



175 Scott Swamp Rd., Farmington, CT 06032
Fax: 860-678-5281

Soluciones de financiamiento fijo para grandes grupos
Formulario de inscripción/cambio
Escriba claramente en letra de imprenta. Complete en su totalidad con un bolígrafo.

EMPLEADOR: Si se inscribe en un plan grupal, el formulario no puede procesarse sin esta información. Afiliados no grupales, pasar a la siguiente sección.

Nombre del grupo

Ubicación del trabajo del empleado

Número de grupo

Fecha de contratación (mm/dd/aa)

Horas por semana

Fecha de entrada en vigencia de la cobertura (mm/dd/aa)

Fecha de finalización de la cobertura (mm/dd/aa)

COBRA: ☐ Sí ☐ No

FECHA DE INICIO DE COBRA (mm/dd/aa)

FECHA DE FINALIZACIÓN DE COBRA (dd/mm/aa)

Duración de la cobertura:
☐ 18 meses
☐ Otra _____

Firma del empleador

Cargo

Fecha

SUSCRIPTOR/EMPLEADO: Llene las siguientes secciones, firme al pie de la página y lea la información al dorso.

Marque la casilla correspondiente: ☐ Inscripción nueva ☐ Cancelar inscripción ☐ Agregar dependiente ☐ Sacar dependiente ☐ Cambio de plan ☐ Elección de COBRA
☐ Otro (cambio de nombre, cambio de dirección, etc. Indique el motivo del cambio).

Nombre

Segundo nombre

Apellido

Domicilio

Ciudad

Estado

Código postal

Número de teléfono principal:
☐ Particular ☐ Celular ☐ Trabajo

Número de teléfono secundario:
☐ Particular ☐ Celular ☐ Trabajo

Dirección de correo electrónico

Idioma principal (opcional)

Estado civil: ☐ Soltero ☐ Casado o Unión civil ☐ Pareja doméstica ☐ Separado legalmente ☐ Separado ☐ Divorciado ☐ Viudo

Planes de financiamiento fijo para grupos grandes 2025

Planes de copago/coseguro 2025:

☐ FLEX HSA \$5,000 20%

☐ FLEX HSA \$6,000 10%

☐ FLEX HSA \$4,000 20%

☐ FLEX HSA \$3,300 25%

☐ FLEX HSA \$5,000

☐ FLEX HSA \$2,500

☐ FLEX HSA \$1,650

☐ FLEX HSA \$2,000 10%

☐ FLEX \$5,000 20%

☐ FLEX \$30 \$2,500 50%

☐ FLEX \$30 \$2,500 20%

☐ FLEX \$35/50 \$4,000 20%

☐ FLEX \$30/50 \$3,500 20%

☐ FLEX \$30/45 \$5,000

☐ FLEX \$30/50 \$2,000

☐ FLEX \$30/45 \$1,500

☐ FLEX \$30/45 \$500 \$500 Día

Suscriptor/Dependientes

Agregar

Eliminar

Número de Seguro Social (obligatorio)

Sexo al nacer:
¿Qué sexo se le asignó al nacer?
☐ M ☐ F
☐ Género X
☐ Desconocida

Identidad de género:
¿Cuál es su identidad de género actual?
☐ M ☐ F
☐ Hombre transgénero/mujer a hombre (FTM)
☐ Mujer transgénero/hombre a mujer (MTF)
☐ No binario/género X/género queer o tercer género
☐ Otro: Prefiero describirme a mí mismo/a
☐ Prefiero no revelar

Fecha de nacimiento (mm/dd/aa)

Proveedor de atención primaria

Solicitante/Suscriptor
(Nombre/Inicial del segundo nombre/Apellido)

☐

☐

☐ M ☐ F
☐ Género X
☐ Desconocida

☐ M ☐ F
☐ Hombre transgénero/mujer a hombre (FTM)
☐ Mujer transgénero/hombre a mujer (MTF)
☐ No binario/género X/género queer o tercer género
☐ Otro: Prefiero describirme a mí mismo/a
☐ Prefiero no revelar

Cónyuge/unión civil/pareja de hecho*
(Nombre/Inicial del segundo nombre/Apellido)

