



Kansas City

Licenciario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association.

Plan individual y familiar

Solicitud de inscripción directa

BlueKC.com • 1400 Baltimore Ave., Kansas City, MO 64105 • 844-515-6311

Se deben responder todas las preguntas. Escriba en letra de imprenta con lapicero de tinta azul o negra.

FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA SOLICITADA: [____ / ____ / ____]	MARQUE UNA OPCIÓN: ☐ Nueva solicitud ☐ Cambio (si la solicitud se utilizará como formulario de cambio, especifique): ☐ Nacimiento ☐ Muerte ☐ Matrimonio ☐ Divorcio ☐ Dirección ☐ Colocación/Adopción ☐ Cambio de beneficios ☐ Pérdida de cobertura esencial mínima (excepto por finalización debido a la falta de pago de las primas o finalización por causa justificada) ☐ Ofrecimiento de un acuerdo de reembolso de gastos de salud de cobertura individual (Individual Coverage Health Reimbursement Arrangement, ICHRA) o un acuerdo de reembolso de gastos de salud calificado para pequeños empleadores (Qualified Small Employer Health Reimbursement Arrangement, QSEHRA) ☐ Otro (Llame a Servicio al Cliente al 866-859-3822 [TTY:711]) Fecha del evento: ____ / ____ / ____	[INDIQUE EL NÚMERO DE FACTURA]
--	---	---------------------------------------

I — Información del solicitante

1. APELLIDO	NOMBRE	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE	2. FECHA DE NACIMIENTO	3. N.º DE SEGURO SOCIAL
4. *DIRECCIÓN DEL DOMICILIO (número y nombre de la calle, número de apartamento)			CIUDAD Y ESTADO	CONDADO CÓDIGO POSTAL
5. *DIRECCIÓN ALTERNATIVA (indique solo una): ☐ Solo para facturación ☐ Facturación y toda la correspondencia			CIUDAD Y ESTADO	CONDADO CÓDIGO POSTAL
6. NÚMERO DE TELÉFONO PARA EL DÍA	7. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO Blue Cross and Blue Shield of Kansas City (Blue KC) puede usar esta dirección de correo electrónico para proporcionar documentos, materiales y otros avisos relacionados con la cobertura.			Raza/origen étnico:
8. NÚMERO DE TELÉFONO PARTICULAR				

*La dirección del domicilio indica la dirección de la residencia legal permanente del solicitante y debe completarse. Se debe seleccionar una dirección alternativa si la facturación, las tarjetas de identificación, etc. deben enviarse a una dirección diferente de la dirección de domicilio del solicitante.

II — Selección de cobertura médica — Seleccione el tipo de cobertura deseada (individual o familiar) y luego seleccione solo una casilla de producto:

TIPO DE COBERTURA DESEADA: ☐ Individual ☐ Familiar						
Community Preferred Care Blue EPO**	Choice with Spira Care BlueSelect EPO*	Simply Blue with Spira Care Blue Metro EPO***	First Preferred Care Blue EPO**	Catastrophic BlueSelect EPO*	Standard BlueSelect EPO** Preferred Care Blue EPO**	
☐ Silver \$6,000	☐ Silver 1 \$4,150 ☐ Bronze 2 \$8,500	☐ Gold \$1,700 ☐ Silver \$4,600 ☐ Bronze \$8,000	☐ Bronze \$7,000	☐ Catastrophic \$10,600	☐ Gold \$2,000 ☐ Silver \$6,000 ☐ Bronze \$7,500	☐ Gold \$2,000 ☐ Silver \$6,000 ☐ Bronze \$7,500

*BlueSelect EPO - Solo disponible si el solicitante reside en los siguientes condados: Kansas = Johnson o Wyandotte o Missouri = Clay, Jackson, Johnson, Lafayette, Platte y Ray.

