



# Solicitud de seguro de salud Período de afiliación especial

## Objetivo

El objetivo de este formulario es ayudarlo a solicitar el seguro de salud durante la afiliación especial. Completar este formulario significa que usted está solicitando un plan individual o familiar, dentro de los 60 días de ocurrido el evento que califica, con Sharp Health Plan.

## Instrucciones

Se requiere una solicitud y todos los afiliados deben estar en el mismo diseño de plan. Se requiere una solicitud aparte si un miembro de la familia desea estar en un diseño de plan diferente o si se afilia un hijo sin uno de los padres. En este último caso, la información se debe completar en la sección del suscriptor de la solicitud.

## Enviar

Envíe el formulario completo por correo postal, en persona o por fax:

**Por correo o personalmente:**

Sharp Health Plan  
Atención: IFP Sales  
8520 Tech Way, Suite 200  
San Diego, CA 92123

**Por Fax:**

Atención: IFP Sales  
1-858-499-8246

## Realizar un pago

Para pagar su prima con tarjeta de débito o crédito, visite [sharphealthplan.com/payment](http://sharphealthplan.com/payment) o envíe su cheque o giro a la siguiente dirección:

Sharp Health Plan  
P.O. Box 57248  
Los Angeles, CA 90074-7248

**Si necesita asistencia, estamos aquí para ayudarlo.**

Puede llamar a nuestro equipo de Ventas de IFP al 1-858-499-8211 o enviarnos un correo electrónico a [IFPSales@sharp.com](mailto:IFPSales@sharp.com).  
Estamos disponibles para ayudarlo de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

## Información preliminar

¿Está afiliado actualmente en un plan individual o familiar de Sharp Health Plan?  Sí  No

Si la respuesta es afirmativa, escriba el número de identificación de suscriptor (que figura en la carta de renovación):

¿Realizará algún cambio en su póliza actual?  Sí, cambios en el diseño del plan  Sí, se agregan dependientes

**Paso 1a. Información del suscriptor (titular de la póliza) Completar en letra de imprenta.**

Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial de su segundo nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

|  |                                   |  |  |
|--|-----------------------------------|--|--|
| Fecha de nacimiento: MM/DD/AA<br>(     /     /     ) | Número de Seguro Social:<br>-   - | Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo<br><input type="checkbox"/> Pareja doméstica registrada por el estado<br><input type="checkbox"/> Solicitud solo para hijo | Sexo: <input type="checkbox"/> M<br><input type="checkbox"/> F |
|--|-----------------------------------|--|--|

Dirección (no debe ser P.O. Box):

|         |         |                |
|---------|---------|----------------|
| Ciudad: | Estado: | Código postal: |
|---------|---------|----------------|

Dirección de facturación (si es diferente a la anterior):

|         |         |                |
|---------|---------|----------------|
| Ciudad: | Estado: | Código postal: |
|---------|---------|----------------|

|  |   |
|--|---|
| Mejor número de teléfono para ponerse en contacto con usted:<br><input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Laboral<br>(     ) | Otro número de teléfono: <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Laboral<br>(     ) |
|--|---|

Dirección de correo electrónico:

|   |  |
|---|--|
| ¿Desea recibir información sobre esta solicitud por correo electrónico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Desea recibir información de Sharp Health Plan por correo electrónico y/o mensaje de texto? Para mensajes de texto, pueden aplicarse tarifas de mensajes/datos. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
|---|--|

Indique si requiere asistencia en comunicación o si tiene necesidades especiales:

Idioma oral o escrito preferido (si no es el inglés):

|  |   |
|--|---|
| ¿Tiene actualmente cobertura de salud con otra aseguradora? (Si la respuesta es afirmativa, complete los campos a continuación). <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Es este un plan de salud patrocinado por el empleador? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
|--|---|

|                           |                                       |
|---------------------------|---------------------------------------|
| Nombre de la aseguradora: | Tipo de cobertura (p. ej., Medicare): |
|---------------------------|---------------------------------------|

Para buscar un médico afiliado a Sharp Health Plan que se ajuste a sus necesidades, y su identificación de proveedor, visite **sharphealthplan.com** y seleccione "Find a Doctor" (Buscar un médico) o llame a Atención al Cliente al 1-800-359-2002.

