

February 6, 2008

Dear Delta Dental Enrollee:

Recent changes in California law will require that all health care plans provide language assistance to their plan enrollees beginning January 1, 2009.

If you or a member of your family covered by Delta Dental cannot speak, read or write English well enough to understand information received from Delta Dental, or to communicate with your dentist, dental office staff, or Delta Dental about your dental coverage and treatment, then you may request language assistance beginning in 2009. To prepare for our language assistance program we are surveying our enrollees to assess who will require assistance and in what languages we will need to communicate.

We are also required by the regulation to collect demographic information from all our enrollees regarding race and ethnicity and we have included those questions on this survey.

Responding to this survey is optional and will not affect your dental coverage. When you complete the survey, please return it by March 31st, 2008 to:

Delta Dental of California
Attn: LAP
P.O. Box 193993
San Francisco, CA 94119-3993

or complete the survey online at:

www.deltadentalins.com/language_survey.html

Sincerely,

DELTA DENTAL OF CALIFORNIA

**DELTA DENTAL
LANGUAGE ASSISTANCE AND DEMOGRAPHIC PROFILE
SURVEY**

PLEASE COMPLETE THE TABLE BELOW

	Primary Enrollee or person under whose name and ID Delta Dental provides coverage (Required)	Dependent Enrollee #1	Dependent Enrollee #2	Dependent Enrollee #3 (Attach additional paper if necessary.)
First Name				
Last Name				
Date of Birth	/ / dd mm yyyy	/ / dd mm yyyy	/ / dd mm yyyy	/ / dd mm yyyy
Relationship to Primary Enrollee				
Enrollee ID*				
Language Preferred				
Ethnicity ** (Optional)	☐ Hispanic or Latino ☐ Not Hispanic or Latino	☐ Hispanic or Latino ☐ Not Hispanic or Latino	☐ Hispanic or Latino ☐ Not Hispanic or Latino	☐ Hispanic or Latino ☐ Not Hispanic or Latino
Race ** (Optional)	☐ Caucasian ☐ Black or African American ☐ Native American or Alaska Native ☐ Asian ☐ Native Hawaiian or Other Pacific Islander ☐ Other Race ☐ Two or More Races	☐ Caucasian ☐ Black or African American ☐ Native American or Alaska Native ☐ Asian ☐ Native Hawaiian or Other Pacific Islander ☐ Other Race ☐ Two or More Races	☐ Caucasian ☐ Black or African American ☐ Native American or Alaska Native ☐ Asian ☐ Native Hawaiian or Other Pacific Islander ☐ Other Race ☐ Two or More Races	☐ Caucasian ☐ Black or African American ☐ Native American or Alaska Native ☐ Asian ☐ Native Hawaiian or Other Pacific Islander ☐ Other Race ☐ Two or More Races

* *The Primary Enrollee ID is your Social Security Number, assigned ID, or alternate ID.*

** *We are required to ask these questions, but you may choose not to answer them.*

Privacy Assurance: Delta Dental employs industry-standard security measures to control access to the personal enrollee information under our control and to safeguard the confidentiality of your information. The personal information you supply in this questionnaire will be cross-referenced with your Delta Dental records and will not be used for any other purposes.

February 7, 2008

Estimado afiliado de Delta Dental:

Los cambios recientes en las leyes de California dispone que todos los planes de seguro médico proporcionen asistencia lingüística a sus afiliados a partir del 1º de enero del 2009.

Si usted o un miembro de su familia con cobertura de Delta Dental no puede hablar, leer ni escribir en inglés con suficiente aptitud para entender la información recibida de Delta Dental o para comunicarse con su dentista, el personal del consultorio dental o Delta Dental sobre su cobertura y tratamiento dental, entonces puede solicitar asistencia lingüística a partir del 2009. Con el fin de preparar nuestro programa de asistencia lingüística tenemos que saber quién requerirá asistencia y en qué idioma será necesario comunicarnos.

El reglamento también exige que obtengamos información demográfica de todos nuestros afiliados con respecto a raza y origen étnico y hemos incluido esas preguntas en esta encuesta.

Responder a la encuesta es opcional y no afectará su cobertura dental. Una vez que haya completado la encuesta, sírvase enviarla antes del 31 de marzo del 2008 a:

Delta Dental of California
Attn: LAP
P.O. Box 193993
San Francisco, CA 94119-3993

o puede completar la encuesta en línea en:

www.deltadentalins.com/language_survey.html

Atentamente,

DELTA DENTAL OF CALIFORNIA

DELTA DENTAL ASISTENCIA LINGÜÍSTICA Y PERFIL DEMOGRÁFICO ENCUESTA

COMPLETE LA SIGUIENTE TABLA.

