

Escriba en letra de imprenta clara y llene completamente usando un bolígrafo.

EMPLEADO: Llene las siguientes secciones, firme al pie de la página y lea la información al dorso.

Marque la casilla correspondiente: Inscripción nueva Finalizar inscripción Agregar dependiente Sacar dependiente Cambiar proveedor Elección de COBRA Cambiar de plan/clase
 Otro (cambio de nombre, cambio de dirección, etc. Indique el motivo del cambio): _____

Tipo de plan: FlexPOS Choice Compass EPO Passage*

Nombre del plan: (del Resumen de beneficios) _____
 *Se requiere la selección de un proveedor de atención primaria (PCP) de la red de Passage. Encuentre PCP participantes de la red de Passage con la herramienta "Find a Doctor" (Busque un médico) en connecticare.com.

Estado civil: Soltero Casado o en unión civil Pareja doméstica Separado legalmente Separado Divorciado Viudo

Nombre _____ Segundo nombre _____ Apellido _____

Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número de teléfono principal: Particular Celular Trabajo
 Número de teléfono secundario: Particular Celular Trabajo
 Dirección de correo electrónico _____ Idioma principal (opcional) _____

Marque si inscribe a un dependiente mayor de 26 años que presenta una discapacidad y comuníquese con CBIA Service Corp. al (860) 244-1900 para obtener un formulario para enviar la prueba de discapacidad.

Otra cobertura del cuidado de la salud: ¿Tendrá usted otro seguro de salud además de este plan de ConnectiCare, en virtud de un plan grupal HMO o de Medicare? Sí No

Si es afirmativo, escriba el nombre de la persona cubierta _____ Empleador _____

Nombre y dirección de la compañía de seguros (adjunte una copia de su tarjeta de seguro médico grupal). _____ Número de póliza _____ Medicare (adjunte una copia de su tarjeta de Medicare).
 Parte A Parte B Jubilado

Suscriptor/Dependientes	Agregar	Eliminar	Número de Seguro Social (obligatorio)	Sexo al nacer: ¿Qué sexo se le asignó al nacer?	Identidad de género: ¿Cuál es su identidad de género actual?	Fecha de nacimiento (mm/dd/aa)	Proveedor de atención primaria
Solicitante/Suscriptor (Nombre/Inicial del segundo nombre/Apellido)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Género X <input type="checkbox"/> Desconocida	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Hombre transgénero/mujer a hombre (FTM) <input type="checkbox"/> Mujer transgénero/hombre a mujer (MTF) <input type="checkbox"/> No binario/género X/género queer o tercer género <input type="checkbox"/> Otro: Prefiero describirme a mí mismo/a <input type="checkbox"/> Prefiero no revelar		
Cónyuge/unión civil/pareja de hecho* (Nombre/Inicial del segundo nombre/Apellido)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Género X <input type="checkbox"/> Desconocida	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Hombre transgénero/mujer a hombre (FTM) <input type="checkbox"/> Mujer transgénero/hombre a mujer (MTF) <input type="checkbox"/> No binario/género X/género queer o tercer género <input type="checkbox"/> Otro: Prefiero describirme a mí mismo/a <input type="checkbox"/> Prefiero no revelar		
Dependiente 1 (Primer nombre, inicial del segundo nombre/Apellido)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Género X <input type="checkbox"/> Desconocida	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Hombre transgénero/mujer a hombre (FTM) <input type="checkbox"/> Mujer transgénero/hombre a mujer (MTF) <input type="checkbox"/> No binario/género X/género queer o tercer género <input type="checkbox"/> Otro: Prefiero describirme a mí mismo/a <input type="checkbox"/> Prefiero no revelar		
Dependiente 2 (Primer nombre, inicial del segundo nombre/Apellido)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Género X <input type="checkbox"/> Desconocida	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Hombre transgénero/mujer a hombre (FTM) <input type="checkbox"/> Mujer transgénero/hombre a mujer (MTF) <input type="checkbox"/> No binario/género X/género queer o tercer género <input type="checkbox"/> Otro: Prefiero describirme a mí mismo/a <input type="checkbox"/> Prefiero no revelar		
Dependiente 3 (Primer nombre, inicial del segundo nombre/Apellido)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Género X <input type="checkbox"/> Desconocida	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Hombre transgénero/mujer a hombre (FTM) <input type="checkbox"/> Mujer transgénero/hombre a mujer (MTF) <input type="checkbox"/> No binario/género X/género queer o tercer género <input type="checkbox"/> Otro: Prefiero describirme a mí mismo/a <input type="checkbox"/> Prefiero no revelar		

EMPLEADOR: Llene esta sección. El formulario no puede ser procesado sin esta información.					
COBRA <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Duración de la cobertura <input type="checkbox"/> 30 meses <input type="checkbox"/> 36 meses <input type="checkbox"/> Otro _____	Fecha de contratación (mm/dd/aa)	Cantidad de horas trabajadas por semana	Fecha de entrada en vigencia de la cobertura (mm/dd/aa)	Fecha de finalización de la cobertura (mm/dd/aa)
COBRA Fecha de inicio _____		Ubicación del trabajo del empleado	Nombre del grupo	Nombre del plan	Número/subdivisión/clase de grupo
Fecha de entrada en vigencia solicitada		Cobertura médica _____ Cobertura dental _____	Identificación de subgrupo _____	Identificación de clase _____	Identificación de plan _____
Firma del empleador ▶			Cargo	Fecha	
Importante: Al firmar aquí está indicando que ha leído y comprende la información en el frente y el dorso de este formulario. Esta información es válida mientras esté inscrito en un plan de salud de ConnectiCare y durante un año después de la inscripción si el plan finaliza. Certifico a mi leal saber y entender que la información suministrada en este formulario es correcta. Acepto el consentimiento en el dorso de este formulario. Comprendo que los números de teléfono que he proporcionado en esta solicitud podrían ser utilizados por ConnectiCare o cualquiera de sus partes contratadas para comunicarse conmigo acerca de mi cuenta, la prestación de servicios para mí o mi plan de beneficios de salud o programas relacionados.					
▶ Firma del empleado _____			Fecha _____		

DATOS DEMOGRÁFICOS DEL MIEMBRO (requerido) Esta información está diseñada con el propósito de recopilar datos y no será utilizada para determinar elegibilidad, calificación ni pago de reclamaciones.

Empleado

Pronombres: ¿Cuáles son sus pronombres? Él/lo Ella/la Ellos/les Prefiero no revelar

Orientación sexual: ¿Cuál de las siguientes opciones le describe mejor? Heterosexual Lesbiana o gay Bisexual Queer, pansexual y/o en cuestionamiento No sé Otra opción no especificada (algo más) Prefiero no revelar

Formato accesible: No corresponde B - Braille L - Letra grande A - CD de audio Prefiero no revelar

Origen étnico: ¿Es de origen hispano, latino o español? No, no soy de origen hispano, latino o español Sí, puertorriqueño Sí, dominicano Sí, mexicano, mexicano-estadounidense o chicano Sí, otro origen hispano, latino o español Sí, cubano Prefiero no revelar

Raza: ¿Qué categoría describe mejor su raza? Blanco Negro o afroamericano Indio asiático Indio americano/Nativo de Alaska Nativo hawaiano Chino Filipino Japonés Coreano Vietnamita Otro asiático Samoano Guameño o chamorro Otro isleño del Pacífico Medio Oriental/Norteafricano Dos o más razas Alguna otra raza Prefiero no revelar

Idioma: ¿Qué idioma prefiere? Inglés Español Chino/Cantonés Chino/Mandarín Ruso Francés Creole (Haitiano Creole) Bengali Yiddish Francés Italiano Coreano Árabe Polaco Tagalo Griego Albanés Urdu Vietnamita Portugués Hindi Lenguaje de señas americano Otro idioma Prefiero no revelar

