

# Formulario de Elección para Seguro Individual – Quartz Red Uno

Este plan lo ofrece:  
Quartz Health Benefit Plans Corporation

Para inscribirse en la cobertura para seguro individual de Quartz, deberá completar la información del solicitante y el formulario de elección para seguro individual.

840 Carolina Street • Sauk City, WI 53583-1374  
(800) 362-3310 • (608) 644-3430  
Fax (608) 643-2564 • [QuartzBenefits.com](http://QuartzBenefits.com)

Fecha de efectividad de la cobertura solicitada \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## 1. Opciones: (Seleccione un tipo de plan)

TIPO DE PLAN				
	Oro	Plata	Bronce	Catastrófico
<b>NOMBRE DEL PLAN</b>	<input type="checkbox"/> Oro I401	<input type="checkbox"/> Plata I301	<input type="checkbox"/> Bronce I201	<input type="checkbox"/> Catastrófico I101  <i>Solo individuos menores de 30 años o con una exención por adversidad, califican para planes catastróficos.</i>
	<input type="checkbox"/> Oro I402 Mantenimiento	<input type="checkbox"/> Plata I302	<input type="checkbox"/> Bronce I202	
	<input type="checkbox"/> Oro I403 HSA	<input type="checkbox"/> Plata I303	<input type="checkbox"/> Bronce I203 HSA	
	<input type="checkbox"/> Oro I404 HSA	<input type="checkbox"/> Plata I304 HSA	<input type="checkbox"/> Bronce I204	
	<input type="checkbox"/> Oro I405			

¿Es esta una póliza solo para niños? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, ¿es usted el tutor legal o el padre/madre con custodia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	---

**OPCIÓN PARA SERVICIOS DENTALES**

*Esta póliza no incluye servicios dentales pediátricos como lo exige la Ley de Protección al Paciente y la Ley de Cuidado de Salud Asequible. Esta cobertura está disponible en el mercado de seguros y se puede comprar como un producto independiente. Por favor, póngase en contacto con su compañía de seguros, agente o el Departamento Federal de Facilitación de Intercambio de su estado (Federally Facilitated Exchange, en inglés), si usted desea comprar cobertura dental pediátrica o un producto de servicios dentales independiente.*

Al marcar esta casilla, reconozco que elijo la cobertura que no incluye los servicios dentales pediátricos como lo requiere la Ley de Protección al Paciente y la Ley de Cuidado de Salud Asequible. Compré un plan de intercambio certificado independiente para servicios dentales.

Para leer la descripción completa de estos planes de salud, por favor visite [QuartzBenefits.com](http://QuartzBenefits.com) o llame a la línea de Servicio al Cliente al (800) 362-3310.

## 2. Clínica de atención primaria – Si no se proporciona suficiente espacio, adjunte la información adicional de otros solicitantes en una hoja por separado.

	Nombre (primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido)	Clínica de Atención Primaria	¿Eres actualmente un/una paciente?
Solicitante			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Persona 2			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Persona 3			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Persona 4			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

## 3. Motivo de inscripción – NOTA: es posible que se requiera documentación adicional.

Inscripción Abierta

Inscripción Especial Fecha del Evento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Por favor seleccione una:

Pérdida de Otra Cobertura (incluyendo COBRA) Nombre del Proveedor Anterior: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Certifico que no perdí la cobertura por falta de pago de la prima o por terminación voluntaria durante el año de mi plan.

Mudanza Permanente Nombre del Proveedor Anterior \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Pérdida de Cobertura por Falta de Pago de la Prima  Nacimiento/Adopción/Cuidado de Menores en el Hogar  Cambio de Estado Civil

Cambio en la Elegibilidad por Créditos Fiscales o Reducciones de Costos Compartidos  Otro \_\_\_\_\_

#### 4. Otra información del seguro

¿Alguien que solicita cobertura tiene actualmente otro seguro de salud, incluido Medicare?  Sí  No En caso afirmativo, complete la información de su seguro a continuación:

