



Solicitud de Cambio para Grupos de Pequeñas Empresas

Fecha de comienzo: 1 de octubre de 2020

Blue Shield of California y

Blue Shield of California Life & Health Insurance Company

Grupo de pequeña empresa de Blue Shield actual: use este formulario para cambiar los contactos, las elecciones del grupo, los planes o la información de la empresa. De ser necesario, Blue Shield le enviará un contrato corregido después de procesar sus pedidos. El grupo es responsable de mantener actualizada su información de contacto. Este formulario no se puede usar para agregar, eliminar o cambiar la información de los miembros.

Escriba a máquina o en letra de imprenta clara con tinta negra. Una vez procesados por Blue Shield, los cambios solicitados se reflejarán en la facturación siguiente. Como opción, para garantizar exactitud y un procesamiento más rápido, puede completar este formulario por Internet en blueshieldca.com/SBMforms.

Instrucciones: 1) Complete la totalidad de las secciones 1 y 2. 2) Complete el resto del documento, pero solamente para los puntos que marcó en el punto número 2.

Envíe el formulario por **correo electrónico** a small.group@blueshieldca.com o por **correo** a Small Group (1-100 employees), P.O. Box 3008, Lodi, CA 95241-1912

1 IDENTIFICACIÓN DEL GRUPO

Nombre legal actual del grupo	N.º de identificación del grupo de Blue Shield	Fecha de comienzo solicitada para los cambios
-------------------------------	--	---

2 ¿QUÉ CAMBIOS HARÁ?

Elija todo lo que corresponda:

- | | |
|--|--|
| ☐ Dirección del empleador | ☐ Elegibilidad para empleados de tiempo parcial |
| ☐ Contactos del empleador | ☐ Planes médicos ¹ |
| ☐ Nombre, nombre comercial (DBA, por sus siglas en inglés), número de identificación fiscal federal, código de clasificación industrial estándar (código SIC, por sus siglas en inglés) y tipo de entidad legal del empleador | ☐ Selecciones adicionales |
| ☐ Período de espera del empleador | ☐ Beneficios especializados: beneficios dentales ² |
| ☐ Continuación de la cobertura: situación actual | ☐ Beneficios especializados: beneficios de la vista ² |
| ☐ Continuación de la cobertura: administrador | ☐ Beneficios especializados: beneficios de seguro de vida/por muerte y desmembramiento accidentales (AD&D, por sus siglas en inglés) ² |
| | ☐ Contribuciones del empleador |

¹ ☐ Presente la Hoja de Cálculo de Cambios para Varios Suscriptores para membresías de planes Off-Exchange actuales en vez de formularios de inscripción individuales cuando haga cambios en la renovación de elecciones médicas actuales. Este formulario está disponible en la Broker Connection.

- ² ☐ Agregar cobertura dental
- ☐ Agregar cobertura de la vista
- ☐ Agregar cobertura de seguro de vida fija
- Agregar uno o más productos especializados por primera vez para los empleados que actualmente tienen cobertura médica de Blue Shield y para TODOS los empleados y dependientes actualmente inscritos que elegirán la cobertura especializada. Serán inscritos automáticamente y no será necesario presentar ningún formulario (salvo para los planes de seguro de vida escalonado o de múltiplo del salario, y para designar a los beneficiarios del seguro de vida).
- De lo contrario, presente un formulario de inscripción, de rechazo de cobertura o de solicitud de cambio para suscriptores para todos los empleados y dependientes elegibles que elijan la cobertura. (El rechazo de cobertura está permitido solamente para los planes con contribución).

3A DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR

Brinde la nueva información del grupo donde corresponda.

Dirección comercial principal: número y calle (no se aceptan casillas postales)*

Ciudad	Estado	Código postal
--------	--------	---------------

Dirección de facturación (si es distinta de la anterior)

Ciudad	Estado	Código postal
--------	--------	---------------

* La dirección comercial principal es donde Blue Shield enviará todos los avisos y la correspondencia impresos; sin embargo, el grupo puede elegir que se le envíe la factura a una dirección distinta. La dirección comercial principal es aquella que está registrada ante el secretario del estado de California. Si una dirección comercial principal no está registrada con el estado o está registrada solamente para recibir notificaciones y no es un lugar de trabajo significativo para las actividades comerciales del grupo, brinde entonces la dirección comercial dentro del estado en la que trabajan la mayor cantidad de empleados.

3B INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL GRUPO

Somos una empresa principalmente digital; el correo electrónico es un campo **obligatorio** para poder brindarle un mejor servicio.

Contacto principal

- ☐ Agregar
☐ Eliminar

Nombre

Dirección electrónica

- ☐ Agregar
☐ Eliminar

Nombre

Dirección electrónica

Contacto de la Employer Connection Plus (debe ser también un contacto principal)

- ☐ Agregar
☐ Eliminar

Nombre

Dirección electrónica

- ☐ Agregar
☐ Eliminar

Nombre

Dirección electrónica

Contacto secundario

- ☐ Agregar
☐ Eliminar

Nombre

Dirección electrónica

- ☐ Agregar
☐ Eliminar

Nombre

Dirección electrónica

Contacto de facturación

- ☐ Agregar
☐ Eliminar

Nombre

Dirección electrónica

- ☐ Agregar
☐ Eliminar

Nombre

Dirección electrónica

3C NOMBRE, DBA, NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN FISCAL FEDERAL, CÓDIGO SIC Y TIPO DE ENTIDAD LEGAL DEL EMPLEADOR

1. Brinde la nueva información del grupo

Nombre legal del grupo

Número de identificación fiscal (TID, por sus siglas en inglés) federal

Nombre comercial (DBA)

Clasificación industrial estándar (SIC) y descripción de la industria

Elija un tipo de entidad legal:

- ☐ Soc. tipo S ☐ Soc. tipo C ☐ Soc. colectiva o soc. limitada ☐ Emp. unipersonal ☐ Soc. de responsabilidad limitada
☐ Sin fines de lucro ☐ Otro (especifique)

2. Elija una opción; 2A: Cambio de nombre simple, o bien 2B: Cambio de empresa completo. Conteste las preguntas relacionadas y envíe la documentación que se pide a small.group@blueshieldca.com.

