

# Solicitud de Empleado Grupos en Wisconsin



Por Favor Llene Todo el Formulario con TINTA NEGRA

Ofrecido por  
 Quartz Health Benefit Plans Corporation.  
 840 Carolina Street • Sauk City, WI 53583-1374  
 (800) 362-3310 • Fax (608) 643-2564  
**QuartzBenefits.com**

## I. INFORMACIÓN DEL EMPLEADO (Por favor, no use abreviaturas ni apodos en esta solicitud)

<input type="checkbox"/> Nuevo <input type="checkbox"/> Cambio	Apellido del Solicitante	Primer Nombre	Segundo Nombre
Número de Seguro Social o Número de Identificación de Contribuyente <i>(SSN / TIN, por sus siglas en inglés, es requerido para reportes de impuestos por el Servicio de Rentas Internas IRS, en referencia a su plan de seguro médico.)</i>			
Dirección	Departamento #	Ciudad	Estado
Código Postal	Condado		
Dirección de envío (En caso de ser diferente)		Ciudad	Estado
Código Postal	Condado		
Fecha de Nacimiento <i>(MES / DÍA / AÑO)</i> ____/____/____	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Casado _____	Primer Idioma <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____
Teléfono de Casa ( )		Teléfono del Trabajo ( )	
Número de Celular ( )		Dirección de Correo Electrónico:	
Plan Requerido: <input type="checkbox"/> HMO _____ <input type="checkbox"/> POS _____ <input type="checkbox"/> PPO _____ Número de grupo: _____			
Tipo de Cobertura: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Empleado y Espos(a) <input type="checkbox"/> Empleado e Hijo(s) <input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/> RENUNCIA A COBERTURA (por favor pase a la sección V. Renuncia de Cobertura de Seguro de Grupo)			
Motivo de la Inscripción (Marque la casilla adecuada): <input type="checkbox"/> Nueva Contratación <input type="checkbox"/> Transferencia a Segmento de Jubilados <input type="checkbox"/> COBRA / Continuación del Estado <input type="checkbox"/> Pérdida de Otro Seguro Médico* <input type="checkbox"/> Transferencia a Segmento de Discapacidad <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Período de Inscripción Abierta <input type="checkbox"/> Cambio de Nombre / Cambio de Domicilio / Cambio de PCP o Enfermera Practicante <input type="checkbox"/> Matrimonio, fecha: ____/____/____ (MES / DÍA / AÑO) <input type="checkbox"/> Recontratación (fecha): ____/____/____ <input type="checkbox"/> Nacimiento, Adopción / Colocación Para Adopción, fecha: ____/____/____ (MES / DÍA / AÑO) <input type="checkbox"/> Empleo de Medio Tiempo a Tiempo Completo (fecha de cambio: ____/____/____) <input type="checkbox"/> Regreso Luego de Despido (fecha): ____/____/____ <input type="checkbox"/> Agregar / Quitar Dependientes			
*Al marcar la casilla usted está confirmando que su pérdida de cobertura le da derecho a un Período Especial de Inscripción.			
Médico de Cabecera (PCP) o Enfermera Practicante (NP) y de la Clínica:  <i>Para confirmar que su NP puede ser seleccionado como su PCP visite QuartzBenefits.com/espanol/encuentreundoctor. Si no tiene preferencia por un NP o PCP, indique "ASIGNAR" y nosotros asignaremos uno por usted.</i>			¿Es Paciente Actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

## II. INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

Nombre de la Empresa:	Fecha de Comienzo del Empleo: ____/____/____	Horas Trabajadas Por Semana:	Fecha de Entrada de Vigencia: ____/____/____
Estatus de Empleo: <input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Con Permiso de Ausencia (LOA) <input type="checkbox"/> COBRA / Fecha de Continuación de Vigencia ____/____/____			
Razón por tener COBRA: <input type="checkbox"/> Terminación del Empleo <input type="checkbox"/> Fallecimiento del Empleado <input type="checkbox"/> Derecho a Medicare <input type="checkbox"/> Reducción en Horas de Empleo <input type="checkbox"/> Divorcio o Separación Legal <input type="checkbox"/> Pérdida de Estatus de Hijos Dependientes			