|  |  |
|--|--|
| Médico de atención primaria (si deja el espacio en blanco, Sharp Health Plan asignará un médico de atención primaria [primary care physician, PCP]): | ¿Es usted un paciente actual de este médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
|--|--|

|         |                    |
|---------|--------------------|
| Nombre: | NPI del proveedor: |
|---------|--------------------|

**Cuidados dentales pediátricos**

Tenga en cuenta que los solicitantes menores de 19 años de edad quedarán automáticamente inscritos en un plan dental pediátrico con Access Dental Plan. Para buscar un dentista de Access Dental Plan, visite **PremierLife.com**, seleccione "Find a dentist" (Buscar un dentista) y elija el plan HMO Dental Individual de su área.

Los planes de beneficios de la Organización para el Mantenimiento de la Salud Dental (Dental Health Maintenance Organization, DHMO) están financiados por Access Dental Plan, una subsidiaria de propiedad total de The Guardian Life Insurance Company of America. Access Dental Plan es un plan de servicios de atención médica especializada con licencia en el Estado de California conforme a la Ley Knox-Keene de 1975.

**Cuidados de la vista pediátricos**

Tenga en cuenta que los solicitantes menores de 19 años de edad quedarán automáticamente inscritos en un plan de la vista pediátrico. Los servicios son brindados por Vision Service Plan (VSP). Para obtener una lista de los oculistas disponibles, ingrese en **vsp.com/advantage**.

**Paso 1b. Padre, madre o tutor legal** (si el solicitante suscriptor es menor de 18 años)

Nombre: Inicial de su segundo nombre: Apellido:

Fecha de nacimiento: MM/DD/AA ( / / ) Número de Seguro Social: - - Mejor número de teléfono:  Particular  Celular  Laboral ( ) Sexo:  M  F

Dirección (no debe ser P.O. Box):

Ciudad: Estado: Código postal:

**Paso 1c. Cónyuge o pareja doméstica**

Complete la siguiente información si desea agregar un cónyuge/una pareja doméstica a esta póliza. De lo contrario, continúe con el Paso 2.

Nombre: Inicial de su segundo nombre: Apellido:

Fecha de nacimiento: MM/DD/AA ( / / ) Número de Seguro Social: - - Relación con el suscriptor:  Cónyuge  Pareja doméstica registrada por el estado Sexo  M  FPara buscar un médico afiliado a Sharp Health Plan que se ajuste a sus necesidades, y su NPI de proveedor, visite [sharphealthplan.com](http://sharphealthplan.com) y seleccione "Find a Doctor" (Buscar un médico) o llame a Atención al Cliente al 1-800-359-2002.Médico de atención primaria (si deja el espacio en blanco, Sharp Health Plan asignará un médico de atención primaria [primary care physician, PCP]): ¿Es usted un paciente actual de este médico?  Sí  No

Nombre: NPI del proveedor:

**Paso 1d. Dependientes**

Complete la siguiente información para cada dependiente que desee agregar a esta póliza. De lo contrario, continúe con el Paso 2.

**1.** Nombre: Inicial de su segundo nombre: Apellido:Fecha de nacimiento: MM/DD/AA ( / / ) Número de Seguro Social: - - Relación con el suscriptor: Sexo  M  FPara buscar un médico afiliado a Sharp Health Plan que se ajuste a sus necesidades, y su identificación de proveedor, visite [sharphealthplan.com](http://sharphealthplan.com) y seleccione "Find a Doctor" (Buscar un médico) o llame a Atención al Cliente al 1-800-359-2002.Médico de atención primaria (si deja el espacio en blanco, Sharp Health Plan asignará un médico de atención primaria [primary care physician, PCP]): ¿Es usted un paciente actual de este médico?  Sí  No

Nombre: NPI del proveedor:

