



Health Plan of Washington

P.O. Box 91059
Seattle, WA 98111-9159

Renuncia a la cobertura / Waiver of Coverage

1. INFORMACIÓN DEL EMPLEADO / EMPLOYEE INFORMATION

Nombre del grupo/empleador / Group/employer name		Número de grupo / Group number	
Nombre del empleado / Employee name	Fecha de nacimiento del empleado / Employee date of birth	Sexo / Gender <input type="checkbox"/> Masculino / Male <input type="checkbox"/> Femenino / Female	Cantidad de horas trabajadas por semana / Number of hours worked per week

2. CONFIRMACIÓN DE LA RENUNCIA / WAIVER CONFIRMATION

La presente es para confirmar que rechazo participar en el programa LifeWise Health Plan of Washington ofrecido a través del plan de salud grupal de mi empleador, como se indica. / This is to confirm that I decline to participate in the Premera Blue Cross program offered through my employer's group health plan as follows.

- No deseo inscribirme **a mí mismo**. Tengo otra cobertura grupal, como se indica: / I do not wish to enroll **myself**. I have other Group coverage as follows:
 - CHAMPUS/Tricare
 - Medicare como seguro primario, en la solicitud de la persona inscrita a Medicare / Medicare as primary, at the request of the Medicare enrollee
 - Otro plan de salud grupal a través de mi cónyuge o padre/madre. Nombre del empleador del cónyuge/padre o madre: _____
- No deseo inscribirme **a mí mismo**. Tengo otra cobertura individual. / I do not wish to enroll **myself**. I have other Individual coverage.
- No deseo inscribirme **a mí mismo**. No tengo otra cobertura de salud. / I do not wish to enroll **myself**. I do not have other health coverage.
- No deseo inscribir a mi(s) / I do not wish to enroll my **cónyuge / spouse** **hijos / children**. * Ellos tienen otra cobertura grupal. / They have other Group coverage.
- No deseo inscribir a mi(s) / I do not wish to enroll my **cónyuge / spouse** **hijos / children**. * Ellos tienen otra cobertura individual. / They have other Individual coverage.
- No deseo inscribir a mi(s) / I do not wish to enroll my **cónyuge / spouse** **hijos / children**. * Ellos tienen cobertura a través de Medicaid/CHIP u otra cobertura patrocinada por el estado. / They have coverage through Medicaid/CHIP or other state-sponsored coverage.
- No deseo inscribir a mi(s) / I do not wish to enroll my **cónyuge / spouse** **hijos / children**. * Ellos no tienen otra cobertura de salud. They do not have other health coverage.

*Indique los nombres de los hijos específicos para los que desea renunciar a la cobertura si no los está inscribiendo a todos: / Please list the names of specific children you wish to waive if you are not enrolling all of them:

3. FIRMA DEL EMPLEADO / EMPLOYEE SIGNATURE

Si está rechazando la inscripción para sí mismo o sus dependientes (incluyendo su cónyuge) porque tiene otra cobertura de atención médica, puede inscribirse a sí mismo o a sus dependientes en el futuro en este plan, antes del próximo período de inscripción abierta. Para hacer esto, debe haber perdido voluntariamente su otra cobertura y debemos recibir su solicitud de inscripción en un plazo de 30 días a partir de que termine su otra cobertura (60 días si la cobertura previa era a través de Medicaid o CHIP). Además, si tiene un nuevo dependiente como resultado de un matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, puede inscribirse a sí mismo y a sus dependientes, siempre y cuando recibamos su solicitud de inscripción completa en un plazo de 30 días después del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, a menos que se haya especificado un plazo diferente en su folleto de beneficios.

Al firmar abajo, usted entiende que no podrá obtener cobertura en virtud del plan de salud grupal de su empleador hasta el próximo período de inscripción abierta, a menos que usted o sus dependientes califiquen para inscripción en virtud de las reglas de inscripción especial descritas anteriormente.