### III. INFORMACIÓN DEL DEPENDIENTE (Incluya a todas las personas que solicitan cobertura)

Apellido del Dependiente		Primer Nombre		Segundo Nombre	
Número de Seguro Social o Número de Identificación de Contribuyente <small>(SSN / TIN, por sus siglas en inglés, es requerido para reportes de impuestos por el Servicio de Rentas Internas IRS, en referencia a su plan de seguro médico.)</small>					
¿El Dependiente vive en la misma dirección que usted? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si <b>No</b> es así, cuál es la dirección:					
Dirección:		Departamento #	Ciudad		Estado
					Código Postal
					Condado
Su relación		Fecha de Nacimiento (MES / DÍA / AÑO)		Sexo	
		____/____/____		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Nombre del Médico de Cabecera (PCP) o Enfermera Practicante (NP) y de la Clínica:					¿Es Paciente Actualmente?
<small>Para confirmar que su NP puede ser seleccionado como su PCP visite <a href="http://QuartzBenefits.com/espanol/encuentreundoctor">QuartzBenefits.com/espanol/encuentreundoctor</a>. Si no tiene preferencia por un NP o PCP, indique "ASIGNAR" y nosotros asignaremos uno por usted.</small>					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

  

Apellido del Dependiente		Primer Nombre		Segundo Nombre	
Número de Seguro Social o Número de Identificación de Contribuyente <small>(SSN / TIN, por sus siglas en inglés, es requerido para reportes de impuestos por el Servicio de Rentas Internas IRS, en referencia a su plan de seguro médico.)</small>					
¿El Dependiente vive en la misma dirección que usted? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si <b>No</b> es así, cuál es la dirección:					
Dirección:		Departamento #	Ciudad		Estado
					Código Postal
					Condado
Su relación		Fecha de Nacimiento (MES / DÍA / AÑO)		Sexo	
		____/____/____		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Nombre del Médico de Cabecera (PCP) o Enfermera Practicante (NP) y de la Clínica:					¿Es Paciente Actualmente?
<small>Para confirmar que su NP puede ser seleccionado como su PCP visite <a href="http://QuartzBenefits.com/espanol/encuentreundoctor">QuartzBenefits.com/espanol/encuentreundoctor</a>. Si no tiene preferencia por un NP o PCP, indique "ASIGNAR" y nosotros asignaremos uno por usted.</small>					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

  

Apellido del Dependiente		Primer Nombre		Segundo Nombre	
Número de Seguro Social o Número de Identificación de Contribuyente <small>(SSN / TIN, por sus siglas en inglés, es requerido para reportes de impuestos por el Servicio de Rentas Internas IRS, en referencia a su plan de seguro médico.)</small>					
¿El Dependiente vive en la misma dirección que usted? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si <b>No</b> es así, cuál es la dirección:					
Dirección:		Departamento #	Ciudad		Estado
					Código Postal
					Condado
Su relación		Fecha de Nacimiento (MES / DÍA / AÑO)		Sexo	
		____/____/____		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Nombre del Médico de Cabecera (PCP) o Enfermera Practicante (NP) y de la Clínica:					¿Es Paciente Actualmente?
<small>Para confirmar que su NP puede ser seleccionado como su PCP visite <a href="http://QuartzBenefits.com/espanol/encuentreundoctor">QuartzBenefits.com/espanol/encuentreundoctor</a>. Si no tiene preferencia por un NP o PCP, indique "ASIGNAR" y nosotros asignaremos uno por usted.</small>					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

  

Apellido del Dependiente		Primer Nombre		Segundo Nombre	
Número de Seguro Social o Número de Identificación de Contribuyente <small>(SSN / TIN, por sus siglas en inglés, es requerido para reportes de impuestos por el Servicio de Rentas Internas IRS, en referencia a su plan de seguro médico.)</small>					
¿El Dependiente vive en la misma dirección que usted? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si <b>No</b> es así, cuál es la dirección:					
Dirección:		Departamento #	Ciudad		Estado
					Código Postal
					Condado
Su relación		Fecha de Nacimiento (MES / DÍA / AÑO)		Sexo	
		____/____/____		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Nombre del Médico de Cabecera (PCP) o Enfermera Practicante (NP) y de la Clínica:					¿Es Paciente Actualmente?
<small>Para confirmar que su NP puede ser seleccionado como su PCP visite <a href="http://QuartzBenefits.com/espanol/encuentreundoctor">QuartzBenefits.com/espanol/encuentreundoctor</a>. Si no tiene preferencia por un NP o PCP, indique "ASIGNAR" y nosotros asignaremos uno por usted.</small>					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

