



Nombre del empleador	
Grupo/División #	
Dental/División #	
Vida/División #	

(Obligatorio)

Grupo HMO Formulario de solicitud de inscripción y cambios

Envíe su solicitud completada por uno de los siguientes métodos:		
Correo electrónico	Fax	Correo
SWHPGroupEnrollment@bswhealth.org Línea de asunto: Nombre de Grupo/Número de Grupo/División	Fax 254-298-3199	Scott and White Health Plan MS-A4-126 1206 West Campus Drive Temple, TX 76502

EL DEPARTAMENTO DE SEGUROS DE TEXAS REQUIERE AVISO DE DIVULGACIÓN PARA TODOS GRUPO HMO PLANES DE BENEFICIOS DE CONSUMER CHOICE:

Planes de Beneficios de Consumer Choice: Usted tiene la opción de elegir este plan de atención médica de Organización de Mantenimiento de la Salud **Consumer Choice** of Benefits (Elección de Beneficios del Consumidor), el cual, de forma total o parcial, no proporciona los beneficios de salud mandados por el estado que son normalmente exigidos en las evidencia de cobertura de Texas. Este plan de beneficio de salud estándar puede brindarle un plan de salud más asequible, aunque, al mismo tiempo, puede brindarle menos beneficios del plan de salud que aquellos normalmente incluidos como beneficios de salud mandados por el estado en Texas. Si usted elige este plan de beneficio de salud estándar, sírvase consultar con su agente de seguros para averiguar qué beneficios de salud mandados por el estado están excluidos en esta evidencia de cobertura.

Si es aplicable, la afiliada puede seleccionar un obstetra o ginecólogo de acuerdo a lo establecido en el Texas Insurance Code, Capítulo 1451, Subcapítulo F. La afiliada puede designar la selección aquí: _____

La afiliada no tiene la obligación de seleccionar un obstetra o ginecólogo, y puede recibir servicios de ginecólogo-obstetra de un médico de cuidado primario o proveedor de cuidado primario.

SECCIÓN 1: ACCIÓN SOLICITADA - Marque todas las casillas aplicables y complete las secciones adicionales que correspondan a su selección.

Por favor, espere 5 días hábiles para el procesamiento. Para evitar demoras, envíe su formulario de inscripción completado directamente a swhpgroupenrollment@BSWHealth.org. Evite demoras y / o posibles errores en el procesamiento al completar todos los campos requeridos, de manera legible. Las solicitudes recibidas sin la documentación adecuada no serán procesadas. La fecha de contratación es obligatoria en todos los nuevos inscritos y en las elecciones de inscripción abierta. Para los miembros que terminan la cobertura y / o el empleo, se aplica el Proyecto de Ley del Senado 51. Los inscritos tardíos no son elegibles para cobertura hasta el próximo Período de Inscripción Abierta. Consulte su explicación de cobertura (EOC). Si se inscribe fuera del período de inscripción abierta, debe tener un evento que califique para ser elegible.

Si está declinando la cobertura, complete las Secciones 2 y 6. (Si un empleado está actualmente inscrito y no desea renovar, la acción para solicitar es una terminación, no una declinación).

Evento de inscripción: marque TODAS las casillas que correspondan.

<input type="checkbox"/> Inscripción Abierta <input type="checkbox"/> Nueva Contratación	Fecha de Contratación (MM/DD/AAAA)	Evento Clasificador? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Seleccione el evento apropiado e ingrese la fecha del evento.		Terminación / Cancelación Fecha de conclusión (MM/DD/AAAA)
<input type="checkbox"/> Recontratación	Fecha de Recontratación (MM/DD/AAAA)	<input type="checkbox"/> Nacimiento/Adopción Prueba de adopción requerida	Fecha de nacimiento/adopción	<input type="checkbox"/> Terminar el Contrato (Inscrito y todos los dependientes) <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vida
Otros Cambios <input type="checkbox"/> Añadir dependiente(s) <input type="checkbox"/> Opción de cambio de plan <input type="checkbox"/> Cambios demográficos		<input type="checkbox"/> Matrimonio Se requiere prueba de matrimonio	Fecha de casamiento	<input type="checkbox"/> Terminar Cobertura de Dependiente(s) <i>Secciones completas 4, 5, and 6</i>
		<input type="checkbox"/> Pérdida de Cobertura Prueba de pérdida requerida	Fecha en que terminó la cobertura	Razón de la Terminación <input type="checkbox"/> Terminación del Empleo <input type="checkbox"/> Jubilación
		<input type="checkbox"/> Mandato Judicial Orden de la Corte o Decreto Requerido	Fecha de pedido	<input type="checkbox"/> Terminación de Beneficios <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Muerte Fecha de muerte

