

# 2026 CAREAssist | Solicitud para el plan dental individual

Usted puede inscribirse si:

- > Ya está inscrito por completo en CAREAssist.
- > Su cobertura de salud no es con el Plan de Salud de Oregón (OHP).

No podrá inscribirse a menos que cumpla con los requisitos establecidos. Debe marcar la casilla que confirma su elegibilidad para que su solicitud sea revisada.

Confirmo que cumple con estas condiciones.

Si se determina que no reúne los requisitos para tener CAREAssist, es posible que aun pueda inscribirse en un plan individual de Delta Dental si cumple con los requisitos de inscripción especial.

Nueva póliza dental por cumplir con los requisitos de CAREAssist.  Solicito cobertura del plan:

Delta Dental PPO

## Sección 1: Inscripción — Información del suscriptor

En esta sección, se debe incluir la información del suscriptor.

Nombre (*apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre*)

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Número del Seguro Social
----------------------------------	--------------------------

Dirección

Ciudad	Estado	Código postal	Condado
--------	--------	---------------	---------

Número de teléfono	Correo electrónico
--------------------	--------------------

Dirección de correo postal (*si es diferente*)

Ciudad	Estado	Código postal
--------	--------	---------------

Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Identidad de género*  <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Raza o etnia**  <input type="checkbox"/> A- <input type="checkbox"/> B- <input type="checkbox"/> C- <input type="checkbox"/> D- <input type="checkbox"/> E- <input type="checkbox"/> F- <input type="checkbox"/> G- <input type="checkbox"/> H- <input type="checkbox"/> I- <input type="checkbox"/> J- <input type="checkbox"/> K- <input type="checkbox"/> L- <input type="checkbox"/> M- <input type="checkbox"/> N- <input type="checkbox"/> O- <input type="checkbox"/> P- <input type="checkbox"/> Q- <input type="checkbox"/> R- <input type="checkbox"/> S- <input type="checkbox"/> T- <input type="checkbox"/> U- <input type="checkbox"/> V- <input type="checkbox"/> W- <input type="checkbox"/> X- <input type="checkbox"/> Y- <input type="checkbox"/> Z-	Idioma principal  <input type="checkbox"/> A- <input type="checkbox"/> B- <input type="checkbox"/> C- <input type="checkbox"/> D- <input type="checkbox"/> E- <input type="checkbox"/> F- <input type="checkbox"/> G- <input type="checkbox"/> H- <input type="checkbox"/> I- <input type="checkbox"/> J- <input type="checkbox"/> K- <input type="checkbox"/> L- <input type="checkbox"/> M- <input type="checkbox"/> N- <input type="checkbox"/> O- <input type="checkbox"/> P- <input type="checkbox"/> Q- <input type="checkbox"/> R- <input type="checkbox"/> S- <input type="checkbox"/> T- <input type="checkbox"/> U- <input type="checkbox"/> V- <input type="checkbox"/> W- <input type="checkbox"/> X- <input type="checkbox"/> Y- <input type="checkbox"/> Z-
---	---	--	--

Nos comprometemos a comprender y valorar la diversidad de nuestros miembros. Solicitamos información sobre identidad de género y raza o etnia para poder referirnos a usted y comunicarnos de manera adecuada y respetuosa. Esta información es opcional. Utilice estos códigos para completar la información de cada miembro:

\*Identidad de género: **M**-masculino, **F**-femenino, **T**-transgénero, **C**-cisgénero, **GN**-género no conforme, **NB**-no binario, **TG**-tercer género, **Q**-por decidir, **O**-otra, **P**-prefiero no contestar

\*\*Raza/etnia: **AI**-indio americano/nativo de Alaska, **A**-asiático, **B**-negro/afroamericano, **C**-caucásico, **H**-hispano/latino, **PI**-nativo de Hawái/otro isleño del Pacífico, **O**-otra, **P**-prefiero no contestar

## **Sección 2: Otro seguro**

¿Contará con otro seguro dental?  Sí  No tendrá otra cobertura

## **Sección 3: Crédito para el período de exclusión de beneficios (para coberturas dentales nuevas)**

¿Ha tenido cobertura dental los últimos 12 meses, con un intervalo inferior a 90 días entre la fecha de cese de la póliza anterior y la fecha prevista de entrada en vigor de esta nueva póliza?