#### IV. INFORMACIÓN DE OTRO SEGURO

1. ¿Está usted o su cónyuge o hijo(s) cubiertos por Medicare (Partes A, B, C, o D)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contestó sí, indique el nombre (s):			
Motivo por el que tiene Medicare: <input type="checkbox"/> Edad de 65 <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Enfermedad renal en etapa terminal <input type="checkbox"/> Discapacidad y enfermedad renal terminal			
Parte A Fecha Efectiva: ___/___/___ Parte B Fecha Efectiva: ___/___/___ Parte C Fecha Efectiva: ___/___/___ Parte D Fecha Efectiva: ___/___/___			
2. ¿Está usted o cualquiera de sus dependientes arriba mencionados actualmente involucrado en un caso de Compensación de Trabajadores? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, indique el nombre de la persona implicada y fecha del accidente:			
Condición de Compensación de Trabajadores:			
Nombre de la compañía de seguros:			
Dirección de la compañía de seguros: <i>(Lugar donde se envía la demanda)</i>			
Número de teléfono de la compañía de seguros:	Número de Grupo:	Fecha Efectiva:	Fecha de Terminación (si aplica):
3. ¿Seguirá teniendo usted o alguno de sus dependientes otro seguro a partir de la fecha en que se haga efectiva esta póliza con Quartz? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, complete lo siguiente –			
Nombres de los cubiertos bajo la póliza / los Asegurado(s)		Empleador	
Compañía de seguros	Nº de suscriptor	Nº de grupo	
Fecha efectiva de la cobertura	Número de teléfono de la Compañía de Seguros Médicos		
Fecha de terminación del otro seguro médico			

Yo reconozco que he leído y completado toda la Aplicación. Si recibí ayuda para leer o llenar esta Aplicación, he identificado a la persona(s) que me ayudó.

Acepto que las respuestas son, de acuerdo con mi conocimiento y habilidad, completas y verdaderas. Entiendo que mis respuestas, junto con todos los suplementos o páginas adicionales, son la base para el certificado o póliza que se emita. Estoy de acuerdo que ningún seguro entrará en vigencia hasta la fecha especificada por la compañía de seguros en el certificado o la póliza. Entiendo que cualquier declaración falsa intencional, declaración errónea u omisión significativa, utilizada por el asegurador podrá ser usada para negar una reclamación y / o rescindir la cobertura. Entiendo, además, que este contrato puede ser anulado dentro de los primeros 24 meses desde la fecha de la póliza o certificado si se determina, que yo o un dependiente hizo una declaración falsa intencional en la aplicación.

Entiendo que puede ser un crimen el presentar una demanda o una reclamación sobre la base de una declaración falsa o engañosa. Además, entiendo que puede ser un crimen presentar una aplicación que está destinada a engañar a una entidad de seguros u ocultar información importante sobre el solicitante.

Entiendo que puedo solicitar una copia de esta aplicación y la notificación de prácticas de privacidad de la compañía. Estoy de acuerdo en que una fotocopia es tan válida como el original. Un facsímil legible o firma electrónica tendrá la misma validez que el original. De igual manera estoy de acuerdo que Unity Health Plans Insurance Corporation (Quartz) podría usar los correos electrónicos proveídos en este documento para contactar a los individuos listados en este documento.

Así mismo, soy consciente de que mi inscripción y / o elegibilidad para la recepción de los beneficios puede estar sujeto a mi buena disposición a proporcionar una autorización por escrito permitiendo a Quartz el acceso a mi historial médico, al de mi cónyuge o al de cualquiera de los dependientes solicitando cobertura, en posesión de los proveedores médicos que nos han tratado. En caso de que fuera necesario acceder a los historiales médicos, Quartz me facilitará el formulario de autorización.

#### EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD DENTAL

Esta póliza no incluye servicios dentales pediátricos, el cual es un beneficio de salud esencial bajo la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio. Este servicio dental está disponible en el mercado de seguros como un producto dental independiente. Por favor contacte a su empresa de seguro médico, agente, Intercambio Facilitado Federalmente o el Intercambio de Asociación Estatal del Mercado si desea comprar cobertura de seguro dental pediátrico o un producto dental independiente. Al firmar esta aplicación, usted reconoce que esta póliza no contiene servicios dentales pediátricos.

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**V. Renuncia de Cobertura de Seguro de Grupo**

Estoy consciente de NO elegir cobertura de seguro médico de grupo. Estoy consciente de renunciar a cobertura de seguro médico de grupo para:

- Mí Mismo       Esposo(a)       Hijo(s) u Otros Dependientes Elegibles

Razón de renuncia de la cobertura –

- Yo / Nosotros permaneceremos con cobertura bajo otro plan de beneficios médicos que no es patrocinado por mi empleador.

Nombre de la Compañía de Seguros: \_\_\_\_\_

- Tendría que pagar más de 10 por ciento de mis ingresos brutos anuales al seguro médico

- Otra razón para renunciar a la cobertura: \_\_\_\_\_

Yo reconozco que he recibido la oportunidad de aplicar para cobertura de Seguro de Grupo de Unity Health Plans Insurance Corporation. Yo declino de inscribirme para la cobertura como está indicado más arriba, a nombre de las personas indicadas más arriba. Entiendo que podría obtener cobertura más adelante por las razones indicadas en el Aviso de los Derechos de Inscripción Especial. Si las circunstancias en el Aviso de los Derechos de Inscripción Especial no aplican, yo y / o las personas indicadas más arriba podrían ser consideradas Solicitantes Tardíos (Late Applicants), sujetos a una fecha de vigencia de retraso de 12 meses, o, si mi empleador ha elegido el Período de Inscripción Abierta (Open Enrollment Period), podría aplicar para cobertura durante el Período de Inscripción Abierta.

Acepto que las respuestas son, de acuerdo con mi conocimiento y habilidad, completas y verdaderas.

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si está seleccionando cobertura para usted, por favor asegúrese de firmar la página 3 en esta aplicación.

**AVISO DE LOS DERECHOS DE INSCRIPCIÓN ESPECIAL**

Si usted está declinando la inscripción para usted o sus dependientes (incluyendo su esposo(a), por otro seguro médico o plan de salud de cobertura de grupo, puede inscribirse usted y sus dependientes a este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para la cobertura del otro (o si el empleador deja de contribuir a su cobertura o de sus dependientes). Sin embargo, usted debe solicitar la inscripción dentro de los 31 días después de que su cobertura o la de sus dependientes termine (o después de que el empleador deje de contribuir a la otra cobertura). Además, si usted tiene un dependiente nuevo como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, usted puede inscribirse y a sus dependientes. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 31 días después del contraer matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción.



## No Discriminación & Acceso a Lenguajes

Quartz es el nombre de la marca de un grupo de compañías comprometidas para su salud: Quartz Health Benefit Plans Corporation, Quartz Health Insurance Corporation, Quartz Health Plan Corporation, y Quartz Health Plan MN Corporation. Estas compañías son entidades legales separadas. En esta notificación “nosotros” nos referimos a todas las compañías de Quartz.

Para asistencia entendiendo estos materiales en otro idioma que no sea inglés, llame al (800) 362-3310 y un representante de Servicio al Cliente lo asistirá. Usuarios TTY deben llamar al 711 o al (800) 877-8973.

Nosotros cumplimos con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discriminamos por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Proporcionamos 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)

Proporcionamos 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 el Departamento de Servicio al Cliente de Quartz al (800) 362-3310.