2A. Cambio de nombre simple

1. Elija todo lo que corresponda:

- ☐ Nombre comercial de fantasía (FBN, por sus siglas en inglés) registrado para el nuevo nombre comercial (DBA)
☐ Corrección/conversión registrada para las sociedades/sociedades colectivas

2. Documentación necesaria:

1. Documentación del Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés) del nuevo nombre y número de identificación del empleador (EIN, por sus siglas en inglés); o formulario W-9 o SS-4
2. Prueba del cambio de nombre que demuestre el nombre anterior y el nombre nuevo como se detalla a continuación:
 1. Documento de corrección y/o de conversión registrado ante el secretario del estado de California (solamente para sociedades, sociedades colectivas y sociedades de responsabilidad limitada) y/o
 2. Declaración del nombre comercial de fantasía (FBN) registrado ante el condado (empresa unipersonal o cambios en el DBA)

3C NOMBRE, DBA, NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN FISCAL FEDERAL, CÓDIGO SIC Y TIPO DE ENTIDAD LEGAL DEL EMPLEADOR (continuación)

2B. Cambio de la empresa completo

1. Elija todo lo que corresponda:

☐ Cambio de titularidad

☐ Agregar una empresa subsidiaria/afiliada

☐ Compra o venta de la empresa

☐ Fusión

☐ Cambio del tipo de entidad

☐ Otro:

☐ Traslado de empleados a otra empresa existente

2. Preguntas adicionales:

Cantidad total actual de empleados de tiempo completo (FTE, por sus siglas en inglés) y equivalentes de FTE _____

Si la cantidad actual es mayor que 100, ¿cuántos fueron contratados en el trimestre civil anterior? _____

Si la cantidad del trimestre civil anterior es mayor que 100, ¿cuántos fueron contratados en el año civil anterior? _____

Cantidad total actual de FTE y equivalentes de FTE contratados fuera del estado _____

Cantidad total de FTE y equivalentes de FTE contratados fuera del estado durante el trimestre civil anterior _____

Cantidad total de FTE y equivalentes de FTE contratados fuera del estado durante el año civil anterior _____

3. Documentación necesaria:

1. Documentación del Servicio de Impuestos Internos (IRS) del nuevo nombre y número de identificación del empleador (EIN); o formulario W-9 o SS-4

2. Nómina o formulario W-4 para todos los empleados

3. Nuevos empleados solamente: solicitudes y rechazos

4. Documentación que respalde el cambio. Algunos ejemplos **incluyen**: contrato de compra, fusión o sociedad; documentación corporativa

4. Si eligió "Agregar una empresa subsidiaria/afiliada" arriba, complete el siguiente cuadro

Nombre(s) de la(s) empresa(s) subsidiaria(s) o afiliada(s)	¿Incluir en la cobertura?	¿Es elegible para presentar una declaración de impuestos estatales combinada?
	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No

4 PERÍODOS DE ESPERA DEL EMPLEADOR

Elija una de las siguientes opciones. La cobertura de los empleados elegibles empezará después de que termine el período de espera en el día especificado.

- ☐ La cobertura empezará el primer día del mes después de la fecha de contratación (si la contratación se hace el primer día del mes, la cobertura empezará el primer día del mes siguiente)
- ☐ La cobertura empezará el primer día del mes después de que pasen 30 días desde la fecha de contratación
- ☐ La cobertura empezará el primer día del mes después de que pasen 60 días desde la fecha de contratación
- ☐ La cobertura empezará el día 91 después de la fecha de contratación (es posible que a un grupo se le facture de manera parcial si elige el período de espera de 91 días)

5A CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA: SITUACIÓN ACTUAL

Complete esta sección si cambió la cantidad de empleados y ello repercute en que el grupo esté o no sujeto a los requisitos para COBRA o Cal-COBRA. Si usted cambia su situación actual de COBRA, Blue Shield también cambiará su situación actual de pagador secundario de Medicare (MSP, por sus siglas en inglés); usted no necesita pedir cambios relacionados con el MSP. Tenga en cuenta que Blue Shield debe recibir las solicitudes de cambio en la situación de COBRA al comienzo del año civil.

☐ **Cobra federal O**

Desde el 1 de enero de 2020, el grupo tiene un total de 20 empleados o más que trabajaron el 50% de los días hábiles del año civil anterior.

☐ **Cal-COBRA**

Desde el 1 de enero de 2020, el grupo tiene entre 2 y 19 empleados elegibles que trabajaron el 50% de los días hábiles del año civil anterior; o bien, si no estuvo en actividad durante el año civil anterior, durante el trimestre civil anterior.

5B CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA: ADMINISTRADOR EXTERNO DE COBRA

☐ Agregar Nombre de la empresa

☐ Eliminar Nombre de la empresa

6 ELEGIBILIDAD PARA EMPLEADOS DE TIEMPO PARCIAL

Si usted agrega o elimina la cobertura de tiempo parcial, presente el formulario DE-9C más reciente junto con este formulario.

☐ Eliminar la cobertura de tiempo parcial

☐ Agregar la cobertura de tiempo parcial

* **Empleado elegible:** Un empleado elegible es una persona que:

- **(De tiempo completo)** Es un empleado permanente que trabaja a tiempo completo en el desempeño de las actividades comerciales del empleador, cuyas tareas se hacen en el o los lugares habituales de actividades comerciales del empleador, que trabaja un promedio de 30 horas por semana de trabajo y que ha cumplido con cualquier período de espera autorizado de manera reglamentaria; o
- **(De tiempo parcial)** cumple con todas las condiciones establecidas en el primer punto, excepto que ha trabajado como mínimo 20 horas, pero no más de 29 horas, durante al menos el 50% de las semanas del trimestre civil anterior. El grupo les brinda a esos empleados cobertura de salud y se les ofrece esa cobertura a todos los empleados en una situación similar; y
- recibe una retribución económica durante el empleo (que se indica por medio del formulario W-2); y
- es un empleado de buena fe, y hay una relación de buena fe entre el empleado y el empleador.
- Se incluye también como empleado elegible a un propietario de una empresa unipersonal, un cónyuge o una pareja doméstica de un propietario de una empresa unipersonal, o a un socio de una sociedad colectiva, o un cónyuge o una pareja doméstica de un socio de una sociedad colectiva, que trabaja a tiempo completo un promedio de 30 horas por semana de trabajo en el o los lugares habituales de actividades comerciales del empleador cuando el grupo cumple con todos los requisitos de elegibilidad para empleadores pequeños.
- Como empleado elegible no se incluyen las personas que trabajan de manera temporal o como reemplazantes.

7A PLANES MÉDICOS

En el caso de los grupos con uno o más empleados que se inscribirán, elija planes de las opciones de paquetes de planes Off-Exchange o Mirror, pero no de ambas. Los paquetes de planes no se pueden combinar. Dentro de un paquete de planes, HMO y PPO pueden ofrecerse juntos.

Paquete Off-Exchange	Puede ofrecerse junto con el plan HMO de otra aseguradora
Paquete Mirror	No puede ofrecerse junto con planes Off-Exchange ni con los planes de ninguna otra aseguradora. Estos planes "reflejan" los planes estandarizados que se ofrecen a través de Covered California.

