

Solicitud para empleados Grupos de Wisconsin

Complete todo el formulario con **TINTA NEGRA**



2650 Novation Parkway • Fitchburg, WI 53713-3399
(800) 362-3310 • Fax (608) 643-2564
QuartzBenefits.com

I. Información del empleado (no use abreviaturas ni apodos en esta solicitud)

<input type="checkbox"/> Nuevo <input type="checkbox"/> Cambio	Apellido del empleado	Primer nombre	Inicial del segundo nombre
---	-----------------------	---------------	----------------------------

Número de Seguro Social o número de identificación del contribuyente
(el SSN/TIN es necesario para declaraciones de impuestos al IRS sobre su plan de salud). _____

Dirección	N.º de apto.	Ciudad	Estado	Código postal	Condado
-----------	--------------	--------	--------	---------------	---------

Dirección postal (si es diferente)	Ciudad	Estado	Código postal	Condado
------------------------------------	--------	--------	---------------	---------

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) ____/____/____	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Casado, pareja de hecho (fecha: ____/____/____)
--	--	--

N.º de teléfono principal ()	Dirección de email	Nombre de la clínica de atención primaria _____ Ciudad de la clínica de atención primaria _____
----------------------------------	--------------------	--

Idioma (que prefiere hablar y escribir). Marque uno: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Hmong <input type="checkbox"/> Alemán <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Lenguaje de señas americano <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____	Raza (se define como la identificación de una persona con uno o más grupos sociales). Marque todas las que correspondan: <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> No quiere responder <input type="checkbox"/> No está disponible	Etnia (se refiere a características culturales compartidas, como el idioma, la ascendencia, las prácticas y las creencias. Para esta solicitud, la etnia se divide en dos categorías: "Hispano o latino" y "Ni hispano ni latino"). Marque una: <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> Ni hispano ni latino <input type="checkbox"/> No quiere responder <input type="checkbox"/> No está disponible
---	--	--

Plan solicitado:
 HMO (escriba el número de grupo) _____ POS (escriba el número de grupo) _____
 PPO (escriba el número de grupo) _____

Tipo de cobertura: Empleado Empleado y cónyuge Empleado e hijos Familia
 RENUNCIA A LA COBERTURA (pase a la sección V. Renuncia a la cobertura grupal)
Si está casado y elige cobertura para usted únicamente, complete la sección V para su cónyuge/hijos.

Motivo para la inscripción: (marque la casilla apropiada)

<input type="checkbox"/> Recién contratado	<input type="checkbox"/> Adopción/Colocación para adopción (fecha: ____/____/____)	<input type="checkbox"/> Regreso después de un despido (fecha: ____/____/____)
<input type="checkbox"/> Pérdida de otra cobertura*	<input type="checkbox"/> Cambio de empleo: de tiempo parcial a tiempo completo (fecha del cambio: ____/____/____)	<input type="checkbox"/> Cambio de nombre/Cambio de dirección/ Cambio de PCP o NP
<input type="checkbox"/> Inscripción Abierta	<input type="checkbox"/> COBRA/Continuación estatal de la cobertura	<input type="checkbox"/> Transferencia al segmento de jubilados
<input type="checkbox"/> Matrimonio (fecha: ____/____/____)	<input type="checkbox"/> Recontratación (fecha: ____/____/____)	<input type="checkbox"/> Transferencia al segmento de discapacidad
<input type="checkbox"/> Pareja de hecho (fecha: ____/____/____)		<input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Nacimiento (fecha: ____/____/____)		

* Marcando la casilla, está confirmando que la pérdida de su otra cobertura le da derecho a un período de inscripción especial.

II. Información del empleador

Nombre del grupo empleador	Fecha de contratación ____/____/____	Horas semanales	Fecha de entrada en vigor solicitada ____/____/____
----------------------------	---	-----------------	--

Situación laboral: Activo Jubilado LOA COBRA/Fecha de entrada en vigor de la continuación ____/____/____

Motivo para tener COBRA: Fin del empleo Fallecimiento del empleado Derecho a Medicare
 Reducción de las horas de empleo Divorcio o separación legal Fin de dependencia de un hijo

III. Información de los dependientes (incluya a todos los otros miembros a los que se cubrirá)

Apellido del dependiente	Primer nombre	Inicial del segundo nombre
Número de Seguro Social o número de identificación del contribuyente <small>(el SSN/TIN es necesario para declaraciones de impuestos al IRS sobre su plan de salud).</small> _____ — _____ — _____		
¿Vive el dependiente en la misma dirección que usted? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "No" , escriba la dirección: Dirección postal _____		
N.º de apto. _____ Ciudad _____ Estado ____ Código postal _____ Condado _____		
Relación con usted	Fecha de nacimiento <small>(dd/mm/aaaa)</small> ____/____/____	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Nombre de la clínica de atención primaria		Ciudad de la clínica de atención primaria
Idioma (que prefiere hablar y escribir). Marque uno: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Hmong <input type="checkbox"/> Alemán <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Lenguaje de señas americano <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____	Raza (se define como la identificación de una persona con uno o más grupos sociales). Marque todas las que correspondan: <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> No quiere responder <input type="checkbox"/> No está disponible	Etnia (se refiere a características culturales compartidas, como el idioma, la ascendencia, las prácticas y las creencias. Para esta solicitud, la etnia se divide en dos categorías: "Hispano o latino" y "Ni hispano ni latino"). Marque una: <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> Ni hispano ni latino <input type="checkbox"/> No quiere responder <input type="checkbox"/> No está disponible

Apellido del dependiente	Primer nombre	Inicial del segundo nombre
Número de Seguro Social o número de identificación del contribuyente <small>(el SSN/TIN es necesario para declaraciones de impuestos al IRS sobre su plan de salud).</small> _____ — _____ — _____		
¿Vive el dependiente en la misma dirección que usted? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "No" , escriba la dirección: Dirección postal _____		
N.º de apto. _____ Ciudad _____ Estado ____ Código postal _____ Condado _____		
Relación con usted	Fecha de nacimiento <small>(dd/mm/aaaa)</small> ____/____/____	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Nombre de la clínica de atención primaria		Ciudad de la clínica de atención primaria
Idioma (que prefiere hablar y escribir). Marque uno: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Hmong <input type="checkbox"/> Alemán <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Lenguaje de señas americano <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____	Raza (se define como la identificación de una persona con uno o más grupos sociales). Marque todas las que correspondan: <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> No quiere responder <input type="checkbox"/> No está disponible	Etnia (se refiere a características culturales compartidas, como el idioma, la ascendencia, las prácticas y las creencias. Para esta solicitud, la etnia se divide en dos categorías: "Hispano o latino" y "Ni hispano ni latino"). Marque una: <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> Ni hispano ni latino <input type="checkbox"/> No quiere responder <input type="checkbox"/> No está disponible

III. Información de los dependientes (incluya a todos los otros miembros a los que se cubrirá)

Apellido del dependiente	Primer nombre	Inicial del segundo nombre
Número de Seguro Social o número de identificación del contribuyente <small>(el SSN/TIN es necesario para declaraciones de impuestos al IRS sobre su plan de salud).</small> _____ — _____ — _____		
¿Vive el dependiente en la misma dirección que usted? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "No" , escriba la dirección: Dirección postal _____		
N.º de apto. _____ Ciudad _____ Estado ____ Código postal _____ Condado _____		
Relación con usted	Fecha de nacimiento <small>(dd/mm/aaaa)</small> ____/____/____	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Nombre de la clínica de atención primaria		Ciudad de la clínica de atención primaria
Idioma (que prefiere hablar y escribir). Marque uno: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Hmong <input type="checkbox"/> Alemán <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Lenguaje de señas americano <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____	Raza (se define como la identificación de una persona con uno o más grupos sociales). Marque todas las que correspondan: <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> No quiere responder <input type="checkbox"/> No está disponible	Etnia (se refiere a características culturales compartidas, como el idioma, la ascendencia, las prácticas y las creencias. Para esta solicitud, la etnia se divide en dos categorías: "Hispano o latino" y "Ni hispano ni latino"). Marque una: <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> Ni hispano ni latino <input type="checkbox"/> No quiere responder <input type="checkbox"/> No está disponible

Apellido del dependiente	Primer nombre	Inicial del segundo nombre
Número de Seguro Social o número de identificación del contribuyente <small>(el SSN/TIN es necesario para declaraciones de impuestos al IRS sobre su plan de salud).</small> _____ — _____ — _____		
¿Vive el dependiente en la misma dirección que usted? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "No" , escriba la dirección: Dirección postal _____		
N.º de apto. _____ Ciudad _____ Estado ____ Código postal _____ Condado _____		
Relación con usted	Fecha de nacimiento <small>(dd/mm/aaaa)</small> ____/____/____	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Nombre de la clínica de atención primaria:		Ciudad de la clínica de atención primaria:
Idioma (que prefiere hablar y escribir). Marque uno: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Hmong <input type="checkbox"/> Alemán <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Lenguaje de señas americano <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____	Raza (se define como la identificación de una persona con uno o más grupos sociales). Marque todas las que correspondan: <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> No quiere responder <input type="checkbox"/> No está disponible	Etnia (se refiere a características culturales compartidas, como el idioma, la ascendencia, las prácticas y las creencias. Para esta solicitud, la etnia se divide en dos categorías: "Hispano o latino" y "Ni hispano ni latino"). Marque una: <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> Ni hispano ni latino <input type="checkbox"/> No quiere responder <input type="checkbox"/> No está disponible

