

NOMBRE DE LA ENTIDAD GRUPAL DEL EMPLEADOR:	Número grupal:	Departamento/Lugar:	Fecha del inicio del empleo/restauración: ___/___/___ Fecha de vigencia: ___/___/___
		Horas que trabaja por semana:	Número de identificación del inscrito _____

¿Renuncia usted a la cobertura de seguro grupal que ofrece su empleador? Sí, por la presente renuncio a la cobertura médica de True Health New Mexico. Rellene el PASO 2 a continuación, luego firme y ponga la fecha en el formulario. Motivo por la renuncia: Plan individual del intercambio Plan individual fuera del intercambio Otro plan grupal de un empleador Medicare/Medicaid Otra cobertura Sin cobertura

PASO 1: ACONTECIMIENTOS/CAMBIOS EN LA INSCRIPCIÓN

¿Período de inscripción abierta? No Sí (si contestó afirmativamente, pase al PASO 2) ¿Motivo de elegibilidad para la inscripción especial? No Sí , fecha: ___/___/___ COBRA Continuación de seis meses ¿Agrega un dependiente? No Sí Matrimonio Nacimiento, adopción, puesto en adopción o crianza temporal Orden judicial Perdió otra cobertura Otro: _____

Terminación de la póliza O Terminación de la participación del dependiente Nombre: _____ Fecha de la terminación: ___/___/___ Razón: Se terminó Divorcio Fallecimiento Otro: _____

PASO 2: INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

Apellido:	Nombre:	Inicial:	Número de seguro social (SSN):	Fecha de nacimiento: ___/___/___
Domicilio:		Apt./Ste:	Ciudad:	Código postal:
Dirección postal (si es diferente que la de más arriba):		Apt./Ste:	Ciudad:	Código postal:
Teléfono principal: ()		Otro teléfono: ()	Dirección de correo-e:	Género/Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Etnicidad/Raza: Indígena americano/de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático o de las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/>				
¿Prefieren usted o uno de sus dependientes hablar o recibir documentos en otro idioma en vez del inglés? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			¿Necesitan ayuda usted o uno de sus dependientes debido a una discapacidad? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Si contestó afirmativamente, favor de indicarlo aquí:			Si contestó afirmativamente, favor de describirla:	

PASO 3: INFORMACIÓN DEL PLAN

Se limitará su selección a los planes de beneficios que su empleador ponga a su disposición. Si hubiera una discrepancia de beneficios, se le restituirá el plan de beneficios que haya elegido su empleador. Favor de repasar la información de sus materiales de inscripción o comuníquese con el coordinador de sus beneficios si no está seguro acerca de los tipos de planes de beneficios que están a su disposición. Su selección será la selección del plan de beneficios que haya elegido su empleador.

Si su empleador ofrece varios planes de True Health New Mexico, elija su cobertura: HMO o PPO La cobertura que se solicita: Solo el empleado Dos partes Empleado + Hijo(s) Familia
Nombre del plan: _____

PASO 4: INFORMACIÓN DE LOS DEPENDIENTES

	Nombre	Inicial	Apellido	Número de seguro social (SSN)	Fecha de nacimiento	Género/Sexo
Cónyuge legal/Pareja conviviente						M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Hijo(a)						M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Hijo(a)						M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Hijo(a)						M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>

¿Seguirán cubiertos por otra compañía de seguros usted mismo o un familiar cuyo nombre se indica más arriba? Sí No Compañía de seguros: _____ Indique el(los) nombre(s): _____
¿Tiene usted o un familiar cuyo nombre se indica más arriba la cobertura de Medicare? Sí No Parte A Parte B Nombre del asegurado: _____ Número de Medicare: _____

PASO 5: FIRMAR Y PONER LA FECHA

LEA LA SEGUNDA PÁGINA DE ESTA SOLICITUD. Firmando esta solicitud, certifico que he leído los dos lados de esta solicitud y garantizo mi autorización, actual y continuada, para actuar en nombre de todos los dependientes, cuyos nombres se indican más arriba, y vincularlos plenamente con respecto a cada estipulación de la Evidencia de Cobertura de True Health New Mexico, con tal que dicha Evidencia de Cobertura cumpla los reglamentos, tanto estatales como federales. Si tiene preguntas, favor de llamar el Servicio al cliente al 1-844-508-4677, de lunes a viernes, de las 8:00 de la mañana a las 5:00 de la tarde.

Firma del empleado

Fecha

Firma del empleador

Fecha

TODA PERSONA QUE A SABIENDAS PRESENTE UNA DEMANDA DE SEGURO FALSA O FRAUDULENTO PARA UN PAGO POR UNA PÉRDIDA O BENEFICIO O QUE A SABIENDAS PRESENTE INFORMACIÓN FALSA EN UNA SOLICITUD DE SEGURO ES CULPABLE DE UN DELITO Y ESTÁ SUJETA A MULTAS CIVILES Y CASTIGOS PENALES.

