



Plan familiar e individual

Formulario de terminación

Instrucciones

Si desea **cancelar** su póliza actual, complete este formulario. Entregue el formulario completo en persona o envíelo por correo o por fax:



Por correo o en persona:
Attention: IFP Sales
8520 Tech Way, Suite 200
San Diego, CA 92123



Por fax:
Attention: IFP Sales
1-858-499-8246

Información del suscriptor Covered California (en el mercado de seguros) Sharp Health Plan (fuera del mercado de seguros)

Nombre:	Apellido:	Inicial del segundo nombre:
N.º de identificación (comienza con el número 92):		Fecha de nacimiento (MM/DD/AA): (/ /)

Cambio en la inscripción (marque todas las opciones que correspondan)

Cancelar la póliza para: Todos los miembros cubiertos
Fecha de entrada en vigor solicitada de la cancelación: (/ /) Motivo de la cancelación: _____
Si se cancela la póliza, finalizará la cobertura del suscriptor y de todos los dependientes cubiertos por el plan.
Tenga en cuenta que la fecha de entrada en vigor debe ser la fecha de hoy o una posterior. Si se aprueba, la cobertura finalizará el último día del mes.

Cancelar la póliza solo para: Suscriptor
Fecha de entrada en vigor solicitada de la cancelación: (/ /)
Tenga en cuenta que la fecha de entrada en vigor debe ser la fecha de hoy o una posterior. Si se aprueba, la cobertura finalizará el último día del mes.
Si continúa con la cobertura para cónyuge/pareja doméstica o dependientes, debe completar otra solicitud.

Cancelar póliza solo para: Cónyuge/pareja doméstica Dependientes
Fecha de entrada en vigor solicitada de la cancelación: (/ /)
Tenga en cuenta que la fecha de entrada en vigor debe ser la fecha de hoy o una posterior. Si se aprueba, la cobertura finalizará el último día del mes.

Nombre del cónyuge/pareja doméstica:	Fecha de nacimiento (MM/DD/AA): (/ /)
Nombre del dependiente 1:	Fecha de nacimiento (MM/DD/AA): (/ /)
Nombre del dependiente 2:	Fecha de nacimiento (MM/DD/AA): (/ /)
Nombre del dependiente 3:	Fecha de nacimiento (MM/DD/AA): (/ /)
Nombre del suscriptor:	Firma del suscriptor: x
	Fecha (MM/DD/AA): (/ /)



Si necesita ayuda, estamos a su disposición.

Puede enviar un correo electrónico a Servicio al Cliente, a customer.service@sharp.com, o llamar al 1-800-359-2002.
Nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m.

Aviso sobre no discriminación

Sharp Health Plan cumple con las leyes de derechos civiles federales correspondientes y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad ni discapacidad. Tampoco excluye a las personas ni las trata de forma diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad ni discapacidad.

Sharp Health Plan brinda lo siguiente:

- Asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidad para que puedan comunicarse con nosotros de manera eficaz, como los siguientes:
 - Intérpretes del lenguaje de señas calificados.
 - Información en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos) sin cargo.
- Servicios de idiomas gratuitos a personas cuyo idioma primario no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes calificados.
 - Información escrita en otros idiomas.

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

Si cree que Sharp Health Plan no le ha brindado estos servicios o lo ha discriminado de alguna otra forma por motivos de raza, color, nacionalidad, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad o discapacidad puede presentar una reclamación ante nuestro coordinador de derechos civiles por los siguientes medios:

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

Puede presentar una reclamación personalmente, por correo o por fax. También puede completar el formulario de reclamación o apelación en el sitio web del plan, sharphealthplan.com. Si necesita ayuda para tramitar una reclamación, llame a nuestro equipo de Servicio al Cliente, al 1-800-359-2002. También puede presentar una queja por discriminación si existe una cuestión discriminatoria por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. de manera electrónica mediante el portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf. También puede hacerlo por correo o por teléfono: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201; 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD).

Los formularios de queja están disponibles en hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

El Departamento de Atención Médica Administrada de California es responsable de regular los planes de atención de salud. Si su reclamación no fue resuelta satisfactoriamente por Sharp Health Plan o su reclamación ha permanecido sin resolver durante más de treinta (30) días, puede llamar al Departamento de Atención Médica Administrada para recibir asistencia de manera gratuita a los siguientes números:

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

En el sitio web del Departamento de Atención Médica Administrada, encontrará formularios de queja e instrucciones: 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 puede recibir esta carta en su idioma. Para recibir ayuda gratuita, llame ahora mismo a Sharp Health Plan, al 1-858-499-8300 o al 1-800-359-2002.

Servicios de asistencia en otros idiomas

Español

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

English (inglés)

ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 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):

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ԵՐԵՒՆԻ ՀԱՅԵՐԵՆԻ ԱՊԱ ԱՆԿԱՆՎԱՐ ԿԱՐՈՂ ԵՆ ՍՐԱՄԱԿՐՎԵԼ ԼԵՂՎԱԿԱՆ ԱԶԱԿԳՈՒԹՅԱՆ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ: Զանգահարեք 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 انكر 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 ਵੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-800-359-2002 (TTY:711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

ខ្មែរ (Mon Khmer, Cambodian):

ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយភាសា ដោយមិនគិតលុយ 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).