

Formulario de inscripción/cambio de estado/renuncia de Oregon Aglink Association para 2024



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 _____ NÚMERO DE GRUPO ____/____/____ FECHA DE CONTRATACIÓN ____/____/____ FECHA DE VIGENCIA SOLICITADA
 _____ CLASE/SUBGRUPO Inscripción nueva Inscripción abierta Renuncia de cobertura (consulte la sección 4) ____/____/____ INICIO DEL PERÍODO DE ESPERA DE ELEGIBILIDAD
 _____ NÚMERO DE ID DEL SUSCRITO Cambio en el estado actual: _____ MOTIVO DEL CAMBIO DE ESTADO* ____/____/____ FECHA DEL EVENTO DE CAMBIO DE ESTADO
 COBRA: ____/____/____ FECHA DE INICIO ____/____/____ FECHA DE FINALIZACIÓN *Los motivos incluyen: recontractación de empleado elegible, matrimonio, divorcio, muerte, adopción, cambio de dependientes (adición o eliminación), cambio de nombre o dirección, pérdida involuntaria de otra cobertura o cobertura de COBRA.

PLAN ELEGIDO PARA LA INSCRIPCIÓN: Opción Advantage Básica PERSONALIZADA Opción Advantage Premium HSA
 Cuenta de ahorros médicos (HSA) integrada con HealthEquity® _____ DEDUCIBLE
 He leído y acepto el formulario de autorización de HSA.
 Confirme las opciones de administración disponibles con su empleador.

1. Información del empleado

_____ PRIMER NOMBRE _____ APELLIDO _____ IN. 2.º NOM. ____/____/____ FECHA DE NACIMIENTO
 _____ TELÉFONO _____ CORREO ELECTRÓNICO _____ NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
 ESTADO CIVIL: Casado Soltero GÉNERO Masculino Femenino No binario/otro ("U")
 ¿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 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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DIRECCIÓN:		CIUDAD:		ESTADO:	C. P.:	M / F / U
		¿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						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DIRECCIÓN:		CIUDAD:		ESTADO:	C. P.:	M / F / U
		¿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						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DIRECCIÓN:		CIUDAD:		ESTADO:	C. P.:	M / F / U
		¿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						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DIRECCIÓN:		CIUDAD:		ESTADO:	C. P.:	M / F / U
		¿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						

¿El seguro de alguno de los dependientes se verá afectado por una sentencia de divorcio/orden judicial? Sí No

Si la respuesta es SÍ, incluya la parte de la sentencia que muestra la responsabilidad de los gastos médicos.

3. Información de cobertura adicional o acreditable (esta sección no es una renuncia de cobertura. Es necesaria 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

NOMBRES COMPLETOS 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 COBRA 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](https://www.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
- Nativa de Hawái

NOMBRE DEL GRUPO:

- Comunidades de la región de Micronesia
- Samoana
- Tongana
- Otra isleña del Pacífico

Blanca

- Caucásica/blanca (sin afiliación nacional)
- Europea del Este
- Europea Occidental
- 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

Otro

- Otro
- 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.

No: Me identifico como birracial o multirracial.

N/C: Solo marqué una categoría de las anteriores.

N/C: No quiero responder.

N/C: No lo sé.

¿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