Si considera que Quartz 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 –

Kristie Meier, Oficial de Control / Compliance Officer  
840 Carolina Street  
Sauk City, WI 53583  
Teléfono: (800) 362-3310  
TTY: 711 o llamada gratuita (800) 877-8973  
Fax: (608) 644-3500  
Correo electrónico: AppealsSpecialists@quartzbenefits.com

Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, Kristie Meier, Oficial de Control / Compliance Officer, está a su disposición para brindársela. También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. (Department of Health and Human Services), de manera electrónica a través del portal electrónico Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en [ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf](http://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf) o 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  
(800) 368-1019; (800) 537-7697 (TDD)

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web [hhs.gov/ocr/office/file/index.html](http://hhs.gov/ocr/office/file/index.html)

Quartz en ciertos estados es un emisor Calificado de Planes de Salud en el Mercado de Seguros Médicos. Para conocer más visite la página web del Mercado de Seguros Médicos en [HealthCare.gov](http://HealthCare.gov).

**For help to translate or understand this, please call (800) 362-3310, TTY: 711 / (800) 877-8973.**

**Spanish** – Este Aviso contiene información importante. Este aviso contiene información importante acerca de su solicitud o cobertura a través de Quartz. Preste atención a las fechas clave que contiene este aviso. Es posible que deba tomar alguna medida antes de determinadas fechas para mantener su cobertura médica o ayuda con los costos. Usted tiene derecho a recibir esta información y ayuda en su idioma sin costo alguno. Llame al (800) 362-3310. TTY / TDD: 711 / (800) 877-8973.

**Hmong** – Tsab ntawv tshaj xo no muaj cov ntshiab lus tseem ceeb. Tsab ntawv tshaj xo no muaj cov ntsiab lus tseem ceeb txog koj daim ntawv thov kev pab los yog koj qhov kev pab cuam los ntawm Quartz. Saib cov caij nyoo los yog tej hnub tseem ceeb uas sau rau hauv daim ntawv no kom zoo. Tej zaum koj kuj yuav tau ua qee yam uas peb kom koj ua tsis pub dhau cov caij nyoo uas teev tseg rau hauv daim ntawv no mas koj thiaj yuav tau txais kev pab cuam kho mob los yog kev pab them tej nqi kho mob ntawd. Koj muaj cai kom lawv muab cov ntshiab lus no uas tau muab sau ua koj hom lus pub dawb rau koj. Hu rau (800) 362-3310. TTY / TDD: 711 / (800) 877-8973.

**Vietnamese** – Thông báo này cung cấp thông tin quan trọng. Thông báo này có thông tin quan trọng bản về đơn nộp hoặc hợp đồng bảo hiểm qua chương trình Quartz. Xin xem ngày then chốt trong thông báo này. Quý vị có thể phải thực hiện theo thông báo đúng trong thời hạn để duy trì bảo hiểm sức khỏe hoặc được trợ giúp thêm về chi phí. Quý vị có quyền được biết thông tin này và được trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Xin gọi số (800) 362-3310. TTY / TDD: 711 / (800) 877-8973.

**Chinese** – 本通知含有重要的訊息 本通知對於您透過 Quartz 所提出的申請或保險有重要的訊息 請在本通知中查看重要的日期 您可能要在特定的截止日期之前採取行動，以保留您的健康保險或有助於省錢 您有權利免費以您的母語得到幫助和訊息 請致電 (800) 362-3310 : 711 / (800) 877-8973.

**Russian** – Настоящее уведомление содержит важную информацию. Это уведомление содержит важную информацию о вашем заявлении или страховом покрытии через Quartz. Посмотрите на ключевые даты в настоящем уведомлении. Вам, возможно, потребуется принять меры к определенным предельным срокам для сохранения страхового покрытия или помощи с расходами. Вы имеете право на бесплатное получение этой информации и помощь на вашем языке. Звоните по телефону (800) 362-3310. TTY / TDD: 711 / (800) 877-8973.

**Laotian** – ແຈ້ງການສະບັບນີ້ມີຂໍ້ມູນທີ່ສໍາຄັນ. ແຈ້ງການສະບັບນີ້ມີຂໍ້ມູນທີ່ສໍາຄັນກ່ຽວກັບໃບສະຫມັກ ຫຼື ການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານຜ່ານ Quartz. ຊອກຫາວັນທີ່ສໍາຄັນ ໃນຫນັງສືແຈ້ງການສະບັບນີ້. ທ່ານອາດຈຳເປັນຕ້ອງປະຕິບັດຕາມເວລາ ທີ່ກຳນົດໄວ້ທີ່ແນ່ນອນເພື່ອຮັກສາໄວ້ການຄຸ້ມຄອງສະເພາະຂອງທ່ານ ຫຼື ຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ. ທ່ານມີສິດທີ່ຈະໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນນີ້ ແລະ ຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ໂທຫາເບີ (800) 362 3310. TTY / TDD: 711 / (800) 877 8973.