PASO 6: IMPORTANTE: FAVOR DE LEERLO ATENTAMENTE

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL SOBRE LA SALUD

Firmando esta solicitud, AUTORIZO, a medida que permita la ley pertinente, la divulgación o el uso de la información confidencial sobre la salud (según se define a continuación) por toda persona o entidad incluso, sin restricción, los profesionales médicos, los farmacéuticos o los administradores de beneficios farmacéuticos, los proveedores de atención médica y las compañías de seguros a True Health New Mexico, o a sus designados, para todos los fines permitidos incluso, entre otros, la elegibilidad para el seguro, el control de la calidad, la investigación de la utilización, el procesamiento de las demandas de seguro, las inspecciones financieras u otros fines relacionados con el tratamiento, el pago o las diligencias de las operaciones clínicas de True Health New Mexico. Queda entendido que pudiera ser necesario que las partes que administran el plan en el cual me/nos estoy/estamos inscribiendo obtengan y/o proporcionen a otros esta información confidencial sobre la salud.

Entiendo que la autorización de la divulgación de esta información confidencial sobre la salud se hace voluntariamente, y uno se puede negar a firmar esta autorización; sin embargo, si no se firmara, pudiera demorar o inhibir el procesamiento de esta solicitud.

Entiendo que una descripción cabal de las normas de privacidad y confidencialidad de True Health New Mexico referentes a la información confidencial (también conocida como protegida) sobre la salud está disponible en el sitio web truehealthnewmexico.com o si llamo al Centro de Atención al Cliente de True Health New Mexico al 1-844-508-4677.

Entiendo que mi consentimiento, aquí dentro, no permite que se utilice la información confidencial sobre la salud si la ley exige la autorización.

Entiendo que esta autorización permanece en vigor por veinticuatro (24) meses, a partir de la fecha de esta solicitud, o antes de los veinticuatro (24) meses usuales si se envía un aviso por escrito a True Health New Mexico para revocarla.

Entiendo que puedo revocar esta autorización si escribo a: True Health New Mexico, Director of Consumer Operations and Compliance, P.O. Box 37200, Albuquerque, NM 87176.

“Información confidencial sobre la salud” incluye, con respecto a mí y/o a un dependiente/hijo menor de edad que cubra el plan, toda información sobre la salud que nos identifique individualmente incluso, entre otra, la información médica, dental, de salud mental, de abuso de sustancias adictivas, de enfermedades contagiosas, del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) además de la información correspondiente a las discapacidades o al empleo.

AUTORIZACIÓN PARA ACTUAR

Por la presente represento mi autorización, actual y continuada, para actuar en mi propio nombre y/o en el nombre de mi(s) hijo(s) dependiente(s) legalmente con respecto a cada estipulación de este acuerdo. Toda la información de esta solicitud es correcta y veraz. Sé que solo se utilizarán los datos míos que constan en este formulario para inscribir a mí y a mis dependientes elegibles en la cobertura de seguro médico y se guardarán confidencialmente conforme a la ley. Entiendo que al terminar mi inscripción, recibiré la Evidencia de Cobertura y/o el Resumen de Beneficios y Cobertura de True Health New Mexico, los cuales incluyen los beneficios, las limitaciones y exclusiones pertinentes de mi plan de seguro médico.

EXACTITUD DE LOS DATOS PROPORCIONADOS EN ESTA SOLICITUD

Confirmando que he leído y entendido todas las preguntas que se incluyen en esta solicitud. Firmando a continuación, certifico que las respuestas proporcionadas son correctas, cabales y completamente veraces según mi leal saber y entender.

AVISO DE CAMBIOS

Sé que le tengo que avisar a True Health New Mexico o a mi empleador si cambiara algo (y es diferente que) de lo que he escrito en esta solicitud. Puedo visitar el sitio web truehealthnewmexico.com o llamar al 1-844-508-4677 para avisar si hubiera algún cambio. Entiendo que si hubiera algún cambio en mi información, pudiera afectar la elegibilidad de los familiares que viven en mi domicilio.

BENEFICIOS CUBIERTOS

Entiendo que los beneficios cubiertos, los procedimientos de gestión de la utilización de tratamientos, y las exclusiones y limitaciones del plan están sujetas a la Evidencia de Cobertura [EOC por sus siglas en inglés] y/o al Resumen de Beneficios y Cobertura [SBC por sus siglas en inglés] del plan. Dichos documentos están disponibles en truehealthnewmexico.com/documentos-de-plan-de-grupo-pequeno/ y en truehealthnewmexico.com/documentos-de-plan-de-grupo-grande/. Además puedo llamar a True Health New Mexico al 1-844-508-4677, de lunes a viernes, de las 8:00 de la mañana a las 5:00 de la tarde, para pedir copias impresas de dichos documentos.