SECCIÓN 2: DECLINACIÓN DE COBERTURA					
<p>Conserve el formulario solo para sus registros. No es necesario enviar el formulario a SWHP para los grupos actuales. Se requieren exenciones para las presentaciones de nuevos grupos. Si un empleado está inscrito actualmente y no desea renovar la cobertura, la acción solicitada es una terminación, no una declinación.</p> <p>Si usted rechaza la cobertura para usted o sus dependientes (incluyendo a su esposo/a) debido a otra cobertura de seguro médico, es posible que pueda inscribirse, usted y sus dependientes, en este plan en el futuro, siempre que solicite la inscripción dentro de 31 días después de la terminación de su otra cobertura. Además, si tiene un dependiente nuevo debido a matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, es posible que pueda inscribirse usted y sus dependientes, siempre que solicite la inscripción dentro de 31 días después del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción.</p> <p><input type="checkbox"/> Yo rechazo la inscripción en Scott and White Health Plan durante mi periodo inicial de elegibilidad debido al motivo indicado más abajo. (empleado)</p> <p>Yo rechazo la inscripción en Scott and White Health Plan para mis dependientes durante mi periodo inicial de elegibilidad debido al motivo indicado más abajo.</p>					
Motivo para rechazar cobertura:					
<p><input type="checkbox"/> Yo y/o mis dependientes estoy/estamos cubiertos bajo un plan de beneficios de otro plan médico.</p> <p><input type="checkbox"/> Otra razón para rechazar la cobertura (por favor especifique):</p>					
El Grupo o Plan Médico no me ha desalentado para inscribirme para cobertura.					
SECCIÓN 3: OTRA COBERTURA					
¿Usted o sus dependientes, que solicitan cobertura, estarán cubiertos por otro plan de salud grupal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (De ser así, complete la información más abajo)					
Nombre de la compañía de seguros			Nombre del titular de la póliza		
SECCIÓN 4: INFORMACIÓN DEL EMPLEADO – Toda la información en esta sección es necesaria para un procesamiento preciso y oportuno.					
Selección de cobertura		Dental		Vida	
Médico <input type="checkbox"/> Añadir <input type="checkbox"/> Término <input type="checkbox"/> Cambio <input type="checkbox"/> Ningún cambio		<input type="checkbox"/> Añadir <input type="checkbox"/> Término <input type="checkbox"/> Cambio <input type="checkbox"/> Ningún cambio		<input type="checkbox"/> Añadir <input type="checkbox"/> Término	
Número de Seguro Social	Nombre	In. 2. ^º	Apellido		Sufijo
Dirección residencial			Apto	Ciudad	Estado
Dirección de correo (si diferente a la de arriba)			Apto	Ciudad	Estado
Teléfono primario		Teléfono secundario		Dirección de correo electrónico	
				Método de contacto preferido <input type="checkbox"/> Electrónico <input type="checkbox"/> Correo	
Estado Laboral		Estado Civil		Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA)	
<input type="checkbox"/> Exento <input type="checkbox"/> No exento <input type="checkbox"/> Jubilado		<input type="checkbox"/> Soltero/Divorciado/Viudo <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Otro		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Idioma Hablado Primario			Lengua Escrita		
<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro (especifique):			<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro (especifique):		
¿Tiene alguna discapacidad que afecte su habilidad para comunicarse o leer? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					

