

Formulario de cancelación de la inscripción a los Beneficios Suplementarios Opcionales de Salud Mejorados



Para cancelar la inscripción a los Beneficios Suplementarios Opcionales de Salud Mejorados, proporcione la siguiente información:

| | | | |
|---|----------------------------------|------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Srta. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta. | Apellido | Nombre | Inicial del segundo nombre |
| | Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) | Sexo (M/F) | Número de teléfono particular |
| | N.º de Medicare: | | |

Lea detenidamente y complete la siguiente información antes de firmar y fechar este formulario de cancelación de la inscripción:

Comprendo que solo cancelo mi inscripción para los Beneficios Suplementarios Opcionales de Salud Mejorados de Aspire Health Plan y que seguiré inscrito en el Plan Aspire Health HMO. Entiendo que se cancelará mi inscripción de los Beneficios Suplementarios Opcionales de Salud Mejorados el primer día del mes posterior al mes en que Aspire Health Plan reciba mi solicitud de cancelación de la inscripción por escrito.

Firma* _____ Fecha _____

*O la firma de la persona autorizada a actuar en su nombre conforme a las leyes del estado donde vive. Si estuviera firmada por un individuo autorizado (tal como se describe anteriormente), esta firma certifica lo siguiente: 1) esta persona está autorizada por la ley estatal a completar esta cancelación de la inscripción y 2) la documentación de esta autorización está disponible según lo solicite Aspire Health Plan o Medicare.

Nombre de la persona autorizada _____ Relación con la persona inscrita _____

Dirección _____ Número de teléfono _____

Aspire Health Plan es un patrocinador del plan HMO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Aspire Health Plan depende de la renovación del contrato.

P.O. BOX 5490, SALEM, OR 97304 | (855) 570-1600 / 711 (TTY)

H8764_SP_EnhancedHealthDisEnrlForm_1016_CMS Accepted

Aspire Health Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Aspire Health Plan no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Aspire Health Plan:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
 - Intérpretes de lenguaje de señas capacitados.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).

- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes capacitados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con Aspire Health Plan Grievance Coordinator.

Si considera que Aspire Health Plan no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a la siguiente persona: Grievance Coordinator, Aspire Health Plan, 10 Ragsdale Dr. Suite 101, Monterey, CA 93940, phone: (855) 570-1600, TTY: 711, fax: (831) 657-0703, email: compliance@aspirehealthplan.org. Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, Aspire Health Plan Grievance Coordinator está a su disposición para brindársela.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE. UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.



ASPIREHEALTHPLAN

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. **Call 1-855-570-1600 (TTY: 711).**

Spanish

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-570-1600 (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 1-855-570-1600 (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 1-855-570-1600 (TTY: 711).

Tagalog

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-570-1600 (TTY: 711).

Korean

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-570-1600 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

Armenian

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Չանգահարեք 1-855-570-1600 (TTY (հեռատիպ)՝ 711):

Farsi

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما رایگان برای 1-855-570-1600 (TTY: 711) تماس بگیرید.

Russian

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-570-1600 (телетайп: 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。
1-855-570-1600 (TTY:711)まで、お電話にてご連絡ください。

Arabic

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1 0061 075 558 (رقم هاتف الصم والبكم : (117:YTT)).

Panjabi

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵੱਚਿ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-855-570-1600 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Mon-Khmer, Cambodia

ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសាដោយមិនគិតលុយ គឺអាចមានសំរាប់ប្រើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-855-570-1600 (TTY: 711)។

Hmong

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-855-570-1600 (TTY: 711).

Hindi

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-855-570-1600 (TTY: 711) पर कॉल करें।

Thai

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-855-570-1600 (TTY: 711).