Blue Shield of California Off-Exchange Package for Small Business

Planes PPO Los planes Full PPO y Tandem PPO tienen redes de proveedores distintas. Los planes Full PPO y los planes de salud con deducibles altos (HDHP, por sus siglas en inglés) compatibles con las cuentas de ahorros para gastos médicos (HSA, por sus siglas en inglés) Full comparten una red de proveedores de Blue Shield completa. Los planes Tandem PPO y los planes HDHP compatibles con cuentas HSA Tandem comparten una red de proveedores de Blue Shield selecta. Elija cualquier combinación de planes de la red Full PPO y de la red Tandem PPO.

☐ Elija TODOS los planes PPO O

☐ elija de manera individual la cantidad de planes que desee a continuación:

Planes PPO: Red Full PPO

- ☐ Platinum Full PPO 0/0 OffEx
- ☐ Platinum Full PPO 0/10 OffEx
- ☐ Platinum Full PPO 250/15 OffEx
- ☐ Gold Full PPO 0/20 OffEx
- ☐ Gold Full PPO 500/30 OffEx
- ☐ Gold Full PPO 750/30 OffEx
- ☐ Gold Full PPO 1200/35 OffEx
- ☐ Silver Full PPO 1800/55 OffEx
- ☐ Silver Full PPO 2300/45 OffEx
- ☐ Bronze Full PPO 5000/70 OffEx
- ☐ Bronze Full PPO 6850/65 OffEx
- ☐ Bronze Full PPO 6500/50 OffEx

Planes HDHP compatibles con HSA: Red Full PPO

- ☐ Silver Full PPO Savings 2000/25% OffEx
- ☐ Silver Full PPO Savings 2500/35% OffEx
- ☐ Bronze Full PPO Savings 5300/40% OffEx
- ☐ Bronze Full PPO Savings 6900 OffEx

Planes HDHP compatibles con HSA:

Red Tandem PPO

- ☐ Silver Tandem PPO Savings 2000/25% OffEx
- ☐ Silver Tandem PPO Savings 2500/35% OffEx
- ☐ Bronze Tandem PPO Savings 5300/40% OffEx
- ☐ Bronze Tandem PPO Savings 6900 OffEx

Planes Tandem PPO: Red Tandem PPO

- ☐ Platinum Tandem PPO 0/0 OffEx
- ☐ Platinum Tandem PPO 0/10 OffEx
- ☐ Platinum Tandem PPO 250/15 OffEx
- ☐ Gold Tandem PPO 0/20 OffEx
- ☐ Gold Tandem PPO 500/30 OffEx
- ☐ Gold Tandem PPO 750/30 OffEx
- ☐ Gold Tandem PPO 1200/35 OffEx
- ☐ Silver Tandem PPO 1800/55 OffEx
- ☐ Silver Tandem PPO 2300/45 OffEx
- ☐ Bronze Tandem PPO 5000/70 OffEx
- ☐ Bronze Tandem PPO 6500/50 OffEx
- ☐ Bronze Tandem PPO 6850/65 OffEx

Planes HMO Los planes Access+ HMO®, Local Access+ HMO y Trio HMO tienen redes de proveedores distintas. Local Access+ y Trio son redes selectas, y Access+ es una red completa. Es posible que las redes Access+ y Local Access+ no se ofrezcan juntas.

☐ Elija TODOS los planes Trio y Local Access+ O

☐ elija TODOS los planes Trio y Access+ O

☐ elija de manera individual la cantidad de planes que desee de Trio/Access+ o Trio/Local Access+ a continuación:

Planes Access+ HMO:

Red Access+ HMO

- ☐ Platinum Access+ HMO® 0/20 OffEx
- ☐ Platinum Access+ HMO® 0/25 OffEx
- ☐ Platinum Access+ HMO® 0/30 OffEx
- ☐ Gold Access+ HMO® 0/30 OffEx
- ☐ Gold Access+ HMO® 500/35 OffEx
- ☐ Gold Access+ HMO® 1000/35 OffEx
- ☐ Gold Access+ HMO® 1500/35 OffEx
- ☐ Silver Access+ HMO® 2350/65 OffEx

Planes Trio HMO:

Red Trio ACO HMO

- ☐ Platinum Trio HMO 0/20 OffEx
- ☐ Platinum Trio HMO 0/25 OffEx
- ☐ Platinum Trio HMO 0/30 OffEx
- ☐ Gold Trio HMO 0/30 OffEx
- ☐ Gold Trio HMO 500/35 OffEx
- ☐ Gold Trio HMO 1000/35 OffEx
- ☐ Gold Trio HMO 1500/35 OffEx
- ☐ Silver Trio HMO 2350/65 OffEx

Planes Local Access+ HMO:

Red Local Access+ HMO

- ☐ Platinum Local Access+ HMO® 0/20 OffEx
- ☐ Platinum Local Access+ HMO® 0/25 OffEx
- ☐ Platinum Local Access+ HMO® 0/30 OffEx
- ☐ Gold Local Access+ HMO® 0/30 OffEx
- ☐ Gold Local Access+ HMO® 500/35 OffEx
- ☐ Gold Local Access+ HMO® 1000/35 OffEx
- ☐ Gold Local Access+ HMO® 1500/35 OffEx
- ☐ Silver Local Access+ HMO® 2350/65 OffEx

Blue Shield of California Mirror Package for Small Business

☐ Elija TODOS los planes Trio HMO y Full PPO O

☐ elija de manera individual la cantidad de planes que desee de Trio HMO y/o Full PPO a continuación:

Planes Platinum Mirror

- ☐ Blue Shield Trio Platinum 90 HMO 0/15 + Child Dental
- ☐ Blue Shield Platinum 90 PPO 0/15 + Child Dental

Planes Gold Mirror

- ☐ Blue Shield Trio Gold 80 HMO 250/25 + Child Dental
- ☐ Blue Shield Gold 80 PPO 250/25 + Child Dental

Planes Silver Mirror

- ☐ Blue Shield Trio Silver 70 HMO 2250/50 + Child Dental
- ☐ Blue Shield Silver 70 PPO 2250/50 + Child Dental

Planes Bronze Mirror

- ☐ Blue Shield Bronze 60 PPO 6300/65 + Child Dental

7B SELECCIONES ADICIONALES

Elija las selecciones adicionales que desee según corresponda.

- ☐ **Sí; HealthEquity**
- Si eligió un plan HDHP, puede elegir a HealthEquity como su administrador de HSA. **Si se elige HealthEquity, Blue Shield comparte información relacionada con la elegibilidad y las reclamaciones para brindar una experiencia sin interrupciones.** Si no elige HealthEquity, trabaje directamente con su propio administrador de HSA.
- ☐ **Sí; cláusula adicional de beneficios por esterilidad**
- Si se elige, se agregará una cláusula adicional de beneficios por esterilidad a todos los planes médicos para todo el grupo. Esta cláusula adicional se puede ofrecer junto con un paquete de planes Off-Exchange o Mirror, HMO y PPO.