☐

☐

☐ M ☐ F
☐ Género X
☐ Desconocida

☐ M ☐ F
☐ Hombre transgénero/mujer a hombre (FTM)
☐ Mujer transgénero/hombre a mujer (MTF)
☐ No binario/género X/género queer o tercer género
☐ Otro: Prefiero describirme a mí mismo/a
☐ Prefiero no revelar

Dependiente 1
(Primer nombre, inicial del segundo nombre/Apellido)

☐

☐

☐ M ☐ F
☐ Género X
☐ Desconocida

☐ M ☐ F
☐ Hombre transgénero/mujer a hombre (FTM)
☐ Mujer transgénero/hombre a mujer (MTF)
☐ No binario/género X/género queer o tercer género
☐ Otro: Prefiero describirme a mí mismo/a
☐ Prefiero no revelar

Dependiente 2
(Primer nombre, inicial del segundo nombre/Apellido)

☐

☐

☐ M ☐ F
☐ Género X
☐ Desconocida

☐ M ☐ F
☐ Hombre transgénero/mujer a hombre (FTM)
☐ Mujer transgénero/hombre a mujer (MTF)
☐ No binario/género X/género queer o tercer género
☐ Otro: Prefiero describirme a mí mismo/a
☐ Prefiero no revelar

Dependiente 3
(Primer nombre, inicial del segundo nombre/Apellido)

☐

☐

☐ M ☐ F
☐ Género X
☐ Desconocida

☐ M ☐ F
☐ Hombre transgénero/mujer a hombre (FTM)
☐ Mujer transgénero/hombre a mujer (MTF)
☐ No binario/género X/género queer o tercer género
☐ Otro: Prefiero describirme a mí mismo/a
☐ Prefiero no revelar

☐ Marque si se inscribe a un dependiente discapacitado de 26 años o mayor. Complete el Formulario de solicitud para dependientes discapacitados y envíelo con su inscripción.

Otra cobertura del cuidado de la salud: ¿Tendrá usted otro seguro de salud además de este plan ConnectiCare, en virtud de un plan grupal HMO o de Medicare? ☐ Sí ☐ No

Nombre de la persona cubierta

Empleador

Nombre y dirección de la compañía de seguros (adjunte una copia de su tarjeta de seguro médico grupal).

Número de póliza

Medicare (adjunte una copia de su tarjeta de Medicare).
☐ Parte A ☐ Parte B ☐ Jubilado

Importante: Al firmar aquí está indicando que ha leído y comprende la información en el frente y el dorso de este formulario. Esta información es válida mientras esté inscrito en un plan de salud de ConnectiCare y durante un año después de que finalice la inscripción en el plan. A mi leal saber y entender, certifico que la información suministrada en este formulario es correcta. Acepto el consentimiento en el dorso de este formulario. Comprendo que los números de teléfono que he proporcionado en esta solicitud podrían ser utilizados por ConnectiCare o cualquiera de sus partes contratadas para comunicarse conmigo acerca de mi cuenta, la prestación de servicios para mí o mi plan de beneficios de salud o programas relacionados.

► Firma del suscriptor/empleado _____ Fecha _____

CCI_BR_FRM_67147_LG_FFS_Enrollment_Change 10/24

DATOS DEMOGRÁFICOS DEL MIEMBRO (requerido) Esta información está diseñada con el propósito de recopilar datos y no será utilizada para determinar elegibilidad, calificación ni pago de reclamaciones.

Empleado

Pronombres: ¿Cuáles son sus pronombres? ☐ Él/lo ☐ Ella/la ☐ Ellos/les ☐ Prefiero no revelar

Orientación sexual: ¿Cuál de las siguientes opciones le describe mejor? ☐ Heterosexual ☐ Lesbiana o gay ☐ Bisexual ☐ Queer, pansexual y/o en cuestionamiento ☐ No sé
☐ Otra opción no especificada (algo más) ☐ Prefiero no revelar

Formato accesible: ☐ No corresponde ☐ B - Braille ☐ L - Letra grande ☐ A - CD de audio ☐ Prefiero no revelar