	Afiliado primario o persona bajo cuyo nombre e identificación proporciona Delta Dental la cobertura (obligatorio completar)	Primer miembro de la familia inscrito	Segundo miembro de la familia inscrito	Tercer miembro de la familia inscrito (si es necesario puede usar otra hoja de papel)
Nombre				
Apellido(s)				
Fecha de nacimiento	dd / mm / aaaa	dd / mm / aaaa	dd / mm / aaaa	dd / mm / aaaa
Relación con el afiliado primario				
ID del afiliado*				
Idioma preferido				
Origen étnico (la información es optativa)**	☐ Hispano o Latino ☐ No Hispano ni Latino	☐ Hispano o Latino ☐ No Hispano ni Latino	☐ Hispano o Latino ☐ No Hispano ni Latino	☐ Hispano o Latino ☐ No Hispano ni Latino
Raza (la información es optativa)**	☐ Caucásico ☐ Negro o africano americano ☐ Indio americano o nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Nativo de Hawai u otra isla del Pacífico ☐ Otra raza ☐ Dos o más razas	☐ Caucásico ☐ Negro o africano americano ☐ Indio americano o nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Nativo de Hawai u otra isla del Pacífico ☐ Otra raza ☐ Dos o más razas	☐ Caucásico ☐ Negro o africano americano ☐ Indio americano o nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Nativo de Hawai u otra isla del Pacífico ☐ Otra raza ☐ Dos o más razas	☐ Caucásico ☐ Negro o africano americano ☐ Indio americano o nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Nativo de Hawai u otra isla del Pacífico ☐ Otra raza ☐ Dos o más razas

* **El ID del afiliado primario es su Número de Seguro Social (NSS), ID asignado o ID alternativo.**

** **Tenemos la obligación de hacer estas preguntas, pero si usted lo desea, no las tiene que contestar.**

Garantía de la privacidad: Delta Dental utiliza medidas de seguridad típicas del sector para controlar el acceso a la información privada de nuestros afiliados de la que nosotros tenemos control y para salvaguardar la confidencialidad de su información. La información personal que usted nos suministra en este cuestionario se ligará a sus expedientes de Delta Dental y no utilizará para ningún otro fin.

February 7, 2008

親愛的Delta Dental參加者：

最近加州法律有所變更，要求所有保健計畫從2009年1月1日起向該計畫成員提供語言幫助。

如果您或參加Delta Dental的任何家人的英語說、讀、寫程度不足以理解Delta Dental的資料，或不能與您的牙科醫生、牙醫辦公室工作人員或Delta Dental交流您的牙科保險和治療事項，那麼從2009年起您可以尋求語言幫助。為了準備我們的語言幫助專案，我們需要瞭解哪些人需要幫助，以及我們需要交流哪些語種。

照規定，我們須向所有投保人收集有關種族與族裔的人口統計資訊，我們已將這些問題附在這份問卷內。

您不一定要回答這份問卷，這不會影響您的牙科保險福利。填完問卷後請在2008年3月31日之前寄至：

Delta Dental of California
Attn: LAP
P.O. Box 193993
San Francisco, CA 94119-3993

或是上網填寫問卷：

www.deltadentalins.com/language_survey.html

謹此，

DELTA DENTAL OF CALIFORNIA

DELTA DENTAL 語言協助與人口資料 問卷

請填寫下表。

	主要加入者或是 以該人姓名和身 分證明獲得Delta Dental保險的人士 (必填)	受撫養加入者 #1	受撫養加入者 #2	受撫養加入者 #3 (若有必要，可另外 附紙說明)
名				
姓				
出生日期	日 / 月 / 年	日 / 月 / 年	日 / 月 / 年	日 / 月 / 年
與主要加入者 之間的關係				
加入者身份證 明*				
首選語種				
族裔 (選填)**	☐ 西班牙或拉丁美洲裔 ☐ 非西班牙或拉丁美洲裔	☐ 西班牙或拉丁美洲裔 ☐ 非西班牙或拉丁美洲裔	☐ 西班牙或拉丁美洲裔 ☐ 非西班牙或拉丁美洲裔	☐ 西班牙或拉丁美洲裔 ☐ 非西班牙或拉丁美洲裔
種族 (選填)**	☐ 白人 ☐ 黑人或非裔美國人 ☐ 美國原住民或阿拉斯加原住民 ☐ 亞裔 ☐ 夏威夷原住民或其他太平洋島民 ☐ 其他種族 ☐ 2個或2個以上的種族	☐ 白人 ☐ 黑人或非裔美國人 ☐ 美國原住民或阿拉斯加原住民 ☐ 亞裔 ☐ 夏威夷原住民或其他太平洋島民 ☐ 其他種族 ☐ 2個或2個以上的種族	☐ 白人 ☐ 黑人或非裔美國人 ☐ 美國原住民或阿拉斯加原住民 ☐ 亞裔 ☐ 夏威夷原住民或其他太平洋島民 ☐ 其他種族 ☐ 2個或2個以上的種族	☐ 白人 ☐ 黑人或非裔美國人 ☐ 美國原住民或阿拉斯加原住民 ☐ 亞裔 ☐ 夏威夷原住民或其他太平洋島民 ☐ 其他種族 ☐ 2個或2個以上的種族

* 主要加入者身份證明為您的社會安全號碼 (SSN)、指定或替代身份證明。

** 我們照規定詢問這些問題，但是您可以選擇不作答。

隱私權保護: Delta Dental使用業界標準的安全措施控制調閱我們控管的會員個人資料，並維護您的資訊隱私。您在本問卷提供的個人資料只會與您的Delta Dental紀錄交叉參照，不會用於其他任何用途。