Tenga en cuenta: Es un delito dar intencionalmente información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudar a la compañía. Las sanciones incluyen encarcelamiento, multas y denegación de los beneficios del seguro.

X

Fecha / Date



La discriminación es prohibida

LifeWise Health Plan of Washington (LifeWise) con las leyes de derechos civiles federales y del estado Washington aplicables, y no discrimina según la raza, el color, la nacionalidad, la edad, la discapacidad, el sexo, la identidad de género o la orientación sexual. LifeWise no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, identidad de género u orientación sexual.

LifeWise:

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para comunicarse con nosotros de manera eficiente, por ejemplo:
 - Intérpretes de lenguaje de señas calificados.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos para las personas cuyo idioma principal no sea el inglés, tales como:
 - Intérpretes calificados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con el coordinador de derechos civiles.

Si considera que LifeWise no le ha proporcionado estos servicios o se sintió discriminado de algún modo por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, identidad de género u orientación sexual, puede presentar una queja formal a la siguiente dirección: Civil Rights Coordinator — Complaints and Appeals, PO Box 91102, Seattle, WA 98111, número gratuito: 855-332-6396, fax: 425-918-5592, TTY: 711, correo electrónico AppealsDepartmentInquiries@LifeWiseHealth.com. Puede presentar una queja formal en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el coordinador de derechos civiles está disponible para ayudarle.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante:

- La Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., de manera electrónica a través del portal de reclamos de la Oficina de Derechos Civiles disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal o teléfono a la dirección y al número de teléfono indicados a continuación: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Ave SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD). Los formularios de reclamos están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.
- La Oficina del Comisionado de Seguros del Estado de Washington, de manera electrónica a través del portal de reclamos de la Oficina del Comisionado de Seguros, disponible en <https://www.insurance.wa.gov/file-complaint-or-check-your-complaint-status>, o por teléfono al 800-562-6900, 360-586-0241 (TDD). Los formularios de reclamos están disponibles en <https://fortress.wa.gov/oic/onlineservices/cc/pub/complaintinformation.aspx>.



Asistencia con el idioma

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 800-592-6804 (TTY: 711).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 800-592-6804 (TTY: 711).

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 800-592-6804 (TTY: 711)。

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 800-592-6804 (TTY: 711).

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 800-592-6804 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 800-592-6804 (телетайп: 711).

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 800-592-6804 (TTY: 711).

УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки.

Телефонуйте за номером 800-592-6804 (телетайп: 711).

ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្អប្រថាប់ គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 800-592-6804 (TTY: 711)។

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。800-592-6804 (TTY:711) まで、お電話にてご連絡ください。

ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያገለግሉት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 800-592-6804 (መስማት ለተሳናቸው: 711)።

XIYYEEFFANNA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajjila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 800-592-6804 (TTY: 711).

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 800-592-6804 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤਾਜ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 800-592-6804 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 800-592-6804 (TTY: 711).

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 800-592-6804 (TTY: 711).

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 800-592-6804 (TTY: 711).

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 800-592-6804 (ATS : 711).

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 800-592-6804 (TTY: 711).

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 800-592-6804 (TTY: 711).

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 800-592-6804 (TTY: 711).

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 800-592-6804 (TTY: 711) تماس بگیرید.

Este documento ha sido traducido del inglés solo para propósitos informativos. Esta traducción no cambia los requisitos de elegibilidad, beneficios, exclusiones, limitaciones ni otras disposiciones del plan de salud o del contrato en grupo. En caso de un conflicto o diferencia entre este documento traducido y la versión en idioma inglés, la versión en inglés regirá para los propósitos de aplicación e interpretación. / This document has been translated from English for informational purposes only. This translation does not change the eligibility requirements, benefits, exclusions, limitations or other provisions of the health plan or group contract. In the event of a conflict or difference between this translated document and the English language version, the English version is controlling for the purposes of application and interpretation.