

免費語音服務  
1-800-332-0366

Chinese

免費語音服務  
1-800-332-0366

Vietnamese

免費語音服務  
1-800-332-0366

1-800-332-0366  
1-800-927-4357

Korean

Walang Gastos na mga Serbisyo sa Wika. Makakakuha ka ng interpreter o tagasalin at maipababasa mo sa Tagalog ang mga dokumento. Para makakuha ng tulong, tawagan kami sa numerong nakalista sa iyong ID card o sa 1-800-332-0366. Para sa karagdagang tulong, tawagan ang CA Dept. of Insurance sa 1-800-927-4357. Tagalog

1-800-332-0366  
Arabic. 1-800-927-4357

1-800-332-0366  
1-800-927-4357  
Armenian

無料の言語サービス  
1-800-332-0366

Japanese  
1-800-927-4357

español

1-800-332-0366  
1-800-927-4357  
CA Dept. of Insurance

ਪੰਜਾਬੀ ਸੇਵਾ

ID 8YK N bPNIRW N F• 1-800-332-0366. N aRie ohRYh' Q fYPP Z

gZo hYRc6bKSaYIW 6 7R] hYR 1-800-927-4357 N ohRYh' Punjabi

kieZgu\_ mkemh ijhZ u fhI\_ hkiheahky mkemh ijhQbdZ b Zb hdmfglu ijhqlml  
éy Z gZ jmkkdhf yaud\_ Reb Z ljmky ihfsv ahgbl\_ gZ ih ghfjm mdZghfm gZ Z  
bglbnbdzhggch dZ\_ beb 1-800-332-0366. Reb Z ljmky hiheblegZ ihfsv ahgbl\_ \  
Zgl kljzhby rIZ Dzhnjgby Department of Insurance ih lenhgm 1-800-927-4357. Russian

<b>Employee ID Number, i.e. Social Security Number</b> <b>(Numero de identificación del empleado, es decir, número del Seguro Social)</b>	_ _ _ - _ _ - _ _ _
--	---------------------

