

California Language Preference Form
(Formulario de preferencia de idioma para California)

**NOTICE
(AVISO)**

You have a right to language assistance services at no charge to you, including translation of certain plan documents in Spanish and interpretation in any language regarding your dental treatment. If you need language assistance for dental care or if you want to tell us your spoken and written language preference, please call Dedicated Dental at **(800) 277-1112** or visit our Web site at www.dedicated-dental.com or inform your dentist.

Usted tiene derecho a recibir servicios de asistencia lingüística sin cargo alguno, incluso a la traducción al español de ciertos documentos del plan y a la interpretación a cualquier idioma en lo que respecta a su tratamiento dental. Si necesita asistencia lingüística para la atención dental o quiere indicarnos en qué idioma prefiere que se le hable y escriba, llame a Dedicated Dental al **(800) 277-1112**, visite nuestro sitio de Internet en www.dedicated-dental.com o informe a su dentista.

**TO SUBMIT
(PARA ENVIAR)**

Dedicated Dental would like to make it as easy as possible to use and understand your dental benefits. To help us do that, please complete the preference form located on the back and return with your completed enrollment form if you have not already provided us this information. All information will be kept confidential and is not a requirement in order to receive dental benefits.

Dedicated Dental quiere facilitarle lo más posible la comprensión y la utilización de sus beneficios dentales. Para ayudarnos a lograrlo, llene el formulario de preferencia que aparece al reverso y envíelo con su formulario de inscripción completado si todavía no nos ha proporcionado esta información. Toda la información se mantendrá confidencial y no es un requisito para poder recibir beneficios dentales.

Mail: Dedicated Dental Systems
(Correo) Membership Services
9800 La Cienega Blvd
Suite 800
Inglewood, CA 90723

Fax: 1-866-647-0699
(Fax)

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

	Covered Member A (Afiliado cubierto A)	Covered Member B (Afiliado cubierto B)	Covered Member C (Afiliado cubierto C)	Covered Member D (Afiliado cubierto D)
	Name _____ (Nombre)	Name _____ (Nombre)	Name _____ (Nombre)	Name _____ (Nombre)
Spoken language preference (Idioma hablado de preferencia)	<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)
Written language preference (Idioma escrito de preferencia)	<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 (Elija uno que represente mejor al afiliado cubierto)	<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 (Elija uno que represente mejor al afiliado cubierto)	<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).