SECCIÓN 5: INFORMACIÓN DE DEPENDIENTE				
Lista de todos los miembros de la familia. Por favor complete todos los campos en su totalidad para asegurar un procesamiento correcto.				
Médico <input type="checkbox"/> Añadir <input type="checkbox"/> Término <input type="checkbox"/> Cambio Demográfico <input type="checkbox"/> Ningún cambio	Nombre	In. 2.º	Apellido	Sufijo
	Número de Seguro Social	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha Nacimiento (MM/DD/AAAA)	
Dental <input type="checkbox"/> Añadir <input type="checkbox"/> Término <input type="checkbox"/> Cambio Demográfico <input type="checkbox"/> Ningún cambio	Idioma Principal Hablado: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____ Escrito: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____		<input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Nieto/a <input type="checkbox"/> Otro dependiente elegible	
	Tiene alguna discapacidad que afecte su habilidad para comunicarse o leer? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Médico <input type="checkbox"/> Añadir <input type="checkbox"/> Término <input type="checkbox"/> Cambio Demográfico <input type="checkbox"/> Ningún cambio	Nombre	In. 2.º	Apellido	Sufijo
	Número de Seguro Social	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha Nacimiento (MM/DD/AAAA)	
Dental <input type="checkbox"/> Añadir <input type="checkbox"/> Término <input type="checkbox"/> Cambio Demográfico <input type="checkbox"/> Ningún cambio	Idioma Principal Hablado: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____ Escrito: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____		<input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Nieto/a <input type="checkbox"/> Otro dependiente elegible	
	Tiene alguna discapacidad que afecte su habilidad para comunicarse o leer? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Médico <input type="checkbox"/> Añadir <input type="checkbox"/> Término <input type="checkbox"/> Cambio Demográfico <input type="checkbox"/> Ningún cambio	Nombre	In. 2.º	Apellido	Sufijo
	Número de Seguro Social	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha Nacimiento (MM/DD/AAAA)	
Dental <input type="checkbox"/> Añadir <input type="checkbox"/> Término <input type="checkbox"/> Cambio Demográfico <input type="checkbox"/> Ningún cambio	Idioma Principal Hablado: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____ Escrito: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____		<input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Hi o/a <input type="checkbox"/> Nieto/a <input type="checkbox"/> Otro dependiente elegible	
	Tiene alguna discapacidad que afecte su habilidad para comunicarse o leer? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Médico <input type="checkbox"/> Añadir <input type="checkbox"/> Término <input type="checkbox"/> Cambio Demográfico <input type="checkbox"/> Ningún cambio	Nombre	In. 2.º	Apellido	Sufijo
	Número de Seguro Social	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha Nacimiento (MM/DD/AAAA)	
Dental <input type="checkbox"/> Añadir <input type="checkbox"/> Término <input type="checkbox"/> Cambio Demográfico <input type="checkbox"/> Ningún cambio	Idioma Principal Hablado: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____ Escrito: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____		<input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Hi o/a <input type="checkbox"/> Nieto/a <input type="checkbox"/> Otro dependiente elegible	
	Tiene alguna discapacidad que afecte su habilidad para comunicarse o leer? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Médico <input type="checkbox"/> Añadir <input type="checkbox"/> Término <input type="checkbox"/> Cambio Demográfico <input type="checkbox"/> Ningún cambio	Nombre	In. 2.º	Apellido	Sufijo
	Número de Seguro Social	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha Nacimiento (MM/DD/AAAA)	
Dental <input type="checkbox"/> Añadir <input type="checkbox"/> Término <input type="checkbox"/> Cambio Demográfico <input type="checkbox"/> Ningún cambio	Idioma Principal Hablado: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____ Escrito: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____		<input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Hi o/a <input type="checkbox"/> Nieto/a <input type="checkbox"/> Otro dependiente elegible	
	Tiene alguna discapacidad que afecte su habilidad para comunicarse o leer? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