**Preferred Care Blue EPO - Solo disponible si el solicitante reside en los siguientes condados: Missouri = Andrew, Atchison, Bates, Benton, Buchanan, Caldwell, Carroll, Cass, Clinton, DeKalb, Daviess, Gentry, Grundy, Harrison, Henry, Holt, Livingston, Mercer, Nodaway, Pettis, Saline, Saint Clair, Vernon y Worth.

***Blue Metro EPO - Solo disponible si el solicitante reside en los siguientes condados: Kansas = Johnson o Wyandotte, o Missouri = Jackson.

APELLIDO:

NOMBRE:

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:

III — Selección de cobertura dental — Complete el Acuse de recibo para atención dental pediátrica y, si lo desea, seleccione un plan dental.

NOTA: Esta póliza NO incluye cobertura dental pediátrica integrada, que es un beneficio de salud esencial (Essential Health Benefit, EHB) para dependientes menores de 19 años.

En la Sección III Cobertura dental, se ofrece la compra de un plan dental independiente (Stand Alone Dental Plan, SADP) a través de Blue KC. Además, los planes SADP también pueden comprarse a través del Mercado de Seguros Médicos en Healthcare.gov.

Su acuse de recibo de la cobertura dental pediátrica es un requisito de la Ley de Atención Asequible y las reglamentaciones relacionadas.

Usted entiende que está adquiriendo cobertura para una póliza de Blue KC que NO incluye servicios dentales pediátricos y, en su lugar, ha comprado un plan dental independiente por separado certificado por el Intercambio de seguros o a través de Blue KC que proporciona cobertura para servicios dentales pediátricos.

O BIEN, no tiene dependientes menores de 19 años que requieran cobertura dental pediátrica.

Al firmar, usted certifica que ha leído y comprendido la Sección III Cobertura dental, en relación con la cobertura dental pediátrica.

FIRMA OBLIGATORIA: _____

Planes base de Preferred-Care Dental PPO		Detalles del plan estándar	
☐ BlueDental 1000 Preventivo (Tipo I)/Básico (Tipo II)		Deducible: \$50 para el Tipo II	☐ BlueDental Preventative 1000 Deducible: \$0 para el Tipo I
		Coseguro: 0 % (Tipo I)/20 % (Tipo II)	Preventivo (Tipo I) Coseguro: 0% Tipo I
		Máximo por año calendario: \$1,000	Máximo por año calendario: \$1,000
☐ BlueDental Plus 1000 Preventivo/Básico/Principal (Tipo III)		Deducible: \$50 (Tipo II)/\$200 (Tipo III)	Opciones de compra de BlueDental Plus: (Marque si lo desea. Entienda que cualquier elección <i>puede aumentar su prima</i>). O ☐ \$1,200 O ☐ \$1,500
		Coseguro: 0 % (Tipo I)/20 % (Tipo II)/50 % (Tipo III)	
		Máximo por año calendario: \$1,000	

☐ Sí

☐ NO

¿Usted o alguna persona que solicita cobertura ha tenido cobertura de un plan de seguro dental anterior? Si la respuesta es "Sí", proporcione la siguiente información. Tenga en cuenta lo siguiente: La cobertura debe haber estado vigente durante los últimos 3 a 12 meses sin interrupción en la cobertura para que no se apliquen los períodos de espera correspondientes para los servicios de Tipo 2.

Nombre de las personas cubiertas: _____

Nombre de la aseguradora: _____ Número de identificación de la póliza: _____

Fecha de entrada en vigencia: _____ Fecha de finalización: _____

IV — Información del solicitante/familia — Si necesita más espacio, use y adjunte una solicitud adicional:							
N.º DE SEGURO SOCIAL	APELLIDO	NOMBRE	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE	MÉDICA	DENTAL	FECHA DE NACIMIENTO	GÉNERO
SOLICITANTE				☐	☐		☐ HOMBRE ☐ MUJER
CÓNYUGE				☐	☐		☐ HOMBRE ☐ MUJER
DEPENDIENTE				☐	☐		☐ HOMBRE ☐ MUJER
DEPENDIENTE				☐	☐		☐ HOMBRE ☐ MUJER
DEPENDIENTE				☐	☐		☐ HOMBRE ☐ MUJER
DEPENDIENTE				☐	☐		☐ HOMBRE ☐ MUJER