Origen étnico: ¿Es de origen hispano, latino o español? ☐ No, no soy de origen hispano, latino o español ☐ Sí, puertorriqueño ☐ Sí, dominicano
☐ Sí, mexicano, mexicano-estadounidense o chicano ☐ Sí, otro origen hispano, latino o español ☐ Sí, cubano ☐ Prefiero no revelar

Raza: ¿Qué categoría describe mejor su raza? ☐ Blanco ☐ Negro o afroamericano ☐ Indio asiático ☐ Indio americano/Nativo de Alaska ☐ Nativo hawaiano ☐ Chino ☐ Filipino
☐ Japonés ☐ Coreano ☐ Vietnamita ☐ Otro asiático ☐ Samoano ☐ Guameño o chamorro ☐ Otro isleño del Pacífico ☐ Medio Oriental/Norteafricano ☐ Dos o más razas
☐ Alguna otra raza ☐ Prefiero no revelar

Idioma: ¿Qué idioma prefiere? ☐ Inglés ☐ Español ☐ Chino/Cantonés ☐ Chino/Mandarín ☐ Ruso ☐ Francés Creole (Haitiano Creole) ☐ Bengali ☐ Yiddish
☐ Francés ☐ Italiano ☐ Coreano ☐ Árabe ☐ Polaco ☐ Tagalo ☐ Griego ☐ Albanés ☐ Urdu ☐ Vietnamita ☐ Portugués ☐ Hindi ☐ Lenguaje de señas americano ☐ Otro idioma
☐ Prefiero no revelar

Cónyuge

Pronombres: ¿Cuáles son sus pronombres? ☐ Él/lo ☐ Ella/la ☐ Ellos/les ☐ Prefiero no revelar

Orientación sexual: ¿Cuál de las siguientes opciones le describe mejor? ☐ Heterosexual ☐ Lesbiana o gay ☐ Bisexual ☐ Queer, pansexual y/o en cuestionamiento ☐ No sé
☐ Otra opción no especificada (algo más) ☐ Prefiero no revelar

Formato accesible: ☐ No corresponde ☐ B - Braille ☐ L - Letra grande ☐ A - CD de audio ☐ Prefiero no revelar

Origen étnico: ¿Es de origen hispano, latino o español? ☐ No, no soy de origen hispano, latino o español ☐ Sí, puertorriqueño ☐ Sí, dominicano
☐ Sí, mexicano, mexicano-estadounidense o chicano ☐ Sí, otro origen hispano, latino o español ☐ Sí, cubano ☐ Prefiero no revelar

Raza: ¿Qué categoría describe mejor su raza? ☐ Blanco ☐ Negro o afroamericano ☐ Indio asiático ☐ Indio americano/Nativo de Alaska ☐ Nativo hawaiano ☐ Chino ☐ Filipino
☐ Japonés ☐ Coreano ☐ Vietnamita ☐ Otro asiático ☐ Samoano ☐ Guameño o chamorro ☐ Otro isleño del Pacífico ☐ Medio Oriental/Norteafricano ☐ Dos o más razas
☐ Alguna otra raza ☐ Prefiero no revelar

Idioma: ¿Qué idioma prefiere? ☐ Inglés ☐ Español ☐ Chino/Cantonés ☐ Chino/Mandarín ☐ Ruso ☐ Francés Creole (Haitiano Creole) ☐ Bengali ☐ Yiddish
☐ Francés ☐ Italiano ☐ Coreano ☐ Árabe ☐ Polaco ☐ Tagalo ☐ Griego ☐ Albanés ☐ Urdu ☐ Vietnamita ☐ Portugués ☐ Hindi ☐ Lenguaje de señas americano ☐ Otro idioma
☐ Prefiero no revelar

Dependiente 1

Pronombres: ¿Cuáles son sus pronombres? ☐ Él/lo ☐ Ella/la ☐ Ellos/les ☐ Prefiero no revelar

Orientación sexual: ¿Cuál de las siguientes opciones le describe mejor? ☐ Heterosexual ☐ Lesbiana o gay ☐ Bisexual ☐ Queer, pansexual y/o en cuestionamiento ☐ No sé
☐ Otra opción no especificada (algo más) ☐ Prefiero no revelar

