

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)	Covered Member B (Afiliado cubierto B)	Covered Member C (Afiliado cubierto C)	Covered Member D (Afiliado cubierto D)
	Name _____ (Nombre)	Name _____ (Nombre)	Name _____ (Nombre)	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 de derechos civiles federales aplicables y no discrimina basándose en raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, incluyendo estereotipos sexuales e identidad de género. El Plan no excluye a las personas ni las trata diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo asignado en el momento del nacimiento, 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, identidad de género o 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 gratuitos de idiomas a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, tales como:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si usted necesita estos servicios, comuníquese con el Coordinador de derechos civiles.

Si usted considera que el Plan no le ha provisto estos servicios o que se le ha discriminado de otra manera basado en raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, incluyendo estereotipos sexuales e identidad de género, usted puede presentar una queja a: Coordinador de derechos civiles, P.O. Box 22492, Pittsburgh, PA 15222, Teléfono: 1-866-286-8295, TTY: 711, Fax: 412-544-2475, correo electrónico: CivilRightsCoordinator@highmark.com. Puede presentar una queja en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si usted necesita ayuda para presentar una queja, el Coordinador de derechos civiles está disponible para ayudarle. Usted puede presentar una queja por los derechos civiles con el Departamento de Salud y Servicios Humanos, por medio del Portal de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, por correo postal o teléfono en:

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>.