Cónyuge

Pronombres: ¿Cuáles son sus pronombres? Él/lo Ella/la Ellos/les Prefiero no revelar

Orientación sexual: ¿Cuál de las siguientes opciones le describe mejor? Heterosexual Lesbiana o gay Bisexual Queer, pansexual y/o en cuestionamiento No sé Otra opción no especificada (algo más) Prefiero no revelar

Formato accesible: No corresponde B - Braille L - Letra grande A - CD de audio Prefiero no revelar

Origen étnico: ¿Es de origen hispano, latino o español? No, no soy de origen hispano, latino o español Sí, puertorriqueño Sí, dominicano Sí, mexicano, mexicano-estadounidense o chicano Sí, otro origen hispano, latino o español Sí, cubano Prefiero no revelar

Raza: ¿Qué categoría describe mejor su raza? Blanco Negro o afroamericano Indio asiático Indio americano/Nativo de Alaska Nativo hawaiano Chino Filipino Japonés Coreano Vietnamita Otro asiático Samoano Guameño o chamorro Otro isleño del Pacífico Medio Oriental/Norteafricano Dos o más razas Alguna otra raza Prefiero no revelar

Idioma: ¿Qué idioma prefiere? Inglés Español Chino/Cantonés Chino/Mandarín Ruso Francés Creole (Haitiano Creole) Bengali Yiddish Francés Italiano Coreano Árabe Polaco Tagalo Griego Albanés Urdu Vietnamita Portugués Hindi Lenguaje de señas americano Otro idioma Prefiero no revelar

Dependiente 1

Pronombres: ¿Cuáles son sus pronombres? Él/lo Ella/la Ellos/les Prefiero no revelar

Orientación sexual: ¿Cuál de las siguientes opciones le describe mejor? Heterosexual Lesbiana o gay Bisexual Queer, pansexual y/o en cuestionamiento No sé Otra opción no especificada (algo más) Prefiero no revelar

Formato accesible: No corresponde B - Braille L - Letra grande A - CD de audio Prefiero no revelar

Origen étnico: ¿Es de origen hispano, latino o español? No, no soy de origen hispano, latino o español Sí, puertorriqueño Sí, dominicano Sí, mexicano, mexicano-estadounidense o chicano Sí, otro origen hispano, latino o español Sí, cubano Prefiero no revelar

Raza: ¿Qué categoría describe mejor su raza? Blanco Negro o afroamericano Indio asiático Indio americano/Nativo de Alaska Nativo hawaiano Chino Filipino Japonés Coreano Vietnamita Otro asiático Samoano Guameño o chamorro Otro isleño del Pacífico Medio Oriental/Norteafricano Dos o más razas Alguna otra raza Prefiero no revelar

Idioma: ¿Qué idioma prefiere? Inglés Español Chino/Cantonés Chino/Mandarín Ruso Francés Creole (Haitiano Creole) Bengali Yiddish Francés Italiano Coreano Árabe Polaco Tagalo Griego Albanés Urdu Vietnamita Portugués Hindi Lenguaje de señas americano Otro idioma Prefiero no revelar

Dependiente 2

Pronombres: ¿Cuáles son sus pronombres? Él/lo Ella/la Ellos/les Prefiero no revelar

Orientación sexual: ¿Cuál de las siguientes opciones le describe mejor? Heterosexual Lesbiana o gay Bisexual Queer, pansexual y/o en cuestionamiento No sé
 Otra opción no especificada (algo más) Prefiero no revelar

Formato accesible: No corresponde B - Braille L - Letra grande A - CD de audio Prefiero no revelar

