

Solicitud de Cambio para Suscriptores de Pequeñas Empresas

Blue Shield of California y

Blue Shield of California Life & Health Insurance Company



1 de enero de 2020

Todas las solicitudes de cambio deben recibirse dentro de los 31 días siguientes a la fecha en que empieza a tener validez el cambio. Este formulario se usa para pedir cambios en la información personal, agregar o cancelar la cobertura de dependientes, o cambiar planes durante la inscripción abierta. Los empleados que piden un nuevo médico de atención primaria (planes HMO) deben visitar blueshieldca.com o comunicarse con Blue Shield llamando al número que está en la parte de atrás de su tarjeta de identificación de miembro de Blue Shield.

Información del suscriptor. Se debe brindar toda la información que se pide en esta sección para todos los cambios.

Nombre del empleado inscrito (suscriptor)	N.º de identificación del suscriptor de Blue Shield	
N.º de Seguro Social (según lo requieren los CMS)	Situación laboral ☐ Tiempo completo (30 horas) ☐ Tiempo parcial (entre 20 y 29 horas) ☐ Beneficiario de COBRA/Cal-COBRA	
Nombre del empleador/grupo	Identificación del grupo de Blue Shield (en la tarjeta de identificación)	Fecha de comienzo solicitada

Cuéntenos sobre usted. ¿Cómo describiría su raza u origen étnico? Estas preguntas son opcionales y solo se usan para ayudar a garantizar que todos los miembros tengan el mismo acceso a la atención de la más alta calidad.

1. ¿Es usted de origen hispano o latino?	2. Si responde "Sí", elija una opción:	3. ¿Con qué raza/s se identifica? (elija una)	
☐ Sí ☐ No ☐ No sé ☐ Me niego a responder	☐ Cubano ☐ Guatemalteco ☐ Mexicano, mexicano-estadounidense, chicano ☐ Puertorriqueño ☐ Salvadoreño ☐ 2 o más etnias ☐ Otra etnia hispana, latina o española: _____	☐ Amerindio o nativo de Alaska ☐ Indio asiático ☐ Negro o afroamericano ☐ Camboyano ☐ Chino ☐ Filipino ☐ Guameño o chamorro ☐ Hmong ☐ Japonés	☐ Coreano ☐ Laosiano ☐ Nativo de Hawái ☐ Samoano ☐ Vietnamita ☐ Blanco ☐ 2 o más razas ☐ Otra ☐ No sé ☐ Me niego a responder

Actualización de la información del miembro

Cambio de dirección

Complete esta sección para actualizar su dirección. Incluya la dirección anterior y la dirección nueva completas. Planes HMO: Si se mudó fuera del área de servicio de su médico de atención primaria, deberá cambiar de médico de atención primaria. Visite blueshieldca.com o comuníquese con Blue Shield llamando al número que está en su tarjeta de identificación para obtener más información.

Dirección anterior	Ciudad	Estado	Código postal	Condado
Dirección nueva	Ciudad	Estado	Código postal	Condado

Nombre del dependiente (si el cambio de dirección solo corresponde al dependiente):

Cambio de número de teléfono o de dirección electrónica

Complete esta sección para actualizar su número de teléfono o dirección electrónica con Blue Shield.

Número de teléfono anterior	☐ Laboral ☐ Particular	Dirección electrónica anterior
Número de teléfono nuevo	☐ Laboral ☐ Particular	Dirección electrónica nueva

Cambio del nombre del empleado (es probable que se deba presentar documentación)

Nota: Una copia de la orden judicial, la licencia de matrimonio, la licencia de conducir o la tarjeta de identificación son ejemplos de la documentación que se debe presentar.

Nombre anterior	Nombre nuevo
Motivo del cambio: ☐ Matrimonio ☐ Divorcio ☐ Otro (especifique): _____	
¿Se adjuntó la documentación? ☐ Sí ☐ No	

Corrección de la fecha de nacimiento (se debe presentar documentación)

Nota: Una copia de la licencia de conducir, la tarjeta de identificación o la partida de nacimiento son ejemplos de la documentación que se debe presentar.