V — Información general		
☐ SÍ	☐ NO	1. ¿Usted o alguno de sus dependientes ha consumido productos con tabaco, incluidos cigarrillos, cigarros, pipas o tabaco para mascar en promedio 2 a 6 o más veces por semana durante los últimos 4 a 8 meses, sin incluir el uso en actividades religiosas o ceremoniales? Si la respuesta es “Sí”, escriba el nombre de las personas _____
☐ SÍ	☐ NO	2. ¿Hay algún dependiente discapacitado? (Proporcione detalles en una página separada)
☐ SÍ	☐ NO	3. En la actualidad, o a partir de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura de Blue KC que solicita, ¿usted o alguno de los dependientes mencionados en esta solicitud tendrá derecho a ¹ la Parte A de Medicare sin primas o comenzará a recibirla? Si la respuesta es “Sí”, escriba el nombre de las personas _____
☐ SÍ	☐ NO	4. En la actualidad, o a partir de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura de Blue KC que solicita, ¿usted o alguno de los dependientes mencionados en esta solicitud estará inscrito en ² la Parte A y la Parte B de Medicare para primas, o en un plan Medicare Advantage (Parte C)? Si la respuesta es “Sí”, escriba el nombre de las personas _____
☐ SÍ	☐ NO	5. En la actualidad, o a partir de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura de Blue KC que solicita, ¿usted o alguno de los dependientes mencionados en esta solicitud será elegible para ³ la Parte A y la Parte B de Medicare para primas, o para un plan Medicare Advantage (Parte C)? Si la respuesta es “Sí”, escriba el nombre de las personas _____
1. “Tener derecho a algo” significa que una persona cumple con los requisitos de elegibilidad y está realmente inscrita en la Parte A de Medicare sin prima. Algunas personas que tengan derecho a la Parte A de Medicare sin prima serán inscritas de manera automática mientras que otras que sean elegibles para la Parte A de Medicare sin prima deberán inscribirse para recibir esos beneficios. Si no está seguro de si tiene derecho a la Parte A de Medicare sin prima, consulte www.Medicare.gov. 2. “Inscrito” significa que la persona es elegible y ha tomado las medidas necesarias para inscribirse en un producto de Medicare (Parte A y Parte B para primas, o plan Medicare Advantage [Parte C]). 3. “Elegible” significa que la persona cumple con los requisitos para inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare, o en un plan Medicare Advantage (Parte C), independientemente de si la persona solicita recibir los beneficios de Medicare.		

APELLIDO:

NOMBRE:

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:

VI — Acuerdo

Solicito cobertura en virtud del Contrato de inscripción directa (“Contrato”) emitido por Blue Cross and Blue Shield of Kansas City (“Blue KC”). Comprendo que los servicios estarán disponibles sujetos a las exclusiones, las limitaciones y los beneficios descritos en el Contrato. Comprendo que Blue KC se basa en que mis respuestas y declaraciones sean verdaderas, y que el Contrato está condicionado tanto a la veracidad de la información que he proporcionado en el presente documento como a que todos los asuntos divulgados en el presente permanezcan sin alteraciones hasta la fecha de entrada en vigencia del Contrato. Si cualquier información cambia o tengo conocimiento de que existe información que difiere de la proporcionada en esta solicitud, acepto proporcionar esa información adicional de inmediato a Blue KC. Reconozco que, si yo o cualquier dependiente es empleado, el empleador no contribuye al costo de esta cobertura. Comprendo que cualquier declaración errónea en esta solicitud de inscripción o información adicional sobre los cambios no proporcionada antes de la fecha en la que se emite el Contrato puede dar lugar a una nueva tasa de la prima o la cancelación de la cobertura. Comprendo que, si en algún momento Blue KC determina que una persona que figura en esta solicitud no cumplió con la definición de “dependiente” del Contrato o si tergiverso alguna parte de la información que aparece en este documento, Blue KC tiene derecho a volver a valorizar la cobertura. Entiendo que, si se declara a alguna persona culpable de fraude de seguros, Blue KC tiene el derecho de rescindir la cobertura para esa persona o para todas las personas en virtud de la solicitud, y de recuperar los pagos de beneficios para esa persona o esas personas. Comprendo que ninguna declaración que haga anulará mi cobertura ni reducirá mis beneficios, a menos que mis declaraciones sean sustanciales para el riesgo asumido y estén contenidas en mi solicitud escrita.

