

# Información personal

(**DERECHOHABIENTES**<sup>1,2</sup>, continuación)

Solicitante: \_\_\_\_\_

N.º de Seguro Social: \_\_\_\_\_

|   |   |  |                            |  |
|---|---|--|----------------------------|--|
| <b>Nombre</b>   | <b>Inicial del segundo nombre</b>   | <b>Apellido</b>  |                            |  |
| <b>Parentesco</b>   | <b>N.º de Seguro Social</b>   | <b>Sexo</b><br><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | <b>Fecha de nacimiento</b> |  |
| <b>¿Prefiere comunicarse verbalmente en un idioma distinto del inglés?</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Si respondió 'Sí', ¿en qué idioma? _____   | <b>Durante los últimos seis meses, ¿ha consumido tabaco?</b> <sup>3</sup><br>Al menos 4 veces por semana, excepto para usos religiosos o ceremoniales<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Si respondió 'Sí', indique la última fecha de consumo: _____ |  |                            |  |
| <b>Dirección postal</b> <sup>4</sup> (SI ES OTRA)   | <b>Ciudad</b>   | <b>Estado</b>  | <b>Código Postal</b>       |  |
| <b>Número telefónico para localizarlo con mayor facilidad</b> <sup>4</sup> _____ <input type="checkbox"/> móvil <input type="checkbox"/> fijo   |   |  |                            |  |
| Al proporcionar su número de celular, usted autoriza que BCBSOK le envíe información por medio de mensajes de texto automatizados, incluida la información de proveedores o prestadores de servicios médicos independientes contratados por BCBSOK, con el fin de responder a sus preguntas y de ofrecerle información adicional sobre las coberturas médicas, los servicios incluidos y los programas. También puede configurar sus preferencias de comunicación en <b>account.bcbsok.com/upp/</b> . Es posible que su proveedor de servicios inalámbricos cobre tarifas estándar por servicios de telefonía móvil y por la transmisión de mensajes de texto. Los mensajes serán recurrentes y la frecuencia de estos varía. Su consentimiento no es una condición para solicitar cobertura ni para contratarla. |   |  |                            |  |
| <b>Dirección de correo electrónico</b> <sup>4,5</sup>   |   |  |                            |  |
| <b>Nombre del prestador de atención primaria (PCP) (SOLO HMO)</b>   | <b>N.º de PCP de 10 dígitos alfanuméricos (SOLO HMO)</b>  |  |                            |  |
| Visite <b>FindADoctorOK.com</b> para encontrar un PCP. Si no incluye un PCP en la sección anterior, BCBSOK le asignará uno, según el área de servicio de su cobertura. La asignación del PCP puede retrasar la llegada de su tarjeta de asegurado. Usted podría ser responsable del costo de la atención que reciba de un PCP que no figure en su tarjeta de asegurado o de la atención que reciba de un prestador de servicios médicos sin la orden de su PCP. Consulte la información sobre los PCP y profesionales en ginecología y obstetricia en la página 10.   |   |  |                            |  |
| <b>Si un derechohabiente (distinto a un cónyuge) es mayor de 26 años, ¿dicho derechohabiente tiene alguna discapacidad médica?</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Si respondió "Sí", necesitamos una <i>Autorización para derechohabientes con discapacidad</i> . Formulario disponible en <b>espanol.bcbsok.com/disabled-dependents-s</b> .   |   |  |                            |  |
| <b>OPCIONAL: Si es de origen hispano o latino, ¿se identifica como parte de alguno de los siguientes grupos? (marque todos los necesarios)</b><br><input type="checkbox"/> mexicano <input type="checkbox"/> mexicoestadounidense <input type="checkbox"/> chicano <input type="checkbox"/> puertorriqueño <input type="checkbox"/> cubano <input type="checkbox"/> otro _____  |   |  |                            |  |
| <b>OPCIONAL: Indique si se identifica como parte de alguno de los siguientes grupos (marque todos los necesarios)</b><br><input type="checkbox"/> blanco <input type="checkbox"/> negro o afroamericano <input type="checkbox"/> indígena estadounidense o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> indio asiático<br><input type="checkbox"/> chino <input type="checkbox"/> filipino <input type="checkbox"/> japonés <input type="checkbox"/> coreano <input type="checkbox"/> vietnamita <input type="checkbox"/> de otro país asiático <input type="checkbox"/> nativo de Hawái<br><input type="checkbox"/> guameño o chamorro <input type="checkbox"/> samoano <input type="checkbox"/> de otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> otro _____  |   |  |                            |  |

<sup>1</sup> Para añadir derechohabientes a su póliza vigente, llene la Solicitud para TODOS los derechohabientes Y el Solicitante principal. Se requiere comprobante de no elegibilidad para Medicare si usted o su cónyuge son mayores de 65 años.

<sup>2</sup> Derechohabientes aparte de su cónyuge son elegibles hasta los 26 años, a menos de que exista una discapacidad médica y mantengan vigente una cobertura de BCBSOK.

<sup>3</sup> Mayores de 21 años que consumen tabaco.

<sup>4</sup> Mayores de 18 años que deseen recibir correspondencia por correo postal y electrónico, así como llamadas telefónicas.

<sup>5</sup> Si desea recibir información electrónicamente, **necesitamos** su dirección de correo electrónico.