**German** – Diese Benachrichtigung enthält wichtige Informationen. Diese Benachrichtigung enthält wichtige Informationen bezüglich Ihres Antrags auf Krankenversicherungsschutz durch Quartz. Suchen Sie nach wichtigen Terminen in dieser Benachrichtigung. Sie könnten bis zu bestimmten Stichtagen handeln müssen, um Ihren Krankenversicherungsschutz oder Hilfe mit den Kosten zu behalten. Sie haben das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Rufen Sie an unter (800) 362-3310. TTY / TDD: 711 / (800) 877-8973.

**Arabic** – يحتوي هذا الإشعار على معلومات مهمة. يتضمن هذا الإشعار معلومات هامة حول طلبك أو تغطيتك عبر Quartz. ابحث عن التواريخ الرئيسية في هذا الإشعار. قد تحتاج إلى إجراء تدابير معينة وفقاً لمواعيد معينة من أجل الحفاظ على تغطيتك الصحية أو المساعدة في التكاليف. لديك الحق في الحصول على هذه المعلومات وعلی المساعدة في لغتك دون أي تكلفة. اتصل على TTY / TDD: 711 / (800) 877-8973 / (800) 362-3310.

**French** – Cet avis a d'importantes informations. Cet avis a d'importantes informations sur votre demande ou la couverture par l'intermédiaire de Quartz. Recherchez les dates clés dans le présent avis. Vous devrez peut-être prendre des mesures par certains délais pour maintenir votre couverture de santé ou d'aide avec les coûts. Vous avez le droit d'obtenir cette information et de l'aide dans votre langue à aucun coût. Appelez (800) 362-3310. TTY / TDD: 711 / (800) 877-8973.

**Korean** – 본 통지서에는 중요한 정보가 들어 있습니다. 즉 이 통지서는 귀하의 신청에 관하여 그리고 Quartz을 통한 커버리지에 관한 정보를 포함하고 있습니다. 본 통지서에서 핵심이 되는 날짜들을 찾으십시오. 귀하의 건강 커버리지를 계속유지하거나 비용을 절감하기 위해서 일정한 마감일까지 조치를 취해야 할 필요가 있을 수 있습니다. 귀하는 이러한 정보와 도움을 귀하의 언어로 비용 부담없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. (800) 362-3310로 전화하십시오. TTY / TDD: 711 / (800) 877-8973.

**Tagalog** – Ang Paunawa na ito ay naglalaman ng mahalagang impormasyon. Ang paunawa na ito ay naglalaman ng mahalagang impormasyon tungkol sa iyong aplikasyon o pagsakop sa pamamagitan ng Quartz. Tingnan ang mga mahalagang petsa dito sa paunawa. Maaring mangailangan ka na magsagawa ng hakbang sa ilang mga itinakdang panahon upang mapanatili ang iyong pagsakop sa kalusugan o tulong na walang gastos. May karapatan ka na makakuha ng ganitong impormasyon at tulong sa iyong wika ng walang gastos. Tumawag sa (800) 362-3310. TTY / TDD: 711 / (800) 877-8973.

**Cushite** – Oroomiffa XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa (800) 362-3310. TTY / TDD: 711 / (800) 877-8973.

**Amharic** – ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያገለግሉት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ (800) 362-3310. (መስማት ለተሳናቸው፡ 711 / (800) 877-8973).

**Karen** – ၵၢ်သ့ၵ်သး- နမ့ၢ်ကတိၤ ကညီၣ် ကျိၣ်အသိၣ်, နမ့ၢ်န့ၢ် ကျိၣ်အတၢ်မၤလၢလၢ တလၢၣ်သ့ၵ်သးန့ၢ်လီၤ. ကိး (800) 362-3310. TTY / TDD: 711 / (800) 877-8973.