Origen étnico: ¿Es de origen hispano, latino o español? No, no soy de origen hispano, latino o español Sí, puertorriqueño Sí, dominicano
 Sí, mexicano, mexicano-estadounidense o chicano Sí, otro origen hispano, latino o español Sí, cubano Prefiero no revelar

Raza: ¿Qué categoría describe mejor su raza? Blanco Negro o afroamericano Indio asiático Indio americano/Nativo de Alaska Nativo hawaiano Chino Filipino
 Japonés Coreano Vietnamita Otro asiático Samoano Guameño o chamorro Otro isleño del Pacífico Medio Oriental/Norteafricano Dos o más razas
 Alguna otra raza Prefiero no revelar

Idioma: ¿Qué idioma prefiere? Inglés Español Chino/Cantonés Chino/Mandarín Ruso Francés Creole (Haitiano Creole) Bengali Yiddish
 Francés Italiano Coreano Árabe Polaco Tagalo Griego Albanés Urdu Vietnamita Portugués Hindi Lenguaje de señas americano Otro idioma
 Prefiero no revelar

IMPORTANTE: CONSENTIMIENTO DEL EMPLEADO O MIEMBRO

En mi nombre y en nombre de mi cónyuge y/o dependiente(s), por el presente, autorizo a todo médico, hospital, proveedor, aseguradora, ConnectiCare Insurance Company, Inc. (CICI) o una afiliada de CICI, o a otra organización o persona que tengan registros, datos o información respecto de mi historial de salud o seguro médico, o de mis familiares, incluidos, entre otros, información sobre salud mental, abuso de sustancias o alcohol, o afecciones relacionadas con el VIH o SIDA, a transferir dichos registros, datos o información a toda persona o compañía en la medida en que sean requeridos para proporcionar tratamiento, pagar reclamaciones y realizar otras operaciones para administrar mi plan de beneficios. Comprendo que el aviso de privacidad de CICI contiene una descripción más completa de los fines para los cuales puede utilizarse o divulgarse información sobre mí y mis dependientes, y que tengo derecho a evaluar el aviso de privacidad antes de firmar este consentimiento. Comprendo que CICI puede cambiar dicho aviso en cualquier momento, pero me proveerá una copia del aviso enmendado. Comprendo que tengo derecho a solicitar restricciones sobre cómo se puede utilizar o divulgar la información sobre mí y mis dependientes para lograr los fines de administración del plan, y que CICI no tiene la obligación de aceptar las restricciones solicitadas. Comprendo que esta autorización es válida por el término de mi cobertura y la de mis dependientes según el Plan. Comprendo que puedo revocar esta autorización (pero tendré que salir del Plan) en cualquier momento entregando un aviso por escrito a CICI, siempre que CICI u otros no hayan tomado medidas con base en esta autorización. Declaro que conservé una copia de esta autorización. Autorizo a realizar deducciones de nómina, en caso de haberlas, para la cobertura elegida. Comprendo que toda persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a una compañía de seguros o a otra persona, presenta una solicitud de seguro o declaración de reclamación que contenga información falsa considerable, o encubre, con el propósito de engañar, información respecto de un hecho importante relacionado comete un acto de fraude de seguro que se considera un delito punible con sanciones, encarcelamiento y restitución según las leyes vigentes.

ConnectiCare recopila información sobre raza y origen étnico exclusivamente con el fin de elaborar programas de mejora de calidad, y con fines educativos, de capacitación y comercialización. Esta información no será utilizada para determinar idoneidad, tasa de la prima ni pago de reclamaciones.