Proveedor Actual en Salud: \_\_\_\_\_ Número Telefónico: \_\_\_\_\_

Dueño de la Póliza: \_\_\_\_\_

Lista de todos los individuos cubiertos por esta póliza: \_\_\_\_\_

Número(s) de Identificación del Afiliado(s) \_\_\_\_\_

Fecha de Terminación (si aplica): \_\_\_\_\_

#### 5. Facturación y opciones de pago

Recibirá una factura enviada por correo. Si prefiere recibir su factura electrónicamente, visite [QuartzMyChart.com](http://QuartzMyChart.com). También puede hacer el pago una sola vez o realizar los pagos periódicamente por medio de Automated Clearing House (ACH) a través de MyChart. Se aceptan otros métodos de pago como cheques, cheques de caja, giros postales, ACH, tarjetas de crédito y todas las tarjetas de débito prepagas de uso general.

Nombre Completo del Solicitante (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Solicitante: \_\_\_\_\_

# Información del Solicitante

Debe llenar toda las casillas con la información requerida, para que la solicitud sea considerada para la inscripción.

## PASO 1: Cuéntenos acerca de usted

(Necesitaremos un adulto en la familia, que sirva como contacto para su solicitud).

1. Nombre, Segundo Nombre, Apellido y Sufijo:

2. Dirección del Domicilio:

3. Número del Apartamento o Suite:

4. Ciudad:

5. Estado:

6. Código Postal:

7. Condado:

8. Dirección de Correo (si es diferente a la dirección de su domicilio):

9. Número del Apartamento o Suite:

10. Ciudad:

11. Estado:

12. Código Postal:

13. Condado:

14. Número de Teléfono:

15. Otro Número de Teléfono:

16. Correo Electrónico:

17. Idioma preferido hablado o escrito (si no es inglés):

18. ¿Necesita cobertura en salud?

Sí  No

19. Número de Seguro Social o Número de Identificación de Impuestos:

\_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

20. Sexo:

Hombre  Mujer

21. Fecha de Nacimiento (mes/día/año):

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

22. ¿Usa tabaco o fuma cigarrillos (obligatorio si tiene 21 años o más)?  Sí  No

El consumo de tabaco se define como el consumo de tabaco en promedio cuatro o más veces por semana en los últimos seis meses.

# Información del Solicitante

## PASO 2: Cuéntenos sobre cualquier otra persona que necesite cobertura en salud.

(Si tiene más personas para incluir, haga una copia de esta página y adjúntela).

### PASO 2: PERSONA 2

1. Nombre, Segundo Nombre, Apellido y Sufijo:		2. Relación con Usted:	
3. Número de Seguro Social o Número de Identificación de Impuestos: _____ - _____ - _____	4. Fecha de Nacimiento (mes/día/año): _____/_____/_____	5. Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	
6. ¿La persona 2 vive en la misma dirección que usted? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si no, escriba la dirección:			
7. ¿La persona 2 usa tabaco (obligatorio si tiene 21 años o más)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>El consumo de tabaco se define como el consumo de tabaco en promedio de cuatro o más veces por semana en los últimos seis meses.</i>			

### PASO 2: PERSONA 3

1. Nombre, Segundo Nombre, Apellido y Sufijo:		2. Relación con Usted:	
3. Número de Seguro Social o Número de Identificación de Impuestos: _____ - _____ - _____	4. Fecha de Nacimiento (mes/día/año): _____/_____/_____	5. Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	
6. ¿La persona 3 vive en la misma dirección que usted? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si no, escriba la dirección:			
7. ¿La persona 3 usa tabaco (obligatorio si tiene 21 años o más)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>El consumo de tabaco se define como el consumo de tabaco en promedio de cuatro o más veces por semana en los últimos seis meses.</i>			

### PASO 2: PERSONA 4

1. Nombre, Segundo Nombre, Apellido y Sufijo:		2. Relación con Usted:	
3. Número de Seguro Social o Número de Identificación de Impuestos: _____ - _____ - _____	4. Fecha de Nacimiento (mes/día/año): _____/_____/_____	5. Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	
6. ¿La persona 4 vive en la misma dirección que usted? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si no, escriba la dirección:			
7. ¿La persona 4 usa tabaco (obligatorio si tiene 21 años o más)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>El consumo de tabaco se define como el consumo de tabaco en promedio de cuatro o más veces por semana en los últimos seis meses.</i>			

# Información del Solicitante

## PASO 3: Lea y firme esta solicitud.

Certifico que he leído y llenado esta solicitud completamente. Si recibí ayuda para leer o completar esta solicitud, identifiqué a las personas que me ayudaron. Doy fe que las respuestas están correctas y son verdaderas, según mi conocimiento y total control de mis habilidades.