**Mon-Khmer, Cambodian** – ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសាដោយមិនគិតថ្លៃ គឺអាចមានសំរាប់ប៉ារ៉ូក្សក្រុង ចូរ ទូរស័ព្ទ (800) 362-3310. TTY / TDD: 711 / (800) 877-8973.

**Serbocroatian** – OBAVJEŠTENJE: Ako govorite srpskohrvatski, usluge jezičke pomoći dostupne su vam besplatno. Nazovite (800) 362-3310 TTY- Telefon za osobe sa oštećenim govorom ili sluhom: 711 / (800) 877-8973.

**Thai** – เรียบน: ถ้า คุณพูด ภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาไทยได้ฟรี โทร (800) 362-3310. TTY / TDD: 711 / (800) 877-8973.

**Gujarati** – સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા છો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો (800) 362-3310. TTY / TDD: 711 / (800) 877-8973.

**Urdu** – خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں (800) 362-3310. TTY / TDD: 711 / (800) 877-8973.

**Italian** – ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero (800) 362-3310. TTY / TDD: 711 / (800) 877-8973.

**Greek** – ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε (800) 362-3310. TTY / TDD: 711 / (800) 877-8973.

**Pennsylvanian Dutch** – Die Bekanntmachung gebt wichdichi Auskunft. Die Bekanntmachung gebt wichdichi Auskunft baut dei Application oder Coverage mit Quartz. Geb Acht fer wichdiche Daadem in die Bekanntmachung. Es iss meeglich, ass du ebbes duh muscht, an beschtimmdede Deadlines, so ass du dei Health Coverage bhalde kannscht, odder bezaahle helfe kannscht. Du hoscht es Recht fer die Information un Hilf in deinre eegne Schprooch griege, un die Hilf koschtet nix. Kannscht du (800) 362-3310 uffrue. TTY / TDD: 711 / (800) 877-8973.

**Polish** – To ogłoszenie zawiera ważne informacje. To ogłoszenie zawiera ważne informacje odnośnie Państwa wniosku lub zakresu świadczeń poprzez Quartz. Prosimy zwrócić uwagę na kluczowe daty zawarte w tym ogłoszeniu aby nie przekroczyć terminów w przypadku utrzymania polisy ubezpieczeniowej lub pomocy związanej z kosztami. Macie Państwo prawo do bezpłatnej informacji we własnym języku. Zadzwońcie pod (800) 362-3310. TTY / TDD: 711 / (800) 877-8973.

**Hindi** – इस सूचना में महत्वपूर्ण जानकारी शामिल है। इस सूचना में Quartz से जुड़े आपके आवेदन या कवरेज के बारे में महत्वपूर्ण जानकारी शामिल है। इस सूचना में महत्वपूर्ण तारीखों को देखना न भूलें। स्वास्थ्य कवरेज जारी रखने या खर्च में मदद के लिए आपको कुछ तय तारीखों तक कार्रवाई करनी जरूरी है। आपके पास अपनी भाषा में, बिना किसी शुल्क के इस जानकारी और सहायता को पाने का अधिकार है। (800) 362-3310. TTY / TDD: 711 / (800) 877-8973 पर कॉल करें।

**Albanian** – Ky njoftim përmban informacion të rëndësishëm. Ky njoftim përmban informacion të rëndësishëm për aplikimin ose mbulimin tuaj nëpërmjet Quartz. Kontrolloni për data të rëndësishme në këtë njoftim. Mund t'ju duhet të ndërmerri veprim brenda afatave të caktuara për të mbajtur mbulimin tuaj shëndetësor ose për ndihmën me koston. Keni të drejtë ta merrni këtë informacion dhe ndihmë falas në gjuhën tuaj. Telefononi numrin (800) 362-3310. TTY / TDD: 711 / (800) 877-8973.

**Somali** – FIIRO GAAR AH: Haddii aad ku hadashid af Soomaali, adeegyada caawimada luuqada, ayaa waxaa laguugu siinayaa bilaash, waa lagu heli karaa. 1-800-362-3310 (TTY: 1-800-877-8973) bilbilaa.