

Solicitud de Empleado para Grupos en Wisconsin



Este plan lo ofrece Quartz Health Benefit Plans Corporation.

840 Carolina Street • Sauk City, WI 53583-1374
(800) 362-3310 • Fax (608) 643-2564
QuartzBenefits.com

Por Favor Llene Todo el Formulario con TINTA NEGRA

I. INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO (Por favor no utilice abreviaciones o apodos en esta aplicación)					
Apellido		Nombre		Inicial del Segundo Nombre	
Número de Seguro Social o Identificación Tributaria (SSN/TIN, se requieren para reportes de impuestos por el Servicio de Rentas Internas IRS en referencia a su plan de seguro médico.)					
Dirección		Apt. #	Ciudad	Estado	Código Postal
Dirección Postal (si es diferente)		Apt. #	Ciudad	Estado	Código Postal
Fecha de Nacimiento (mes/día/año) ____/____/____	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) (fecha: __/__/__) <input type="checkbox"/> Sociedad Doméstica (fecha: __/__/__)		Teléfono de Preferencia (____) _____	
Altura/Peso:		Correo Electrónico:			
Idioma preferido, hablado y escrito. Por favor 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 (Por favor especificar) _____		Raza. Definida como la identificación de una persona con uno o más grupos sociales. Seleccione todas las que aplican: <input type="checkbox"/> Nativo Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Se niega a responder <input type="checkbox"/> No disponible		Etnicidad. Son las características que comparten las culturas como el idioma, la ascendencia, prácticas y creencias. Para esta aplicación, se divide en dos categorías: Hispano o Latino y No Hispano o Latino. Por favor marque uno: <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No hispano o Latino <input type="checkbox"/> Se niega a responder <input type="checkbox"/> No disponible	
Plan: <input type="checkbox"/> HMO _____ <input type="checkbox"/> POS _____ <input type="checkbox"/> PPO _____					
Tipo de Cobertura <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Empleado y Cónyuge <input type="checkbox"/> Empleado e Hijos(as) <input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/> RENUNCIA A COBERTURA (por favor pase a la sección V. Renuncia de Cobertura de Seguro de Grupo) Si está casado(a) y solo selecciona cobertura para usted, complete la sección V. para su cónyuge/hijos(as).					
Nombre de la Clínica de Atención Primaria _____					
Ciudad donde se encuentra la Clínica de Atención Primaria _____					
II. INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR					
Fecha vigente de cobertura solicitada: ____/____/____					
Fecha de empleo: ____/____/____ Horas de trabajo semanales:					
Estado laboral: <input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Con permiso para ausentarse					
<input type="checkbox"/> Continuación de COBRA/Fecha de vigencia ____/____/____					
Motivo por COBRA: <input type="checkbox"/> Terminación del Empleo <input type="checkbox"/> Fallecimiento del Empleado <input type="checkbox"/> Derecho a Medicare <input type="checkbox"/> Reducción de las horas de trabajo <input type="checkbox"/> Divorcio o Separación Legal <input type="checkbox"/> Pérdida de la condición de hijo(a) dependiente					
Nombre del Grupo de Empleadores:					