No  Sí Si Delta Dental Plan of Oregon le brindaba esa cobertura, usted será eximido automáticamente del período de exclusión de su cobertura dental. Si otra compañía de seguros brindó la cobertura, podemos acreditar su cobertura anterior para el período de exclusión de beneficios. Adjunte una carta de su anterior compañía de seguros o empleador en la que se indiquen las fechas de inicio y finalización de su cobertura dental anterior.

## **Sección 4: Condiciones básicas de la inscripción**

### **Entiendo y acepto lo siguiente:**

- > Esta solicitud no constituye una oferta de cobertura. La cobertura no comenzará hasta que Delta Dental reciba esta solicitud, la revise y asigne una fecha de entrada en vigor.
- > Esta solicitud formará parte de mi póliza.
- > Tengo derecho a analizar y devolver la póliza en un plazo de 10 días después de haberla recibido.
- > El suscriptor debe estar inscrito en CAREAssist para poder solicitar y mantener la cobertura de un plan de Delta Dental. El término "residente" se refiere a una persona que vive en Oregón y que tiene las intenciones de hacerlo de forma permanente o por tiempo indefinido. Es posible que Delta Dental exija prueba de residencia, que incluye, entre otros, la dirección postal (no un apartado postal).
- > No hay beneficios disponibles en un plan de Delta Dental para los servicios o suministros que usted recibió antes de la fecha de entrada en vigor de esta cobertura.
- > Los cambios en las leyes o normas estatales o federales pueden modificar los beneficios o tarifas del plan. Los cambios entrarán en vigor el 1.º de enero.
- > Independientemente de la fecha de mi inscripción, la prima del plan se renovará el 1.º de enero.
- > He leído la declaración de privacidad de Delta Dental que está disponible en [DeltaDentalOR.com](http://DeltaDentalOR.com).

## Sección 5: Certificado de finalización y exactitud

### Asegúrese de firmar y colocar la fecha a continuación.

Confirmo que las respuestas de esta solicitud están completas y son correctas según mi leal saber y entender. Comprendo que, si esta solicitud contiene cualquier tergiversación intencional de hechos materiales, Delta Dental puede negarme la cobertura, modificar o cancelar el contrato, o bien tomar otras acciones legales. Informaré a Delta Dental de forma oportuna y por escrito cualquier cambio que ocurra antes de que la cobertura entre en vigor y que haga que la información en la solicitud quede incompleta o sea incorrecta. En caso de aprobarse, la cobertura comenzará a regir a partir de la fecha de entrada en vigor que determine Delta Dental. Delta Dental puede comunicarse conmigo para que le aclare ciertas respuestas de esta solicitud. Como solicitante, comprendo que tengo derecho a inspeccionar la información en mi archivo.

**He leído y comprendido esta solicitud, las condiciones y las declaraciones de certificación y privacidad.**

Solicitante (suscriptor) o padre, madre o tutor:

Nombre en letra de imprenta de  Padre o madre  Tutor<sup>1</sup>  Solicitante

Firma	Fecha
X	

<sup>1</sup>Si no es el padre ni la madre, pero es el representante legal o su apoderado, adjunte la documentación legal.

Al brindar mi información de contacto, otorgo consentimiento para recibir comunicaciones de Delta Dental Plan of Oregon y sus filiales y socios comerciales respecto de los beneficios, los pagos y los tratamientos del plan de salud.

Tenga en cuenta que las comunicaciones por correo electrónico pueden ser inseguras. Aunque no es usual, existe la posibilidad de que otra parte, que no sea el destinatario, obtenga la información incluida en un correo electrónico. Le recomendamos que no incluya información de identificación personal, como su fecha de nacimiento, ni información médica personal en ninguno de los correos electrónicos que nos envíe. No es necesario que incluya su dirección de correo electrónico o número de teléfono para adquirir bienes o servicios.

### ¿Está listo para enviar el formulario?

- > ¿Ha completado toda la solicitud y la ha firmado?
- > ¿Ha adjuntado la documentación requerida (tutela, etc.)?

