

California Language Preference Form
(Formulario de preferencia de idioma para California)

**NOTICE
(AVISO)**

You have a right to language assistance services at no charge to you, including translation of certain plan documents in Spanish and interpretation in any language regarding your dental treatment. If you need language assistance for dental care or if you want to tell us your spoken and written language preference, please call United Concordia at **(866) 357-3304** or visit our Web site at www.unitedconcordia.com or inform your dentist.

Usted tiene derecho a recibir servicios de asistencia lingüística sin cargo alguno, incluso a la traducción al español de ciertos documentos del plan y a la interpretación a cualquier idioma en lo que respecta a su tratamiento dental. Si necesita asistencia lingüística para la atención dental o quiere indicarnos en qué idioma prefiere que se le hable y escriba, llame a United Concordia al **(866) 357-3304**, visite nuestro sitio de Internet en www.unitedconcordia.com o informe a su dentista.

**TO SUBMIT
(PARA ENVIAR)**

United Concordia would like to make it as easy as possible to use and understand your dental benefits. To help us do that, please complete the preference form located on the back and return with your completed enrollment form if you have not already provided us this information. All information will be kept confidential and is not a requirement in order to receive dental benefits.

United Concordia quiere facilitarle lo más posible la comprensión y la utilización de sus beneficios dentales. Para ayudarnos a lograrlo, llene el formulario de preferencia que aparece al reverso y envíelo con su formulario de inscripción completado si todavía no nos ha proporcionado esta información. Toda la información se mantendrá confidencial y no es un requisito para poder recibir beneficios dentales.

Mail: United Concordia
(Correo) Membership Services DP2
4401 Deer Path Rd
Harrisburg, PA 17109

Fax: 1-800-329-9093
(Fax)

Employee ID Number, i.e. Social Security Number (Numero de identificación del empleado, es decir, número del Seguro Social)	_ _ _ - _ _ - _ _ _
--	---------------------