Formato accesible: ☐ No corresponde ☐ B - Braille ☐ L - Letra grande ☐ A - CD de audio ☐ Prefiero no revelar

Origen étnico: ¿Es de origen hispano, latino o español? ☐ No, no soy de origen hispano, latino o español ☐ Sí, puertorriqueño ☐ Sí, dominicano
☐ Sí, mexicano, mexicano-estadounidense o chicano ☐ Sí, otro origen hispano, latino o español ☐ Sí, cubano ☐ Prefiero no revelar

Raza: ¿Qué categoría describe mejor su raza? ☐ Blanco ☐ Negro o afroamericano ☐ Indio asiático ☐ Indio americano/Nativo de Alaska ☐ Nativo hawaiano ☐ Chino ☐ Filipino
☐ Japonés ☐ Coreano ☐ Vietnamita ☐ Otro asiático ☐ Samoano ☐ Guameño o chamorro ☐ Otro isleño del Pacífico ☐ Medio Oriental/Norteafricano ☐ Dos o más razas
☐ Alguna otra raza ☐ Prefiero no revelar

Idioma: ¿Qué idioma prefiere? ☐ Inglés ☐ Español ☐ Chino/Cantonés ☐ Chino/Mandarín ☐ Ruso ☐ Francés Creole (Haitiano Creole) ☐ Bengali ☐ Yiddish
☐ Francés ☐ Italiano ☐ Coreano ☐ Árabe ☐ Polaco ☐ Tagalo ☐ Griego ☐ Albanés ☐ Urdu ☐ Vietnamita ☐ Portugués ☐ Hindi ☐ Lenguaje de señas americano ☐ Otro idioma
☐ Prefiero no revelar

Dependiente 2

Pronombres: ¿Cuáles son sus pronombres? ☐ Él/lo ☐ Ella/la ☐ Ellos/les ☐ Prefiero no revelar

Orientación sexual: ¿Cuál de las siguientes opciones le describe mejor? ☐ Heterosexual ☐ Lesbiana o gay ☐ Bisexual ☐ Queer, pansexual y/o en cuestionamiento ☐ No sé
☐ Otra opción no especificada (algo más) ☐ Prefiero no revelar

Formato accesible: ☐ No corresponde ☐ B - Braille ☐ L - Letra grande ☐ A - CD de audio ☐ Prefiero no revelar

Origen étnico: ¿Es de origen hispano, latino o español? ☐ No, no soy de origen hispano, latino o español ☐ Sí, puertorriqueño ☐ Sí, dominicano
☐ Sí, mexicano, mexicano-estadounidense o chicano ☐ Sí, otro origen hispano, latino o español ☐ Sí, cubano ☐ Prefiero no revelar

Raza: ¿Qué categoría describe mejor su raza? ☐ Blanco ☐ Negro o afroamericano ☐ Indio asiático ☐ Indio americano/Nativo de Alaska ☐ Nativo hawaiano ☐ Chino ☐ Filipino
☐ Japonés ☐ Coreano ☐ Vietnamita ☐ Otro asiático ☐ Samoano ☐ Guameño o chamorro ☐ Otro isleño del Pacífico ☐ Medio Oriental/Norteafricano ☐ Dos o más razas
☐ Alguna otra raza ☐ Prefiero no revelar

Idioma: ¿Qué idioma prefiere? ☐ Inglés ☐ Español ☐ Chino/Cantonés ☐ Chino/Mandarín ☐ Ruso ☐ Francés Creole (Haitiano Creole) ☐ Bengali ☐ Yiddish
☐ Francés ☐ Italiano ☐ Coreano ☐ Árabe ☐ Polaco ☐ Tagalo ☐ Griego ☐ Albanés ☐ Urdu ☐ Vietnamita ☐ Portugués ☐ Hindi ☐ Lenguaje de señas americano ☐ Otro idioma
☐ Prefiero no revelar

