ("U") ¿Vive con el titular de la póliza?  S  N **Si la respuesta es "no", incluya el domicilio**  
¿Cómo se identifica?  Hombre transgénero  Mujer transgénero  No binario  Se niega a responder  
(Estos campos son opcionales. Sus respuestas nos ayudarán a atender mejor a todas las comunidades).

\_\_\_\_\_  
DOMICILIO DEL DEPENDIENTE NÚMERO DE APARTAMENTO/UNIDAD

\_\_\_\_\_  
CIUDAD ESTADO C.P. CONDADO

**3** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
APELLIDO PRIMER NOMBRE, IN. 2.º NOM. RELACIÓN N.º DE SEGURO SOCIAL FECHA DE NACIMIENTO  
Género:  M  F  No binario/otro ("U") ¿Vive con el titular de la póliza?  S  N **Si la respuesta es "no", incluya el domicilio**  
¿Cómo se identifica?  Hombre transgénero  Mujer transgénero  No binario  Se niega a responder  
(Estos campos son opcionales. Sus respuestas nos ayudarán a atender mejor a todas las comunidades).

\_\_\_\_\_  
DOMICILIO DEL DEPENDIENTE NÚMERO DE APARTAMENTO/UNIDAD

\_\_\_\_\_  
CIUDAD ESTADO C.P. CONDADO

**4** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
APELLIDO PRIMER NOMBRE, IN. 2.º NOM. RELACIÓN N.º DE SEGURO SOCIAL FECHA DE NACIMIENTO  
Género:  M  F  No binario/otro ("U") ¿Vive con el titular de la póliza?  S  N **Si la respuesta es "no", incluya el domicilio**  
¿Cómo se identifica?  Hombre transgénero  Mujer transgénero  No binario  Se niega a responder  
(Estos campos son opcionales. Sus respuestas nos ayudarán a atender mejor a todas las comunidades).

\_\_\_\_\_  
DOMICILIO DEL DEPENDIENTE NÚMERO DE APARTAMENTO/UNIDAD

\_\_\_\_\_  
CIUDAD ESTADO C.P. CONDADO

\*Si tiene otros familiares para inscribir, inclúyalos en hojas separadas con esta solicitud.

### 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

\_\_\_\_\_  
NÚMERO DE TELÉFONO DE LA ASEGURADORA

\_\_\_\_\_  
NOMBRE(S) COMPLETO(S) DE LAS PERSONAS CUBIERTAS

¿Tuvo anteriormente una cobertura de salud de Providence Health Plan?  Sí  No

Si la respuesta es "Sí", indique el número de ID del 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](http://ProvidenceHealthPlan.com) o llamando al servicio de atención al cliente.

\_\_\_\_\_  
FIRMA

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
FECHA

# Cuestionario de raza/etnia

Las siguientes preguntas son opcionales. Sus respuestas nos ayudarán a atender mejor a todas las comunidades.

NOMBRE DEL MIEMBRO

NOMBRE DEL GRUPO

**¿Cuáles de las siguientes opciones describen su identidad racial o étnica? Marque todas las opciones que correspondan.**

## 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

## Otra

- Otra
- No lo sé
- No quiero responder

## Indígena americana o nativa de Alaska

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

## Blanca

- Caucásica/blanca (sin afiliación nacional)
- Europea del Este/eslava
- Europea Occidental
- Otra blanca (ascendencia africana, australiana, neozelandesa)

## Medio Oriente o Norte de África

- Del Medio Oriente
- Del Norte de África

## Negra o afroamericana

- Afroamericana
- Afrocaribeña
- Etíope
- Somalí
- Otra africana (negra)
- Afro-latina/birracial/otra
- Otra negra

## Asiática

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

**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.
- No:** Me identifico como birracial o multirracial.
- N/C:** Solo marqué una categoría de las anteriores.
- N/C:** No lo sé.
- N/C:** No quiero responder.

**¿Cuál es su idioma hablado de preferencia?**

- Inglés
- Español
- Chino - Otro
- Mandarín
- Cantonés
- Vietnamita
- Ruso
- Alemán
- Francés
- Tagalog
- Japonés
- Coreano
- Árabe
- No contesta/no sabe
- Otro

**¿Cuál es su idioma escrito de preferencia?**

- Inglés
- Español
- Vietnamita
- Chino simplificado
- Ruso
- Otro
- N/C:** No lo sé
- N/C:** No quiero responder