

# Información personal

(DERECHOHABIENTES<sup>1,2</sup>, continuación)

Solicitante: \_\_\_\_\_

N.º de Seguro Social: \_\_\_\_\_

<b>Nombre, Inicial del segundo nombre, Apellido</b>	<b>Parentesco</b>	<b>N.º de Seguro Social</b>	<b>Sexo</b> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<b>Fecha de nac.</b>
<b>¿Prefiere comunicarse verbalmente en un idioma distinto del inglés?</b> <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Si respondió 'Sí', ¿en qué idioma? _____	<b>Durante los últimos seis meses, ¿ha consumido tabaco?</b> <sup>3</sup> Al menos 4 veces por semana, excepto para usos religiosos o ceremoniales <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Si respondió 'Sí', indique la última fecha de consumo: _____			
<b>Dirección postal</b> <sup>4</sup> (SI ES OTRA)	<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>	<b>Código Postal</b>	
<b>Número telefónico para localizarlo con mayor facilidad</b> <sup>4</sup> _____ <input type="checkbox"/> móvil <input type="checkbox"/> fijo Al proporcionar su número de celular, usted autoriza que BCBSIL le envíe información por medio de mensajes de texto automatizados, incluida la información de proveedores o prestadores de servicios médicos independientes contratados por BCBSIL, con el fin de responder a sus preguntas y de ofrecerle información adicional sobre las coberturas médicas, los servicios incluidos y los programas. También puede configurar sus preferencias de comunicación en <a href="https://account.bcbsil.com/upp/">account.bcbsil.com/upp/</a> . Es posible que su proveedor de servicios inalámbricos cobre tarifas estándar por servicios de telefonía móvil y por la transmisión de mensajes de texto. Los mensajes serán recurrentes y la frecuencia de estos varía. Su consentimiento no es una condición para solicitar cobertura ni para contratarla.				
<b>Dirección de correo electrónico</b> <sup>4,5</sup>				
<b>Nombre del grupo médico (SOLO HMO)</b> <sup>6,7</sup>	<b>N.º del grupo médico (SOLO HMO)</b> — Anote el núm. de identificación de 3 dígitos <sup>6</sup>			
<b>Si un derechohabiente (distinto a un cónyuge) es mayor de 26 años, ¿dicho derechohabiente tiene alguna discapacidad médica?</b> <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Si respondió "Sí", necesitamos una <i>Autorización como derechohabiente con discapacidad</i> . Formulario disponible en <a href="https://espanol.bcbsil.com/disabled-dependents">espanol.bcbsil.com/disabled-dependents</a> .				
<b>OPCIONAL: Si es de origen hispano o latino, ¿se identifica como parte de alguno de los siguientes grupos? (marque todos los necesarios)</b> <input type="checkbox"/> mexicano <input type="checkbox"/> mexicoestadounidense <input type="checkbox"/> chicano <input type="checkbox"/> puertorriqueño <input type="checkbox"/> cubano <input type="checkbox"/> otro _____				
<b>OPCIONAL: Indique si se identifica como parte de alguno de los siguientes grupos (marque todos los necesarios)</b> <input type="checkbox"/> blanco <input type="checkbox"/> negro o afroamericano <input type="checkbox"/> indígena estadounidense o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> indio asiático <input type="checkbox"/> chino <input type="checkbox"/> filipino <input type="checkbox"/> japonés <input type="checkbox"/> coreano <input type="checkbox"/> vietnamita <input type="checkbox"/> de otro país asiático <input type="checkbox"/> nativo de Hawái <input type="checkbox"/> guameño o chamorro <input type="checkbox"/> samoano <input type="checkbox"/> de otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> otro _____				

<sup>1</sup> Para añadir derechohabientes a su póliza vigente, llene la Solicitud para TODOS los derechohabientes Y el Solicitante principal. Se requiere comprobante de no elegibilidad para Medicare si usted o su cónyuge son mayores de 65 años.

<sup>2</sup> Derechohabientes aparte de su cónyuge son elegibles hasta los 26 años, o hasta 30 años si es un veterano militar soltero, a menos de que exista una discapacidad médica y mantengan vigente una cobertura de BCBSIL.

<sup>3</sup> Mayores de 21 años que consumen tabaco.

<sup>4</sup> Mayores de 18 años que deseen recibir correspondencia por correo postal y electrónico, así como llamadas telefónicas.

<sup>5</sup> Si desea recibir información electrónicamente, **necesitamos** su dirección de correo electrónico.

<sup>6</sup> Si al solicitar cobertura no elige un grupo médico (consulte la página [findadoctoril.com](https://findadoctoril.com)), se le asignará uno según su área de servicio. Los servicios los tiene que prestar un médico de atención primaria (PCP) del grupo médico que eligió. Usted puede ser responsable del costo total de las reclamaciones de prestadores de servicios médicos que no figuren en su tarjeta de asegurado.

<sup>7</sup> Consulte la información sobre los PCP y profesionales en ginecología y obstetricia en la página 10.



**Tener cobertura médica es importante para todos.**

Ofrecemos comunicación y servicios gratuitos para cualquier persona con impedimentos o que requiera asistencia lingüística. No discriminamos por motivos de raza, color, país de origen, sexo, identidad de género, edad, orientación sexual, problemas médicos o discapacidad.