COPIA DE LA SOLICITUD Y AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

Entiendo que tengo derecho a recibir copia de esta solicitud firmada y me puedo comunicar con True Health New Mexico para conseguir dicha copia. No se prohíben las diferencias en las primas, precios o cobros debido al lugar o a la edad que se basan en datos estadísticos y actuariales actualizados, válidos y objetivos. Sé que conforme a la ley federal, no se permite la discriminación por motivos de raza, color, creencias o religión, origen nacional, sexo, edad, orientación sexual, identidad de género o discapacidad.

English	ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-844-508-4677 (TTY: 711).
Spanish	ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-844-508-4677 (TTY: 711).
Navajo	Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yánílti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiik'eh, éí ná hóló, koji' hódíílnih 1-844-508-4677 (TTY: 711.)
Vietnamese	CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-844-508-4677 (TTY: 711).
German	ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-844-508-4677 (TTY: 711).
Chinese	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 1-844-508-4677 (TTY : 711) 。
Arabic	ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-844-508-4677 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).
Korean	주의 : 한국어를 말할 때 무료로 언어 지원 서비스를 이용할 수 있습니다. 1-844-508-4677 (TTY : 711)로 전화하십시오.
Tagalog-Filipino	PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-844-508-4677 (TTY: 711).
Japanese	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。1-844-508-4677 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。
French	ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-844-508-4677 (ATS: 711).
Italian	ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-844-508-4677 (TTY: 711).
Russian	ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-844-508-4677 (телетайп: 711).
Hindi	सावधानी: यदि आप अंग्रेजी बोलते हैं, तो भाषा सहायता सेवाएं नि:शुल्क, आपके लिए उपलब्ध हैं। 1-844-508-4677 पर कॉल करें (टीटीवी: 711)।
Farsi	توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-844-508-4677 (TTY: 711) تماس بگیرید.
Thai	ความสนใจ: หากคุณพูดภาษาไทยมีบริการให้ความช่วยเหลือด้านภาษาฟรี โทร 1-844-508-4677 (TTY: 711)



Notice of Non-Discrimination and Accessibility *Aviso de no discriminación y accesibilidad*

The following is a statement describing nondiscrimination for True Health New Mexico and the services it provides to its clients and members.

- We do not discriminate on the basis of race, color, creed or religion, sexual orientation, national origin, age, disability, or gender in our health programs or activities.
- We provide help free of charge to people with disabilities or whose primary language is not English. To ask for a document in another format such as large print, or to get language help such as a qualified interpreter, please call True Health New Mexico Customer Service at 1-844-508-4677, Monday through Friday, 8:00 a.m. to 5:00 p.m. TTY: 1-800-659-8331.
- If you believe that we have failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or gender, you can report a complaint to: True Health New Mexico Compliance Hotline, <https://www.lighthouse-services.com/brighthousegroup>. Phone (toll-free): 1-855-208-3766 (English), 1-800-216-1288 (Spanish). Email: Reports@Lighthouse-Services.com. Fax: 1-215-689-3885.

You also have the right to file a complaint directly with the U.S. Dept. of Health and Human Services online, by phone, or by mail:

- Online: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>. Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.
- Phone: Toll-free: 1-800-368-1019, TDD: 1-800-537-7697
- Mail: U.S. Dept. of Health & Human Services, 200 Independence Ave. SW, Room 509F, HHH Bldg., Washington, DC 20201

Aviso de no discriminación y accesibilidad

A continuación presentamos una declaración que resume la norma de no discriminación de *True Health New Mexico* y los servicios que prestamos a nuestros clientes y asegurados.

- No discriminamos por la raza, el color, el credo o la religión, la orientación sexual, el origen nacional, la edad, las discapacidades o el sexo en nuestras actividades o programas de salud.
- Ayudamos gratuitamente a las personas que tienen discapacidades o cuyo idioma nativo no es el inglés. Para pedir un documento en otro formato, como en letra grande, o para recibir la ayuda de un intérprete calificado, favor de llamar al Centro de Atención al Cliente de *True Health New Mexico* al 1-844-508-4677, para los servicios TTY llame al 1-800-659-8331, de lunes a viernes, de las 8:00 de la mañana a las 5:00 de la tarde.
- Si usted cree que no hemos prestado estos servicios o que le hemos discriminado de alguna otra manera por su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede reportar una queja a: *True Health New Mexico* Compliance Hotline, <https://www.lighthouse-services.com/brighthousegroup>. Teléfono (gratis): 1-855-208-3766 (inglés), 1-800-216-1288 (español). Correo electrónico: Reports@Lighthouse-Services.com. Fax: 1-215-689-3885.

Además, tiene derecho a presentar una queja directamente al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. [*U.S. Dept. of Health and Human Services*] ya sea en línea, por teléfono o por correo:

- En línea: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>. Los formularios de queja están a su disposición en: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.
- Por teléfono: Línea telefónica gratis: 1-800-368-1019, TDD: 1-800-537-7697
- Por correo: U.S. Dept. of Health & Human Services, 200 Independence Ave. SW, Room 509F, HHH Bldg., Washington, DC 20201