	Covered Member A (Afiliado cubierto A) Name _____ (Nombre)	Covered Member B (Afiliado cubierto B) Name _____ (Nombre)	Covered Member C (Afiliado cubierto C) Name _____ (Nombre)	Covered Member D (Afiliado cubierto D) Name _____ (Nombre)
Spoken language preference (Idioma hablado de preferencia)	<input type="checkbox"/> English (Inglés) <input type="checkbox"/> Spanish (Español) <input type="checkbox"/> Chinese (Chino) <input type="checkbox"/> Korean (Coreano) <input type="checkbox"/> Tagalog (Tagalo) <input type="checkbox"/> Vietnamese (Vietnamita) <input type="checkbox"/> Declined to state (Prefiere no declararlo) <input type="checkbox"/> Other, please specify (Otro, por favor especificar) _____	<input type="checkbox"/> English (Inglés) <input type="checkbox"/> Spanish (Español) <input type="checkbox"/> Chinese (Chino) <input type="checkbox"/> Korean (Coreano) <input type="checkbox"/> Tagalog (Tagalo) <input type="checkbox"/> Vietnamese (Vietnamita) <input type="checkbox"/> Declined to state (Prefiere no declararlo) <input type="checkbox"/> Other, please specify (Otro, por favor especificar) _____	<input type="checkbox"/> English (Inglés) <input type="checkbox"/> Spanish (Español) <input type="checkbox"/> Chinese (Chino) <input type="checkbox"/> Korean (Coreano) <input type="checkbox"/> Tagalog (Tagalo) <input type="checkbox"/> Vietnamese (Vietnamita) <input type="checkbox"/> Declined to state (Prefiere no declararlo) <input type="checkbox"/> Other, please specify (Otro, por favor especificar) _____	<input type="checkbox"/> English (Inglés) <input type="checkbox"/> Spanish (Español) <input type="checkbox"/> Chinese (Chino) <input type="checkbox"/> Korean (Coreano) <input type="checkbox"/> Tagalog (Tagalo) <input type="checkbox"/> Vietnamese (Vietnamita) <input type="checkbox"/> Declined to state (Prefiere no declararlo) <input type="checkbox"/> Other, please specify (Otro, por favor especificar) _____
Written language preference (Idioma escrito de preferencia)	<input type="checkbox"/> English (Inglés) <input type="checkbox"/> Spanish (Español) <input type="checkbox"/> Chinese (Chino) <input type="checkbox"/> Korean (Coreano) <input type="checkbox"/> Tagalog (Tagalo) <input type="checkbox"/> Vietnamese (Vietnamita) <input type="checkbox"/> Declined to state (Prefiere no declararlo) <input type="checkbox"/> Other, please specify (Otro, por favor especificar) _____	<input type="checkbox"/> English (Inglés) <input type="checkbox"/> Spanish (Español) <input type="checkbox"/> Chinese (Chino) <input type="checkbox"/> Korean (Coreano) <input type="checkbox"/> Tagalog (Tagalo) <input type="checkbox"/> Vietnamese (Vietnamita) <input type="checkbox"/> Declined to state (Prefiere no declararlo) <input type="checkbox"/> Other, please specify (Otro, por favor especificar) _____	<input type="checkbox"/> English (Inglés) <input type="checkbox"/> Spanish (Español) <input type="checkbox"/> Chinese (Chino) <input type="checkbox"/> Korean (Coreano) <input type="checkbox"/> Tagalog (Tagalo) <input type="checkbox"/> Vietnamese (Vietnamita) <input type="checkbox"/> Declined to state (Prefiere no declararlo) <input type="checkbox"/> Other, please specify (Otro, por favor especificar) _____	<input type="checkbox"/> English (Inglés) <input type="checkbox"/> Spanish (Español) <input type="checkbox"/> Chinese (Chino) <input type="checkbox"/> Korean (Coreano) <input type="checkbox"/> Tagalog (Tagalo) <input type="checkbox"/> Vietnamese (Vietnamita) <input type="checkbox"/> Declined to state (Prefiere no declararlo) <input type="checkbox"/> Other, please specify (Otro, por favor especificar) _____
Choose one to best represent the covered member (Elija uno que represente mejor al afiliado cubierto)	<input type="checkbox"/> American Indian/Alaska native (Indígena americano/Indígena de Alaska) <input type="checkbox"/> Asian (Asiático) <input type="checkbox"/> Black/African American (Negro/Afroamericano) <input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Pacific Islander (Indígena hawaiano/Oriundo de las Islas del Pacífico) <input type="checkbox"/> White/Caucasian (Blanco/Caucásico) <input type="checkbox"/> Other, please specify (Otro, por favor especificar) _____ <input type="checkbox"/> Declined to state (Prefiere no declararlo)	<input type="checkbox"/> American Indian/Alaska native (Indígena americano/Indígena de Alaska) <input type="checkbox"/> Asian (Asiático) <input type="checkbox"/> Black/African American (Negro/Afroamericano) <input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Pacific Islander (Indígena hawaiano/Oriundo de las Islas del Pacífico) <input type="checkbox"/> White/Caucasian (Blanco/Caucásico) <input type="checkbox"/> Other, please specify (Otro, por favor especificar) _____ <input type="checkbox"/> Declined to state (Prefiere no declararlo)	<input type="checkbox"/> American Indian/Alaska native (Indígena americano/Indígena de Alaska) <input type="checkbox"/> Asian (Asiático) <input type="checkbox"/> Black/African American (Negro/Afroamericano) <input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Pacific Islander (Indígena hawaiano/Oriundo de las Islas del Pacífico) <input type="checkbox"/> White/Caucasian (Blanco/Caucásico) <input type="checkbox"/> Other, please specify (Otro, por favor especificar) _____ <input type="checkbox"/> Declined to state (Prefiere no declararlo)	<input type="checkbox"/> American Indian/Alaska native (Indígena americano/Indígena de Alaska) <input type="checkbox"/> Asian (Asiático) <input type="checkbox"/> Black/African American (Negro/Afroamericano) <input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Pacific Islander (Indígena hawaiano/Oriundo de las Islas del Pacífico) <input type="checkbox"/> White/Caucasian (Blanco/Caucásico) <input type="checkbox"/> Other, please specify (Otro, por favor especificar) _____ <input type="checkbox"/> Declined to state (Prefiere no declararlo)
Choose one to best represent the covered member (Elija uno que represente mejor al afiliado cubierto)	<input type="checkbox"/> Hispanic/Latino (Hispano/Latino) <input type="checkbox"/> Non-Hispanic/Non-Latino (No Hispano/No Latino) <input type="checkbox"/> Declined to state (Prefiere no declararlo)	<input type="checkbox"/> Hispanic/Latino (Hispano/Latino) <input type="checkbox"/> Non-Hispanic/Non-Latino (No Hispano/No Latino) <input type="checkbox"/> Declined to state (Prefiere no declararlo)	<input type="checkbox"/> Hispanic/Latino (Hispano/Latino) <input type="checkbox"/> Non-Hispanic/Non-Latino (No Hispano/No Latino) <input type="checkbox"/> Declined to state (Prefiere no declararlo)	<input type="checkbox"/> Hispanic/Latino (Hispano/Latino) <input type="checkbox"/> Non-Hispanic/Non-Latino (No Hispano/No Latino) <input type="checkbox"/> Declined to state (Prefiere no declararlo)

Please attach an additional form if you have more than 4 family members.
(Adjunte un formulario adicional si tiene más de 4 familiares).