**2.** Nombre: Inicial de su segundo nombre: Apellido:Fecha de nacimiento: MM/DD/AA ( / / ) Número de Seguro Social: - - Relación con el suscriptor: Sexo  M  FPara buscar un médico afiliado a Sharp Health Plan que se ajuste a sus necesidades, y su identificación de proveedor, visite [sharphealthplan.com](http://sharphealthplan.com) y seleccione "Find a Doctor" (Buscar un médico) o llame a Atención al Cliente al 1-800-359-2002.Médico de atención primaria (si deja el espacio en blanco, Sharp Health Plan asignará un médico de atención primaria [primary care physician, PCP]): ¿Es usted un paciente actual de este médico?  Sí  No

Nombre: NPI del proveedor:

|  |                                     |  |   |
|--|-------------------------------------|--|---|
| <b>3. Nombre:</b>  |                                     | Inicial de su segundo nombre:                | Apellido:   |
| Fecha de nacimiento: MM/DD/AA<br>(     /     /     )   | Número de Seguro Social:<br>-     - | Relación con el suscriptor:                  | Sexo <input type="checkbox"/> M<br><input type="checkbox"/> F |
| Para buscar un médico afiliado a Sharp Health Plan que se ajuste a sus necesidades, y su identificación de proveedor, visite <a href="http://sharphealthplan.com">sharphealthplan.com</a> y seleccione "Find a Doctor" (Buscar un médico) o llame a Atención al Cliente al 1-800-359-2002. |                                     |  |   |
| Médico de atención primaria (si deja el espacio en blanco, Sharp Health Plan asignará un médico de atención primaria [primary care physician, PCP]):   |                                     | ¿Es usted un paciente actual de este médico? | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No    |
| Nombre:  | NPI del proveedor:                  |  |   |

## Paso 2. Selección del plan

Cuando selecciona un plan, debe asegurarse de que vive o trabaja en un código postal que se encuentra dentro de la red del plan. Para buscar una lista de códigos postales asociadas con cada red, visite [sharphealthplan.com/networks-by-zip](http://sharphealthplan.com/networks-by-zip). Una vez que haya confirmado su red, debe seleccionar un plan de beneficios de la lista que aparece a continuación.

| Nombre del plan (seleccione uno)                                  | Categoría        | Red         |
|---|------------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> Sharp Platinum 90 HMO Performance        | Platinum         | Performance |
| <input type="checkbox"/> Sharp Platinum 90 HMO Premier            | Platinum         | Premier     |
| <input type="checkbox"/> Sharp Gold 80 HMO Performance            | Gold             | Performance |
| <input type="checkbox"/> Sharp Gold 80 HMO Premier                | Gold             | Premier     |
| <input type="checkbox"/> Sharp Silver 70 Off Exchange HMO Premier | Silver           | Premier     |
| <input type="checkbox"/> Sharp Bronze 60 HMO Performance          | Bronze           | Performance |
| <input type="checkbox"/> Sharp Bronze 60 HDHP HMO Premier         | Bronze           | Premier     |
| <input type="checkbox"/> Sharp Minimum Coverage HMO Performance*  | Cobertura mínima | Performance |

### Se requiere la verificación de residencia para todos los solicitantes.

Esta solicitud requiere una verificación de residencia para todos los solicitantes. Si el solicitante es un menor que solicita cobertura como suscriptor, el padre, la madre o el tutor legal deben brindar evidencia de residencia. En el caso de maternidad subrogada, se requiere la residencia del tutor legal. La residencia de la madre subrogada es irrelevante. La evidencia de residencia se debe recibir dentro de los diez días calendario de recibida la solicitud (completa en su totalidad) e implica lo siguiente: se debe brindar un elemento de la Lista 1 y otro elemento de la Lista 1 o la Lista 2. Ambos deben demostrar la residencia en un código postal para el área de servicio de Sharp Health Plan del producto seleccionado. Si Sharp Health Plan no recibe los documentos de evidencia de residencia de los solicitantes dentro de los diez días calendario de recibida la solicitud completa, Sharp Health Plan cancelará esta solicitud.

