

Información necesaria para la toma de huellas dactilares para trabajadores de servicio directo (DSW)

Instrucciones: Llene todos los campos que se encuentran abajo con su información. Escriba claramente. Esto es necesario para registrarlo para una verificación de antecedentes de huellas dactilares. Si necesita ayuda, por favor comuníquese con Consumer Direct al 877-270-9580 o con UnitedHealthcare sin costo al 800-791-9233; TTY/TTD 711. Con gusto le ayudaremos.

- * Apellido _____.
- * Nombre _____.
- * Segundo nombre _____.
- * Fecha de nacimiento _____.
- * Estado/país de nacimiento _____.
- * Ciudad de nacimiento _____.
- * Número de seguridad social _____.
- * Sexo _____.
- * Raza _____.
- * Color de ojos _____.
- * Color de cabello _____.
- * Estatura (pies y pulgadas) _____.
- * Peso _____.
- * País de ciudadanía _____.
- * Dirección - calle _____.
- * Dirección - Ciudad, estado, código postal _____.
- * Número telefónico _____.
- * Dirección de correo electrónico _____.

Uso en la oficina únicamente.

Nombre del representante de CD _____.

Nombre del participante _____.

Plan de cuidado de la salud _____.

Fecha de reunión de inscripción _____.

10298





UnitedHealthcare does not discriminate on the basis of race, color, national origin, sex, age, or disability in health programs and activities

We provide free services to help you communicate with us. Such as, letters in other languages or large print. Or, you can ask for an interpreter. To ask for help, please call the toll-free member phone number listed on your health plan member ID card, TTY 711, Monday through Friday, 8:00 a.m. to 7:00 p.m.

ATENCIÓN: Si no habla inglés, hay servicios de asistencia con el idioma disponibles sin costo para usted. Llame al **1-800-791-9233, TTY 711**.

ATENÇÃO: Se não fala inglês, estão disponíveis serviços de assistência linguística sem nenhum custo para si. Ligue para o **1-800-791-9233, TTY 711**.