La discriminación es contra la ley

El Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina a las personas, ni las excluye o las trata de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, origen, edad, religión, discapacidad, estado civil, género, sexo asignado al nacer, orientación sexual, estereotipos sexuales, identidad de género o género registrado. Además, el Plan no rechazará ni limitará la cobertura a ningún servicio de salud con base en el hecho que el sexo de una persona asignado en el momento del nacimiento, la identidad de género o el género registrado es diferente para el que dicho servicio de salud está disponible normalmente. El Plan no rechazará ni limitará la cobertura para un servicio médico específico relacionado con la transición de género si dicho rechazo o limitación da lugar a una discriminación contra una persona transgénero.

El Plan:

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para comunicarse de manera efectiva con nosotros, tales como:
 - Intérpretes calificados de lenguaje por señas,
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios de idioma gratuitos a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, tales como:
 - Intérpretes calificados,
 - Información escrita en otros idiomas.

Si usted necesita estos servicios, llame al 1-800-332-0366 (TTY: 711) para solicitar ayuda o comuníquese con el Coordinador de Derechos Civiles en: P.O. Box 22492, Pittsburgh PA 15222, teléfono: 1-866-286-8295, TTY: 711, Fax: 412-544-2475, correo electrónico: CivilRightsCoordinator@highmark.com.

Si usted considera que el Plan no le ha proporcionado estos servicios o que se le ha discriminado de otra manera con base de raza, color, nacionalidad, origen, edad, religión, discapacidad, estado civil, género, sexo asignado al nacer, orientación sexual, estereotipos sexuales, identidad de género o género registrado, usted puede presentar una queja al Plan. Los formularios para quejas y una descripción del procedimiento para presentarlas están disponibles directamente en United Concordia y puede obtenerlos llamando al Servicio al Cliente al 1-866-357-3304. También puede obtenerlos en la sección Forms (Formularios) del sitio web de United Concordia en www.unitedconcordia.com y en cada una de las instalaciones de los proveedores contratados. Los formularios serán proporcionados de manera oportuna bajo solicitud. Si necesita ayuda para presentar una queja, llame a Servicio al Cliente al 1-866-357-3304.

“El Departamento del Mantenimiento y Cuidado de la Salud del Estado de California es responsable por la regulación del plan de servicios del cuidado de la salud. Si usted tiene un agravio contra su plan de salud, usted debe primeramente contactar su plan de salud (**1-866-357-3304**) y antes de contactar el departamento siga el procedimiento de agravios de su plan de salud. Al utilizar este procedimiento no se prohíbe ningún derecho legal posible, o remedio que le sean disponibles. Si necesita asistencia con un agravio referente a una emergencia, un agravio que no ha sido resuelto satisfactoriamente por su plan de seguro o si un agravio no ha sido resuelto por más de 30 días, entonces usted sí podría comunicarse con el departamento para que lo asistan. Usted también podría ser elegible para una Revisión Médica Independiente (IMR son las siglas en inglés). Si usted es elegible para un procedimiento de IMR nosotros proveeremos una revisión imparcial de la decisión médica realizada por un plan de salud relacionado a la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, decisiones de cobertura por tratamientos de una naturaleza experimental o de investigación, y por desacuerdos por servicios médicos urgentes o de emergencia. El departamento también cuenta con un número de teléfono sin costo (**1-888-HMO-2219**) y una línea TDD (**1-877-688-9891**) para personas con impedimentos auditivos o del habla. El sitio de la página de Internet del departamento es la siguiente: <http://www.hmohelp.ca.gov> la cual tiene las formas de agravio, de IMR, y las instrucciones también están en las misma página.”

Usted también puede presentar una queja de derechos civiles por vía electrónico con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services, en inglés), Oficina para los Derechos Civiles a través del Portal para quejas de la Oficina para los Derechos Civiles disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o por teléfono al: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

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