IV. Información de otros seguros:

1. ¿Tienen usted, su cónyuge, su pareja de hecho o sus hijos cobertura de Medicare (partes A, B, C o D)? Sí No

Si la respuesta es "Sí", escriba los nombres:

Motivo por el que tienen Medicare: 65 años Discapacidad Insuficiencia renal en etapa terminal Discapacidad y ESRD

Fecha de entrada en vigor de la Parte A: ___/___/____

Fecha de entrada en vigor de la Parte B: ___/___/____

Fecha de entrada en vigor de la Parte C: ___/___/____

Fecha de entrada en vigor de la Parte D: ___/___/____

Identificador de beneficiarios de Medicare (MBI):

2. ¿Están usted o alguno de los dependientes mencionados arriba involucrados en un caso de compensación de trabajadores? Sí No

Si la respuesta es "Sí", indique quién está involucrado, la fecha de inicio/fecha del accidente y el nombre de la compañía de seguros:

3. ¿Seguirán teniendo alguno de sus dependientes o usted otro seguro después de la fecha de entrada en vigor de esta póliza de Quartz?

Si la respuesta es "Sí", complete:

Nombres de las personas cubiertas por la póliza	Empleador	
Compañía de seguros	N.º del suscriptor	N.º de grupo
Fecha de entrada en vigor de la cobertura	N.º de teléfono de la compañía de seguros ()	
Fecha de terminación		

Reconozco que he leído y completado toda la solicitud. Si recibí ayuda para leer o completar esta solicitud, he identificado a las personas que me ayudaron.

Acepto que las respuestas están completas y son verdaderas según mi leal saber y entender. Entiendo que mis respuestas, junto con cualquier complemento o página adicional, constituyen la base del certificado o de la póliza que se emite. Acepto que ningún seguro entrará en vigor hasta la fecha especificada por la compañía de seguros en el certificado o en la póliza. Entiendo que cualquier declaración errónea u omisión significativas en las que se base la aseguradora podría dar lugar al rechazo del reclamo o a la anulación de la cobertura. Además, entiendo que este contrato puede anularse si, en el plazo de los primeros 24 meses a partir de la fecha de la póliza o del certificado, se determina que un dependiente o yo hicimos deliberadamente una declaración falsa en la solicitud.

Entiendo que puede ser un delito presentar una solicitud o un reclamo basados en una declaración falsa o engañosa. Además, entiendo que puede ser un delito presentar una solicitud con la intención de engañar a una aseguradora o de ocultar información importante sobre el solicitante.

Entiendo que puedo pedir una copia de esta solicitud y del aviso de prácticas de privacidad de la compañía. Acepto que una fotocopia es tan válida como el original. Un facsímil legible o una firma electrónica tendrán la misma validez que el original. Acepto que Quartz puede usar las direcciones de email que se proporcionaron en este documento para comunicarse con las personas aquí mencionadas.

Entiendo que la inscripción o la elegibilidad para beneficios pueden depender de mi voluntad de dar una autorización por escrito para permitir que Quartz obtenga expedientes médicos de los proveedores de atención médica que me hayan tratado o que hayan tratado a mi cónyuge o a cualquier dependiente que pida cobertura según esta solicitud. Si se necesitan expedientes médicos, Quartz me dará un formulario de autorización.

Descargo de responsabilidad dental

Esta póliza no incluye servicios dentales pediátricos, que son un beneficio de salud esencial según la Ley del Cuidado de la Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act). Esa cobertura dental está disponible en el mercado de seguros como un producto dental independiente. Comuníquese con su compañía de seguros, con su agente, con el Mercado de seguros facilitado por el gobierno federal o con el Mercado de Seguros Médicos del estado si quiere comprar cobertura dental pediátrica o un producto dental independiente. Firmando esta solicitud, usted reconoce que esta póliza no incluye servicios dentales pediátricos.

Firma del solicitante _____ Fecha _____

V. Renuncia a la cobertura grupal

Por medio de la presente, elijo **no** solicitar cobertura de plan de salud grupal. Por medio de la presente, renuncio a la cobertura del plan de salud grupal para:

- Mí Mi cónyuge o pareja de hecho Mis hijos u otros dependientes elegibles

Motivo de la renuncia a la cobertura:

- Yo/Nosotros tendré/tendremos cobertura de otro plan de beneficios de salud que no está patrocinado por mi empleador.