## Aviso de no discriminación

### La cobertura médica es importante para todos.

No discriminamos por motivos de raza, color, país de origen (incluidos el conocimiento limitado del inglés y la lengua materna), edad, discapacidad o sexo (tal como se entiende en la reglamentación aplicable). Les proporcionamos a las personas con discapacidad las adaptaciones razonables y los medios de comunicación gratuitos que les permitan comunicarse eficazmente con nosotros. También ofrecemos servicios de asistencia lingüística sin costo a las personas cuyo primer idioma no es el inglés.

Para solicitar modificaciones razonables, ayudas de comunicación o asistencia lingüística sin costo, llámenos al 855-710-6984.

Si cree que fallamos en proporcionarle algún servicio, o si considera que se le discriminó de alguna manera, puede presentar una inconformidad ante la Oficina del Coordinador de Derechos Civiles (Office of Civil Rights Coordinator):

|  |                     |                                   |
|--|---------------------|-----------------------------------|
| Office of Civil Rights Coordinator       | Teléfono:           | 855-664-7270 (correo de voz)      |
| Attn: Office of Civil Rights Coordinator | TTY/TDD:            | 855-661-6965                      |
| 300 E. Randolph St., 35th Floor          | Fax:                | 855-661-6960                      |
| Chicago, IL 60601                        | Correo electrónico: | civilrightscoordinator@bcbsil.com |

Puede presentar una inconformidad en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda con esto, el Coordinador de Derechos Civiles está a sus órdenes.

Tiene el derecho de presentar una queja por derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights) por estos medios:

|                                    |  |              |
|------------------------------------|--|--------------|
| US Dept of Health & Human Services | Teléfono:  | 800-368-1019 |
| 200 Independence Avenue SW         | TTY/TDD:   | 800-537-7697 |
| Room 509F, HHH Building 1019       | Portal de quejas:                                  |              |
| Washington, DC 20201               | ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf         |              |
|                                    | Formularios para presentar quejas:                 |              |
|                                    | hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html |              |

Este aviso está disponible en nuestro sitio web en español [bcbsok.com/legal-and-privacy/non-discrimination-notice](http://bcbsok.com/legal-and-privacy/non-discrimination-notice)

ATTENTION: If you speak another language, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 855-710-6984 (TTY: 711) or speak to your provider.

|                    |  |
|--------------------|--|
| Español<br>Spanish | ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 855-710-6984 (TTY: 711) o hable con su proveedor. |
| العربية<br>Arabic  | تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم 855-710-6984 (TTY: 711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة.   |



|                     |   |
|---------------------|---|
| 中文<br>Chinese       | 注意：如果您说[中文]，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电 855-710-6984（文本电话：711）或咨询您的服务提供商。   |
| Français<br>French  | ATTENTION : Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 855-710-6984 (TTY : 711) ou parlez à votre fournisseur.  |
| Deutsch<br>German   | ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistentendienste zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 855-710-6984 (TTY: 711) an oder sprechen Sie mit Ihrem Provider.      |
| ગુજરાતી<br>Gujurati | ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો તો મફત ભાષાકીય સહાયતા સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. યોગ્ય ઓફિસલરી સહાય અને એક્સેસિબલ ફોર્મેટમાં માહિતી પૂરી પાડવા માટેની સેવાઓ પણ વિના મૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે. 855-710-6984 (TTY: 711) પર કોલ કરો અથવા તમારા પ્રદાતા સાથે વાત કરો.   |
| हिंदी<br>Hindi      | ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 855-710-6984 (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।   |
| Italiano<br>Italian | ATTENZIONE: se parli Italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente ausili e servizi ausiliari adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama l'855-710-6984 (tty: 711) o parla con il tuo fornitore.  |
| 한국어<br>Korean       | 주의: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 도구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 855-710-6984(TTY: 711)번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.   |
| Diné<br>Navajo      | SHOOH: Diné bee yáníłti'gogo, saad bee aná'awo' bee áka'anída'awo'ít'áá jiik'eh ná hólq. Bee ahil hane'go bee nida'anishí t'áá ákodaat'éhígíí dóo bee áka'anída'wo'í áko bee baa hane'í bee hadadilyaa bich'í' ahoot'í'ígíí éí t'áá jiik'eh hólq. Kohjí' 855-710-6984 (TTY: 711) hodíilnih doodago nika'análwo'í bich'í' hanidziih. |
| Farsi<br>فارسي      | توجه: اگر [وارد کردن زبان] صحبت می کنید، خدمات پشتیبانی زبانی رایگان در دسترس شما قرار دارد. همچنین کمک ها و خدمات پشتیبانی مناسب برای ارائه اطلاعات در قالب های قابل دسترس، به طور رایگان موجود می باشند. با شماره 855-710-6984 (تله تایپ: 711) تماس بگیرید یا با ارائه دهنده خود صحبت کنید.                                       |
| Polski<br>Polish    | UWAGA: Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer 855-710-6984 (TTY: 711) lub porozmawiaj ze swoim dostawcą.   |
| РУССКИЙ<br>Russian  | ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 855-710-6984 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.              |
| اردو<br>Urdu        | توجه دیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کے لیے زبان کی مفت مدد کی خدمات دستیاب ہیں۔ قابل رسائی فارمیٹس میں معلومات فراہم کرنے کے لیے مناسب معاون امداد اور خدمات بھی مفت دستیاب ہیں۔ 855-710-6984 (TTY: 711) پر کال کریں یا اپنے فراہم کنندہ سے بات کریں۔  |
| Việt<br>Vietnamese  | LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 855-710-6984 (Người khuyết tật: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.                    |