



**SOLICITUD DE INFORME DE DIVULGACIONES**  
(Continuación)

Envíen por correo mi información a la siguiente dirección:

\_\_\_\_\_  
Dirección física

\_\_\_\_\_  
Ciudad

\_\_\_\_\_  
Estado

\_\_\_\_\_  
Código postal

Recibirá una respuesta en un plazo de 60 días después de que Anthem reciba su solicitud.

Nombre y firma del solicitante o miembro:

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

Documentos adjuntos: Obtenga ayuda en otros idiomas

Aviso de no discriminación

**[anthem.com/inmedicaid](http://anthem.com/inmedicaid)**

**Atendiendo al Hoosier Healthwise, Healthy Indiana Plan  
y Hoosier Care Connect**

Anthem Blue Cross and Blue Shield es el nombre comercial de Anthem Insurance Companies, Inc.,  
licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. Anthem es una marca comercial  
registrada de Anthem Insurance Companies, Inc.