

Formulario de solicitud del paquete de la PEBB

3838 (05/26)



ESCRIBIR CON **LETRA DE IMPRENTA DE FORMA CLARA**

*** Esta información es obligatoria.**

Se producirán demoras en el procesamiento del formulario si no se completan los campos marcados con un asterisco.

Sección 1 Datos del titular de la cuenta

* Nombre	Inicial del segundo nombre	* Apellido		
* Dirección de correo postal		* Ciudad	* Estado	* Código postal
* Domicilio		* Ciudad	* Estado	* Código postal
* Dirección de correo electrónico		* Número de teléfono		

Envíe el formulario completo a **BenefitHelp Solutions**

Correo postal: P.O. Box 40548, Portland, OR 97240-0548 **Fax:** 503-765-3453 **Correo electrónico:** bhspebbe@benefithelpsolutions.com

¿Tiene preguntas? 800-556-3137, de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m., hora estándar del Pacífico (PST).