IMPORTANTE: CONSENTIMIENTO DEL EMPLEADO O MIEMBRO

En mi nombre y en nombre de mi cónyuge y/o dependiente(s), por el presente, autorizo a todo médico, hospital, proveedor, aseguradora, ConnectiCare Insurance Company, Inc., una afiliada de CICI, o a otra organización o persona que tengan registros, datos o información respecto de mi historial de salud o seguro médico, o de mis familiares, incluidos, entre otros, información sobre salud mental, abuso de sustancias o alcohol, o afecciones relacionadas con el VIH o SIDA, a transferir dichos registros, datos o información a toda persona o compañía en la medida en que sean requeridos para proporcionar tratamiento, pagar reclamaciones y realizar otras operaciones para administrar mi plan de beneficios. Comprendo que el aviso de privacidad de CICI contiene una descripción más completa de los fines para los cuales puede utilizarse o divulgarse información sobre mí y mis dependientes, y que tengo derecho a evaluar el aviso de privacidad antes de firmar este consentimiento. Comprendo que CICI puede cambiar dicho aviso en cualquier momento, pero me proveerá una copia del aviso enmendado. Comprendo que tengo derecho a solicitar restricciones sobre cómo se puede utilizar o divulgar la información sobre mí y mis dependientes para administrar del plan, y que CICI no tiene la obligación de aceptar las restricciones solicitadas. Comprendo que esta autorización es válida por el término de la cobertura de mi familia según el plan. Comprendo que puedo revocar esta autorización (pero tendré que salir del Plan) en cualquier momento entregando un aviso por escrito a CICI, siempre que CICI u otros no hayan tomado medidas con base en esta autorización. Declaro que conservé una copia de esta autorización. Autorizo a realizar deducciones de nómina, en caso de haberlas, para la cobertura elegida.

Comprendo que toda persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a una compañía de seguros o a otra persona, presenta una solicitud de seguro o declaración de reclamación que contenga información falsa considerable, o encubre, con el propósito de engañar, información respecto de un hecho importante relacionado, comete un acto de fraude de seguro que se considera un delito punible con sanciones, encarcelamiento y restitución según las leyes aplicables.

ConnectiCare recopila información sobre raza y origen étnico exclusivamente con el fin de elaborar programas de mejora de calidad, y con fines educativos, de capacitación y comercialización. Esta información no será utilizada para determinar idoneidad, tasa de la prima ni pago de reclamaciones.

INSTRUCCIONES: SE ACORDÓ DE:...

- ☐ **¿Escribir con letra de imprenta clara, llenar todas las secciones y firmar al pie de la página 1?**
- ☐ **¿Seleccionar su médico de atención primaria (PCP) e incluir el número de identificación del proveedor de ConnectiCare? (Lo puede encontrar en el Directorio de proveedores o en nuestro sitio web).**
- ☐ **¿Adjuntar una copia de su tarjeta de Medicare si está inscrito en Medicare?**
- ☐ **¿Adjuntar una copia de su tarjeta de seguro médico grupal si tiene otra cobertura?**
- ☐ **¿Insertar el número de seguro social para cada dependiente?**
- ☐ **¿Guardar una copia de este formulario para sus archivos?**

ConnectiCare es el nombre comercial utilizado para los productos y servicios ofrecidos por una o más empresas subsidiarias del grupo ConnectiCare. En Connecticut, la cobertura de salud individual y familiar está suscrita por ConnectiCare, Inc. (CCI), un centro de atención médica con licencia, o ConnectiCare Benefits, Inc. (CBI) o ConnectiCare Insurance Company, Inc. (CICI), aseguradoras con licencia. La cobertura dental individual, familiar y grupal está suscrita por CICI. La cobertura de salud grupal está asegurada por CCI, o asegurada administrada por CICI. En Massachusetts, el seguro de salud grupal está suscrito por ConnectiCare of Massachusetts, Inc. (CMI), una HMO con licencia. Todos los contratos de seguro, pólizas y planes de beneficios grupales contienen exclusiones y limitaciones. No toda la cobertura está disponible en todos los mercados. Para conocer los costos y detalles de la cobertura, llame o escriba a su agente de seguros o a la empresa.



Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services

English ATTENTION: If you speak another language, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call **800-251-7722** (TTY: **711**) or speak to your provider.

Español (Spanish) ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al **800-251-7722** (TTY: **711**) o hable con su proveedor.

