

# SOLICITUD PARA CANCELAR LAS COMUNICACIONES CONFIDENCIALES

Lea las instrucciones en la Página 2 antes de completar este formulario. **SE DEBEN COMPLETAR TODOS LOS CAMPOS.** Es necesario presentar un formulario independiente para cada miembro en la póliza, según corresponda. Escriba toda la información con letra legible, excepto donde se requiera una firma.

Para solicitar la cancelación de las comunicaciones confidenciales que se crearon o existen de usted, complete la información a continuación, firme en el espacio proporcionado y envíe el formulario a Horizon NJ Health, Attn: HIPAA Team, 1700 American Blvd. Pennington, NJ 08543 o por fax al **1-609-538-1574**.

## SECCIÓN A: INFORMACIÓN DEL MIEMBRO

1. Nombre del miembro: \_\_\_\_\_ 2. Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
3. Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_  
4. N.º de ID de miembro de Horizon NJ Health: \_\_\_\_\_  
5. Domicilio: \_\_\_\_\_

## SECCIÓN B: INFORMACIÓN ALTERNATIVA DE CONTACTO PARA ELIMINAR

- Domicilio postal: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_  
Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
N.º de teléfono: \_\_\_\_\_  
Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_  
Contraseña para las comunicaciones orales con Horizon NJ Health: \_\_\_\_\_

*(Déjelo en blanco si no puede recuperar la contraseña)*

## CANCELACIÓN DE LAS COMUNICACIONES CONFIDENCIALES

Yo, \_\_\_\_\_, solicito la cancelación de la comunicación confidencial de mi información privada con Horizon NJ Health y sus asociados comerciales, incluida la cancelación de la protección con contraseña que se ha establecido para este fin. Entiendo que esta solicitud se aplica solo a las comunicaciones de Horizon NJ Health conmigo. También entiendo que esto entrará en vigencia una vez que Horizon NJ Health haya recibido y procesado esta solicitud por escrito.

Firma del miembro/solicitante\* \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta \_\_\_\_\_

\*Solo el miembro o el representante personal que originalmente estableció las comunicaciones confidenciales puede rescindir el acuerdo.

Licenciario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association



Horizon NJ Health

## **INSTRUCCIONES: SOLICITUD PARA CANCELAR LAS COMUNICACIONES CONFIDENCIALES**

**Instrucciones generales: todos los campos son obligatorios a menos que se especifique lo contrario.**

Este formulario debe completarse cuando un miembro desee cancelar una comunicación confidencial establecida con Horizon NJ Health. Este formulario no debe usarse para cancelar una contraseña existente.

**NOTA:** Es necesario presentar un formulario independiente y documentación para cada miembro en la cobertura, según corresponda.

### **Sección A. Información del miembro**

Esta sección solicita información relacionada con el miembro para la cual se solicita la cancelación de las comunicaciones confidenciales con Horizon NJ Health. En el campo del suscriptor, escriba el nombre del titular de la póliza. El titular de la póliza es la persona que posee la póliza de seguro de Horizon NJ Health.

### **Sección B. Información alternativa de contacto para eliminar**

Una vez recibida la solicitud completa para la cancelación de las comunicaciones confidenciales, Horizon NJ Health eliminará toda la información alternativa de contacto que se estableció con la solicitud de comunicaciones confidenciales, incluida la contraseña. Todas las comunicaciones futuras de Horizon NJ Health se redirigirán a la dirección registrada del suscriptor.

### **Envíe este formulario a la siguiente dirección:**

Horizon NJ Health  
Attn: HIPAA Team  
1700 American Blvd.  
Pennington, NJ 08543

### **o por fax a:**

**1-609-538-1574**

# Aviso de no discriminación

Horizon NJ Health cumple con todas las leyes federales vigentes sobre los derechos civiles y no discrimina sobre la base de la raza, el color de piel, el género, la nacionalidad, la edad, las discapacidades, el embarazo, la identidad de género, el sexo, la orientación sexual ni el estado de salud durante la administración del plan, incluidas las decisiones relativas a la inscripción y los beneficios.

Horizon NJ Health proporciona ayuda y servicios sin costo a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera efectiva con nosotros, como intérpretes calificados de lengua de señas e información escrita en otros idiomas.

## Cómo ponerse en contacto con Servicios para los miembros

Comuníquese con Servicios para los miembros llamando al **1-800-682-9090 (TTY 711)** o al número de teléfono que figura al reverso de su tarjeta de ID de miembro si necesita la ayuda y los servicios sin costo mencionados anteriormente o por cualquier otra cuestión relacionada con Servicios para los miembros, inclusive:

- Reclamos, beneficios o consultas de inscripción
- Tarjetas de ID perdidas/robadas
- Cambios de domicilio
- Cualquier otra consulta relacionada con sus beneficios o plan de salud

## Presentar una queja de la Sección 1557

Si cree que Horizon NJ Health no proporcionó las ayudas y servicios de comunicación gratuitos o discriminó por motivos de raza, color, sexo, nacionalidad, edad o discapacidad, puede presentar un reclamo por discriminación, también conocido como queja de la Sección 1557. Se puede comunicar con el coordinador de derechos civiles de Horizon NJ Health llamando al número de Servicios para los miembros que figura en el reverso de su tarjeta de ID de miembro o escribiendo a la siguiente dirección:

**Horizon NJ Health – Civil Rights Coordinator  
PO Box 10194  
Newark, NJ 07101**

Además, puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles (OCR) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. electrónicamente 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 o teléfono al:

**Office for Civil Rights Headquarters  
U.S. Department of Health and Human Services 200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201  
1-800-368-1019 or 1-800-537-7697 (TDD)**

Hay disponibles formularios de quejas de la OCR en [www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html).

Para ayuda en español, llame a **1-800-682-9090 (TTY 711)**.

## Inserción en varios idiomas

### Servicios de interpretación en varios idiomas

**ATENCIÓN: Si habla otro idioma que no sea español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística.**

**Llame al 1-800-682-9090 (TTY 711). Este documento también está disponible en otros idiomas, así como en otros formatos, como caracteres grandes y Braille.**

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-682-9090 (TTY 711).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-682-9090 (TTY 711)。

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다.

1-800-682-9090 (TTY 711) 번으로 전화해 주십시오.

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis.

Ligue para 1-800-682-9090 (TTY 711).

સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો

1-800-682-9090 (TTY 711).

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-800-682-9090 (TTY 711).

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-800-682-9090 (TTY 711).

ملا: حوطة للغوية تترفاو لاد كالمناج. تنك اذ ةقم ترتصل بارقم هاتفنا ركذا حدث للمان خدف ، غعات المعداس (كبلار صملام 711)

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-682-9090 (TTY 711).

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-682-9090 (телетайп 711).

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou.

Rele 1-800-682-9090 (TTY 711).

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं।

1-800-682-9090 (TTY 711) पर कॉल करें।

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-682-9090 (TTY 711).

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-682-9090 (ATS 711).

خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں