

# Cómo inscribirse durante un período de inscripción especial

## Qué hay adentro

¿Qué es la inscripción especial?.....	1
¿Cuál es mi fecha de vigencia? .....	3
¿Cuáles son los eventos calificados de vida? .....	4
¿Cómo me inscribo?.....	8
¿Qué documentos tengo que presentar?.....	11

## ¿Qué es la inscripción especial?

En general, solo puede cambiar o solicitar cobertura de salud durante el período anual estándar de inscripción abierta. Sin embargo, si tiene lo que se llama un “evento calificado de vida” o “cambio de vida”, además puede inscribirse o cambiar su cobertura durante un período de inscripción especial.

Ejemplos de eventos calificados de vida incluyen casarse, tener un bebé y perder la cobertura porque perdió el trabajo. Aunque tenga un evento calificado de vida durante el período de inscripción abierta, igualmente tendrá un período de inscripción especial y es posible que su cobertura empiece en un día distinto a las fechas de vigencia del período de inscripción abierto estándar. Vea el cuadro en la página 3 para conocer las fechas de vigencia para la cobertura.

En general, el período de inscripción especial dura 60 días después de la fecha de su evento calificado de vida. Esto significa que tiene 60 días para cambiar o solicitar cobertura para usted o sus dependientes.

### Si tiene aviso por anticipado

Si el evento calificado de vida es una pérdida de cobertura sobre la cual se le informó de antemano, es posible que pueda solicitar cobertura nueva con anticipación. En ese caso tendrá 60 días antes y 60 días después de perder la cobertura para solicitar otra cobertura. Por ejemplo, si sabe que perderá su trabajo debido a una reducción del personal, puede solicitar cobertura nueva hasta 60 días antes de perder su cobertura.

Si COBRA está disponible de su empleador anterior, puede continuar la cobertura del empleador a través de COBRA o inscribirse en un plan individual o familiar.

En algunos casos, si hay un problema con su inscripción o un inconveniente con un contrato del plan, Maryland Health Connection determina la duración del período de inscripción especial.

Vea las páginas 4 a 7 para información detallada sobre los eventos calificados de vida.

## ¿Qué es la cobertura mínima esencial?

Es el seguro que cumple con el requisito de la reforma al sistema de salud de que todas las personas tengan un cierto nivel de cobertura de salud. Si tiene la cobertura mínima esencial no tendrá que pagar una multa en los impuestos por no estar asegurado.

Aunque casi todos los planes de Kaiser Permanente cumplen con este requisito, también hay otras opciones. Algunos ejemplos son:

- Planes de Maryland Health Connection
- Planes de salud ofrecidos por medio de un empleador o una organización de empleados, como un sindicato
- La mayoría de los planes individuales comprados fuera de Maryland Health Connection
- La mayoría de los planes de Medicaid
- Plan de Seguro Médico para Niños (Child Health Insurance Plan, o CHIP)
- TRICARE
- COBRA
- Ciertos otros tipos de cobertura

Visite [cuidadodesalud.gov](http://cuidadodesalud.gov) para obtener más información.

## ¿Soy elegible para recibir asistencia financiera del gobierno federal?

Es posible que sea elegible para recibir asistencia financiera del gobierno federal para ayudarle a pagar sus primas o gastos de bolsillo. Para ser elegible tiene que inscribirse en su plan de Kaiser Permanente, o cualquier plan que no sea de Kaiser Permanente, por medio de Maryland Health Connection.

Para obtener más información sobre Maryland Health Connection y los requisitos de los períodos de inscripción especiales y eventos calificados de vida, visite [marylandhealthconnection.gov](http://marylandhealthconnection.gov) (en inglés) o llame al 1-855-642-8572. También puede llamarnos al **1-800-494-5314**. (Para TTY, llame al **711**). También podemos ayudarle a solicitar la cobertura de un plan de Kaiser Permanente en Maryland Health Connection.



## ¿Cuál es mi fecha de vigencia?

La fecha en la cual empieza su cobertura dependerá del tipo de evento calificado de vida que tenga. Use el cuadro a continuación para ver la fecha de vigencia que le corresponde.