Português do Brasil (Portuguese) ATENÇÃO: Se você fala português, serviços gratuitos de assistência linguística estão disponíveis para você. Auxílios e serviços auxiliares apropriados para fornecer informações em formatos acessíveis também estão disponíveis gratuitamente. Ligue para **800-251-7722** (TTY: **711**) ou fale com seu provedor.

POLSKI (Polish) UWAGA: Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer **800-251-7722** (TTY: **711**) lub porozmawiaj ze swoim dostawcą.

中文 (Simplified Chinese) 注意: 如果您说[中文], 我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务, 以无障碍格式提供信息。致电 **800-251-7722** (文本电话: **711**) 或咨询您的服务提供商。

Italiano (Italian) ATTENZIONE: se parli Italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente ausili e servizi ausiliari adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama il **800-251-7722** (tty: **711**) o parla con il tuo fornitore.

Français (French) ATTENTION : Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le **800-251-7722** (TTY: **711**) ou parlez à votre fournisseur.

Kreyòl Ayisyen (Haitian Creole) ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd aladispozisyon w gratis pou lang ou pale a. Èd ak sèvis siplemantè apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòm aksèsib yo disponib gratis tou. Rele nan **800-251-7722** (TTY: **711**) oswa pale avèk founisè w la.

РУССКИЙ (Russian) ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону **800-251-7722** (TTY: **711**) или обратитесь к своему поставщику услуг.

Việt (Vietnamese) LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số **800-251-7722** (Người khuyết tật: **711**) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.

العربية (Arabic)

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم **800-251-7722** (**711**) أو تحدث إلى مقدم الخدمة.

한국어 (Korean) 주의: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. **800-251-7722** (TTY: **711**) 번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

SHQIP (Albanian) VINI RE: Nëse flisni shqip, shërbime falas të ndihmës së gjuhës janë në dispozicion për ju. Ndhma të përshtatshme dhe shërbime shpesh për të siguruar informacion në formate të përdorshme janë gjithashtu në dispozicion falas. Telefononi **800-251-7722** (TTY: **711**) ose bisedoni me ofruesin tuaj të shërbimit.

हिंदी (Hindi) ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। **800-251-7722** (TTY: **711**) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

Tagalog (Tagalog) PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa **800-251-7722** (TTY: **711**) o makipag-usap sa iyong provider.

Ελληνικά (Greek) ΠΡΟΣΟΧΗ: Εάν μιλάτε ελληνικά, υπάρχουν διαθέσιμες δωρεάν υπηρεσίες υποστήριξης στη συγκεκριμένη γλώσσα. Διατίθενται δωρεάν κατάλληλα βοηθήματα και υπηρεσίες για παροχή πληροφοριών σε προσβάσιμες μορφές. Καλέστε το **800-251-7722** (TTY: **711**) ή απευθυνθείτε στον πάροχό σας.

NOTICE OF NONDISCRIMINATION POLICY

Discrimination is Against the Law

ConnectiCare complies with Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, including sex characteristics, including intersex traits; pregnancy or related conditions; sexual orientation; gender identity, and sex stereotypes. ConnectiCare does not exclude people or treat them less favorably because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

ConnectiCare:

- Provides people with disabilities reasonable modifications and free appropriate auxiliary aids and services to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters.
 - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, and other formats).
- Provides free language assistance services to people whose primary language is not English, which may include:
 - Qualified interpreters.
 - Information written in other languages.

If you need reasonable modifications, appropriate auxiliary aids and services, or language assistance services contact the Civil Rights Coordinator by calling Member Services at **800-251-7722** (TTY: **711**).

If you believe that ConnectiCare has failed to provide these services or discriminated in another way based on race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with the Civil Rights Coordinator by writing to ConnectiCare Grievance and Appeals Department, P.O. Box 4061, Farmington, CT 06034-4061; faxing them at **800-319-0089**; or calling Member Services at **800-251-7722**. (Dial **711** for TTY services.) You can file a grievance in person, by mail, by fax, or through your secure member portal. If you need help filing a grievance, ConnectiCare's Grievance and Appeals Department 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, DC 20201; 800-368-1019** (TTY: **800-537-7697**).

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

This notice is available on ConnectiCare's website at connecticare.com/legal/nondiscrimination.