Envíe la solicitud firmada y completa, así como los archivos adjuntos a CAREAssist:

**Correo electrónico:** escanee el formulario y envíelo a [care.assist@odhsoha.oregon.gov](mailto:care.assist@odhsoha.oregon.gov)

**Fax:** 971-673-0177

**Correo postal:** CAREAssist, 800 NE Oregon St. #1105, Portland, OR 97232

### Documentación electrónica

¿Es nuevo en Delta Dental Plan of Oregon? Tras aprobarse su solicitud, recibirá una carta de bienvenida con su número de identificación de miembro. Utilice este número de identificación para configurar su cuenta en el Panel para miembros de DeltaDentalOR.com. Cuando inicie sesión en el Panel para miembros podrá hacer lo siguiente:

- > Consultar el Manual para miembros.
- > Ver cómo se pagaron sus reclamos al optar recibir la Explicación de Beneficios (Explanations of Benefits, EOB) de forma electrónica.
- > Olvídense del papel: recibirá un correo electrónico cuando su primera factura esté lista.

### ¿Tiene preguntas?

Comuníquese con Delta Dental al 855-718-1767 o CAREAssist al 971-673-0144.

**DeltaDentalOR.com**

Planes dentales en Oregon brindados por Delta Dental Plan of Oregon.  
Delta Dental es una marca registrada de Delta Dental Plans Association.

ATTENTION: If you speak English, 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 1-877-605-3229 (TTY: 711) or speak to your provider.

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 1-877-605-3229 (TTY: 711) o hable con su proveedor.

LUU 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 (Người khuyết tật: 1-877-605-3229 (TTY: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.

주의: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-877-605-3229 (TTY: 711) 번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-877-605-3229 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.

注：日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブル（誰もが利用できるよう配慮された）な形式で情報をお伝えするための適切な補助支援やサービスも無料でご利用いただけます。1-877-605-3229 (TTY: 711)までお電話ください。または、ご利用の事業者にご相談ください。

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistenzdienste zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 1-877-605-3229 (TTY: 711) an oder sprechen Sie mit Ihrem Provider.

PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyon 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 1-877-605-3229 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.

УВАГА: Якщо ви розмовляєте українська мова, вам доступні безкоштовні мовні послуги. Відповідні допоміжні засоби та послуги для надання інформації у доступних форматах також доступні безкоштовно. Зателефонуйте за номером 1-877-605-3229 (TTY: 711) або зверніться до свого постачальника».

ማስበበሪያ:- አማርኛ የሚገኘው ክሮና የቃንቃ ድጋፍ አገልግሎት በነፃ ይቀርባል፡፡ መረጃን በተደረገው ቅርጫት ለማቅረብ ተገብር የሚጠቃ እና አገልግሎቶች እንዲሁ በነፃ ይገኘል፡፡ በስልክ ቅርጫ 1-877-605-3229 (TTY: 711) ይደውሉ ወይም አገልግሎት አቅራቢዎችን ያኝናል፡፡

FIIRO GAAR AH: Haddaad ku hadasho Soomaali, adeegyo kaalmada luuqadda ah oo bilaash ah ayaad heli kartaa. Qalab caawinaad iyo adeegyo oo habboon si loogu bixiyo macluumaadka qaabab la adeegsan karo ayaa sidoo kale bilaa lacag heli karaa. Wac 1-877-605-3229 (TTY: 711) ama la hadal bixiyahaaga.

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 1-877-605-3229 (TTY: 711) ou parlez à votre fournisseur.

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（文本电话：1-877-605-3229（TTY: 711））或咨询您的服务提供商。

ເຊື້ອງອາບ: ກ້າທ່ານເວົ້າພາສາ ວາວ,  
ລະມີບໍລິການຈຸ່ວຍດ້ານພາສາແບບບໍ່ແຍຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ.  
ມີເຄື່ອງຂ່ວຍ ແລະ  
ການບໍລິການແບບບໍ່ແຍຍຄ່າທີ່ເຫັນຈະສົມຜ່ອໃຫ້ຂໍ້ມູນໃນຮູບ  
ແບບທີ່ສາມາດເຂົ້າຖືໄດ້. ໂທຫາເບີ 1-877-605-3229  
(TTY: 711) ຫຼື ສົມກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານ.

