Providence Health Plan

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

Formulario de inscripción/cambio de estado/renuncia para 2026

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 __/__/__

☐ Inscripción nueva ☐ Inscripción abierta ☐ Renuncia de cobertura (consulte la sección 4) NÚMERO DE ID DEL SUSCRITO _____

☐ Cambio en el estado actual: _____ MOTIVO DEL CAMBIO DE ESTADO* FECHA DEL EVENTO DE CAMBIO DE ESTADO __/__/__

*Los motivos incluyen: cambio de empleo (ej. un ascenso), recontratación 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.

CONTINUIDAD DE LA COBERTURA COBRA/ESTATAL: __/__/__ FECHA DE INICIO __/__/__ FECHA DE FINALIZACIÓN

PLAN ELEGIDO PARA LA INSCRIPCIÓN:

☐ Total Enhanced ☐ Balance ☐ Estándar ☐ HSA INSCRIBIRME EN UNA: ☐ Cuenta de ahorros médicos integrada con HealthEquity®

_____ 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): ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ No binario/otro ("U") ESTADO CIVIL: ☐ Casado ☐ Soltero

¿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).

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.° 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.° 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.° 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.° 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 miembros adicionales de la familia para inscribir, incluya la información de ellos en una hoja separada junto 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

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 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.

Hispano 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
- ☐ Otra
- ☐ **N/C:** No lo sé
- ☐ **N/C:** No quiero responder