8A BENEFICIOS ESPECIALIZADOS: BENEFICIOS DENTALES

Elija una de las siguientes opciones de planes dentales:

- ☐ **Opción de plan dental Single.** Elija UNO de los siguientes planes (HMO o PPO), O BIEN
- ☐ **Opción de plan dental Dual Choice.** Elija DOS de los siguientes planes (cualquier combinación de HMO o PPO), O BIEN
- ☐ **Opción de plan dental Triple Choice.** Elija TRES de los siguientes planes en una de estas combinaciones:

☐ 2 planes Dental HMO y 1 plan Dental PPO;

☐ 3 planes Dental HMO; O

☐ 2 planes Dental PPO y 1 plan Dental HMO. Esta opción exige que usted ofrezca planes médicos de Blue Shield. Los dos planes Dental PPO deben tener el mismo beneficio de ortodoncia.

Planes Dental HMO

- ☐ DHMO Basic
- ☐ DHMO Standard
- ☐ DHMO Plus
- ☐ DHMO Deluxe
- ☐ DHMO Voluntary

Planes Dental PPO

- ☐ SmileSM Value 50/1500/No Ortho/MAC/NR
- ☐ SmileSM 50/1500/No Ortho/MAC/NR
- ☐ SmileSM Plus 50/1500/Ortho/MAC/NR
- ☐ SmileSM Basic 75/1000/No Ortho/MAC/NR
- ☐ SmileSM Basic 50/1000/No Ortho/MAC
- ☐ SmileSM Basic 50/1000/Ortho/U85
- ☐ SmileSM Plus 50/1500/No Ortho/MAC
- ☐ SmileSM Plus 50/1500/No Ortho/MAC/WP*
- ☐ SmileSM Deluxe 50/1500/Ortho/MAC/NR
- ☐ SmileSM Deluxe 2000 50/2000/No Ortho/MAC/NR
- ☐ SmileSM Deluxe Plus 2000 50/2000/Ortho/MAC/NR
- ☐ SmileSM Deluxe Gold 50/1500/Ortho/U85/NR
- ☐ SmileSM Plus Gold 50/1500/Ortho/U85/NR
- ☐ SmileSM Plus Gold 50/1500/Ortho/U80
- ☐ SmileSM Plus Gold 50/1500/No Ortho/U80
- ☐ SmileSM Plus Gold 50/1500/Ortho/U80/ADV
- ☐ SmileSM Plus Gold 50/1500/Ortho/U90/ADV
- ☐ SmileSM Plus Gold 50/1500/No Ortho/U90/ADV
- ☐ SmileSM Plus Gold 50/2500/Ortho/U90/ADV
- ☐ SmileSM Plus Gold 50/2500/No Ortho/U90/ADV
- ☐ Ultimate Dental Plus PPO for Small Business 50/2000/Ortho/MAC/NR
- ☐ Ultimate Dental PPO for Small Business 50/2000/No Ortho/MAC/NR
- ☐ Ultimate Dental PPO for Small Business 50/2000/No Ortho/U80
- ☐ Ultimate Dental PPO for Small Business 50/2000/Lifetime Ortho/U90
- ☐ Ultimate Dental PPO for Small Business 50/2000/No Ortho/U90

Planes Dental PPO voluntarios*

- ☐ SmileSM Basic Voluntary 75/1000/No Ortho/MAC/NR
- ☐ SmileSM Basic Voluntary 50/1000/No Ortho/MAC
- ☐ SmileSM Basic Voluntary 50/1500/Ortho/U80
- ☐ SmileSM Basic Voluntary 50/1000/No Ortho/U80 (No Wait)†

* Los planes dentales voluntarios exigen la inscripción de un empleado elegible.

† Este plan voluntario no incluye períodos de espera. No es necesario presentar una prueba de alguna cobertura anterior.

Los planes con la abreviatura ADV (del inglés "advantage" [ventaja]) alientan a los miembros a usar proveedores de la red.

NR significa que el saldo no se acumula (por las siglas en inglés de "No Rollover").

8B BENEFICIOS ESPECIALIZADOS: BENEFICIOS DE LA VISTA*

Elija una de las siguientes opciones de planes de la vista:

☐ Opción de plan de la vista Single. Elija UNO de los siguientes planes, O BIEN

☐ Opción de plan de la vista Dual Choice. Elija DOS de las siguientes opciones de planes:

Ultimate Vision for Small Business (12-12-12)	Preferred Vision for Small Business (12-12-24)	Basic Vision for Small Business (12-24-24)
☐ Ultimate Vision Plus 0/0/150/120	☐ Preferred Vision Plus 0/0/150/120	☐ Basic Vision Plus 0/0/150/120
☐ Ultimate Vision 0/0/150	☐ Preferred Vision 0/0/150	☐ Basic Vision 0/0/150
☐ Ultimate Vision Plus 10/25/150/120	☐ Preferred Vision Plus 10/25/150/120	☐ Basic Vision Plus 10/25/150/120
☐ Ultimate Vision 10/25/150	☐ Preferred Vision 10/25/150	☐ Basic Vision 10/25/150
☐ Ultimate Vision 0/0/120	☐ Preferred Vision 0/0/120	☐ Basic Vision 0/0/120
☐ Ultimate Vision 10/25/120	☐ Preferred Vision 10/25/120	☐ Basic Vision 10/25/120
☐ Ultimate Vision Voluntary 10/25/150	☐ Preferred Vision Voluntary 10/25/120	☐ Basic Vision Voluntary 10/25/120

Los planes de la vista voluntarios exigen la inscripción de un empleado elegible.

* Los planes de la vista están asegurados por Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (Blue Shield Life).

8C BENEFICIOS ESPECIALIZADOS: SEGURO DE VIDA/AD&D*

Elija el modelo y la cantidad de cobertura del plan de seguro de vida entre las siguientes opciones:

1. **Elija los planes.** Elija una opción de plan para los empleados: fijo, múltiplo del salario o escalonado. Determine si también desea ofrecer seguro de vida para dependientes. Si ofrece seguro de vida para dependientes, el grupo también debe ofrecer seguro de vida/AD&D para empleados.

2. **Brinde los detalles de los beneficios.** Use el cuadro de cantidades de los beneficios que está al final de esta sección para ver las cantidades disponibles para cada tipo de plan.