Nombre del miembro	Fecha de nacimiento	¿Se adjuntó la documentación? ☐ Sí ☐ No
--------------------	---------------------	--

Nombre del suscriptor	N.º de identificación del suscriptor	Nombre del empleador
-----------------------	--------------------------------------	----------------------

Cambio o corrección del número de Seguro Social (se debe presentar documentación)

Una copia de la tarjeta de Seguro Social, una carta de verificación de la oficina de Seguro Social y una declaración escrita en la que se explique el motivo del cambio son ejemplos de la documentación que se debe presentar.

Número de Seguro Social anterior	Número de Seguro Social nuevo	¿Se adjuntó la documentación? ☐ Sí ☐ No
----------------------------------	-------------------------------	--

Cambios relacionados con la elegibilidad del miembro

Incorporación de dependientes a la cobertura

Complete esta sección para agregar un cónyuge, una pareja conviviente o un hijo dependiente a la cobertura del empleado. Copie y adjunte páginas adicionales según sea necesario si desea agregar varios dependientes. La solicitud se debe recibir dentro del plazo permitido según la circunstancia habilitante o durante el período de inscripción abierta del grupo. Se debe presentar documentación para verificar la fecha de la circunstancia habilitante, que incluye la pérdida de cobertura, la adopción o la cobertura por orden judicial. Se debe completar y presentar un formulario de **Rechazo de Cobertura (C19927)** por cada dependiente que rechace la cobertura del plan. **Nota:** De acuerdo con las pautas de los Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS, Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid), se debe brindar el número de Seguro Social.

Dependiente 1

Relación con el empleado ☐ Hijo dependiente ☐ Cónyuge/pareja conviviente ☐ Hijo dependiente: tutela legal	Motivo de la incorporación ☐ Recién nacido ☐ Adopción ☐ Orden judicial ☐ Matrimonio	☐ Convivencia en pareja ☐ Pérdida de cobertura ☐ Inscripción abierta	Fecha de la circunstancia
Número de Seguro Social		Fecha de nacimiento	Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino

¿Con qué raza o etnia se identifica este dependiente? _____

Primer nombre	Inicial del 2.º nombre	Apellido	Sufijo
----------------------	-------------------------------	-----------------	---------------

Dirección (si no es igual a la del empleado)	Ciudad	Estado	Código postal
--	--------	--------	---------------

En los últimos 12 meses, ¿estuvo el dependiente cubierto por otro plan de seguro de salud? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es "Sí", especifique el nombre del plan y de la aseguradora, y las fechas de inicio y finalización de la cobertura:

Nombre del plan y de la aseguradora:	Del	al	¿Paciente actual? ☐ Sí ☐ No
--------------------------------------	-----	----	--

Nombre del proveedor HMO	Número del proveedor HMO	Nombre del grupo médico/IPA	¿Paciente actual? ☐ Sí ☐ No
--------------------------	--------------------------	-----------------------------	--

Nombre del proveedor de Dental HMO	Número del proveedor de Dental HMO	¿Paciente actual? ☐ Sí ☐ No
------------------------------------	------------------------------------	--

¿Se inscribe en los mismos productos que eligió el suscriptor?

☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es "No", adjunte el formulario de Rechazo de Cobertura completo.

Dependiente 2

Relación con el empleado ☐ Hijo dependiente ☐ Cónyuge/pareja conviviente ☐ Hijo dependiente: tutela legal	Motivo de la incorporación ☐ Recién nacido ☐ Adopción ☐ Orden judicial ☐ Matrimonio	☐ Convivencia en pareja ☐ Pérdida de cobertura ☐ Inscripción abierta	Fecha de la circunstancia
Número de Seguro Social		Fecha de nacimiento	Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino

¿Con qué raza o grupo étnico se identifica este dependiente? _____

Primer nombre	Inicial del 2.º nombre	Apellido	Sufijo
----------------------	-------------------------------	-----------------	---------------

Dirección (si no es igual a la del empleado)	Ciudad	Estado	Código postal
--	--------	--------	---------------

En los últimos 12 meses, ¿estuvo el dependiente cubierto por otro plan de seguro de salud? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es "Sí", especifique el nombre del plan y de la aseguradora, y las fechas de inicio y finalización de la cobertura:

Nombre del plan y de la aseguradora:	Del	al	¿Paciente actual? ☐ Sí ☐ No
--------------------------------------	-----	----	--

Nombre del proveedor HMO	Número del proveedor HMO	Nombre del grupo médico/IPA	¿Paciente actual? ☐ Sí ☐ No
--------------------------	--------------------------	-----------------------------	--

Nombre del proveedor de Dental HMO	Número del proveedor de Dental HMO	¿Paciente actual? ☐ Sí ☐ No
------------------------------------	------------------------------------	--

¿Se inscribe en los mismos productos que eligió el suscriptor?

☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es "No", adjunte el formulario de Rechazo de Cobertura completo.

Nombre del suscriptor	N.º de identificación del suscriptor	Nombre del empleador
-----------------------	--------------------------------------	----------------------

Cancelación de la cobertura de dependientes

Complete esta sección para cancelar la totalidad de la cobertura de Blue Shield de su cónyuge, pareja conviviente o hijo dependiente debido a que ya no son elegibles. Si alguno de los dependientes cuya cancelación se pide aún es elegible para recibir cobertura o si la cobertura se cancela de forma parcial (no es el caso de todos los planes), se debe completar y presentar un formulario de Rechazo de Cobertura para esos planes que se rechazan/cancelan.

Relación con el empleado ☐ Hijo dependiente ☐ Cónyuge/pareja conviviente		Motivo de la cancelación ☐ Divorcio ☐ Muerte ☐ Reclutamiento militar		☐ Otra cobertura de seguro ☐ Fin del acuerdo de convivencia en pareja	Fecha de la circunstancia	
Número de Seguro Social			Fecha de nacimiento		Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino	
Primer nombre		Inicial del 2.º nombre	Apellido			Sufijo
Dirección (si no es igual a la del empleado)			Ciudad	Estado	Código postal	
¿Desea cancelar la cobertura para todos los planes de Blue Shield? ☐ Sí ☐ No			Si la respuesta es "No", complete y adjunte el formulario de Rechazo de Cobertura.			

Cambios en el plan

Solicitud de cambios en el plan

Para indicar los cambios de cobertura solicitados durante un período anual o especial de inscripción abierta, complete todas las secciones que siguen correspondientes a las opciones de planes médicos y planes especializados.

Planes de beneficios médicos: Consulte con su empleador a fin de determinar los planes de beneficios disponibles para usted.

☐ Ningún cambio en los beneficios médicos.

Planes Blue Shield of California Off-Exchange Package

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 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 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

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 Blue Shield of California Mirror Package

- ☐ Blue Shield Trio Platinum 90 HMO 0/15 + Child Dental
- ☐ Blue Shield Platinum 90 PPO 0/15 + Child Dental
- ☐ Blue Shield Trio Gold 80 HMO 250/25 + Child Dental
- ☐ Blue Shield Gold 80 PPO 250/25 + Child Dental
- ☐ Blue Shield Trio Silver 70 HMO 2250/50 + Child Dental
- ☐ Blue Shield Silver 70 PPO 2250/50 + Child Dental
- ☐ Blue Shield Bronze 60 PPO 6300/65 + Child Dental

Nombre del suscriptor	N.º de identificación del suscriptor	Nombre del empleador
-----------------------	--------------------------------------	----------------------

Planes de beneficios especializados: selección de planes dentales,* de la vista* y de seguro de vida*

* Solo se pueden seleccionar beneficios que ofrezca el grupo de su empleador. Si selecciona beneficios que el grupo de su empleador no ofrece, no se incluirán en su inscripción.

Sección SB1: Beneficios dentales

Planes Dental HMO

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

Planes Dental PPO

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

Planes Dental PPO voluntarios*

☐ Smile SM Basic Voluntary 75/1000/No Ortho/MAC/NR	☐ Smile SM Basic Voluntary 50/1500/Ortho/U80
☐ Smile SM Basic Voluntary 50/1000/No Ortho/MAC	☐ Smile SM Basic Voluntary 50/1000/No Ortho/U80 (sin espera)†

* Los planes dentales voluntarios exigen la inscripción de un (1) empleado elegible como mínimo.

† Para este plan voluntario, no hay períodos de espera ni es necesario presentar una prueba de cobertura anterior.

ADV significa Advantage, y los miembros de planes con incentivos deben usar proveedores de INN. NR significa que el saldo no se acumula (por las siglas en inglés de "No Rollover").

Sección SB2: Cobertura de la vista

Cobertura de la vista*

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 ¹	☐ Preferred Vision Voluntary 10/25/120 ¹	☐ Basic Vision Voluntary 10/25/120 ¹

☐ Otro (especifique) _____

* Asegurada por Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (Blue Shield Life).