Tipo de evento	Fecha en la cual recibimos su solicitud o Formulario de cambio de cuenta (Account Change Form)	Fecha de vigencia
<b>Tener alguno de estos cambios:</b> • Pérdida de la cobertura de salud • Cambio de elegibilidad para la cobertura de salud proporcionada por el empleador Detalles en las páginas 4 a 7.	El último día o antes del último día de cobertura	El primer día del mes después de la última fecha de cobertura
	Después de la pérdida de cobertura o cambio en la cobertura del empleador: entre el 1.º y el 15 del mes después del evento calificado de vida	El primer día del siguiente mes
	Después de la pérdida de cobertura o cambio en la cobertura del empleador: entre el 16 y el último día del mes	El primer día del segundo mes siguiente
<b>Agregar o convertirse en un dependiente por matrimonio</b> Detalles en la página 5.	Cualquier día del mes	El primer día del mes después de que se reciba la solicitud o Formulario de cambio de cuenta
<b>Agregar un dependiente por nacimiento, adopción, cuidado de crianza, o colocación en adopción o en cuidado de crianza</b> Detalles en la página 5.	Cualquier día del mes	Fecha de nacimiento, adopción, cuidado de crianza o colocación en adopción o en cuidado de crianza
<b>Perder un dependiente por divorcio o separación legal</b> Detalles en la página 5.	Entre el 1.º y el 15 del mes	El primer día del mes después de que se reciba la solicitud o Formulario de cambio de cuenta
	Entre el 16 y el último día del mes	El primer día del segundo mes después de que se reciba la solicitud o Formulario de cambio de cuenta
<b>Muerte del suscriptor o un dependiente</b> Detalles en la página 5.	Cualquier día del mes	El primer día del mes después de que se reciba la solicitud o Formulario de cambio de cuenta
<b>Orden de manutención de los hijos u otra orden de la corte para cubrir a un hijo</b> Detalles en la página 5.	Cualquier día del mes	Fecha de vigencia de la orden de la corte
<b>Traslado permanente</b> Detalles en la página 6.	Entre el 1.º y el 15 del mes	El primer día del siguiente mes
	Entre el 16 y el último día del mes	El primer día del segundo mes siguiente
<b>Tener un cambio de:</b> • Elegibilidad para recibir asistencia financiera del gobierno federal • Condición migratoria • Ser liberado de un reclusorio • Condición de indio americano/nativo de Alaska Detalles en las páginas 6 y 7.	Entre el 1.º y el 15 del mes	El primer día del siguiente mes
	Entre el 16 y el último día del mes	El primer día del segundo mes siguiente
<b>Determinación de Maryland Health Connection</b> Detalles en la página 7.	Cualquier día del mes	Cualquier día del mes, tal como lo determine Maryland Health Connection, incluyendo una fecha retroactiva



## ¿Cuáles son los eventos calificados de vida?

Esta es una lista de todos los eventos calificados de vida que pudiera tener.

### Si perdió la cobertura

Tenga en cuenta que si perdió la cobertura de salud, la fecha de su evento calificado de vida es el último día completo de cobertura de su plan anterior.

# 1

### Pérdida de la cobertura de salud:

- **Pierde la cobertura proporcionada por su empleador por alguna de las siguientes razones:**
  - Pierde su trabajo.
  - Se reducen sus horas de trabajo, de manera que ya no es elegible para recibir cobertura.
  - Fallece la persona que lo cubre a usted en su plan de salud del empleador.
  - Usted es un dependiente en el plan y su estado civil cambia debido a una separación legal o divorcio, de manera que se finaliza su elegibilidad como dependiente.
  - Ya no vive o trabaja en el área de servicio, y no hay ninguna otra cobertura de salud de grupo disponible para usted.
  - Es parte de un grupo de empleados a los cuales su empleador ya no les ofrece cobertura.
  - Un hijo dependiente cumple años y ya no es elegible como dependiente.
  - Su empleador deja de contribuir pagos de prima para su cobertura de salud de grupo.
  - Finaliza su cobertura de COBRA.
  - Su cobertura como jubilado se descontinúa cuando su empleador declara quiebra federal (Chapter 11).
  - La persona que lo cubre a usted en su plan de salud del empleador empieza a poder recibir Medicare.
  - Su plan de grupo se renovará o se finalizará en una fecha distinta del 1.º de enero.
- **Pierde su cobertura de Medicaid. Algunos ejemplos comunes pueden ser:**
  - Hubo un cambio en sus ingresos.
  - Pasan 60 días después de dar a luz a un hijo, o pierde un embarazo.
  - Pierde lo que se conoce como cobertura “necesaria desde el punto de vista médico,” que es cobertura de Medicaid para personas con demasiados ingresos o bienes para ser elegibles para recibir Medicaid común, pero tienen gastos médicos elevados. Este tipo de período de inscripción especial solo puede ocurrir una vez por año calendario.
- **Pierde su cobertura del Programa de Seguro de Salud para Niños de Maryland (Maryland Children's Health Program, o MCHP).**