	<b>Covered Member A</b> <b>(Afiliado cubierto A)</b>	<b>Covered Member B</b> <b>(Afiliado cubierto B)</b>	<b>Covered Member C</b> <b>(Afiliado cubierto C)</b>	<b>Covered Member D</b> <b>(Afiliado cubierto D)</b>
	Name _____ (Nombre)	Name _____ (Nombre)	Name _____ (Nombre)	Name _____ (Nombre)
<b>Spoken language preference</b> <b>(Idioma hablado de preferencia)</b>	<input type="checkbox"/> English (Inglés) <input type="checkbox"/> Spanish (Español) <input type="checkbox"/> Chinese (Chino) <input type="checkbox"/> Korean (Coreano) <input type="checkbox"/> Tagalog (Tagalo) <input type="checkbox"/> Vietnamese (Vietnamita) <input type="checkbox"/> Declined to state (Prefiere no declararlo) <input type="checkbox"/> Other, please specify (Otro, por favor especificar) _____	<input type="checkbox"/> English (Inglés) <input type="checkbox"/> Spanish (Español) <input type="checkbox"/> Chinese (Chino) <input type="checkbox"/> Korean (Coreano) <input type="checkbox"/> Tagalog (Tagalo) <input type="checkbox"/> Vietnamese (Vietnamita) <input type="checkbox"/> Declined to state (Prefiere no declararlo) <input type="checkbox"/> Other, please specify (Otro, por favor especificar) _____	<input type="checkbox"/> English (Inglés) <input type="checkbox"/> Spanish (Español) <input type="checkbox"/> Chinese (Chino) <input type="checkbox"/> Korean (Coreano) <input type="checkbox"/> Tagalog (Tagalo) <input type="checkbox"/> Vietnamese (Vietnamita) <input type="checkbox"/> Declined to state (Prefiere no declararlo) <input type="checkbox"/> Other, please specify (Otro, por favor especificar) _____	<input type="checkbox"/> English (Inglés) <input type="checkbox"/> Spanish (Español) <input type="checkbox"/> Chinese (Chino) <input type="checkbox"/> Korean (Coreano) <input type="checkbox"/> Tagalog (Tagalo) <input type="checkbox"/> Vietnamese (Vietnamita) <input type="checkbox"/> Declined to state (Prefiere no declararlo) <input type="checkbox"/> Other, please specify (Otro, por favor especificar) _____
<b>Written language preference</b> <b>(Idioma escrito de preferencia)</b>	<input type="checkbox"/> English (Inglés) <input type="checkbox"/> Spanish (Español) <input type="checkbox"/> Chinese (Chino) <input type="checkbox"/> Korean (Coreano) <input type="checkbox"/> Tagalog (Tagalo) <input type="checkbox"/> Vietnamese (Vietnamita) <input type="checkbox"/> Declined to state (Prefiere no declararlo) <input type="checkbox"/> Other, please specify (Otro, por favor especificar) _____	<input type="checkbox"/> English (Inglés) <input type="checkbox"/> Spanish (Español) <input type="checkbox"/> Chinese (Chino) <input type="checkbox"/> Korean (Coreano) <input type="checkbox"/> Tagalog (Tagalo) <input type="checkbox"/> Vietnamese (Vietnamita) <input type="checkbox"/> Declined to state (Prefiere no declararlo) <input type="checkbox"/> Other, please specify (Otro, por favor especificar) _____	<input type="checkbox"/> English (Inglés) <input type="checkbox"/> Spanish (Español) <input type="checkbox"/> Chinese (Chino) <input type="checkbox"/> Korean (Coreano) <input type="checkbox"/> Tagalog (Tagalo) <input type="checkbox"/> Vietnamese (Vietnamita) <input type="checkbox"/> Declined to state (Prefiere no declararlo) <input type="checkbox"/> Other, please specify (Otro, por favor especificar) _____	<input type="checkbox"/> English (Inglés) <input type="checkbox"/> Spanish (Español) <input type="checkbox"/> Chinese (Chino) <input type="checkbox"/> Korean (Coreano) <input type="checkbox"/> Tagalog (Tagalo) <input type="checkbox"/> Vietnamese (Vietnamita) <input type="checkbox"/> Declined to state (Prefiere no declararlo) <input type="checkbox"/> Other, please specify (Otro, por favor especificar) _____
Choose one to best represent the covered member <b>(Elija uno que represente mejor al afiliado cubierto)</b>	<input type="checkbox"/> American Indian/Alaska native (Indígena americano/Indígena de Alaska) <input type="checkbox"/> Asian (Asiático) <input type="checkbox"/> Black/African American (Negro/Afroamericano) <input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Pacific Islander (Indígena hawaiano/Oriundo de las Islas del Pacífico) <input type="checkbox"/> White/Caucasian (Blanco/Caucásico) <input type="checkbox"/> Other, please specify (Otro, por favor especificar) _____ <input type="checkbox"/> Declined to state (Prefiere no declararlo)	<input type="checkbox"/> American Indian/Alaska native (Indígena americano/Indígena de Alaska) <input type="checkbox"/> Asian (Asiático) <input type="checkbox"/> Black/African American (Negro/Afroamericano) <input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Pacific Islander (Indígena hawaiano/Oriundo de las Islas del Pacífico) <input type="checkbox"/> White/Caucasian (Blanco/Caucásico) <input type="checkbox"/> Other, please specify (Otro, por favor especificar) _____ <input type="checkbox"/> Declined to state (Prefiere no declararlo)	<input type="checkbox"/> American Indian/Alaska native (Indígena americano/Indígena de Alaska) <input type="checkbox"/> Asian (Asiático) <input type="checkbox"/> Black/African American (Negro/Afroamericano) <input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Pacific Islander (Indígena hawaiano/Oriundo de las Islas del Pacífico) <input type="checkbox"/> White/Caucasian (Blanco/Caucásico) <input type="checkbox"/> Other, please specify (Otro, por favor especificar) _____ <input type="checkbox"/> Declined to state (Prefiere no declararlo)	<input type="checkbox"/> American Indian/Alaska native (Indígena americano/Indígena de Alaska) <input type="checkbox"/> Asian (Asiático) <input type="checkbox"/> Black/African American (Negro/Afroamericano) <input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Pacific Islander (Indígena hawaiano/Oriundo de las Islas del Pacífico) <input type="checkbox"/> White/Caucasian (Blanco/Caucásico) <input type="checkbox"/> Other, please specify (Otro, por favor especificar) _____ <input type="checkbox"/> Declined to state (Prefiere no declararlo)
Choose one to best represent the covered member <b>(Elija uno que represente mejor al afiliado cubierto)</b>	<input type="checkbox"/> Hispanic/Latino (Hispano/Latino) <input type="checkbox"/> Non-Hispanic/Non-Latino (No Hispano/No Latino) <input type="checkbox"/> Declined to state (Prefiere no declararlo)	<input type="checkbox"/> Hispanic/Latino (Hispano/Latino) <input type="checkbox"/> Non-Hispanic/Non-Latino (No Hispano/No Latino) <input type="checkbox"/> Declined to state (Prefiere no declararlo)	<input type="checkbox"/> Hispanic/Latino (Hispano/Latino) <input type="checkbox"/> Non-Hispanic/Non-Latino (No Hispano/No Latino) <input type="checkbox"/> Declined to state (Prefiere no declararlo)	<input type="checkbox"/> Hispanic/Latino (Hispano/Latino) <input type="checkbox"/> Non-Hispanic/Non-Latino (No Hispano/No Latino) <input type="checkbox"/> Declined to state (Prefiere no declararlo)

**Please attach an additional form if you have more than 4 family members.**  
**(Adjunte un formulario adicional si tiene más de 4 familiares).**

<b>TO SUBMIT</b> <b>(PARA ENVIAR)</b>	<b>Mail:</b> <b>(Correo)</b>	United Concordia Membership Services DP2 4401 Deer Path Rd Harrisburg, PA 17109	<b>Fax:</b> <b>(Fax)</b>
			1-800-329-9093
			<b>Email:</b> <b>(Correo electrónico)</b>
			uccienroll@ucci.com