¹ Los planes de la vista voluntarios exigen la inscripción de un (1) empleado elegible como mínimo.

Sección SB3: Seguro de vida/por muerte y desmembramiento accidentales (AD&D, por sus siglas en inglés)

Seguro de vida grupal temporal*

Información del empleado

Fecha de empleo a tiempo completo	Promedio de horas trabajadas por semana	Fecha de reconstrucción	Clase/ocupación	Ingresos \$ _____ (sin incluir horas extras, bonificaciones, etc.) ☐ Hora ☐ Semana ☐ Mes ☐ Año
-----------------------------------	---	-------------------------	-----------------	---

Designación del beneficiario

Leyes de propiedad comunal: Si usted está casado o forma parte de un acuerdo de convivencia en pareja, vive en un estado de propiedad comunal (Arizona, California, Idaho, Luisiana, Nevada, Nuevo México, Texas, Washington o Wisconsin) y nombra como beneficiario a una persona que no sea su cónyuge/pareja conviviente, es posible que el pago de los beneficios sufra una demora o una disputa a menos que su cónyuge/pareja conviviente también firme la designación del beneficiario.

Acepto la o las designaciones de beneficiarios indicadas.

Firma del cónyuge/pareja conviviente

Fecha

Nombre del cónyuge/pareja conviviente (en letra de imprenta)

Nombre del suscriptor	N.º de identificación del suscriptor	Nombre del empleador
-----------------------	--------------------------------------	----------------------

Beneficiario principal: Blue Shield Life pagará los beneficios de seguro de vida al beneficiario principal o a los beneficiarios principales identificados. Un empleado puede designar más de un beneficiario principal. Indique los porcentajes para cada beneficiario principal en la columna "% de beneficios" para totalizar el 100% de los beneficios. Si no se define el porcentaje, los beneficios se distribuirán equitativamente entre aquellos beneficiarios principales que sobrevivan al empleado. Para designar más de dos beneficiarios principales, indíquelo en otra hoja de papel, que debe estar firmada y fechada por el empleado, y adjúntela a este formulario.

Primer nombre	Inicial del 2.º nombre	Apellido	Número de Seguro Social	Relación	Fecha de nacimiento	% de beneficios
Dirección			Ciudad	Estado	Código postal	

Primer nombre	Inicial del 2.º nombre	Apellido	Número de Seguro Social	Relación	Fecha de nacimiento	% de beneficios
Dirección			Ciudad	Estado	Código postal	

Beneficiario secundario: Los fondos recaudados se pagarán a un beneficiario secundario solamente si ningún beneficiario principal designado sobrevive al asegurado.

Primer nombre	Inicial del 2.º nombre	Apellido	Número de Seguro Social	Relación	Fecha de nacimiento	% de beneficios
Dirección			Ciudad	Estado	Código postal	

Información sobre las cantidades de beneficios

Comuníquese con su administrador de beneficios para obtener más información sobre su cobertura de seguro de vida grupal. La cobertura otorgada a las personas indicadas en este formulario de inscripción estará sujeta a todas las disposiciones y limitaciones especificadas en la póliza de seguro de vida grupal de Blue Shield of California Life & Health Insurance Company.

Información de los dependientes

Cantidad de dependientes elegibles: _____	Seguro de vida básico para dependientes: ☐ Sí ☐ No
Cantidad del seguro de vida básico y por AD&D para empleados: \$ _____	Cantidad de la cobertura solicitada para dependiente(s): \$ _____

* Asegurado por Blue Shield of California Life & Health Insurance Company.

A46897-SP

Si se transfiere a uno o más planes médicos HMO y/o dentales HMO, brinde información del médico de atención primaria o del proveedor dental a continuación.*

Complete esta sección para el suscriptor y todos sus dependientes si tienen un proveedor preferido. Si no indica ningún proveedor, se le asignará uno a cada miembro inscrito.