*(continúa en la página siguiente)*

*¿Cuáles son los eventos calificados de vida? (continuación)*

- **Pierde su cobertura de Medicare parte A, partes A y B, o parte C.**
- **Pierde la cobertura de un plan individual porque:**
  - Su plan individual se renovará o se finalizará en una fecha distinta del 1.º de enero.
  - Se vuelve inelegible para recibir cobertura individual. (Por ejemplo, esto puede pasar cuando alguien alcanza el límite de edad legal para ser un hijo dependiente).
  - Pierde ciertos tipos de cobertura de veteranos.
  - Pierde su cobertura de TRICARE.
  - Pierde cierta cobertura de salud autofinanciada para estudiantes.

Tenga en cuenta que estos eventos NO son eventos calificados de vida:

- Pierde cobertura porque no pagó sus primas.
- Se canceló su plan.
- Tenía cobertura de Medicare Parte B y no tiene ninguna otra cobertura.

## **2 Agregar, perder o convertirse en un dependiente:**

- Tiene un bebé, adopta un niño o se casa, o recibe un hijo de crianza si su plan incluye cobertura para hijos de crianza.
- Pierde un dependiente porque el dependiente alcanzó la edad en la cual ya no es elegible para tener cobertura en su plan de salud.
- Pierde un dependiente o a usted ya no se lo considera un dependiente debido a un divorcio o separación legal.

Nota: En el caso de muerte del suscriptor o un dependiente, usted es elegible para un período de inscripción especial solo si está inscrito en el mismo plan que el difunto.

## **3 Orden de manutención de los hijos u otra orden de la corte para cubrir a un hijo:**

Una corte estatal o federal ordena que un hijo dependiente esté cubierto como un dependiente. La fecha de vigencia aprobada será dentro de los 60 días de recibir la orden de la corte.

*(continúa en la página siguiente)*

¿Cuáles son los eventos calificados de vida? (continuación)

#### 4 **Traslado permanente:**

Se traslada a otro lugar y tiene otras opciones de planes de salud. **Tiene que haber tenido la cobertura mínima esencial durante por lo menos 1 día completo en los últimos 60 días para poder ser elegible para este evento calificado de vida a menos que se haya trasladado de otro país o de un territorio de los Estados Unidos.** Maryland Health Connection puede elegir que el plan que esté disponible por anticipado. Para obtener más información, visite [marylandhealthconnection.gov](http://marylandhealthconnection.gov) o llame al 1-855-642-8572. También puede llamar a Kaiser Permanente para obtener ayuda al **1-800-494-5314**.

#### 5 **Ser liberado de un reclusorio:**

Recientemente fue liberado de la cárcel, prisión u otra forma de encarcelamiento. **En este caso, solo puede inscribirse en un plan ofrecido a través de Maryland Health Connection.** Maryland Health Connection puede elegir permitir que el plan esté disponible por anticipado. Para obtener más información, visite [marylandhealthconnection.gov](http://marylandhealthconnection.gov) o llame al 1-855-642-8572. También puede llamar a Kaiser Permanente para obtener ayuda al **1-800-494-5314**.

#### 6 **Cambio de elegibilidad para recibir asistencia financiera federal por medio de Maryland Health Connection:**

- Cambia el nivel de ingresos de su unidad familiar y como resultado usted o sus dependientes son elegibles –o no son elegibles– para recibir asistencia financiera. Los dependientes tienen que estar inscritos en el mismo plan que el suscrito.
- Vive en un estado que no amplió Medicaid y no está inscrito en un plan de Medicaid, y se hace elegible para recibir un crédito fiscal anticipado para la prima (*advanced premium tax credit*, o APTC) porque los ingresos de su unidad familiar aumentan y superan el 100% del nivel federal de pobreza (*federal poverty level*, o FPL).