Llámenos al 855-710-6984 para recibir asistencia lingüística o comunicación en otros formatos sin costo.

Si cree que no hemos proporcionado un servicio, o si cree que ha sido discriminado de cualquier otra manera, comuníquese con nosotros para presentar una inconformidad.

Office of Civil Rights Coordinator  
300 E. Randolph St.  
35th Floor  
Chicago, Illinois 60601

Teléfono: 855-664-7270 (correo de voz)  
TTY/TDD: 855-661-6965  
Fax: 855-661-6960

Tiene el derecho de presentar una queja por derechos civiles en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights) por estos medios:

U.S. Dept. of Health & Human Services  
200 Independence Avenue SW  
Room 509F, HHH Building 1019  
Washington, DC 20201

Teléfono: 800-368-1019  
TTY/TDD: 800-537-7697  
Portal de quejas: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>  
Formulario de quejas: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>



If you, or someone you are helping, have questions, you have the right to get help and information in your language at no cost. To talk to an interpreter, call 855-710-6984.

Español Spanish	Si usted o alguien a quien usted está ayudando tiene preguntas, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 855-710-6984.
العربية Arabic	إن كان لديك أو لدى شخص تساعد أسئلة، ف لديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون أية تكلفة. للتحدث مع مترجم فوري، اتصل على الرقم 855-710-6984.
繁體中文 Chinese	如果您，或您正在協助的對象，對此有疑問，您有權利免費以您的母語獲得幫助和訊息。洽詢一位翻譯員，請撥電話號碼 855-710-6984。
Français French	Si vous, ou quelqu'un que vous êtes en train d'aider, avez des questions, vous avez le droit d'obtenir de l'aide et l'information dans votre langue à aucun coût. Pour parler à un interprète, appelez 855-710-6984.
Deutsch German	Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen haben, haben Sie das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte die Nummer 855-710-6984 an.
ગુજરાતી Gujarati	જો તમને અથવા તમે મદદ કરી રહ્યા હોય એવા કોઈ બીજા વ્યક્તિને એસ.બી.એમ. કાયદમ બાબતે પ્રશ્નો હોય, તો તમને વિના ખર્ચે, તમારી ભાષામાં મદદ અને માહિતી મેળવવાનો હક્ક છે. દુભાષિયા સાથે વાત કરવા માટે આ નંબર 855-710-6984 પર કોલ કરો.
हिंदी Hindi	यदि आपके, या आप जिसको सहायता कर रहे हैं उसके, प्रश्न हैं, तो आपको अपनी भाषा में नि:शुल्क सहायता और जानकारी प्राप्त करने का अधिकार है। किसी अनुवादक से बात करने के लिए 855-710-6984 पर कॉल करें।
Italiano Italian	Se tu o qualcuno che stai aiutando avete domande, hai il diritto di ottenere aiuto e informazioni nella tua lingua gratuitamente. Per parlare con un interprete, puoi chiamare il numero 855-710-6984.
한국어 Korean	만약 귀하 또는 귀하가 돕는 사람이 질문이 있다면 귀하는 무료로 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 받을 수 있는 권리가 있습니다. 통역사가 필요하시면 855-710-6984 로 전화하십시오.
Diné Navajo	T'áá ni, éí doodago ła'da bíká anánílwo'ígíí, na'ídíłkidgo, ts'ídá bee ná ahóótí'i' t'áá níłk'e níká a'doolwoł dóó bína'ídíłkídígíí bee níł h odoonih. Ata'dahalne'ígíí bich'í' hodíłłnih kwe'e 855-710-6984.
فارسی Persian	اگر شما، یا کسی که شما به او کمک می کنید، سوالی داشته باشید، حق این را دارید که به زبان خود، به طور رایگان کمک و اطلاعات دریافت نمایید. جهت گفتگو با یک مترجم شفاهی، با شماره 855-710-6984 تماس حاصل نمایید.
Polski Polish	Jeśli Ty lub osoba, której pomagasz, macie jakiegokolwiek pytania, macie prawo do uzyskania bezpłatnej informacji i pomocy we własnym języku. Aby porozmawiać z tłumaczem, zadzwoń pod numer 855-710-6984.
Русский Russian	Если у вас или человека, которому вы помогаете, возникли вопросы, у вас есть право на бесплатную помощь и информацию, предоставленную на вашем языке. Чтобы связаться с переводчиком, позвоните по телефону 855-710-6984.
Tagalog Tagalog	Kung ikaw, o ang isang taong iyong tinutulungan ay may mga tanong, may karapatan kang makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika nang walang bayad. Upang makipag-usap sa isang tagasalin-wika, tumawag sa 855-710-6984.
اردو Urdu	اگر آپ کو، یا کسی ایسے فرد کو جس کی آپ مدد کر رہے ہیں، کوئی سوال درپیش ہے تو، آپ کو اپنی زبان میں مفت مدد اور معلومات حاصل کرنے کا حق ہے۔ مترجم سے بات کرنے کے لیے، 855-710-6984 پر کال کریں۔
Tiếng Việt Vietnamese	Nêu quý vị, hoặc người mà quý vị giúp đỡ, có câu hỏi, thì quý vị có quyền được giúp đỡ và nhận thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, gọi 855-710-6984.