	1. Elija el o los planes	2. Brinde los detalles de los beneficios	Descripción
Empleado	☐ Fijo	Cantidad del beneficio: \$ _____	Todos los empleados están cubiertos por la misma cantidad fija (hasta la cantidad máxima).
	☐ Múltiplo del salario	☐ 1 vez el salario o ☐ 2 veces el salario Hasta un beneficio máximo de: \$ _____	Todos los empleados están cubiertos por el mismo múltiplo del salario a una cantidad equivalente a una o dos veces el salario anual (hasta la cantidad máxima). Las cantidades de beneficio se redondean al siguiente valor de \$1.000 más alto.
	☐ Escalonado	Elija entre las opciones del siguiente cuadro de seguro de vida escalonado	Los empleados están cubiertos según la clase (hasta cuatro), que se define con diferentes niveles de beneficios. Las clases pueden ser fijas o múltiplos del salario, y esta selección puede variar para cada clase.
☐ Dependiente		Cantidad del beneficio: \$ _____	Solamente está disponible para los empleados que eligen el seguro de vida/AD&D. Los beneficios para niños de 14 días a seis meses equivalen al 10% del beneficio total, y no hay cobertura para bebés desde el nacimiento hasta los 14 días. El seguro AD&D no está disponible para los dependientes.

Cuadro de seguro de vida escalonado (úselo solamente si elige un plan escalonado). Brinde una descripción de las clases y elija una opción de plan, fija o múltiplo del salario, para cada clase. Las opciones de planes pueden variar según la clase. La cantidad de beneficio para cada clase no debe superar 2.5 veces la cantidad de la siguiente clase más baja.

Brinde la descripción de la clase	Fijo	Múltiplo del salario
Hasta un máximo de cuatro clases	Indique la cantidad del beneficio	Elija el multiplicador del salario Indique la cantidad máxima del beneficio
Clase 1	\$ _____	☐ 1 vez o ☐ 2 veces \$ _____
Clase 2	\$ _____	☐ 1 vez o ☐ 2 veces \$ _____
Clase 3	\$ _____	☐ 1 vez o ☐ 2 veces \$ _____
Clase 4	\$ _____	☐ 1 vez o ☐ 2 veces \$ _____

Cuadro de cantidades de los beneficios (úselo para determinar la cantidad del beneficio o el beneficio máximo para su tipo de plan)

Cantidad de empleados elegibles	Fija	Múltiplo del salario	Seguro de vida básico para dependientes
	Si el beneficio está dentro de un rango, elija cualquier incremento de \$5,000.	El beneficio mínimo es siempre de \$15,000. 1 o 2 veces el salario anual hasta los máximos detallados abajo.	El beneficio de seguro de vida para dependientes no puede ser superior al 50% del beneficio para el empleado. El cónyuge/pareja doméstica y los hijos deben estar cubiertos por la misma cantidad del beneficio.
2-9	\$15,000-\$35,000 o \$50,000	\$30,000 o \$50,000	\$1,000; \$2,000; \$3,000; \$4,000; o \$5,000
10-24	\$15,000-\$100,000	\$50,000; \$75,000; o \$100,000	
25-50	\$15,000-\$150,000	\$50,000; \$75,000; \$100,000; \$125,000; o \$150,000	\$1,000; \$2,000; \$3,000; \$4,000; \$5,000; \$7,500;
51-100	\$15,000-\$150,000; \$175,000; o \$200,000	\$50,000; \$75,000; \$100,000; \$125,000; \$150,000; \$175,000; \$200,000; \$250,000; o \$300,000	\$10,000; o \$20,000

El seguro de vida/AD&D para empleados exige la inscripción de dos empleados elegibles.
* El seguro de vida/AD&D está asegurado por Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (Blue Shield Life).

9 CONTRIBUCIONES DEL EMPLEADOR

¿Cuánto contribuirá el grupo para cada producto elegido?

Cobertura médica	Empleado:	_____ % o \$ _____	El empleador debe aportar (1) como mínimo el 50% de la prima total del empleado, o bien (2) un aporte mínimo definido de \$100 por empleado (o el costo de las primas totales de los empleados, la cantidad que sea menor). Si el empleador paga el 100% de la prima del empleado, todos los empleados elegibles deben inscribirse en la cobertura.
	Dependiente:	_____ % o \$ _____	
Cobertura dental	Empleado:	_____ % o \$ _____	El empleador debe aportar, como mínimo, el 50% de la prima total del empleado (salvo para los planes voluntarios). Si el empleador paga el 100%, todos los empleados elegibles deben inscribirse en la cobertura.
	Dependiente:	_____ % o \$ _____	
Cobertura de la vista	Empleado:	_____ % o \$ _____	El empleador debe aportar, como mínimo, el 25% de la prima total del empleado (salvo para los planes voluntarios). Si el empleador paga el 100%, todos los empleados elegibles deben inscribirse en la cobertura.
	Dependiente:	_____ % o \$ _____	
Cobertura de seguro de vida	Empleado:	_____ % o \$ _____	El empleador debe aportar, como mínimo, el 25% de la prima total del empleado. Si el empleador paga el 100% (sin contribución), todos los empleados elegibles deben inscribirse en la cobertura.
	Dependiente:	_____ % o \$ _____	

10 DECLARACIONES Y FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL EMPLEADOR

- ☐ El representante del grupo declara lo siguiente:
1. El grupo entiende que ningún cambio solicitado empezará a tener validez hasta que Blue Shield haya procesado este pedido y haya asignado una fecha de comienzo. Blue Shield informará sobre el cambio al grupo o al corredor de seguros del grupo, o bien estos podrán comunicarse con Blue Shield para obtener la confirmación.

2. La persona que firme este formulario debe ser un contacto autorizado actual del grupo registrado con Blue Shield.

X

Firma del representante autorizado del grupo

Fecha

Nombre del representante autorizado del grupo en letra de imprenta

Puesto del representante autorizado del grupo en letra de imprenta

Blue Shield of California

Aviso de información sobre los requisitos de no discriminación y accesibilidad

La discriminación es contra la ley

Blue Shield of California cumple con las leyes federales de derechos civiles y las leyes estatales aplicables y no discrimina a las personas por su raza, color, nacionalidad, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad ni discapacidad. Blue Shield of California no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por su raza, color, nacionalidad, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad ni discapacidad.

Blue Shield of California:

- Da ayuda y servicios gratis a personas con discapacidades para que se comuniquen bien con nosotros; por ejemplo:
 - Intérpretes calificados en lenguaje de señas.
 - Información escrita en otros formatos (incluso letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).
- Da servicios de idiomas gratis a personas cuyo primer idioma no es el inglés; por ejemplo:
 - Intérpretes calificados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita alguno de estos servicios, comuníquese con el Coordinador de Derechos Civiles de Blue Shield of California.