Apellido	Inicial del 2.º nombre	Primer nombre	Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino	Fecha de nacimiento
Nombre del proveedor HMO	Número del proveedor HMO	Asociación de práctica independiente/grupo médico		¿Paciente actual? ☐ Sí ☐ No
Nombre del proveedor de Dental HMO	Número del proveedor de Dental HMO			¿Paciente actual? ☐ Sí ☐ No

Apellido	Inicial del 2.º nombre	Primer nombre	Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino	Fecha de nacimiento
Nombre del proveedor HMO	Número del proveedor HMO	Asociación de práctica independiente/grupo médico		¿Paciente actual? ☐ Sí ☐ No
Nombre del proveedor de Dental HMO	Número del proveedor de Dental HMO			¿Paciente actual? ☐ Sí ☐ No

Apellido	Inicial del 2.º nombre	Primer nombre	Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino	Fecha de nacimiento
Nombre del proveedor HMO	Número del proveedor HMO	Asociación de práctica independiente/grupo médico		¿Paciente actual? ☐ Sí ☐ No
Nombre del proveedor de Dental HMO	Número del proveedor de Dental HMO			¿Paciente actual? ☐ Sí ☐ No

Nombre del suscriptor		N.º de identificación del suscriptor		Nombre del empleador	
Apellido		Inicial del 2.º nombre	Primer nombre		Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino
Nombre del proveedor HMO	Número del proveedor HMO		Asociación de práctica independiente/grupo médico		¿Paciente actual? ☐ Sí ☐ No
Nombre del proveedor de Dental HMO		Número del proveedor de Dental HMO			¿Paciente actual? ☐ Sí ☐ No

* Nota: Si Blue Shield no puede asignar el médico de atención primaria y/o el proveedor dental HMO que usted pidió, Blue Shield designará un proveedor al azar. Para cambiar los médicos de atención primaria de HMO, visite [blueshieldca.com](https://www.blueshieldca.com) después de la inscripción.

Reconocimiento y firma

Reconozco y acepto lo siguiente: Toda la información que he brindado en este formulario es exacta y está completa hasta donde yo sé. Entiendo que este formulario, junto con cualquier otro formulario de inscripción previo, la *Evidencia de Cobertura/Certificado de Seguro* y el Acuerdo de Servicios de Salud/Póliza, así como todos los avales y anexos que correspondan a estos documentos, constituyen colectivamente el acuerdo de cobertura completo.

Firma del empleado _____ Fecha _____

Nombre del empleado en letra de imprenta _____

Si envía este formulario por fax, guarde este documento.

Blue Shield of California protege la privacidad de su información personal, incluida la información médica que lo identifica individualmente. No revelaremos su información personal sin su autorización, salvo en la medida en que la ley lo permita o lo exija. Para obtener una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Blue Shield, llame al número de servicio al cliente que está en su tarjeta de identificación de miembro de Blue Shield o visite nuestro sitio web en [blueshieldca.com/bsca/documents/about-blue-shield/privacy](https://www.blueshieldca.com/bsca/documents/about-blue-shield/privacy).

ASEGÚRESE DE ENVIAR TODAS LAS PÁGINAS DE ESTE FORMULARIO.
La información o las páginas faltantes pueden demorar el procesamiento.
Complete su formulario de Solicitud de Cambio para Suscriptores en [blueshieldca.com](https://www.blueshieldca.com).

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 yíiniłta'go bíinígah? Doo bíinígahgóó éí, naaltsoos nich'í' yiidóolta'hígíí ła' nihee hółó. Díí naaltsoos áldó' t'áá Diné k'ehjí ádoólnííł nínízingo bíighah. Doo ɓaah ílinígó shíká' adoowoł nínízingó nihich'í' béésh bee hodílnih dóó námboo éí díí Blue Shield bee néího'díłzinígí bine'dée' bikáá' éí doodagó éí (866) 346-7198 jì' hodílnih. (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 اختیاراتان 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 យើងអាចឱ្យគេជួយអ្នកក្នុងការអានលិខិតនេះ។ អ្នកក៏អាចទទួលបានលិខិតនេះជាភាសារបស់អ្នកផងដែរ។ សម្រាប់ជំនួយដោយឥតគិតថ្លៃ សូមហៅទូរស័ព្ទភ្លាមៗទៅកាន់លេខទូរស័ព្ទសេវាសមាជិក/អតិថិជនដែលមាននៅលើខ្ទង់ប័ណ្ណសម្គាល់ 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 ਇਨਸੂਰੈਂਸ ਨੂੰ 1-800-927-4357 'ਤੇ ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ। Punjabi

សេវាកម្មភាសាភាគីតិចៗ: 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' ádoolníní nínízingo bííghah. Shíká a'doowoł nínízingo nihich'í' béeesh bee hodílnih dóo námbóo 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 bíł 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