III. INFORMACIÓN DEL DEPENDIENTE. Enumere todos los demás miembros que estarán cubiertos:

Apellido		Nombre		Inicial del Segundo Nombre	
Número de Seguro Social o Identificación Tributaria (SSN/TIN, se requieren para reportes de impuestos por el Servicio de Rentas Internas IRS en referencia a su plan de seguro médico.)					Relación
Fecha de Nacimiento (mes/día/año) ____/____/____	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Altura/Peso:	Nombre de la Clínica de Atención Primaria _____ Ciudad donde se encuentra la Clínica de Atención Primaria _____		
Idioma preferido, hablado y escrito. Por favor 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 (Por favor especificar) _____		Raza. Definida como la identificación de una persona con uno o más grupos sociales. Seleccione todas las que aplican: <input type="checkbox"/> Nativo Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Se niega a responder <input type="checkbox"/> No disponible		Etnicidad. Son las características que comparten las culturas como el idioma, la ascendencia, prácticas y creencias. Para esta aplicación, se divide en dos categorías: Hispano o Latino y No Hispano o Latino. Por favor marque uno: <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No hispano o Latino <input type="checkbox"/> Se niega a responder <input type="checkbox"/> No disponible	
Apellido		Nombre		Inicial del Segundo Nombre	
Número de Seguro Social o Identificación Tributaria (SSN/TIN, se requieren para reportes de impuestos por el Servicio de Rentas Internas IRS en referencia a su plan de seguro médico.)					Relación
Fecha de Nacimiento (mes/día/año) ____/____/____	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Altura/Peso:	Nombre de la Clínica de Atención Primaria _____ Ciudad donde se encuentra la Clínica de Atención Primaria _____		
Idioma preferido, hablado y escrito. Por favor 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 (Por favor especificar) _____		Raza. Definida como la identificación de una persona con uno o más grupos sociales. Seleccione todas las que aplican: <input type="checkbox"/> Nativo Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Se niega a responder <input type="checkbox"/> No disponible		Etnicidad. Son las características que comparten las culturas como el idioma, la ascendencia, prácticas y creencias. Para esta aplicación, se divide en dos categorías: Hispano o Latino y No Hispano o Latino. Por favor marque uno: <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No hispano o Latino <input type="checkbox"/> Se niega a responder <input type="checkbox"/> No disponible	
Apellido		Nombre		Inicial del Segundo Nombre	
Número de Seguro Social o Identificación Tributaria (SSN/TIN, se requieren para reportes de impuestos por el Servicio de Rentas Internas IRS en referencia a su plan de seguro médico.)					Relación
Fecha de Nacimiento (mes/día/año) ____/____/____	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Altura/Peso:	Nombre de la Clínica de Atención Primaria _____ Ciudad donde se encuentra la Clínica de Atención Primaria _____		
Idioma preferido, hablado y escrito. Por favor 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 (Por favor especificar) _____		Raza. Definida como la identificación de una persona con uno o más grupos sociales. Seleccione todas las que aplican: <input type="checkbox"/> Nativo Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Se niega a responder <input type="checkbox"/> No disponible		Etnicidad. Son las características que comparten las culturas como el idioma, la ascendencia, prácticas y creencias. Para esta aplicación, se divide en dos categorías: Hispano o Latino y No Hispano o Latino. Por favor marque uno: <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No hispano o Latino <input type="checkbox"/> Se niega a responder <input type="checkbox"/> No disponible	