Entiendo que mis respuestas, junto con cualquier suplemento o página adicional, son la base del certificado o la póliza que se emite. Estoy de acuerdo que ningún seguro será efectivo hasta la fecha especificada por la compañía de seguros en el certificado o póliza.

Entiendo que cualquier interpretación errónea intencional de un hecho material o documentación, en la que se base el asegurador, puede usarse para negar un reclamo. Además entiendo que este contrato puede anularse, si dentro de los primeros 24 meses a partir de la fecha de la póliza o el certificado, se determina que un miembro de la familia o mi persona, proporcionamos información errónea en la aplicación.

Entiendo que puede ser un delito presentar una solicitud o un reclamo basado en una declaración falsa o engañosa. Igualmente puede ser un delito el presentar una solicitud que pretenda engañar a una aseguradora u ocultar información importante sobre el solicitante.

Entiendo que puedo solicitar una copia de esta aplicación y de las prácticas de privacidad de la compañía. Acepto que una fotocopia es tan válida como un original. Un facsímil legible o firma electrónica tendrá la misma validez que el original.

Entiendo que debo pagar todas las cantidades pendientes adeudadas por las primas a Quartz durante los últimos 12 meses para que la cobertura entre en vigencia.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha de la Firma: \_\_\_\_\_

## Paso 4: Envíe su solicitud completa, por correo o correo electrónico.

Envíe su solicitud completa a:

**Quartz - Sales Department**  
**840 Carolina St.**  
**Sauk City, WI 53583**

Escanee y envíe por correo electrónico su solicitud completa a:

**IndividualSales@QuartzBenefits.com**

# Información del Solicitante

## PASO 5: Por favor firme la notificación al solicitante.

### NOTIFICACIÓN AL SOLICITANTE CON RESPECTO AL REEMPLAZO DE SEGUROS DE ACCIDENTES Y ENFERMEDAD

De acuerdo con la información proporcionada por usted en su solicitud de cobertura de seguro, tiene la intención de suspender o terminar su presente póliza y reemplazarla con una póliza que emitirá Quartz. Para su protección e información, debemos señalarle ciertos hechos que deben ser considerados, antes de hacer este cambio.

1. Las preguntas en la solicitud de la nueva póliza deben responderse de manera veraz y completa; de lo contrario, la validez de la póliza y el pago de cualquier beneficio podrán ser anulados.
2. La nueva póliza se emitirá a una edad superior a la utilizada para la emisión de su póliza actual; por lo tanto, el costo de la nueva póliza, dependiendo de los beneficios, puede ser mayor de lo que está pagando por su póliza actual.
3. Las disposiciones de renovación de la nueva póliza deben revisarse, para asegurarse de sus derechos de renovar periódicamente la póliza.
4. Puede ser una ventaja para usted obtener el asesoramiento de su asegurador actual o su agente con respecto al reemplazo propuesto de su presente póliza. Debe estar seguro de comprender todos los factores relevantes involucrados en el reemplazo de su cobertura actual.

La "Notificación al solicitante" anterior me fue entregado el \_\_\_\_\_.  
(Fecha)

\_\_\_\_\_  
(Firma del Solicitante)

Nombre Impreso del Agente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre de la Agencia: \_\_\_\_\_ Número Nacional del Productor: \_\_\_\_\_

Firma del Agente: \_\_\_\_\_

POR FAVOR GUARDE UNA COPIA DE ESTA NOTIFICACIÓN PARA SUS ARCHIVOS.