The translation is for informational purpose only, and the English version will be controlling unless the language in the other language version is shown to be a fraudulent misrepresentation.

La traducción se presenta solo con fines informativos; y la versión en inglés prevalecerá, a menos que se demuestre que el texto de la versión en otro idioma es una tergiversación fraudulenta. (SE REQUIERE LA FIRMA DEL PADRE, LA MADRE O EL TUTOR PARA MENORES DE 18 AÑOS).

Firma del solicitante:

Nombre en letra de imprenta:

Fecha: / /

VII — Declaración del corredor (si corresponde)

Declaro que, a mi leal saber y entender, todas las manifestaciones están completas y son precisas.

Número de corredor de Blue KC

/ /

NOMBRE DEL CORREDOR, EN LETRA DE IMPRENTA

FIRMA DEL CORREDOR

FECHA

OBLIGATORIO

() -

NÚMERO DE TELÉFONO

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO

VIII — Avisos

Aviso sobre la Ley de Derechos sobre el Cáncer y la Salud de la Mujer:

Junto con los beneficios detallados en su Contrato y el Programa de beneficios, sus beneficios incluyen cobertura para (1) reconstrucción de mama relacionada con una mastectomía, incluida la reconstrucción de la otra mama para lograr un aspecto simétrico; (2) prótesis; y (3) tratamiento de complicaciones físicas de todas las etapas de una mastectomía, incluidos los edemas linfáticos. Esta cobertura está sujeta a copagos, coseguros y deducibles de acuerdo con otros beneficios en virtud de su plan. Esta notificación se proporciona de acuerdo con la Ley de Derechos sobre el Cáncer y la Salud de la Mujer de 1998, que es una ley federal.

Aviso sobre el Resumen de beneficios y cobertura:

Si desea una copia de un Resumen de beneficios y cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC) para el producto que está solicitando, visite BlueKC.com. También puede obtener una copia impresa, sin cargo alguno, llamando al 866-859-3822 (TTY:711). La información en el SBC está sujeta a cambio antes de su fecha de entrada en vigencia.

Aviso relacionado con la protección de las creencias religiosas y las convicciones morales:

La cobertura que ha solicitado no incluye la cobertura opcional para la interrupción del embarazo.

Si un corredor o agente de seguros proporcionó servicios asociados con su selección e inscripción de un plan de salud autorizado de Blue KC, ese corredor o agente de seguros recibirá una compensación directa de \$20 por miembro cada mes.

Modalidad de pago

Recuerde adjuntar el pago correcto de la prima. Emita los cheques a nombre de BCBS of KC.

* Con la transferencia electrónica de fondos, su prima se deduce de manera automática de su cuenta de cheques todos los meses.
* Después de la aprobación, su primera prima se procesará de inmediato.
* Su prima se pagará de manera automática y a tiempo todos los meses.
* En los pagos futuros, su cuenta se girará el día 5 de cada mes o el siguiente día hábil.
☐ Cobrar automáticamente a mi cuenta todos los meses el monto total de la prima adeudada.

Nombre:	Número de Seguro Social:
Nombre del banco:	Nombre que figura en la cuenta bancaria:
Número de ruta (9 dígitos):	Número de cuenta bancaria:

☐ Sí, deseo la transferencia electrónica de fondos.