SECCIÓN 6: FIRMA DE RECONOCIMIENTO

A través de la presente certifico que a mi leal saber y entender las respuestas proporcionadas aquí son correctas, veraces y completas. Además, con la presente autorizo a mi médico certificado, médico practicante, hospital, clínica u otra instalación, organización, institución o persona médicamente relacionada que tenga cualquier record o conocimiento de mí, de mi familia o de nuestra salud, a proporcionar dicha información a Scott and White Health Plan si es solicitada. Una copia fotográfica de esta autorización tendrá la misma validez que el original. Entiendo que yo o mis dependientes podemos tener cobertura de otro seguro médico grupal y yo cooperaré completamente con el Plan médico en proporcionar información que sea necesaria para coordinar beneficios.

HE LEÍDO Y ACEPTO EL SIGUIENTE ACUERDO

Entiendo que la Evidencia de Cobertura, la Explicación de Beneficios y otros documentos, avisos y comunicaciones requeridos pueden enviarme por correo o transmitirme electrónicamente al marcar esta casilla y la incialización a continuación. Si esta casilla no está seleccionada, recibiré comunicaciones en papel. El consentimiento se puede retirar en cualquier momento comunicándose con el Plan de Salud al 800-321-7947. Si se retira el consentimiento, se proporcionarán documentos en papel durante el período de beneficios de la póliza. _____ Inicial

Firma	Imprimir nombre	Fecha (MM/DD/AAAA)
-------	-----------------	--------------------



Aviso de No Discriminación

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-321-7947 (TTY: 711).

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

Scott and White Health Plan:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
 - Información escrita en otros formatos (letra grande y formatos electrónicos accesibles)
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes capacitados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Oficial de Cumplimiento de Scott and White Health Plan al 1-214-820-8888 o envíe un correo electrónico a SWHPComplianceDepartment@BSWHealth.org

Si cree que Scott and White Health Plan no ha brindado estos servicios o ha sido discriminado de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal con:

Scott and White Health Plan, Compliance Officer
1206 West Campus Drive, Suite 151
Temple, Texas 76502

Línea de ayuda de cumplimiento; 1-888-484-6977 o <https://app.mycompliancereport.com/report.aspx?cid=swhp>

Puede presentar una queja en persona o por correo, en línea o por correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, el Oficial de Cumplimiento está disponible para ayudarlo.

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

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

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web <https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html>.



English:

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-321-7947 (TTY: 711).

Spanish:

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-321-7947 (TTY: 711).

Vietnamese:

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-321-7947 (TTY: 711).

Chinese:

注意: 如果使用繁體中文, 可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-321-7947 (TTY: 711)。

Korean:

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-321-7947 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

Arabic:

هاتف الصم والبكم: 711. ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذکر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-321-7947 (رقم

Urdu:

کریں: 1-800-321-7947 (TTY: 711) خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال

Tagalog:

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-321-7947 (TTY: 711).

French:

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-321-7947 (ATS : 711).

Hindi:

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-800-321-7947 (TTY: 711) पर कॉल करें।

Persian:

فراهم می باشد. با 1-800-321-7947 (TTY: 711) تماس بگیرید. توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما

German:

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-321-7947 (TTY: 711).

Gujarati:

સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિઃશુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-800-321-7947 (TTY: 711).

Russian:

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-321-7947 (телетайп: 711).

Japanese:

注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-800-321-7947 (TTY:711)まで、お電話にてご連絡ください。

Laotian:

ໂປດຊາບ: ຖ້າ ງ່ວ ້າ ທ່ານ ເວົ້າ ພາ ສາ ລາວ, ການ ບໍ ລິ ການ ຊ່ ວຍ ເຫ ື ອດ ້ານ ພາ ສາ, ໂດຍ ບໍ ລິ ສິ ດ ຈຳ ງົ ນ ັ ພ ື ອມ ໃ ຫ ື ທ ້ານ. ໂທ ຣ 1-800-321-7947 (TTY: 711).