Si cree que Blue Shield of California no le ha dado estos servicios o que lo ha discriminado de otra manera, ya sea por su raza, color, nacionalidad, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad o discapacidad, puede hacer un reclamo en:

Blue Shield of California
Civil Rights Coordinator
P.O. Box 629007
El Dorado Hills, CA 95762-9007

Teléfono: (844) 831-4133 (TTY: 711)

Fax: (844) 696-6070

Correo electrónico: BlueShieldCivilRightsCoordinator@blueshieldca.com

Puede hacer el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacer un reclamo, nuestro Coordinador de Derechos Civiles está a su disposición. También puede hacer una queja de derechos civiles en la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del U.S. Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos) de manera electrónica mediante el portal de quejas de dicha oficina, que está disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o teléfono:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW.
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
(800) 368-1019; TTY: (800) 537-7697

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

Notice of the Availability of Language Assistance Services

Blue Shield of California

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 help at no cost, please call right away at the Member/Customer Service telephone number on the back of your Blue Shield ID card, or (866) 346-7198.

IMPORTANTE: ¿Puede leer esta carta? Si no, podemos hacer que alguien le ayude a leerla. También puede recibir esta carta en su idioma. Para ayuda sin cargo, por favor llame inmediatamente al teléfono de Servicios al miembro/cliente que se encuentra al reverso de su tarjeta de identificación de Blue Shield o al (866) 346-7198. (Spanish)

重要通知： 您能讀懂這封信嗎？如果不能，我們可以請人幫您閱讀。這封信也可以用您所講的語言書寫。如需免費幫助，請立即撥打登列在您的Blue Shield ID卡背面上的會員/客戶服務部的電話，或者撥打電話 (866) 346-7198。(Chinese)

QUAN TRỌNG: Quý vị có thể đọc lá thư này không? Nếu không, chúng tôi có thể nhờ người giúp quý vị đọc thư. Quý vị cũng có thể nhận lá thư này được viết bằng ngôn ngữ của quý vị. Để được hỗ trợ miễn phí, vui lòng gọi ngay đến Ban Dịch vụ Hội viên/Khách hàng theo số ở mặt sau thẻ ID Blue Shield của quý vị hoặc theo số (866) 346-7198. (Vietnamese)

MAHALAGA: Nababasa mo ba ang sulat na ito? Kung hindi, maari kaming kumuha ng isang tao upang matulungan ka upang mabasa ito. Maari ka ring makakuha ng sulat na ito na nakasulat sa iyong wika. Para sa libreng tulong, mangyaring tumawag kaagad sa numerong telepono ng Miyembro/Customer Service sa likod ng iyong Blue Shield ID kard, o (866) 346-7198. (Tagalog)

Baa' ákohwiindzindooígí: Díí naaltsoosish yíiníłta'go bíníghah? Doo bíníghahgóó éí, naaltsoos nich'í' yíidóoltahígíí ła' nihee hółq. Díí naaltsoos áldó' t'áá Diné k'ehjí ádoólnííł nínízingo bíghah. Doo baa' ílínígó shíká' adoowoł nínízingó nihich'í' béesh bee hodíłnih dóó námboo éí díí Blue Shield bee néího'díłzinígí bine'dée' bikáá' éí doodagó éí (866) 346-7198 jí' hodíłnih. (Navajo)

중요: 이 서신을 읽을 수 있으세요? 읽으실 수 경우, 도움을 드릴 수 있는 사람이 있습니다. 또한 다른 언어로 작성된 이 서신을 받으실 수도 있습니다. 무료로 도움을 받으시려면 Blue Shield ID 카드 뒷면의 회원/고객 서비스 전화번호 또는 (866) 346-7198로 지금 전환하세요. (Korean)

ԿԱՐԵՎՈՐ Է. Կարողանում ե՞ք կարդալ այս նամակը: Եթե ոչ, ապա մենք կօգնենք ձեզ: Դուք պետք է նաև կարողանաք ստանալ այս նամակը ձեր լեզվով: Ծառայությունն անվճար է: Խնդրում ենք անմիջապես զանգահարել Հաճախորդների սպասարկման բաժնի հեռախոսահամարով, որը նշված է ձեր Blue Shield ID քարտի ետևի մասում, կամ (866) 346-7198 համարով: (Armenian)

ВАЖНО: Не можете прочесть данное письмо? Мы поможем вам, если необходимо. Вы также можете получить это письмо написанное на вашем родном языке. Позвоните в Службу клиентской/членской поддержки прямо сейчас по телефону, указанному сзади идентификационной карты Blue Shield, или по телефону (866) 346-7198, и вам помогут совершенно бесплатно. (Russian)

重要： お客様は、この手紙を読むことができますか？もし読むことができない場合、弊社が、お客様をサポートする人物を手配いたします。また、お客様の母国語で書かれた手紙をお送りすることも可能です。無料のサポートを希望される場合は、Blue Shield IDカードの裏面に記載されている会員/お客様サービスの電話番号、または、(866) 346-7198にお電話をおかけください。 (Japanese)

مهم: آیا می‌توانید این نامه را بخوانید؟ اگر پاسختان منفی است، می‌توانیم کسی را برای کمک به شما در اختیارتان قرار دهیم. حتی می‌توانید نسخه مکتوب این نامه را به زبان خودتان دریافت کنید. برای دریافت کمک رایگان، لطفاً بدون فوت وقت از طریق شماره تلفنی که در پشت کارت شناسایی Blue Shield تان درج شده است و یا از طریق شماره تلفن (866) 346-7198 با خدمات اعضا/مشتری تماس بگیرید. (Persian)

ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ: ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਪੱਤਰ ਨੂੰ ਪੜ੍ਹ ਸਕਦੇ ਹੋ? ਜੇ ਨਹੀਂ ਤਾਂ ਇਸ ਨੂੰ ਪੜ੍ਹਨ ਵਿਚ ਮਦਦ ਲਈ ਅਸੀਂ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ। ਤੁਸੀਂ ਇਹ ਪੱਤਰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿਚ ਲਿਖਿਆ ਹੋਇਆ ਵੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਮੁਫਤ ਵਿਚ ਮਦਦ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ Blue Shield ID ਕਾਰਡ ਦੇ ਪਿੱਛੇ ਦਿੱਤੇ ਮੈਂਬਰ/ਕਸਟਮਰ ਸਰਵਿਸ ਟੈਲੀਫੋਨ ਨੰਬਰ ਤੇ, ਜਾਂ (866) 346-7198 ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। (Punjabi)

