



Delta Dental's Language Assistance Program

Our Language Assistance Program (LAP) helps enrollees whose primary language is not English. Once you are a Delta Dental enrollee, you are entitled to receive free language assistance services including:

- Names and locations of dental offices that speak your language,
- Help communicating with us or your dental provider in your language and
- Access to vital documents in your language.

You may call Delta Dental for assistance:

- Delta Dental Premier® and Delta Dental PPOSM: 800-765-6003
- DeltaCare® USA: 800-422-4234

For more information, please visit our website at deltadentalins.com.



Programa de Asistencia en Otros Idiomas de Delta Dental

Nuestro Programa de Asistencia en Otros Idiomas (LAP, por sus siglas en inglés) brinda ayuda a los afiliados cuyo idioma principal no es el inglés. Una vez que esté afiliado a Delta Dental, usted tendrá el derecho de recibir servicios de asistencia gratuita en otros idiomas como los siguientes:

- nombre y ubicación de los consultorios dentales en donde hablan su idioma
- ayuda para comunicarse con nosotros o su proveedor dental en su idioma
- acceso a documentos vitales en su idioma.

Puede llamar a Delta Dental para obtener asistencia a los siguientes números:

- Delta Dental Premier® y Delta Dental PPOSM: 800-765-6003
- DeltaCare® USA: 800-422-4234

Para obtener más información, visite nuestro sitio web en es.deltadentalins.com



Delta Dental 語言協助計畫

我們的語言協助計畫（LAP）旨在幫助母語不是英語的投保人及其家庭成員。成為 Delta Dental 牙齒保險計畫成員後，您可以免費享用語言協助服務，其中包括：

- 提供會講您語言的牙科診所之名稱和地點的資料，
- 協助您與我們或與您的牙科服務提供者以您的語言進行轉譯溝通，並且
- 獲得提供以您的語言翻譯的重要文件。

欲取得協助，請致電 Delta Dental:

- Delta Dental Premier® 和 Delta Dental PPOSM: 800-765-6003
- DeltaCare® USA: 800-422-4234

如需詳細資訊，請瀏覽我們的網站，網址是 deltadentalins.com

Survey

Please complete this survey with information about yourself and each family member who requires language assistance. This will help us meet the written and spoken language needs of our enrollees.

Primary enrollee

The primary enrollee is the person under whose name dental coverage is provided.

First name: _____

Last name: _____

Birth date (mm/dd/yyyy): ____/____/____

Primary enrollee ID number: _____

ZIP code: _____ Plan name (choose one):

- AARP
- DeltaCare USA
- Delta Dental Premier
- Delta Dental PPO

Written language: _____

Spoken language: _____

Eligible Family member

First name: _____

Last name: _____

Birth date (mm/dd/yyyy): ____/____/____

Relationship to primary enrollee: _____

ZIP code: _____ Plan name: _____
(see above)

Written language: _____

Spoken language: _____

For additional family members, please use another sheet of paper and include the same information as requested above. Please mail the completed survey to:

Delta Dental of California
Attn: LAP
P.O. Box 429086
San Francisco, CA 94142-9086

Privacy assurance: Your personal information will be cross-referenced with your dental insurance records and will not be used for other purposes. Delta Dental will make all reasonable efforts to protect your privacy.

Encuesta

Complete esta encuesta con información acerca de usted y de cada miembro elegible de su familia que necesite asistencia en otro idioma. Esto nos permitirá satisfacer las necesidades idiomáticas de escritura y expresión oral de nuestros afiliados

Afiliado principal

El afiliado principal es la persona a cuyo nombre se proporciona la cobertura dental.

Primer nombre: _____

Apellido: _____

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa): ____/____/____

N.º de identificación del afiliado principal: _____

Código postal: _____ Nombre de su plan(elija uno):

- AARP
- DeltaCare USA
- Delta Dental Premier
- Delta Dental PPO

Idioma que escribe: _____

Idioma que habla: _____

Miembro de la familia

Primer nombre: _____

Apellido: _____

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa): ____/____/____

Parentesco con el afiliado principal: _____

Código postal: _____ Nombre de su plan: _____
(vea arriba)

Idioma que escribe: _____

Idioma que habla: _____

Para agregar miembros elegibles de la familia, utilice otra hoja de papel e incluya la misma información que se solicitó anteriormente. Envíe la encuesta completada a:

Delta Dental of California
Attn: LAP
P.O. Box 429086
San Francisco, CA 94142-9086

Garantía de privacidad: Se realizará una referencia entre su información personal en los registros del seguro dental, y dicha información no se utilizará con otros fines. Delta Dental hará todos los esfuerzos posibles para proteger su privacidad.

語言協助計畫問卷

請在這份語言協助計畫問卷表格填寫您本人及需要語言協助的每一位受保家庭成員的資料。這些資料將有助於我們幫助投保人及其受保家庭成員在書面和口頭語言方面的轉譯。

主要投保人的語言資料 (主要投保人係指在承保時所用姓名與身份證號碼的受保人)

姓 (請用英文字母輸入): _____

名 (請用英文字母輸入): _____

出生日期 (月/日/年): ____/____/____

主要投保人身份證明號碼: _____

地址郵政區: _____

請選擇投保人的保險計畫:

- AARP
- DeltaCare USA
- Delta Dental Premier
- Delta Dental PPO

書面語言: _____

口頭語言: _____

受保家庭成員的語言資料

姓 (請用英文字母輸入): _____

名 (請用英文字母輸入): _____

出生日期 (月/日/年): ____/____/____

與主要投保人的關係: _____

地址郵政區: _____

請選擇投保人的保險計畫: _____

書面語言: _____

口頭語言: _____

若還有其他的受保家庭成員，請另附紙頁填寫以上他們的語言資料。請將填妥的語言協助計畫問卷表格寄至:

Delta Dental of California
Attn: LAP
P.O. Box 429086
San Francisco, CA 94142-9086

隱私權保護: 您在本問卷中提供的個人資料只會是用於與您的牙科保險記錄相互參照，而不會用於其他用途。Delta Dental 將盡一切合理的安全措施來保護您的隱私權。