III. INFORMACIÓN DEL DEPENDIENTE. Enumere todos los demás miembros que estarán cubiertos:

Apellido		Nombre		Inicial del Segundo Nombre	
Número de Seguro Social o Identificación Tributaria (SSN/TIN, se requieren para reportes de impuestos por el Servicio de Rentas Internas IRS en referencia a su plan de seguro médico.)					Relación
Fecha de Nacimiento (mes/día/año) ____/____/____	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Altura/Peso:	Nombre de la Clínica de Atención Primaria _____ Ciudad donde se encuentra la Clínica de Atención Primaria _____		
Idioma preferido, hablado y escrito. Por favor 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 (Por favor especificar) _____		Raza. Definida como la identificación de una persona con uno o más grupos sociales. Seleccione todas las que aplican: <input type="checkbox"/> Nativo Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Se niega a responder <input type="checkbox"/> No disponible		Etnicidad. Son las características que comparten las culturas como el idioma, la ascendencia, prácticas y creencias. Para esta aplicación, se divide en dos categorías: Hispano o Latino y No Hispano o Latino. Por favor marque uno: <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No hispano o Latino <input type="checkbox"/> Se niega a responder <input type="checkbox"/> No disponible	
Apellido		Nombre		Inicial del Segundo Nombre	
Número de Seguro Social o Identificación Tributaria (SSN/TIN, se requieren para reportes de impuestos por el Servicio de Rentas Internas IRS en referencia a su plan de seguro médico.)					Relación
Fecha de Nacimiento (mes/día/año) ____/____/____	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Altura/Peso:	Nombre de la Clínica de Atención Primaria _____ Ciudad donde se encuentra la Clínica de Atención Primaria _____		
Idioma preferido, hablado y escrito. Por favor 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 (Por favor especificar) _____		Raza. Definida como la identificación de una persona con uno o más grupos sociales. Seleccione todas las que aplican: <input type="checkbox"/> Nativo Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Se niega a responder <input type="checkbox"/> No disponible		Etnicidad. Son las características que comparten las culturas como el idioma, la ascendencia, prácticas y creencias. Para esta aplicación, se divide en dos categorías: Hispano o Latino y No Hispano o Latino. Por favor marque uno: <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No hispano o Latino <input type="checkbox"/> Se niega a responder <input type="checkbox"/> No disponible	
Apellido		Nombre		Inicial del Segundo Nombre	
Número de Seguro Social o Identificación Tributaria (SSN/TIN, se requieren para reportes de impuestos por el Servicio de Rentas Internas IRS en referencia a su plan de seguro médico.)					Relación
Fecha de Nacimiento (mes/día/año) ____/____/____	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Altura/Peso:	Nombre de la Clínica de Atención Primaria _____ Ciudad donde se encuentra la Clínica de Atención Primaria _____		
Idioma preferido, hablado y escrito. Por favor 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 (Por favor especificar) _____		Raza. Definida como la identificación de una persona con uno o más grupos sociales. Seleccione todas las que aplican: <input type="checkbox"/> Nativo Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Se niega a responder <input type="checkbox"/> No disponible		Etnicidad. Son las características que comparten las culturas como el idioma, la ascendencia, prácticas y creencias. Para esta aplicación, se divide en dos categorías: Hispano o Latino y No Hispano o Latino. Por favor marque uno: <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No hispano o Latino <input type="checkbox"/> Se niega a responder <input type="checkbox"/> No disponible	

IV. INFORMACIÓN GENERAL E INFORMACIÓN MÉDICA

1. ¿Ha estado usted o alguno de sus dependientes asegurado alguna vez con Quartz? Sí No

En caso afirmativo, nombre del suscriptor _____ Fechas con el seguro de Quartz _____

2. ¿Seguirá teniendo usted o alguno de sus dependientes otro seguro a partir de la fecha en que se haga efectiva esta póliza con Quartz? Sí No

En caso afirmativo, complete lo siguiente:

Nombre(s) del suscriptor(res) _____ Empleador _____

Compañía de Seguros _____ Teléfono de la Compañía de Seguros _____

N° de Suscriptor _____ N° de Grupo _____

Fecha Vigente de la Cobertura _____

- ¿Usted o algún miembro de su familia, está inscrito en Medicare? Sí No

En caso afirmativo, por favor conteste a las siguientes preguntas y adjunte una copia de su tarjeta de Medicare.

Nombre _____ Nombre _____

N° de Medicare _____ N° de Medicare _____

Fecha vigente, Parte A _____ Fecha vigente, Parte A _____

Fecha vigente, Parte B _____ Fecha vigente, Parte B _____

Fecha vigente, Parte C (Medicare Advantage) _____ Fecha vigente, Parte C (Medicare Advantage) _____

Fecha vigente, Parte D _____ Fecha vigente, Parte D _____

Razón por la que tiene Medicare: 65 años Discapacidad Etapa final de enfermedad renal Discapacidad y Etapa final de enfermedad renal

4. ¿Tiene usted o algún dependiente alguna discapacidad o incapaz de realizar actividades cotidianas? Sí No

