

UNITED CONCORDIA

Insuring America's Dental Health

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.

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).

TO SUBMIT (PARA ENVIAR)	Mail: (Correo)	United Concordia Membership Services DP2 4401 Deer Path Rd Harrisburg, PA 17109	Fax: (Fax)	1-800-329-9093
--	---------------------------------	--	-----------------------------	----------------

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.

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 con: 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 también puede presentar una queja por vía electrónica con el Departamento de Seguros de California (California Department of Insurance, en inglés) a través del Centro de Quejas del Consumidor, disponible en <http://www.insurance.ca.gov/01-consumers/101-help/index.cfm>, o por correo postal o por teléfono en: Departamento de Seguros de California, División de Servicios para el Consumidor, 300 S. Spring Street, Los Angeles, CA 90013, 1-800-927-4357.

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>