| Lista 1  | Lista 2  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Factura de gas, electricidad, agua o cable (reciente). Si su calificación fue por una mudanza permanente, la factura debe ser por el servicio inicial.</li> <li>Licencia de conducir válida de California o tarjeta de identificación con foto de California. Si su calificación fue por una mudanza permanente, la identificación debe haber sido emitida recientemente.</li> <li>Recibo de sueldo de empleo (reciente). Si su calificación fue por una mudanza permanente, el recibo de sueldo debe incluir los pagos del año hasta la actualidad que confirmen el nuevo empleo.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Impresión del historial del Departamento de Vehículos Motorizados (Department of Motor Vehicles, DMV) de California.</li> <li>Declaración anual de impuestos de California (540).</li> <li>Programa de asistencia o ayuda estatal de California.</li> <li>Registro o seguro de vehículo motorizado de California.</li> <li>Documentación de baja militar (DD214) o declaración de licencia y ganancias.</li> <li>Impuestos sobre la propiedad.</li> <li>Certificados analíticos escolares, registro escolar, identificación escolar o contrato de renta escolar (para solicitantes menores de 18 años que hagan la solicitud como suscriptores).</li> </ul> |

Asimismo, cada plan ha designado un grupo de médicos y hospitales asociados a él, llamado Plan Medical Group (PMG). El plan que selecciona determinará los médicos que están disponibles para usted. Para buscar un médico afiliado a Sharp Health Plan que se ajuste a sus necesidades, visite [sharphealthplan.com](http://sharphealthplan.com) y seleccione "Find a Doctor" (Buscar un médico) para buscar un médico cercano a usted o llame a Atención al Cliente al 1-800-359-2002. Asegúrese de seleccionar un médico que esté afiliado a la red del plan para el plan de beneficios en el que desea afiliarse. **Si deja el campo del médico de atención primaria (PCP) en blanco en el Paso 1, Sharp Health Plan le asignará un PCP automáticamente.**

Fecha de vigencia de la cobertura

¿Cuál es la fecha de vigencia solicitada para su póliza médica? \_\_\_\_\_

Evento que califica para solicitar fuera del periodo de afiliación abierta

|  |  |
|--|--|
| La solicitud de afiliación se debe enviar dentro de los 60 días de un evento que califica. Adjunte la prueba del evento que califica a la solicitud.               | <input type="checkbox"/> Pérdida de cobertura<br><input type="checkbox"/> Casamiento<br><input type="checkbox"/> Nacimiento/Adopción<br><input type="checkbox"/> Divorcio<br><input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <b>Toda la documentación respaldatoria requerida y el pago de la prima del primer mes deben presentarse al plan antes de la fecha de vigencia de su cobertura.</b> |  |

\*Los planes de cobertura mínima están disponibles para las personas menores de 30 años de edad, a partir de la fecha de vigencia de la cobertura. También están disponibles para aquellas personas que han recibido un certificado de exención de Covered California por asequibilidad o dificultades financieras. Si el solicitante tiene 30 años de edad o más, debe proveer el certificado de exención a Sharp Health Plan para procesar la solicitud.

Paso 3. Sección del corredor de seguros

¿Trabajó con un corredor de seguros?  Sí  No

|                                 |                       |                     |
|---------------------------------|-----------------------|---------------------|
| Nombre del corredor de seguros: | Nombre de la agencia: | Número de licencia: |
|---------------------------------|-----------------------|---------------------|

Dirección (no debe ser P.O. Box):

|                                 |                                  |                |
|---------------------------------|----------------------------------|----------------|
| Ciudad:                         | Estado:                          | Código postal: |
| Número de teléfono:<br>(      ) | Dirección de correo electrónico: |                |

Aviso para el agente, corredor de seguros, representante: Si brindó ayuda al solicitante para enviar esta solicitud, las leyes le exigen que testifique esta asistencia. Si declara cualquier hecho pertinente a sabiendas de que es falso, usted queda sujeto a una sanción civil de hasta diez mil dólares (\$10,000), según lo autorizado conforme al Código de Salud y Seguridad de California, sección 1389.8(c) o el Código de Seguro, sección 10119.3.