En caso afirmativo, Nombre de la persona _____ Tipo de discapacidad _____ Fecha de la discapacidad _____

5. ¿Ha incurrido usted o algún dependiente en reclamos de salud por más de \$5,000 durante los últimos 24 meses? Sí No

En caso afirmativo, Nombre de la persona _____ Motivo _____

6. En los últimos 24 meses, usted o alguno de sus dependientes mencionados anteriormente ha consultado, recibido tratamiento o ha sido diagnosticado con: cáncer, accidente cerebrovascular, diabetes, afección cardíaca (incluida la hipertensión), enfermedad vascular, salud conductual (trastorno mental, de ansiedad o emocional), enfermedad muscular o sistémica (como artritis o lupus), consumo de alcohol o drogas, trastorno hepático, renal, pulmonar (como EPOC o asma) o intestinal? Sí No

En caso afirmativo, explique en una hoja de papel separada y adjúntela a este formulario. (No es necesario que informe las pruebas genéticas o los resultados de las pruebas).

7. ¿Alguna vez un miembro de la profesión médica le ha diagnosticado un trastorno del sistema inmunitario, SIDA o ARC? Sí No

(No es necesario que informe los resultados de la prueba del VIH)

8. ¿Usted o alguno de sus dependientes está tomando algún medicamento actualmente? Sí No

En caso afirmativo, indique los medicamentos: _____

9. ¿Está usted o alguno de los dependientes mencionados anteriormente embarazada? ¿Usted o alguno de sus dependientes enumerados ha programado o ha tenido alguna cirugía en los últimos 12 meses? ¿Ha sido hospitalizado usted o alguno de sus dependientes en los últimos 12 meses? Sí No

En caso afirmativo, nombre(s) _____ Fecha del parto _____

Motivo de hospitalización o cirugía: _____

10. ¿Usted o alguno de sus dependientes mencionados anteriormente está involucrado en un caso de Compensación para trabajadores? Sí No

En caso afirmativo, indique el miembro de la familia involucrado y la fecha de inicio/fecha del accidente: _____

Nombre de la compañía de seguros: _____

Reconozco que he leído y completado toda la Solicitud. Si recibí ayuda para leer o completar esta Solicitud, he identificado a la(s) persona(s) que me ayudaron.

Acepto que las respuestas son, según mi pleno conocimiento, completas y verdaderas. Entiendo que mis respuestas, junto con cualquier suplemento o página adicional, son la base del certificado o póliza que se emite. Acepto que ningún seguro será efectivo hasta la fecha especificada por la compañía de seguros en el certificado o póliza. Entiendo que cualquier declaración errónea u omisión material en la que se base la aseguradora puede resultar en la negación del reclamo o cobertura. Además, entiendo que este contrato puede anularse si dentro de los primeros 24 meses a partir de la fecha de la póliza o certificado se determina que yo o un dependiente cometimos una declaración falsa intencional en la solicitud.

Entiendo que puede ser un delito enviar una solicitud o presentar un reclamo basado en una declaración falsa o engañosa. Además, entiendo que puede ser un delito presentar una solicitud con la intención de engañar a una aseguradora u ocultar información importante sobre el solicitante. Entiendo que puedo solicitar una copia de esta Solicitud y el aviso de las prácticas de privacidad de la empresa. Acepto que una fotocopia es tan válida como un original. Una firma facsímil legible o electrónica tendrá la misma fuerza que el original. Acepto que Quartz puede usar las direcciones de correo electrónico proporcionadas en este documento para comunicarse con las personas enumeradas en este documento.

Entiendo que la inscripción o la elegibilidad para los beneficios pueden estar condicionadas a mi voluntad de proporcionar una autorización por escrito que le permita a Quartz obtener registros médicos de proveedores de atención médica que me hayan tratado a mí, a mi cónyuge o a cualquier dependiente que solicite cobertura bajo esta aplicación. Si se necesitan registros médicos, Quartz me proporcionará un formulario de autorización.