INSTRUCCIONES: SE ACORDÓ DE:

- ¿Escribir con letra de imprenta clara, llenar todas las secciones y firmar al pie de la página 1?
- ¿Escribir claramente el nombre del plan que solicita? (Se encuentra en el margen superior izquierdo del Resumen de beneficios y está incluido en sus materiales de inscripción).
- ¿Seleccionar su médico de atención primaria (PCP) e incluir el número de identificación del proveedor de ConnectiCare? (Esto se puede encontrar en el Directorio de proveedores o utilizando la herramienta "Find Care" (Encontrar atención) en my.connecticare.com).
- ¿Adjuntar una copia de su tarjeta de Medicare si cumple los requisitos de elegibilidad para Medicare?
- ¿Adjuntar una copia de su tarjeta de seguro médico grupal si tiene otra cobertura?
- ¿Escribir el número de Seguro Social de cada dependiente?
- ¿Guardar una copia de este formulario para sus archivos?

DIVULGACIÓN DE TASA DE PÉRDIDAS PARA LA INDUSTRIA DE SEGUROS MÉDICOS

La tasa de pérdidas para la industria de seguros médicos se define como la proporción de las reclamaciones hechas con respecto a la prima devengada en el año calendario anterior para los planes de atención administrada emitidos en Connecticut. Las reclamaciones se limitarán a los gastos médicos para servicios y suministros provistos a las personas inscritas y no incluirán gastos por exceso de pérdidas (“stop loss”), reaseguro, programas educativos para las personas inscritas u otros programas o características de contención de costos.

La tasa federal de pérdidas para la industria de seguros médicos tiene el mismo significado que se proporciona en la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (PPACA, por sus siglas en inglés), PL 111-148 y se calcula en consecuencia, según sus enmiendas ocasionales y las regulaciones adoptadas en virtud de este documento.

- Tasa estatal de pérdidas para la industria de seguros médicos para el año calendario 2023 para ConnectiCare, Inc. (CCI): 83.0%
- Tasa federal de pérdidas para la industria de seguros médicos para el año calendario 2023 para ConnectiCare, Inc. (CCI):
 - Individual 84.0%
 - Grupo pequeño N/C
 - Grupo grande 89.6%
- Tasa estatal de pérdidas para la industria de seguros médicos para el año calendario 2023 para ConnectiCare Insurance Company, Inc. (CICI): 90.7%
- Tasa federal de pérdidas para la industria de seguros médicos para el año calendario 2023 para ConnectiCare Insurance Company, Inc. (CCI):
 - Individual 91.7%
 - Grupo pequeño 91.6%
 - Grupo grande 91.9%

ConnectiCare® es el nombre comercial utilizado para los productos y servicios proporcionados por uno o más grupos de empresas subsidiarias de ConnectiCare. En Connecticut, la cobertura de salud individual y familiar está suscrita por ConnectiCare, Inc. (CCI), un centro de atención médica con licencia, o ConnectiCare Benefits, Inc. (CBI) o ConnectiCare Insurance Company, Inc. (CICI), aseguradoras con licencia. La cobertura dental individual, familiar y grupal está suscrita por CICI. La cobertura de salud grupal está asegurada por CCI, o asegurada o administrada por CICI. En Massachusetts, el seguro de salud grupal está suscrito por ConnectiCare of Massachusetts, Inc. (CMI), una HMO con licencia. Todos los contratos de seguro, pólizas y planes de beneficios grupales contienen exclusiones y limitaciones. No toda la cobertura está disponible en todos los mercados. Para conocer los costos y detalles de la cobertura, llame o escriba a su agente de seguros o a la empresa.



Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services

English ATTENTION: If you speak another language, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call **800-251-7722** (TTY: **711**) or speak to your provider.

Español (Spanish) ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al **800-251-7722** (TTY: **711**) o hable con su proveedor.

Português do Brasil (Portuguese) ATENÇÃO: Se você fala português, serviços gratuitos de assistência linguística estão disponíveis para você. Auxílios e serviços auxiliares apropriados para fornecer informações em formatos acessíveis também estão disponíveis gratuitamente. Ligue para **800-251-7722** (TTY: **711**) ou fale com seu provedor.

POLSKI (Polish) UWAGA: Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer **800-251-7722** (TTY: **711**) lub porozmawiaj ze swoim dostawcą.

