

Formulario de inscripción/cambio de estado/renuncia de Providence Choice o Connect 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	<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*	_____/_____/_____ INICIO DEL PERÍODO DE ESPERA DE ELEGIBILIDAD	_____/_____/_____ 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: <input type="checkbox"/> Choice <input type="checkbox"/> Connect _____ DEDUCIBLE			

Como miembro de Choice o Connect, deberá elegir un hogar médico. El formulario de selección de hogar médico se encuentra en la página 5.

1. Información del empleado

_____ PRIMER NOMBRE	_____ APELLIDO	_____ MI	_____/_____/_____ FECHA DE NACIMIENTO
_____ TELÉFONO	_____ CORREO ELECTRÓNICO	_____ NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	
ESTADO CIVIL: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero	GÉNERO: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No binario/otro ("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			
(Estos campos son opcionales. Sus respuestas nos ayudarán a atender mejor a todas las comunidades).			

_____ DIRECCIÓN POSTAL	_____ CIUDAD	_____ ESTADO	_____ C. P.
---------------------------	-----------------	-----------------	----------------

2a. Información para inscripción de dependientes dentro del área (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						

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

2b. Información para inscripción de dependientes fuera del área (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						

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. 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 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 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

Formulario de selección del hogar médico de Providence

Acerca de este formulario

Algunos planes de salud utilizan un equipo de profesionales de atención médica dirigido por un proveedor de atención primaria (PCP) en una clínica designada, que se denomina "hogar médico", para proporcionar y coordinar la atención. Para aprovechar los beneficios y el valor del plan de su hogar médico, designe a un proveedor de hogar médico para usted y cada dependiente inscrito. Puede elegir el mismo hogar médico para usted y sus dependientes inscritos o elegir distintos hogares médicos. **En caso de no elegir un hogar médico, se le elegirá uno para usted.**

La selección de hogares médicos se puede hacer a través de myProvidence.org*, llamando al servicio de atención al cliente al **503-574-7500** o al **800-878-4445 (TTY: 711)**, completando las secciones a continuación y enviando este formulario por fax al **503-574-8208** o por correo postal:

Providence Health Plan
P.O. Box 4327
Portland, OR 97208

1. Información del suscrito

PRIMER NOMBRE	IN. 2.º NOM.	APELLIDO	
NÚMERO DE ID DEL MIEMBRO	NÚMERO DE GRUPO	TELÉFONO	HOGAR MÉDICO

2. Información de los dependientes y selección del hogar médico

A continuación indique la información del miembro y el hogar médico seleccionado. Consulte el directorio de proveedores que se encuentra disponible en ProvidenceHealthPlan.com/ProviderDirectory para obtener información sobre las opciones de hogares médicos. Si necesita más espacio, use una página aparte.

PRIMER NOMBRE	APELLIDO	IN. 2.º NOM.	N.º DE ID DEL MIEMBRO	HOGAR MÉDICO

Información de contacto

Para obtener más información sobre los beneficios de su plan o información sobre un hogar médico específico, comuníquese con el servicio de atención al cliente al **503-574-7500** o al **1-800-878-4445**, o en ProvidenceHealthPlan.com/ContactUs.

*Después de la inscripción y al crear una cuenta gratuita de myProvidence.

