



## Formulario de cambio de plan de salud y dental de Hawki

Solo complete este formulario si desea cambiar el plan de salud y/o dental de sus hijos.

Si está satisfecho(a) con los planes actuales de sus hijos, no necesita completar este formulario.

Los campos marcados con \* son obligatorios.

Nombre de la persona	Fecha de nacimiento* (MM/DD/YY)	N.º de ident.*	Marque un plan de salud	Marque un plan dental
			<input type="checkbox"/> Iowa Total Care <input type="checkbox"/> Molina <input type="checkbox"/> Wellpoint	<input type="checkbox"/> Delta Dental of Iowa <input type="checkbox"/> DentaQuest
			<input type="checkbox"/> Iowa Total Care <input type="checkbox"/> Molina <input type="checkbox"/> Wellpoint	<input type="checkbox"/> Delta Dental of Iowa <input type="checkbox"/> DentaQuest
			<input type="checkbox"/> Iowa Total Care <input type="checkbox"/> Molina <input type="checkbox"/> Wellpoint	<input type="checkbox"/> Delta Dental of Iowa <input type="checkbox"/> DentaQuest
			<input type="checkbox"/> Iowa Total Care <input type="checkbox"/> Molina <input type="checkbox"/> Wellpoint	<input type="checkbox"/> Delta Dental of Iowa <input type="checkbox"/> DentaQuest
			<input type="checkbox"/> Iowa Total Care <input type="checkbox"/> Molina <input type="checkbox"/> Wellpoint	<input type="checkbox"/> Delta Dental of Iowa <input type="checkbox"/> DentaQuest

Motivo para cambiar el plan de salud y/o dental de sus hijos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Su nombre\*

\_\_\_\_\_  
Su dirección: calle, ciudad y código postal\*

\_\_\_\_\_  
Su número de teléfono

**\*Sí, estoy autorizado para hacer cambios en esta cuenta. Entiendo que al completar y enviar este formulario a los Servicios para Miembros, cambiaré los planes de la(s) persona(s) mencionada(s) anteriormente.**

Si tiene preguntas sobre cómo completar este formulario, llame a los Servicios para Miembros de Hawki al 1-800-257-8563 o, si vive en el área de Des Moines, llame al 515-256-4606, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.