中文 (Simplified Chinese) 注意: 如果您说[中文], 我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务, 以无障碍格式提供信息。致电 **800-251-7722** (文本电话: **711**) 或咨询您的服务提供商。

Italiano (Italian) ATTENZIONE: se parli Italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente ausili e servizi ausiliari adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama il **800-251-7722** (tty: **711**) o parla con il tuo fornitore.

Français (French) ATTENTION : Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le **800-251-7722** (TTY: **711**) ou parlez à votre fournisseur.

Kreyòl Ayisyen (Haitian Creole) ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd aladispozisyon w gratis pou lang ou pale a. Èd ak sèvis siplemantè apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòm aksèsib yo disponib gratis tou. Rele nan **800-251-7722** (TTY: **711**) oswa pale avèk founisè w la.

РУССКИЙ (Russian) ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону **800-251-7722** (TTY: **711**) или обратитесь к своему поставщику услуг.

Việt (Vietnamese) LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số **800-251-7722** (Người khuyết tật: **711**) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.

العربية (Arabic)

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم **800-251-7722** (**711**) أو تحدث إلى مقدم الخدمة.

한국어 (Korean) 주의: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. **800-251-7722** (TTY: **711**) 번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

SHQIP (Albanian) VINI RE: Nëse flisni shqip, shërbime falas të ndihmës së gjuhës janë në dispozicion për ju. Ndhma të përshtatshme dhe shërbime shitesë për të siguruar informacion në formate të përdorshme janë gjithashtu në dispozicion falas. Telefononi **800-251-7722** (TTY: **711**) ose bisedoni me ofruesin tuaj të shërbimit.

हिंदी (Hindi) ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। **800-251-7722** (TTY: **711**) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

Tagalog (Tagalog) PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa **800-251-7722** (TTY: **711**) o makipag-usap sa iyong provider.

Ελληνικά (Greek) ΠΡΟΣΟΧΗ: Εάν μιλάτε ελληνικά, υπάρχουν διαθέσιμες δωρεάν υπηρεσίες υποστήριξης στη συγκεκριμένη γλώσσα. Διατίθενται δωρεάν κατάλληλα βοηθήματα και υπηρεσίες για παροχή πληροφοριών σε προσβάσιμες μορφές. Καλέστε το **800-251-7722** (TTY: **711**) ή απευθυνθείτε στον πάροχό σας.

NOTICE OF NONDISCRIMINATION POLICY

Discrimination is Against the Law

ConnectiCare complies with Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, including sex characteristics, including intersex traits; pregnancy or related conditions; sexual orientation; gender identity, and sex stereotypes. ConnectiCare does not exclude people or treat them less favorably because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

ConnectiCare:

- Provides people with disabilities reasonable modifications and free appropriate auxiliary aids and services to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters.
 - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, and other formats).
- Provides free language assistance services to people whose primary language is not English, which may include:
 - Qualified interpreters.
 - Information written in other languages.

If you need reasonable modifications, appropriate auxiliary aids and services, or language assistance services contact the Civil Rights Coordinator by calling Member Services at **800-251-7722** (TTY: **711**).

If you believe that ConnectiCare has failed to provide these services or discriminated in another way based on race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with the Civil Rights Coordinator by writing to ConnectiCare Grievance and Appeals Department, P.O. Box 4061, Farmington, CT 06034-4061; faxing them at **800-319-0089**; or calling Member Services at **800-251-7722**. (Dial **711** for TTY services.) You can file a grievance in person, by mail, by fax, or through your secure member portal. If you need help filing a grievance, ConnectiCare's Grievance and Appeals Department is available to help you. You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at **ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf** or by mail or phone at: **U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201; 800-368-1019** (TTY: **800-537-7697**).

Complaint forms are available at **hhs.gov/ocr/office/file/index.html**.

This notice is available on ConnectiCare's website at **connecticare.com/legal/nondiscrimination**.