Seleccione una opción:

- Ayudé al solicitante a enviar esta solicitud. A mi leal saber y entender, la información en esta solicitud es completa y precisa. Expliqué al solicitante, en un lenguaje fácil de entender, el riesgo que corre al brindar información inexacta, y el solicitante entendió la explicación.
- De ninguna manera ayudé al solicitante a completar o enviar esta solicitud. El solicitante completó toda la información sin recibir asistencia ni asesoramiento de mi parte.

|  |        |
|--|--------|
| Firma del agente, corredor de seguros o representante: | Fecha: |
|--|--------|

x

## Paso 4. Divulgaciones y firmas

Lea la siguiente información cuidadosamente. Cada familiar mayor de 18 años debe revisar la solicitud completada y brindar su propia firma en la siguiente página. Guarde una copia de esta solicitud para sus registros.

### Divulgaciones de Access Dental

Entiendo que si manifesté en este formulario que la cobertura del Plan se debe brindar únicamente a un hijo dependiente, soy responsable del pago de la prima requerida y del cumplimiento de todas las disposiciones y condiciones del formulario/contrato de divulgación.

Las leyes de California prohíben a las compañías de seguro de salud solicitar o utilizar pruebas de VIH como condición para obtener cobertura del seguro de salud. Access Dental Plan no solicitará pruebas de VIH como condición para obtener cobertura. De acuerdo con el Código de Salud y Seguridad de California, sección 120980, Access Dental Plan cumple en todos los aspectos con la prohibición de las divulgaciones no autorizadas de una prueba de VIH.

**DERECHO AL REEMBOLSO:** Yo, en nombre de los dependientes indicados en esta solicitud de afiliación, acepto por la presente que en el caso de que otra parte tenga la responsabilidad primaria de pagar algún servicio dental que yo reciba o que se brinde a mis dependientes cubiertos por Access Dental Plan debido a otra cobertura dental, informaré plenamente a Access Dental Plan y ejecutaré dichas asignaciones, gravámenes y otros documentos que sean necesarios para que Access Dental Plan pueda recuperar el valor de los servicios y suministros brindados.

**AVISO:** Toda persona que, con la intención de defraudar o a sabiendas de que facilita un fraude contra la aseguradora, envía una solicitud o presenta una reclamación que contiene una declaración falsa o engañosa, es culpable de fraude al seguro y puede quedar sujeta a multas y encarcelamiento.

De acuerdo con los requisitos de divulgación del Código de Salud y Seguridad de California, Sección 1363 (h), esto es para informarle que la proporción de gastos de atención médica de Access Dental Plan sobre las primas recibidas durante el último año calendario con respecto a los planes individuales y familiares de Access Dental Plan fue del 62.0 %.

**ARBITRAJE VINCULANTE OBLIGATORIO:** Entiendo que cualquier disputa o controversia que surja entre Access Dental Plan y yo debe quedar sujeta a arbitraje vinculante conforme a las reglas de arbitraje comercial de la Asociación Americana de Arbitraje en lugar de un juicio ante un jurado o en tribunales, y en el caso de que surja alguna disputa, ni Access Dental Plan ni yo podemos presentar ningún reclamo como demandante principal o colectivo en ningún supuesto procedimiento colectivo o como representante, y en lugar de eso, debemos presentar todos los reclamos a título personal. Tanto Access Dental Plan como yo renunciamos expresamente a todo derecho a iniciar o arbitrar una demanda colectiva entre nosotros en relación con cualquier disputa relacionada con mi afiliación en Access Dental Plan o sus subsidiarias, o que pueda surgir por motivo de dicha afiliación. El procedimiento de arbitraje tendrá lugar en Sacramento, California o, si ese lugar es prohibitivo o significativamente inconveniente para las partes, en otro lugar seleccionado por la Asociación Americana de Arbitraje.

(continúa en la siguiente página)