Nombre de la compañía de seguros: _____

- Otro motivo de renuncia _____

Certifico que me han dado la oportunidad de solicitar cobertura del plan grupal de beneficios médicos de Quartz, para la que soy elegible. Declino la inscripción para la cobertura que se indica arriba, en nombre de las personas mencionadas arriba. Entiendo que podría obtener cobertura más adelante por los motivos mencionados en el Aviso de derechos de inscripción especial. Si las circunstancias del Aviso de derechos de inscripción especial no se aplican, las personas mencionadas arriba o yo podremos solicitar cobertura en el Período de Inscripción Abierta.

Certifico que la información de arriba está completa y es verdadera según mi leal saber y entender.

Firma del solicitante _____ Fecha _____

AVISO DE DERECHOS DE INSCRIPCIÓN ESPECIAL

Si quiere declinar la inscripción para usted o para sus dependientes (incluyendo su cónyuge) debido a otro seguro médico o a otra cobertura de un plan de salud grupal, es posible que pueda inscribirse o inscribir a sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador deja de contribuir a su otra cobertura o la de sus dependientes). Sin embargo, debe solicitar la inscripción en el plazo de los 31 días después de la terminación de su otra cobertura o de la de sus dependientes (o después de que el empleador deje de contribuir a la otra cobertura). Además, si usted tiene un nuevo dependiente porque contrajo matrimonio o por nacimiento, adopción o colocación para adopción, es posible que pueda inscribirse e inscribir a sus dependientes. Sin embargo, debe solicitar la inscripción en el plazo de los 31 días posteriores al matrimonio, o en el plazo de los 60 días del nacimiento, la adopción o la colocación para adopción.



No discriminación y acceso a idiomas

Quartz es el nombre de la marca de un grupo de compañías comprometidas con 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 independientes. En este aviso, “nosotros” se refiere a todas las compañías de Quartz.

Para obtener ayuda para entender este material en un idioma distinto del inglés, llame al (800) 362-3310, y un representante de Éxito de los Clientes lo ayudará. Los usuarios de TTY deben llamar al 711 o al (800) 877-8973.

Nosotros cumplimos las leyes federales aplicables de derechos civiles y no discriminamos por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad ni sexo, incluyendo orientación sexual e identidad de género.

Ayudamos y prestamos servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como:

- Intérpretes calificados de lenguaje de señas
- Información en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, entre otros)

Prestamos servicios gratuitos de idiomas a las personas cuyo idioma principal no sea el inglés, como:

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con la línea de Éxito de los Clientes llamando al (800) 362-3310.

Si cree que no le prestamos estos servicios o que lo discriminamos de alguna otra manera por motivos de raza, color, país de origen,

edad, discapacidad o sexo, incluyendo orientación sexual e identidad de género, puede presentar una queja formal a:

Kristie Breunig, Compliance Officer
2650 Novation Parkway
Madison, WI 53713
Teléfono: (800) 362-3310
TTY: 711, o al número gratuito (800) 877-8973
Fax: (608) 644-3500
Email: AppealsSpecialists@QuartzBenefits.com

Puede presentar la queja formal en persona o por correo, fax o email. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, Kristie Breunig, responsable de Cumplimiento, puede ayudarlo. También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services) de forma electrónica mediante el Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, en ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o por correo o teléfono:

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 encontrar los formularios de quejas en hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

En ciertos estados, Quartz es un emisor calificado de Planes de Salud en el Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información, visite la página web del Mercado de Seguros Médicos en HealthCare.gov.

Si necesita ayuda para traducir o entender esto, llame al (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 nyoog los yog tej hnuv 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 nyoog 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, потребуются 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 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 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. 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.

Korean – 본 통지서에는 중요한 정보가 들어 있습니다. 즉 이 통지서는 귀하의 신청에 관하여 그리고 Quartz을 통한 커버리지 에 관한 정보를 포함하고 있습니다. 본 통지서에서 핵심이 되는 날짜들을 찾으십시오. 귀하는 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.

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 XIYYEEFFANNA: 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 ሊያግዙዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ (800) 362-3310. (መስማት ለተሳናቸው፡ 711 / (800) 877-8973).

Karen – ဝိသုဒ္ဓိဝိသုသ်- နမုတိတိ၊ ကညိ ကျိအသိ၊ နမုနု ကျိအတိဝါမေလော တလဘိသုဒ္ဓိလိစာ နိတခါဘိသုဒ္ဓိလိ။ ကိ: (800) 362-3310. TTY / TDD: 711 / (800) 877-8973.

Mon-Khmer, Cambodian – ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្អល គឺអាចមានសំបាប់ប្រើប្រាស់ ចុះ ចូរសុំ ចុះ (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 – เรียบ: ถ้ำ คุณพุด ภาษาไทยคุณสามารถำบ ธิการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี ธิ โทร (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.

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 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 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।

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 ndërmermi 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.