# Información del Solicitante

## PASO 6: Asistencia para completar esta solicitud (si corresponde)

### PUEDA ELEGIR UN REPRESENTANTE AUTORIZADO.

Puede dar permiso a una persona de confianza para hablar sobre esta aplicación con nosotros, ver su solicitud y actuar por usted en asuntos relacionados con esta solicitud, que incluye obtener información sobre su solicitud y firmarla en su nombre. Esta persona se llama "Nombre del Representante Autorizado". Si alguna vez necesita cambiar su representante autorizado, contáctenos. Si usted es un representante legalmente designado para alguien en esta solicitud, presente una prueba con la solicitud.

1. Nombre, Segundo Nombre, Apellido y Sufijo:

2. Dirección del Domicilio:

3. Número del Apartamento o Suite:

4. Ciudad:

5. Estado:

6. Código Postal:

7. Número de Teléfono

8. Nombre de la Organización:

9. Número de Identificación (si aplica):

Al firmar, permite que esta persona firme su solicitud, obtenga información oficial sobre esta solicitud y actúe en su nombre en todos los asuntos futuros con esta agencia.

10. Firma

11. Fecha (mes/día/año):

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### SOLO PARA CONSEJEROS, FACILITADORES, AGENTES E INTERMEDIARIOS DE APLICACIONES CERTIFICADOS.

Complete esta sección si es un consejero certificado, facilitador, agente o intermediario que completa esta solicitud para otra persona.

1. Fecha de Inicio de la Solicitud (mes/día/año):

2. Nombre, Segundo Nombre, Apellido y Sufijo:

4. Nombre de la Organización:

4. Número de Identificación (si aplica):

Quartz es un emisor calificado de planes de salud en el mercado de seguros de salud.

Quartz no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, discapacidad, edad, sexo, identidad de género, orientación sexual o estado de salud en la administración del plan, incluidas las determinaciones de inscripción y beneficios.

QA00836SP (0920). Este plan lo ofrece Quartz Health Benefit Plans Corporation.



## 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 nyooq 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 nyooq uas teev tseg rau hauv daim ntawv no mas koj thiab 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 ທີ່ກຳນົດໄວ້ທີ່ແນ່ນອນເພື່ອຮັກສາໄວ້ການຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບຂອງທ່ານ ຫຼື ຊ່ອຍເຫຼືອດ້ານຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ. ທ່ານມີສິດທີ່ຈະໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນນີ້ ແລະ ຄວາມຊ່ອຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໂດຍບໍ່ສະຄ່າ. 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.

**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 beschtimme 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 uffrufe. 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 TTY / TDD: 711 / (800) 877-8973 / (800) 362-3310.

**Polish** – To ogłoszenie zawiera ważne informacje. To ogłoszenie zawiera ważne informacje 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.

**French** – Cet avis a d'importantes informations. Cet avis a d'importantes informations sur votre demande ou la couverture par l'intermédiaire de Quartz. Rechercher 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.

**Hindi** – इस सूचना में महत्वपूर्ण जानकारी शामिल है। इस सूचना 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 ज़रूरी 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।

**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 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) 362-3310 로 전화하십시오. TTY / TDD: 711 / (800) 877-8973.

**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 ndërmerrni 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.

**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.

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

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

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

**Karen** – ၵသုတ်ၵံးသး- နမူကတိၵ် ကညိ ကျိၵအသိ, နမူနာ ကျိၵအတိၵ်မၵစၵလၵ တလၵဘျိၵလၵ်စူၵ် နိတမံဘျိၵသုန့ၵ်လီၵ. ကိ: (800) 362-3310. TTY / TDD: 711 / (800) 877-8973.

**Mon-Khmer, Cambodian** – ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសាដោយមិនគិតល្អ្លូល គឺអាចមានសំរាប់បរិស្ថាន 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** – เร็ยบ: ถ้า คุณพูด ภาษาไทยคุณสามารถไช้บ ธิการช่วยเหลือทางภาษาไดฟ้ ธิ โททร (800) 362-3310. TTY / TDD: 711 / (800) 877-8973.

**Gujarati** – સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા છે, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. કોલ 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.