Firma del suscriptor: _____ Fecha _____

V. RENUNCIA VOLUNTARIA A LA COBERTURA DE SEGURO DE GRUPO:

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

Mi Esposo(a) Hijos(as) u otros dependientes Elegibles

Motivo para renunciar a 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.: _____

Otra razón para renunciar a la cobertura: _____

Certifico que se me ha dado la oportunidad de solicitar la cobertura del plan de beneficios de salud grupal de Quartz para el cual soy elegible. Me niego a inscribirme en la cobertura indicada anteriormente, en nombre de las personas mencionadas anteriormente. Entiendo que es posible que pueda obtener cobertura en un momento posterior por los motivos enumerados en el Aviso de derechos especiales de inscripción. Si las circunstancias en el Aviso de derechos especiales de inscripción no se aplican, entonces yo y/o las personas mencionadas anteriormente podemos solicitar cobertura en la Inscripción abierta.

Certifico que la información anterior es, según mi pleno conocimiento, completa y verdadera.

Firma del suscriptor: _____ Fecha _____

AVISO ESPECIAL DE LOS DERECHOS DE INSCRIPCIÓN

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.



Non-Discrimination & Language Access

Quartz is the brand name for a group of companies committed to your health: Quartz Health Benefit Plans Corporation, Quartz Health Insurance Corporation, Quartz Health Plan Corporation, and Quartz Health Plan MN Corporation. These companies are separate legal entities. In this notice, “we” refers to all Quartz companies.

For assistance understanding these materials in a language other than English, call (800) 362-3310, and a Customer Service representative will assist you. TTY users should call 711 or (800) 877-8973.

We comply with applicable Federal civil rights laws and do not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex.

We provide free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as –

- Qualified sign language interpreters
- Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)

We provide free language services to people whose primary language is not English, such as –

- Qualified interpreter
- Information written in other languages

If you need these services, contact Customer Service at (800) 362-3310.

If you believe we failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color,

national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with –

Kristie Meier, Compliance Officer
840 Carolina Street
Sauk City, WI 53583
Phone: (800) 362-3310
TTY: 711 or toll-free (800) 877-8973
Fax: (608) 644-3500
Email: AppealsSpecialists@quartzbenefits.com

You can file a grievance in person or by mail, fax or email. If you need help filing a grievance, Kristie Meier, Compliance Officer, is available to help you. You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf or by mail or phone at:

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)

Complaint forms are available at hhs.gov/ocr/office/file/index.html

Quartz is a Qualified Health Plan issuer in the Health Insurance Marketplace in certain states. To learn more, visit the Health Insurance Marketplace at 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 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 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 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: وعلى المساعدة في لغتك دون أي تكلفة. اتصل على 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 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 አርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ (800) 362-3310. (መስማት ለተሳናቸው: 711 / (800) 877-8973).

Karen – ၵၢ်သ့ၵ်သ့ၵ်- န့ၵ်ကတိၵ် ကညိၵ် ကျိၵ်အသိၵ်, န့ၵ်န့ၵ် ကျိၵ်အတၢ်မၤစၢၤလၢ တလၢဂ်ဘျၢ်လၢဂ်စ့ၢ် နီတံၢ်ဘျၢ်သ့ၵ်န့ၵ်လိၢ်. ကိး (800) 362-3310. TTY / TDD: 711 / (800) 877-8973.

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

Serbocroatian – OBAVJEŠTENJE: Ako govornici 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 – เร็ยณ: ถำ कुณพค ภาษำไทยคุณสมำมรถำไขขำ รกการช่วยเหลือทางภาษาโดพ้ รื 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. 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 Auskunfft. Die Bekanntmachung gebt wichdichi Auskunfft 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 uffrufe. 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 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) biilbilaa.