Para obtener más información sobre la elegibilidad para recibir asistencia financiera federal, visite [marylandhealthconnection.gov](http://marylandhealthconnection.gov) o llame al 1-855-642-8572. También puede llamar a Kaiser Permanente para obtener ayuda al **1-800-494-5314**.

#### 7 **Cambio de elegibilidad para la cobertura de salud proporcionada por el empleador:**

Usted o su dependiente se vuelven elegibles para el APTC como resultado de volverse inelegibles para la cobertura de salud a través de un empleador, como por ejemplo si el empleador discontinúa o cambia esa cobertura.

#### 8 **Cambio en la condición migratoria:**

Empieza a tener derecho a tener cobertura de salud debido a un cambio en la condición migratoria. **En este caso, solo puede inscribirse en un plan ofrecido a través de Maryland Health Connection.** Para obtener más información, visite [marylandhealthconnection.gov](http://marylandhealthconnection.gov) o llame al 1-855-642-8572. También puede llamar a Kaiser Permanente para obtener ayuda al **1-800-494-5314**.

(continúa en la página siguiente)

*What are the triggering events? (continued)*

## 9 Cobertura como indio americano/nativo de Alaska:

Maryland Health Connection determina que usted es elegible para un período de inscripción especial mensual para inscribirse o cambiar la cobertura de salud. **En este caso, solo puede inscribirse en un plan ofrecido a través de Maryland Health Connection.** Para obtener más información, visite [marylandhealthconnection.gov](http://marylandhealthconnection.gov) o llame al 1-855-642-8572. También puede llamar a Kaiser Permanente para obtener ayuda al **1-800-494-5314**.

## 10 Determinación de Maryland Health Connection:

Maryland Health Connection determina que usted es elegible para un período de inscripción especial debido a circunstancias extraordinarias, como por ejemplo un error o falta de acción por parte de Maryland Health Connection, o por cualquier otro motivo.



## ¿Cómo me inscribo?

Siga estos pasos para solicitar cobertura directamente de Kaiser Permanente durante un período de inscripción especial.

### Los miembros nuevos pueden solicitar cobertura en línea o por correo o fax:

#### Si presenta la solicitud en línea:

- Llene y presente la solicitud en línea en [buykp.org/apply](https://buykp.org/apply) (en inglés) dentro de los 60 días de su evento calificado de vida o antes del último día de su período de inscripción especial, lo que ocurra primero.
- No se olvide de descargar el Formulario de documentación de evento calificado de vida (Documentation of Triggering Event Form). Marque las casillas adecuadas en el formulario para su evento calificado de vida y la documentación que está presentando para respaldarlo. Luego envíe el formulario junto con su documentación **dentro de los 10 días calendario** después de presentar su solicitud en línea.
- Si no recibimos su Formulario de documentación de evento calificado de vida y la documentación de respaldo **dentro de los 10 días calendario**, su solicitud se considerará incompleta y es posible que se cancele. Puede volver a presentar la solicitud, pero tendrá que hacerlo dentro del mismo período de inscripción especial, y es posible que su fecha de vigencia sea diferente.
- Si presenta la solicitud cerca del final de su período de inscripción especial, asegúrese de que recibamos el Formulario de documentación de evento calificado de vida y documentación de respaldo antes de que termine su período de inscripción especial. Si no recibimos su documentación dentro de los 60 días del evento calificado de vida, es posible que se cancele su solicitud.
- En la primera página de su documentación de respaldo, no se olvide de incluir la siguiente información para el solicitante principal:
  - Nombre y apellido, tal como aparecen en la solicitud
  - Número de historia clínica de Kaiser Permanente (si tiene uno)
  - Dirección residencial
  - Fecha de nacimiento
- Incluya la prima del primer mes junto con la solicitud. Puede pagar con una tarjeta de crédito, tarjeta de débito, número de cuenta de cheques o número de cuenta de ahorros. Si recientemente tuvo un hijo y quiere que su plan empiece en la fecha de nacimiento de su hijo, vea la página 5 para información sobre lo que tiene que pagar.