ប្រការសំខាន់៖ តើអ្នកអាចលិខិតនេះ បានដែរឬទេ? បើមិនអាចទេ យើងអាចឲ្យគេជួយអ្នកក្នុងការអានលិខិតនេះ។ អ្នកក៏អាចទទួលបានលិខិតនេះជាភាសារបស់អ្នកផងដែរ។ សម្រាប់ជំនួយដោយឥតគិតថ្លៃ សូមហៅទូរស័ព្ទភ្លាមៗទៅកាន់លេខទូរស័ព្ទសេវាសមាជិក/អតិថិជនដែលមាននៅលើខ្នងប័ណ្ណសម្គាល់ Blue Shield របស់អ្នក ឬតាមរយៈលេខ (866) 346-7198។ (Khmer)

المهم: هل تستطيع قراءة هذا الخطاب؟ أن لم تستطع قراءته، يمكننا إحضار شخص ما ليساعدك في قراءته. قد تحتاج أيضاً إلى الحصول على هذا الخطاب مكتوباً بلغتك. للحصول على المساعدة بدون تكلفة، يرجى الاتصال الآن على رقم هاتف خدمة العملاء/أحد الأعضاء المدون على الجانب الخلفي من بطاقة الهوية Blue Shield أو على الرقم (866) 346-7198. (Arabic)

TSEEM CEEB: Koj pos tuaj yeem nyeem tau tsab ntawv no? Yog hais tias nyeem tsis tau, peb tuaj yeem nrhiav ib tug neeg los pab nyeem nws rau koj. Tej zaum koj kuj yuav tau txais muab tsab ntawv no sau ua koj hom lus. Rau kev pab txhais dawb, thov hu kias rau tus xov tooj Kev Pab Cuam Tub Koom Xeeb/Tub Lag Luam uas nyob rau sab nraum nrob qaum ntawm koj daim npav Blue Shield ID, los yog hu rau tus xov tooj (866) 346-7198. (Hmong)

สำคัญ: คุณอ่านจดหมายฉบับนี้ได้หรือไม่ หากไม่ได้ โปรดขอความช่วยเหลือจากผู้อ่านได้
คุณอาจได้รับจดหมายฉบับนี้เป็นภาษาของคุณ หากต้องการความช่วยเหลือโดยไม่มีค่าใช้จ่าย
โปรดติดต่อฝ่ายบริการลูกค้า/สมาชิกทางเบอร์โทรศัพท์ในบัตรประจำตัว Blue Shield ของคุณ หรือโทร
(866) 346-7198 (Thai)

महत्वपूर्ण: क्या आप इस पत्र को पढ़ सकते हैं? यदि नहीं, तो हम इसे पढ़ने में आपकी मदद के लिए किसी व्यक्ति का प्रबंध कर सकते हैं। आप इस पत्र को अपनी भाषा में भी प्राप्त कर सकते हैं। निःशुल्क मदद प्राप्त करने के लिए अपने Blue Shield ID कार्ड के पीछे दिए गये मँबर/कस्टमर सर्विस टेलीफोन नंबर, या (866) 346-7198 पर कॉल करें। (Hindi)

ສິ່ງສຳຄັນ: ທ່ານສາມາດອ່ານຈົດໝາຍນີ້ໄດ້ບໍ່? ຖ້າອ່ານບໍ່ໄດ້, ພວກເຮົາສາມາດໃຫ້ບາງຄົນຊ່ວຍອ່ານໃຫ້ທ່ານຟັງໄດ້.
ທ່ານຍັງສາມາດຂໍໃຫ້ແປຈົດໝາຍນີ້ເປັນພາສາຂອງທ່ານໄດ້. ສຳລັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແບບບໍ່ເສຍຄ່າ, ກະລຸນາ
ໂທຫາເບີໂທຂອງຝ່າຍບໍລິການສະມາຊິກ/ລູກຄ້າໃນທັນທີເບີໂທລະສັບຢູ່ດ້ານຫຼັງບັດສະມາຊິກ Blue Shield ຂອງທ່ານ,
ຫຼືໂທໄປຫາເບີ(866) 346-7198. (Laotian)

Notice of the Availability of Language Assistance Services

Blue Shield of California Life & Health Insurance Company

No Cost Language Services. You can get an interpreter. You can get documents read to you and some sent to you in your language. For help, call us at the number listed on your ID card or 1-866-346-7198. For more help call the CA Dept. of Insurance at 1-800-927-4357. English

Servicios de idiomas sin costo. Puede obtener un intérprete. Le pueden leer documentos y que le envíen algunos en español. Para obtener ayuda, llámenos al número que figura en su tarjeta de identificación o al 1-866-346-7198. Para obtener más ayuda, llame al Departamento de Seguros de CA al 1-800-927-4357. Spanish

免費語言服務。 您可獲得口譯員服務。可以用中文把文件唸給您聽，有些文件有中文的版本，也可以把這些文件寄給您。欲取得協助，請致電您的保險卡所列的電話號碼，或撥打 1-866-346-7198 與我們聯絡。欲取得其他協助，請致電 1-800-927-4357 與加州保險部聯絡。Chinese

Các Dịch Vụ Trợ Giúp Ngôn Ngữ Miễn Phí. Quý vị có thể được nhận dịch vụ thông dịch. Quý vị có thể được người khác đọc giúp các tài liệu và nhận một số tài liệu bằng tiếng Việt. Để được giúp đỡ, hãy gọi cho chúng tôi tại số điện thoại ghi trên thẻ hội viên của quý vị hoặc 1-866-346-7198. Để được trợ giúp thêm, xin gọi Sở Bảo Hiểm California tại số 1-800-927-4357. Vietnamese

무료 통역 서비스. 귀하는 한국어 통역 서비스를 받으실 수 있으며 한국어로 서류를 낭독해주는 서비스를 받으실 수 있습니다. 도움이 필요하신 분은 귀하의 ID 카드에 나와있는 안내 전화: 1-866-346-7198번으로 문의해 주십시오. 보다 자세한 사항을 문의하실 분은 캘리포니아 주 보험국, 안내 전화 1-800-927-4357번으로 연락해 주십시오. Korean

Walang Gastos na mga Serbisyo sa Wika. Makakakuha ka ng interpreter o tagasalin at maipababasa mo sa Tagalog ang mga dokumento. Para makakuha ng tulong, tawagan kami sa numerong nakalista sa iyong ID card o sa 1-866-346-7198. Para sa karagdagang tulong, tawagan ang CA Dept. of Insurance sa 1-800-927-4357 Tagalog

Անվճար Լեզվական Ծառայություններ: Դուք կարող եք թարգման ձեռք բերել և փաստաթղթերը ընթերցել տալ ձեզ համար հայերեն լեզվով: Օգնության համար մեզ զանգահարեք ձեր ինքնության (ID) տոմսի վրա նշված կամ 1-866-346-7198 համարով: Լրացուցիչ օգնության համար 1-800-927-4357 համարով զանգահարեք Կալիֆորնիայի Ապահովագրության Բաժանմունք: Armenian

