

Formulario de inscripción o cambio de grupo en California

Escriba en letra de molde con tinta negra. Vea las instrucciones al dorso. Haga una copia para sus archivos.

PARA SER LLENADO POR EL EMPLEADOR

Nombre de la compañía		Fecha de contratación (mm/dd/aaaa) <small>Not applicable</small>
Número de grupo	Unidad de inscripción <small>Not applicable</small>	Fecha de vigencia de la inscripción/cambio (mm/dd/aaaa) <small>Not applicable</small>

A. MOTIVO DE INSCRIPCIÓN/CAMBIO (para ayuda, vea el cuadro de cambios) Grupo nuevo: Sí No

Plan de salud (marque uno) Plan HMO (\$30.00 por mes)

B. EMPLEADO ¿Ha sido alguna vez miembro de Kaiser Permanente? Sí No

N.º de historia clínica (si lo conoce)	N.º de Seguro Social	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)		
Dirección residencial	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono del trabajo	Teléfono del hogar	Correo electrónico	
Etnia (Ej.: latino, indígena norteamericano)	Idioma de preferencia		

llene completamente y firme abajo

llene completamente y firme abajo

D. Acuerdo de Arbitraje de Kaiser Foundation Health Plan, Inc. y Kaiser Permanente Insurance Company*

Entiendo que (con excepción de los casos del tribunal de demandas de menor cuantía, las reclamaciones sujetas a un proceso de apelación de Medicare y, si estoy inscrito en una cobertura que está sujeta a las regulaciones del procedimiento de reclamaciones de ERISA, o cualquier reclamación que no puede estar sujeta al arbitraje obligatorio bajo las leyes vigentes), toda disputa entre mi persona, mis herederos, familiares u otras partes asociadas (por un lado) y Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (KFHP), Kaiser Permanente Insurance Company (KPIC),* cualquier proveedor de atención médica contratado, administradores u otras partes asociadas (por otro lado) por la supuesta violación de cualquier deber que se surja o esté relacionado con su calidad de miembro de KFHP o su cobertura de KPIC, incluida cualquier reclamación por negligencia médica o del hospital (una reclamación que indique que un servicio médico era innecesario o no estaba autorizado, o bien que se prestó de forma incorrecta, negligente o incompleta), por responsabilidad de las instalaciones, o relacionados con la cobertura o prestación de servicios o artículos, sin tomar en cuenta la teoría legal, deben decidirse a través de un arbitraje obligatorio, según la ley de California y no por medio de una demanda ni recurso a un proceso judicial, excepto cuando la ley vigente proporcione una revisión judicial de la actuación arbitral. Acepto renunciar nuestro derecho a un juicio con jurado y acepto el uso de arbitraje vinculante. Entiendo que el Certificado de Seguro (*Certificate of Insurance*) y la Evidencia de Cobertura (*Evidence of Coverage*) incluyen todas las disposiciones del arbitraje.

*El arbitraje obligatorio no se aplica a las disputas asociadas a cualquiera de los siguientes productos de KPIC: 1) Niveles 2 y 3 del plan Punto de Servicio (*Point-of-Service*, POS); 2) los planes de Organización de Proveedores Preferidos (*Preferred Provider Organization*, PPO) y los planes de Indemnización Fuera del Área (*Out-of-Area Indemnity*, OOA); y 3) los planes dentales de KPIC.

Firma obligatoria para todos los planes de Kaiser Permanente (No incluye KPIC PPO, KPIC OOA y los planes dentales de KPIC)

Fecha





United Domestic Workers of America
AFSCME Local 3930 /AFL-CIO

CUESTIONARIO DE SEGURO MÉDICO DE SAN DIEGO
(Esta forma debe ser devuelta con sus formas de inscripción para ser matriculadas)

SU NOMBRE (como se aparece en su control de nómina estatal):

NUMERO DE SEGURO SOCIAL: _____

HORAS AUTORIZADAS POR MES PARA TODOS LOS CLIENTES: _____

FECHA DE ALQUILER PARA PRIMER CLIENTE: _____

FIRMA: _____

PLEASE CHECK ALL OF THE FOLLOWING (if they apply):

- Trabajo actualmente mínimo de 80 horas por mes y entiendo que debo mantener horas de trabajo mínimas de 80 horas pagadas por mes para permanecer elegible para el seguro medico

- Entiendo y consiento en pagar por la deducción de nómina o por la factura \$30.00 la co-paga superior mensual para mi seguro médico y fracaso de hacer así causará beneficios médicos perdedores. Usted será anulado de los beneficios médicos si usted tiene una factura impagada durante más de 30 días.

Por favor note: Si sus horas se caen debajo de 80 horas trabajadas por mes debido a su enfermedad o su cliente es hospitalizado, etc., por favor avísenos inmediatamente. Llame nuestra oficina de Administración de Confianza de Condado de San Diego al (800)-883-0902 – Walker Insurance Solutions, LLC.

**DEVUELVA ESTE CUESTIONARIO Y LA FORMA DE INSCRIPCIÓN DENTAL EN EL
SOBRE DIRIGIDO CUANTO ANTES.**