*(continúa en la página siguiente)*





**Fax**  
1-855-414-2796



**Correo**  
Employer Services Dept./  
KPIF 5W  
Kaiser Permanente for  
Individuals and Families  
2101 East Jefferson St.  
Rockville, MD 20852-9995

*¿Cómo me inscribo? (continuación)*

**Si presenta la solicitud por correo o fax:**

- Presente su solicitud impresa firmada por correo o fax. Tenemos que recibir su solicitud impresa dentro de los 60 días de su evento calificado de vida. Si presenta la solicitud cerca del final de su período de inscripción especial, asegúrese de que recibamos la solicitud antes de que termine su período de inscripción especial.
- Tendrá que proporcionar el evento calificado de vida exacto y la fecha del evento en el Paso 1 de la solicitud.
- También tendrá que presentar un Formulario de documentación de evento calificado de vida. Puede obtener este formulario en línea en [buykp.org/apply](http://buykp.org/apply), o llamar al **1-800-494-5314**. Vea "Si presenta la solicitud en línea" en la página anterior para instrucciones sobre cómo llenarlo. No se olvide de enviar el Formulario de documentación de evento calificado de vida y la documentación de respaldo junto con su solicitud impresa por correo o fax. Su solicitud impresa, Formulario de documentación de evento calificado de vida, y la documentación de respaldo, se tienen que recibir dentro de los 60 días de su evento calificado de vida o antes del final de su período de inscripción especial, lo que ocurra primero.
- Incluya la prima del primer mes junto con la solicitud. Los cheques u órdenes de dinero se tienen que enviar junto con la solicitud, y no se pueden enviar por fax. Si recientemente tuvo un hijo y quiere que su plan empiece en la fecha de nacimiento de su hijo, vea la página 5 para información sobre lo que tiene que pagar.

## **Miembros actuales del plan Kaiser Permanente Individuals and Families:**

**Envíe el Formulario de cambio de cuenta por correo o fax:**

- Llame al **301-468-6000** o **1-800-777-7902** para solicitar un Formulario de cambio de cuenta. (Para TTY, llame al **711**).
- Llene y presente el formulario por correo o fax dentro de los 60 días de su evento calificado de vida. Si realiza un cambio de cuenta debido a un evento calificado de vida, tenemos que recibir su Formulario de cambio de cuenta antes de que termine su período de inscripción especial. También puede llamar al **301-468-6000** o **1-800-777-7902** para hacer su cambio de cuenta por teléfono, o enviarlo por fax al **1-855-414-2796**. (For TTY, llame al **711**).
- Tendrá que proporcionar el evento calificado de vida exacto y la fecha del evento la Sección B del Formulario de cambio de cuenta.
- También tendrá que presentar un Formulario de documentación de evento calificado de vida. Puede obtener este formulario en línea en [buykp.org/apply](http://buykp.org/apply), o llamar al **1-800-494-5314**. Vea "Si presenta una solicitud en línea" en la página anterior para instrucciones sobre cómo llenarlo. No se olvide de enviar el Formulario de documentación de evento calificado de vida y la documentación de respaldo junto con su Formulario de cambio de cuenta por correo o fax. Su Formulario de cambio de cuenta, Formulario de documentación de evento calificado de vida, y la documentación de respaldo se tienen que recibir dentro de los 60 días de su evento calificado de vida o antes del final de su período de inscripción especial, lo que ocurra primero.

## Miembros nuevos y actuales:

- Tenemos que recibir TODOS sus materiales obligatorios dentro de los 60 días de su evento calificado de vida o antes del último día de su período de inscripción especial, lo que ocurra primero.
- En algunos casos puede presentar su solicitud llenada con hasta 60 días de anticipación de su evento calificado de vida para evitar un período de intervalo en la cobertura.
- Si presenta la solicitud cerca del final de su período de inscripción especial de 60 días, es posible que le convenga enviarnos un fax o usar correo urgente para que no se venza el plazo. También puede llamar al **1-800-494-5314** para inscribirse o hacer un cambio en su cuenta por teléfono. (Para TTY, llame al **711**).
- **Al presentar una solicitud firmada o un Formulario de cambio de cuenta, confirma que ocurrió un evento calificado de vida. Si determinamos que el evento calificado de vida no ocurrió, podremos tomar medidas legales, incluyendo (sin limitarse a) la cancelación de su cobertura retroactivamente a la fecha de vigencia de cobertura. Además es posible que sea responsable por el pago de cualquier servicio que haya recibido.**