Бесплатные услуги перевода. Вы можете воспользоваться услугами переводчика, и ваши документы прочтут для вас на русском языке. Если вам требуется помощь, звоните нам по номеру, указанному на вашей идентификационной карте, или 1-866-346-7198. Если вам требуется дополнительная помощь, звоните в Департамент страхования штата Калифорния (Department of Insurance), по телефону 1-800-927-4357. Russian

無料の言語サービス 日本語で通訳をご提供し、書類をお読みします。サービスをご希望の方は、IDカード記載の番号または1-866-346-7198までお問い合わせください。更なるお問い合わせは、カリフォルニア州保険庁、1-800-927-4357までご連絡ください。Japanese

خدمات مجانی مربوط به زبان. میتوانید از خدمات یک مترجم شفاهی استفاده کنید و بگوئید مدارک به زبان فارسی برایتان خوانده شوند. برای دریافت کمک، با ما از طریق شماره تلفنی که روی کارت شناسائی شما قید شده است و یا این شماره 1-866-346-7198 تماس بگیرید. برای دریافت کمک بیشتر، به CA Dept. of Insurance (اداره بیمه کالیفرنیا) به شماره 1-800-927-4357 تلفن کنید. Persian

ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ: ਤੁਸੀਂ ਦੁਬਾਰੀਏ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਹਾਸਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ ਅਤੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਪੰਜਾਬੀ ਵਿੱਚ ਸੁਣ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਕੁਝ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪੰਜਾਬੀ ਵਿੱਚ ਭੇਜੇ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਮਦਦ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਆਈਡੀ (ID) ਕਾਰਡ 'ਤੇ ਦਿੱਤੇ ਨੰਬਰ 'ਤੇ ਜਾਂ 1-866-346-7198 'ਤੇ 'ਸਾਨੂੰ ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ। ਵਧੇਰੇ ਮਦਦ ਲਈ ਕੈਲੀਫ਼ੋਰਨੀਆ ਡਿਪਾਰਟਮੈਂਟ ਆਫ਼ ਇਨਸ਼ੂਰੈਂਸ ਨੂੰ 1-800-927-4357 'ਤੇ ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ। Punjabi

សេវាកម្មភាសាភូតិកផ្នែក៖ អ្នកអាចទទួលបានអ្នកបកប្រែភាសា និងអានឯកសារជូនអ្នកជា ភាសាខ្មែរ ។ សម្រាប់ជំនួយសូមទូរស័ព្ទមកយើងខ្ញុំតាមលេខដែលមានបង្ហាញលើប័ណ្ណសំគាល់ខ្លួនរបស់អ្នក ឬលេខ 1-866-346-7198 ។ សម្រាប់ជំនួយបន្ថែមទៀត សូមទូរស័ព្ទទៅក្រសួងធានារ៉ាប់រងរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា តាមលេខ 1-800-927-4357 Khmer

خدمات ترجمة بدون تكلفة. يمكنك الحصول علي مترجم و قراءة الوثائق لك باللغة العربية. للحصول علي المساعدة، اتصل بنا علي الرقم المبين علي بطاقة عضويتك أو علي الرقم 1-866-346-7198. للحصول علي المزيد من المعلومات، اتصل بإدارة التأمين لولاية كاليفورنيا علي الرقم 1-800-927-4357. Arabic

Cov Kev Pab Txhais Lus Tsis Them Nqi. Koj yuav thov tau kom muaj neeg los txhais lus rau koj thiab kom neeg nyeem cov ntawv ua lus Hmoob. Yog xav tau kev pab, hu rau peb ntawm tus xov tooj nyob hauv koj daim yuaj ID los sis 1-866-346-7198. Yog xav tau kev pab ntxiv hu rau CA lub Caj Meem Fai Muab Kev Tuav Pov Hwm ntawm 1-800-927-4357 Hmong

บริการทางภาษาอย่างไม่เสียค่าใช้จ่าย คุณสามารถรับบริการจากสาม รวมถึงให้เจ้าหน้าที่อ่านเอกสารให้คุณฟัง หรือส่งเอกสารบางส่วนในภาษาของคุณไปหาคุณได้ หากต้องการความช่วยเหลือ กรุณาโทรศัพท์ตามหมายเลขที่ระบุอยู่ด้านหลังบัตรประจำตัวของคุณ หรือ ที่หมายเลข 1-866-346-7198 หากต้องการความช่วยเหลือเพิ่มเติม โปรดโทรมาที่ กรมการประกันภัยแห่งมลรัฐแคลิฟอร์เนียที่หมายเลข 1-800-927-4357 Thai

निःशुल्क भाषा सेवाएँ। आप एक दुभाषिया की सेवा प्राप्त कर सकते हैं। आप दस्तावेजों को पढ़वा के सुन सकते हैं और कुछ को अपनी भाषा में स्वयं को भिजवा सकते हैं। सहायता के लिए, अपने ID कार्ड पर दिए गए नंबर पर, या 1-866-346-7198 पर हमें फ़ोन करें। अधिक सहायता के लिए कैलीफोर्निया बीमा विभाग (CA Dept. of Insurance) को 1-800-927-4357 पर फ़ोन करें। Hindi

Doo bááh ílínígó saad bee yát'i' bee aná'áwo'. Díí shá ata'halne'dooígí hólóqodoo nínízingo éí bííghah. Naaltsoos naanínáhájeehígí shich'í' yíidooltah éí doodagó ła' shich'í' ádoolnítí nínízingo bííghah. Shíká a'doowoł nínízingo nihich'í' béeesh bee hodílnih dóó námboo éí díí ninaaltsoos dootł'ízhígí bee néího'dílnínígí bine'déé' bikáá' éí doodagó éí (866)346-7198jí' hodílnih. Hózhó shíká anáá'doowoł nínízingo éí díí béeso ách'ágh naa'nil bit haz'áají' 1-800-927-4357jí' hodílnih. Navajo

ບໍລິການແປພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ທ່ານສາມາດຂໍເອົາຜູ້ແປພາສາໄດ້. ທ່ານສາມາດຂໍໃຫ້ອ່ານເອກະສານໃຫ້ທ່ານຟັງ ແລະ ສົ່ງເອກະສານບາງຢ່າງທີ່ເປັນພາສາຂອງທ່ານ. ສໍາລັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ, ໃຫ້ໂທຫາພວກເຮົາຕາມເບີໂທລະສັບທີ່ມີ ໃນບັດປະຈຳຕົວຂອງທ່ານ ຫຼື ໂທຫາເບີ 1-866-346-7198. ສໍາລັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເພີ່ມເຕີມໂທຫາ ພະແນກ ປະກັນໄພຂອງ ລັດຄາລິຟໍເນຍໄດ້ທີ່ເບີ 1-800-927-4357. Laotian