หมายเหตุ: หากคุณใช้ภาษาไทย  
เรามีบริการความช่วยเหลือด้านภาษาฟรี นอกจากนี้  
ยังมีเครื่องมือและบริการช่วยเหลือเพื่อให้ข้อมูลในรูปแบบที่เข้าถึง<sup>ได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โปรดโทรติดต่อ 1-877-605-3229  
(TTY: 711) หรือปรึกษาผู้ให้บริการของคุณ</sup>

توجه دیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کے لیے زبان کی مفت مدد کی خدمات دستیاب ہیں۔ قابل رسانی فارمیئس میں معلومات فراہم کرنے کے لیے مناسب معاون امداد اور خدمات بھی مفت دستیاب ہیں۔ 1-877-605-3229 (TTY: 711) پر کال کریں یا اپنے فراہم کنندہ سہ بات کر دے۔

LUS CEEV TSHWJ XEEB: Yog hais tias koj hais Lus Hmoob muaj cov kev pab cuam txhais lus pub dawb rau koj. Cov kev pab thiab cov kev pab cuam ntxiv uas tsim nyog txhawm rau muab lus qhia paub ua cov hom ntaub ntawv uas tuaj yeem nkag cuag tau rau los kuj yeej tseem muaj pab dawb tsis xam tus nqi dab tsi ib yam nkaus. Hu rau 1-877-605-3229 (TTY: 711) los sis sib tham nrog koj tus kws muab kev saib xyuas kho mob.

सावधान: यदि तपाईं नेपाली भाषा बोल्नुहुन्छ भने तपाईंका लाग्नि निःशुल्क भाषिक सहायता सेवाहरू उपलब्ध छन्। पहुँचयोग्य ढाँचाहरूमा जानकारी प्रदान गर्न उपयुक्त सहायता र सेवाहरू पनि निःशुल्क उपलब्ध छन्। 1-877-605-3229 (TTY: 711) मा फोन गर्नुहोस् वा आपनो प्रदायकसँग कुरा गर्नुहोस्।

ശ്രദ്ധിക്കുക: നിങ്ങൾ മലയാളം ഭാഷ  
സംസാരിക്കുമെങ്കിൽ, സൗജന്യ ഭാഷാ  
സഹായ സേവനങ്ങൾ നിങ്ങൾക്ക്  
ലഭ്യമാണ്. ആക്സസ് ചെയ്യാവുന്ന  
ഫോർമാറ്റുകളിൽ വിവരങ്ങൾ  
നൽകാനുള്ള ഉചിതമായ അനുബന്ധ  
സഹായങ്ങളും സേവനങ്ങളും കൂടെ  
സൗജന്യമായി ലഭ്യമാണ്. 1-877-605-3229  
(TTY: 711) ഫേക്സ് വിളിക്കുക അല്ലെങ്കിൽ  
നിങ്ങളുടെ ഭാതാവിഭാട  
സംസാരിക്കുക.

PANANGIKASO: No agsasaoka iti Ilocano, magun-odmo dagiti libre a serbisio ti tulong iti pagsasao. Libre met laeng a magun-odan dagiti maitutop a katulongan ken serbisio a mangipaay iti impormasian kadagiti ma-akses a pormat. Awagan ti 1-877-605-3229 (TTY: 711) wenna makisarita iti mangipapaay kenka.

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। 1-877-605-3229 (TTY: 711) पर काल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

సాప్థానం: మీరు తెలుగు మాట్లాడితే, మీకు ఉచిత భాషా సహాయ సేవలు అందుబాటులో ఉంటాయి. యాక్సెస్ చేయగల ఫార్మాట్లలో సమాచారాన్ని అందించడానికి తగిన సహాయక సహాయలు మరియు సేవలు కూడా ఉచితంగా అందుబాటులో ఉంటాయి. 1-877-605-3229 (PTY: 711) కి కాల్ చేయిండి లేదా మీ ప్రోవెడర్తో మాట్లాడండి.

تتتبّعه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجاناً. اتصل على الرقم 877-605-3229 (TTY: 711).

AKIYESI: Ti o ba sọ Yorùbá, awọn işe iranlọwó  
ede ofe wa fun o. Awọn iranlọwó iranlọwó ti o ye  
ati awọn işe lati pese alaye ni awọn ọna kika  
wiwóle tun wa laisi idiyele. Pe 1-877-605-3229  
(TTY: 711) tabi soro si olupese re.

**MAKINIKA:** Ikiwa wewe huzungumza Kiswahili, msaada na huduma za lugha bila malipo unapatikana kwako. Vifaa vya usaidizi vinavyofaa na huduma bila malipo ili kutoa taarifa katika mifumo inayofikiwa pia inapatikana bila malipo. Piga simu 1-877-605-3229 (TTY: 711) au zungumza na mtoa huduma wako.

**ATENÇÃO:** Se você fala Português do Brasil, 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 1-877-605-3229 (TTY: 711) ou fale com seu provedor.