## Paso 4, continuación

### Divulgaciones de Sharp Health Plan

- Yo soy el único responsable de la precisión e integridad de la información proporcionada en esta solicitud. He revisado personalmente toda la información proporcionada en esta solicitud, incluso si no hubiera completado la solicitud yo mismo. A mi leal saber y entender, toda la información en esta solicitud es completa, exacta y verdadera. Si Sharp Health Plan determina que existe fraude (por acto, conducta u omisión) o una tergiversación intencional del hecho pertinente en la información de esta solicitud, entiendo que se puede rescindir la cobertura según lo permitido por la ley.
- Toda persona que, con la intención de defraudar o a sabiendas de que facilita un fraude contra la aseguradora, envía una solicitud o presenta una reclamación que contiene una declaración falsa o engañosa, es culpable de fraude al seguro y puede quedar sujeta a multas y encarcelamiento. De acuerdo con los requisitos de divulgación del Código de Salud y Seguridad de California, Sección 1363 (h), esto es para informarle que la proporción de gastos de atención médica de Premier Access sobre las primas recibidas durante el último año calendario con respecto a los planes individuales y familiares de Premier Access fue del 60.0 %.
- Con el fin de determinar un fraude, entiendo que Sharp Health Plan puede someterme a una auditoría, donde tendré que brindar pruebas de residencia, fecha de nacimiento y elegibilidad del dependiente (si corresponde). También entiendo que debo brindar a Sharp Health Plan toda información nueva que surja después de presentar esta solicitud, pero antes de que comience mi afiliación en Sharp Health Plan.
- Entiendo que este plan solo cubrirá los servicios provistos a través de la red de proveedores y centros de mi producto, a menos que yo reciba una autorización previa por escrito por parte de Sharp Health Plan.
- Si en el Paso 1 indiqué que tengo un idioma preferencial que no sea el inglés y he completado la versión en inglés de esta solicitud (o una versión que no es en mi idioma de preferencia), confirmo que entiendo las preguntas de esta solicitud.
- Entiendo que las leyes de California prohíben a los planes de atención médica solicitar o utilizar pruebas de VIH como condición para obtener cobertura.
- Dependiendo de mi nivel de ingreso y tamaño del grupo familiar, comprendo que puedo ser elegible para recibir asistencia financiera para pagar su cobertura de salud si adquiero mi cobertura a través de Covered California. Los planes de beneficios de Sharp Health Plan están disponibles a través de Covered California. Debo inscribirme durante un período de afiliación abierta o especial. La afiliación abierta es del 1.º de noviembre al 15 de diciembre. Los períodos de afiliación especial para todas las personas que se afilien mediante Covered California son del 15 de octubre al 31 de octubre, y del 16 de diciembre al 15 de enero. Una solicitud que se presente durante estos dos períodos de afiliación especial se tratará de la misma manera que una solicitud presentada durante el período de afiliación abierta. Sin embargo, comprendo que para que la cobertura comience el 1.º de enero, debo presentar mi solicitud antes del 15 de diciembre del año calendario anterior. Si se produce un cambio en mi vida, como un matrimonio, un divorcio, un nacimiento o la pérdida del empleo, puedo afiliarme en el momento en que se produce el cambio ("período de afiliación especial").
- Entiendo que cualquier disputa o controversia que surja con respecto a la aplicación, interpretación o incumplimiento del acuerdo entre Sharp Health Plan y yo (o cualquier dependiente afiliado), ya sea que surgiera del contrato, extracontractualmente o de otro modo, debe someterse a arbitraje en lugar de un juicio ante un jurado, o en tribunales, si no se resuelve satisfactoriamente a través del proceso de quejas de Sharp Health Plan.

### Suscriptor (padre, madre o tutor legal del suscriptor si este es menor de 18 años)

|         |             |        |
|---------|-------------|--------|
| Nombre: | Firma:<br>x | Fecha: |
|---------|-------------|--------|

### Cónyuge/pareja doméstica (si corresponde)

|         |             |        |
|---------|-------------|--------|
| Nombre: | Firma:<br>x | Fecha: |
|---------|-------------|--------|

### Dependiente 1 (mayor de 18 años) (si corresponde)

|         |             |        |
|---------|-------------|--------|
| Nombre: | Firma:<br>x | Fecha: |
|---------|-------------|--------|

### Dependiente 2 (mayor de 18 años) (si corresponde)

|         |             |        |
|---------|-------------|--------|
| Nombre: | Firma:<br>x | Fecha: |
|---------|-------------|--------|

### Dependiente 3 (mayor de 18 años) (si corresponde)

|         |             |        |
|---------|-------------|--------|
| Nombre: | Firma:<br>x | Fecha: |
|---------|-------------|--------|

# Aviso de no discriminación

Sharp Health Plan cumple con las leyes federales pertinentes sobre derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad o discapacidad. Sharp Health Plan no excluye a las personas ni las trata diferente debido a su raza, color, origen nacional, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad o discapacidad.

