



Sharp Direct AdvantageSM 2019

Formulario de cancelación de la inscripción individual

Si solicita la cancelación de la inscripción, debe continuar recibiendo toda la atención médica de Sharp Direct Advantage hasta la fecha de entrada en vigor de la cancelación. Comuníquese con nosotros para verificar la cancelación de la inscripción antes de obtener servicios médicos fuera de la red de Sharp Direct Advantage. Le notificaremos la fecha de entrada en vigor después de que nos envíe este formulario.

Apellido:		Nombre:		Inicial del segundo nombre:		<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta.	
N.º de identificación de miembro:		Fecha de nacimiento: MM/DD/AA (/ /)		Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Número de teléfono particular: ()	

Lea detenidamente y complete la siguiente información antes de firmar y fechar este formulario de cancelación de la inscripción.

Si me inscribí en otro plan Medicare Advantage o en un plan de medicamentos con receta de Medicare, entiendo que Medicare cancelará mi membresía actual en Sharp Direct Advantage en la fecha de entrada en vigor de esa nueva inscripción. Entiendo que quizá no pueda inscribirme en otro plan en este momento. También entiendo que si cancelo la inscripción en mi cobertura de medicamentos con receta de Medicare y más adelante quiero inscribirme en una cobertura de medicamentos con receta de Medicare, tendré que pagar una prima más alta por dicha cobertura.

Su firma*: x		Fecha de hoy:
-----------------	--	---------------

Motivo de la cancelación de la inscripción:	Fecha de cancelación de la inscripción solicitada:
---	--

*O la firma de la persona autorizada a actuar en su nombre según las leyes del estado en el que vive. Si firma una persona autorizada (como se describió anteriormente), dicha firma certifica lo siguiente:

1. Esta persona está autorizada según las leyes estatales a completar este formulario de cancelación de la inscripción.
2. Se pondrá a disposición de Medicare o Sharp Direct Advantage la documentación que certifique esta autorización, cuando se solicite.

Si usted es un representante autorizado, debe brindar la siguiente información:

Nombre:		Relación con el inscrito:	
Dirección:		Número de teléfono: ()	

Sharp Health Plan es un plan de una HMO que tiene contrato con Medicare. La inscripción en Sharp Health Plan depende de la renovación del contrato. ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-562-8853 (TTY/TDD: 711).

Sharp Health Plan is an HMO with a Medicare contract. Enrollment with Sharp Health Plan depends on contract renewal. ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-562-8853 (TTY/TDD 711).

Aviso sobre no discriminación

Sharp Health Plan cumple con las leyes de derechos civiles federales correspondientes y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Tampoco excluye a las personas ni las trata de forma diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Sharp Health Plan brinda lo siguiente:

- Asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidad para que puedan comunicarse con nosotros de manera eficaz, como los siguientes:
 - Intérpretes del lenguaje de señas calificados.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles u otros formatos).
- Servicios de idiomas gratuitos a personas cuyo idioma primario no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes calificados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicio al Cliente al 1-800-359-2002.

Si cree que Sharp Health Plan no le ha brindado estos servicios o lo ha discriminado de alguna otra forma por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede tramitar una reclamación con nuestro coordinador de derechos civiles por los siguientes medios:

- Dirección: Sharp Health Plan Appeal/Grievance Department 8520 Tech Way, Suite 200, San Diego, CA 92123-1450.
- Teléfono: 1-800-359-2002 (TTY: 711), o por fax, al (619) 740-8572.

Puede presentar una reclamación personalmente, por correo o por fax. También puede completar el formulario de reclamación o apelación en el sitio web del plan, sharphealthplan.com. Si necesita ayuda para tramitar una reclamación, comuníquese con nuestro equipo de Servicio al Cliente al 1-800-359-2002. También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. de manera electrónica mediante el portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>. También puede presentar la queja por correo o por teléfono: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201; 1-800-368-1019 u 800-537-7697 (TDD).

Los formularios de queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Servicios de interpretación en varios idiomas

Español

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-359-2002 (TTY: 711).

English (inglés)

ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-359-2002 (TTY: 711).

繁體中文 (chino)

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-359-2002 (TTY:711)。

Tiếng Việt (vietnamita)

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-359-2002 (TTY:711).

Tagalog (tagalo, filipino):

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-359-2002 (TTY:711).

한국어 (coreano):

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-359-2002 (TTY:711) 번으로 전화해 주십시오.

Հայերեն (armenio):

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Ջանգահարեք 1-800-359-2002 (TTY (հեռատիպ)՝ 711).

فارسی (farsi):

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-800-359-2002 (TTY:711) تماس بگیرید.

Русский (ruso):

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-359-2002 (телетайп: 711).

日本語 (japonés):

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。1-800-359-2002 (TTY:711) まで、お電話にてご連絡ください。

ةيبرعلا (árabe):

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-359-2002 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

ਪੰਜਾਬੀ (panyabí):

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-800-359-2002 (TTY:711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

ខ្មែរ (mon-jemer, camboyano):

ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសាដោយមិនគិតឈ្នួល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-800-359-2002 (TTY:711)។

Hmoob (hmong):

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-800-359-2002 (TTY:711).

हिंदी (hindi):

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-800-359-2002 (TTY:711) पर कॉल करें।

ภาษาไทย (tailandés):

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-800-359-2002 (TTY:711).