Firma:	Fecha:
--------	--------

AUTORIZACIÓN PARA USO DE TARJETA DE CRÉDITO: Ofrecemos la comodidad de pagar con tarjeta de crédito. El pago con tarjeta de crédito puede aceptarse para pagar una o más primas; o con su autorización firmada, podemos cargar de manera automática a su tarjeta de crédito su prima completa cada mes. Para pagar con tarjeta de crédito, seleccione una de las siguientes opciones (toda la información debe estar completa para su procesamiento):

☐ Cargar automáticamente a mi tarjeta de crédito todos los meses el monto total de la prima adeudada.
* Comprendo que se cargará a mi tarjeta de crédito el día 5 de cada mes o el siguiente día hábil.

Elija solo una opción: ☐ Visa ☐ Tarjeta Master

Número de la cuenta:	Fecha de vencimiento:	Código CVV:
Dirección postal:		
Nombre de la cuenta:		
Firma:		

NOTA: Para cancelar su autorización de uso automático de tarjeta de crédito, su solicitud debe recibirse 10 días antes de la fecha de retiro de su tarjeta de crédito.

SOLO PARA USO DEL AGENTE DE SEGUROS

Nombre completo del agente:	Número del agente:	
Número de teléfono:	Dirección de correo electrónico:	
Dirección:	Ciudad:	Estado y código postal:

La ley prohíbe la discriminación

Blue Cross and Blue Shield of Kansas City (“Blue KC”) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo (incluidas las características sexuales, como los rasgos intersexuales; el embarazo o condiciones relacionadas; la orientación sexual; la identidad de género y los estereotipos de género). Blue KC no excluye a las personas ni las trata de manera menos favorable por raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Blue KC:

- Proporciona modificaciones razonables y ayudas y servicios auxiliares gratuitos adecuados a personas con discapacidades para que puedan comunicarse con nosotros de manera efectiva, como:
 - Intérpretes capacitados en lenguaje de señas.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios gratuitos de asistencia lingüística a personas cuya lengua materna no sea el inglés, que pueden incluir:
 - Intérpretes capacitados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita modificaciones razonables, ayudas y servicios auxiliares adecuados o servicios de asistencia lingüística, póngase en contacto con ACA/QHP: 1-866-859-3822 (TTY: 711), Commercial: 816-395-3558 (local) o 888-989-8842, Medicare Supplemental: 1-888-890-4423 (TTY:711), Medicare Advantage: 1-866-508-7140 (TTY: 711) y plan Medicare Advantage Employer Group Waiver: 1-888-892-8907 (TTY: 711).

Póngase en contacto con el coordinador de la Sección 1557 de Blue KC en Section 1557 Coordinator, PO Box 419169, Kansas City, MO 64141-6169, 816-395-3537, TTY: 816-842-5607, APPEALS@bluekc.com.

Si cree que Blue KC no ha proporcionado estos servicios o que ha discriminado de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja en Appeals Department, PO Box 419169, Kansas City, MO 64141-6169, 816-395-3537, TTY: 816-842-5607, APPEALS@bluekc.com. Puede presentar una queja en persona, por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, el Departamento de Apelaciones está disponible para ayudarle.

También puede presentar un reclamo sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, de manera electrónica a través del Portal de reclamos de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o teléfono:

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 de reclamo están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Este aviso está disponible en el sitio web de Blue KC: <https://www.bluekc.com/consumer/non-discrimination-information/>

If you, or someone you're helping, has questions about Blue KC, you have the right to get help and information in your language at no cost. To talk to an interpreter, call 1-844-395-7126.

Spanish: Si usted, o alguien a quien usted está ayudando, tiene preguntas acerca de Blue KC, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 1-844-395-7126.

Chinese: 如果您，或是您正在協助的對象，有關 Blue KC 方面的問題，您有權利免費以您的母語得到幫助和訊息。洽詢一位翻譯員，請撥電話 1-844-395-7126。

Vietnamese: Nếu quý vị, hay người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi về Blue KC, quý vị sẽ có quyền được giúp và có thêm thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, xin gọi 1-844-395-7126.