Sharp Health Plan:

- Ofrece ayuda y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se puedan comunicar de manera efectiva con nosotros, como:
  - Intérpretes acreditados en el lenguaje de señas
  - Información en otros formatos (como con letras grandes, audio, formatos electrónicos accesibles u otros formatos) sin cargo
- Ofrece servicios de idiomas gratuitos a las personas cuya lengua principal no es el inglés, como:
  - Intérpretes acreditados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Atención al Cliente al 1-800-359-2002.

Si usted cree que Sharp Health Plan no le ha brindado estos servicios o lo ha discriminado de alguna otra manera por su raza, color, origen nacional, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad o discapacidad, puede presentarle una queja formal a nuestro coordinador de Derechos Civiles en:

- Dirección: Sharp Health Plan Appeal/Grievance Department 8520 Tech Way, Suite 200, San Diego, CA 92123-1450
- Teléfono: 1-800-359-2002 (TTY/TDD: 711) Fax: 1-619-740-8572

También puede presentar una queja formal personalmente o por correo o fax, o completar el formulario de queja formal/apelación en línea en el sitio web del plan en [sharphealthplan.com](http://sharphealthplan.com). Si necesita ayuda para presentar una queja formal, llame a nuestro equipo de Atención al Cliente al 1-800-359-2002. También puede presentar una queja por discriminación si existe un problema de discriminación por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos por vía electrónica a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono al: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Los formularios de quejas también están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

El Departamento de Atención Médica Administrada de California es responsable de regular los planes de servicios de atención médica. Si su queja formal no ha sido resuelta de forma satisfactoria por Sharp Health Plan o si su queja formal sigue sin resolverse después de 30 días, puede comunicarse a la línea gratuita del Departamento de Cuidado Administrado para recibir asistencia:

- 1-888-HMO-2219 (voz)
- 1-877-688-9891 TDD

En el sitio web del Departamento de Cuidado Administrado puede encontrar instrucciones y formularios para quejas en línea: <http://www.hmohelp.ca.gov>.

**IMPORTANT: Can you read this letter? If not, we can have somebody help you read it. You may also be able to get this letter written in your language. For free help, please call Sharp Health Plan right away at 1-858-499-8300 or 1-800-359-2002.**

**IMPORTANTE: ¿Puede leer esta carta? Si no le es posible, podemos ofrecerle ayuda para que alguien se la lea. Además, usted también puede obtener esta carta en su idioma. Para ayuda gratuita, por favor llame a Sharp Health Plan inmediatamente al 1-858-499-8300 o 1-800-359-2002.**



# Servicios de asistencia en idiomas

## English

ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-359-2002 (TTY:711).

## Español (Spanish)

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-359-2002 (TTY:711).

## 繁體中文 (Chinese)

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-359-2002 (TTY:711)。

## Tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-359-2002 (TTY:711).

## Tagalog (Tagalog - Filipino):

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-359-2002 (TTY:711).

## 한국어 (Korean):

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-359-2002 (TTY:711) 번으로 전화해 주십시오.

## Հայերեն (Armenian):

Ուշադրություն: Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Ձանգահարեք 1-800-359-2002 (TTY (հեռատիպ)՝ 711)։

## فارسی (Farsi):

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با (TTY:711) 1-800-359-2002 تماس بگیرید.

## Русский (Russian):

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-359-2002 (телетайп: 711).

## 日本語 (Japanese):

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-800-359-2002 (TTY:711) まで、お電話にてご連絡ください。

## عربي (Arabic):

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-359-2002 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

## ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi):

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਰਤਿ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-800-359-2002 (TTY:711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

## ខ្មែរ (Mon Khmer, Cambodian):

ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្អូល គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-800-359-2002 (TTY:711)។

## Hmoob (Hmong):

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-800-359-2002 (TTY:711).

## हिंदी (Hindi):

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-800-359-2002 (TTY:711) पर कॉल करें।

## ภาษาไทย (Thai):

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-800-359-2002 (TTY:711).