## ¿Qué documentos tengo que presentar?

Encuentre su evento calificado de vida en la lista a continuación para ver la documentación de respaldo que tiene que presentar junto con su solicitud. Se requiere presentar 1 solo documento, a menos que se indique lo contrario. Le pedimos que envíe solo copias. Los requisitos de documentación pueden ser distintos si presenta la solicitud a través de Maryland Health Connection.

### **Pérdida de la cobertura de salud**

- Carta indicando por qué perdió su cobertura

### **Agregar o convertirse en un dependiente por nacimiento, adopción, cuidado de crianza, o colocación en adopción o en cuidado de crianza, o matrimonio**

- Partida de nacimiento o carta del centro médico o centro de maternidad como comprobante del nacimiento o documentación demostrando un nacimiento en el hogar
- Documentos de adopción o pruebas de colocación en adopción de un niño
- Pruebas de una corte, Departamento de Servicios Sociales (Department of Social Services) u otra agencia de que usted ha sido nombrado como el padre de crianza
- Licencia de matrimonio

### **Ser liberado de un reclusorio**

- Orden de liberación

### **Orden de manutención de los hijos u otra orden de la corte para cubrir a un hijo**

- Una copia de la orden de la corte

### **Perder un dependiente por medio del divorcio o separación legal**

- Decreto de divorcio o acuerdo de separación

### **Muerte del suscriptor o un dependiente**

- Certificado de defunción

### **Traslado permanente**

- Prueba de cobertura mínima esencial (*minimum essential coverage*, o MEC) en los últimos 60 días del asegurador anterior y uno de los siguientes:
  - Factura de servicio público
  - Copia de acuerdo de alquiler

### **Cambio de elegibilidad para recibir asistencia financiera federal por medio de Maryland Health Connection**

- Copia de la determinación de elegibilidad más reciente de Maryland Health Connection

### **Cambio de elegibilidad para la cobertura de salud proporcionada por el empleador**

- Carta del empleador indicando el cambio de cobertura de salud

### **Cambio en la condición migratoria**

- Determinación de Maryland Health Connection de comprar cobertura de un plan de salud

### **Condición de indio americano/nativo de Alaska**

- Notificación de Maryland Health Connection indicando que es elegible para obtener un período de inscripción especial todos los meses

### **Determinación de Maryland Health Connection**

- Notificación de Maryland Health Connection indicando que es elegible para obtener un período de inscripción especial

Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc (Kaiser Health Plan) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivo de la raza, color, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo. El Kaiser Health Plan no excluye a las personas o las trata de forma diferente por motivo de la raza, color, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo. Recuerde también:

- Nosotros les brindamos ayuda y servicios sin costo alguno a las personas que tienen una discapacidad que les impide comunicarse con nosotros en forma eficaz, tales como:
  - Intérpretes calificados de lenguaje de señas
  - Información por escrito en otros formatos, tales como letra grande, audio y otros formatos electrónicos accesibles
- Brindamos servicios de idiomas sin costo alguno a personas cuyo idioma principal no sea el inglés, tales como:
  - Intérpretes calificados
  - Información por escrito en otros idiomas

Si necesita dichos servicios, llame al número proporcionado a continuación.

District of Columbia	1-800-777-7902
Maryland	1-800-777-7902
Virginia	1-800-777-7902
Línea TTY	711

Si cree que el Kaiser Health Plan no le ha brindado dichos servicios o ha incurrido en discriminación en contra suya de otra manera por motivo de la raza, color, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo, usted puede presentar una queja ante el Kaiser Civil Rights Coordinator, 2101 East Jefferson Street, Rockville, MD 20852, número de teléfono: 1-800-777-7902. Puede presentar una queja por correo o por teléfono. Si necesita ayuda para presentar una queja, el Kaiser Civil Rights Coordinator está disponible para ayudarle. También puede presentar una queja de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services), la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo electrónico o por teléfono: Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD). Los formularios de queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.