Cushite: Isin yookan namni biraa isin deeggartan Blue KC irratti gaaffii yo qabaattan, kaffaltii irraa bilisa haala ta'een afaan keessaniin odeeffannoo argachuu fi deeggarsa argachuuf mirga ni qabdu. Nama isiniif ibsu argachuuf, lakkoofsa bilbilaa 1-844-395-7126 tiin bilbilaa.

Korean: 만약 귀하 또는 귀하가 돕고 있는 어떤 사람이 [Blue KC]에 관해서 질문이 있다면 귀하는 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 비용 부담없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 그렇게 통역사와 얘기하기 위해서는 1-844-395-7126 로 전화하십시오.

Arabic: إن كان لديك أو لدى شخص مساعدته أسئلة بخصوص Blue KC ، فذلك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون أية تكلفة. للتحدث مع مترجم اتصل بـ 1-844-395-7126.

French: Si vous, ou quelqu'un que vous êtes en train d'aider, a des questions à propos de Blue KC, vous avez le droit d'obtenir de l'aide et l'information dans votre langue à aucun coût. Pour parler à un interprète, appelez 1-844-395-7126.

Russian: Если у вас или лица, которому вы помогаете, имеются вопросы по поводу Blue KC, то вы имеете право на бесплатное получение помощи и информации на вашем языке. Для разговора с переводчиком позвоните по телефону 1-844-395-7126.

German: Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zum Blue KC haben, haben Sie das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte die Nummer 1-844-395-7126 an.

Tagalog: Kung ikaw, o ang iyong tinutulangan, ay may mga katanungan tungkol sa Blue KC, may karapatan ka na makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika ng walang gastos. Upang makausap ang isang tagasalin, tumawag sa 1-844-395-7126.

Laotian: ຖ້າທ່ານ, ຫຼື ຄົນ ທ່ານ ກຳລັງ ຈຶ່ງ ອ່ອຍ ເຫຼືອ, ມາ ສອບຖາມ ກ່ຽວກັບ Blue KC, ທ່ານ ມີ ສິດ ທີ່ ຈະ ໄດ້ ຮັບ ການ ຈຶ່ງ ອ່ອຍ ເຫຼືອ ອາດ ຈະ ຈະ ນຳ ມາ ສາມ ທີ່ ບໍ່ ມີ ພາສາ ຂອງ ທ່ານ ບໍ່ ມີ ຄ່າ ໃຊ້ ຈ່າຍ. ການ ໂອ້ ມື ມື ກັບ ນາຍ ພາສາ, ໃຫ້ ໂທ ຫາ 1-844-395-7126.

Mon-Khmer: ប្រសិនបើអ្នក ឬនរណាម្នាក់ដែលអ្នកកំពុងជួយមានសំណួរអំពី Blue KC អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយ និងព័ត៌មានជាភាសារបស់អ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ។ ដើម្បីនិយាយជាមួយអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ម្នាក់ សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-844-395-7126.

Persian:

اگر شما یا کسی که شما به او کمک میکنید ، سوال در مورد Blue KC ، داشته باشید حق این را دارید که کمک اطلاعات به زبان خود را به طور رایگان دریافت نمایید. 1-844-395-7126, تماس حاصل نمایید.

Hmong: Yog hais tias koj, los sis ib tus neeg twg uas koj tab tom pab, muaj lus nug txog Blue KC, koj muaj cai tau txais kev pab thiab cov ntaub ntawv sau ua koj hom lus yam tsis xam tus nqi dab tsi li. Yog xav tham nrog ib tus neeg pab txhais lus, hu rau 1-844-395-7126.

Portuguese: Se você, ou alguém a quem você está ajudando, tem perguntas sobre o Blue KC, você tem o direito de obter ajuda e informação em seu idioma e sem custos. Para falar com um intérprete, ligue para 1-844-395-7126.

Para obtener servicios de TTY, llame al [1-816-842-5607](tel:1-816-842-5607).