

DECLARACIÓN DE DISCAPACIDAD

PARA HIJOS MAYORES DE EDAD DEPENDIENTES

Se requiere llenar este formulario para un(a) hijo(a) dependiente que normalmente perdería su elegibilidad con Western Health Advantage únicamente por su edad, pero es elegible para tener un estado de discapacidad porque él/ella depende principalmente del suscriptor para mantenerse y no puede tener un empleo para sostenerse debido a una lesión, enfermedad o condición incapacitante física o mental contraída antes de los 26 años.

Este formulario debe ser llenado y firmado por el médico de su hijo(a) y el suscriptor y, devolverse a Western Health Advantage, no después del (fecha) _____ o la cobertura de atención de salud del hijo(a) mayor de edad dependiente se cancelará.

Nombre del grupo _____ Número del grupo _____

Nombre del suscriptor _____

Número de identificación del suscriptor _____

Nombre del hijo o de la hija dependiente _____ Fecha de nacimiento _____

Número de seguro social del hijo o de la hija dependiente _____

El médico del hijo o de la hija debe llenar esta parte:

Yo, el médico abajo firmante certifico que el hijo o la hija dependiente antes mencionado(a) no puede tener un empleo para mantenerse debido a (diagnóstico específico de discapacidad) _____

Pronóstico _____

¿Es esta discapacidad permanente? Sí No

Si no, ponga una fecha aproximada en que podrá tener un empleo para mantenerse _____

NOMBRE DEL MÉDICO

FIRMA DEL MÉDICO

FECHA

El suscriptor debe llenar esta parte:

Yo, el padre o tutor abajo firmante certifico que (nombre del hijo(a) dependiente) _____

nacido el (fecha de nacimiento) _____ es un(a) hijo(a) soltero(a) (incluyendo cualquier hijastro(a) o hijo(a) adoptado(a) legalmente), y depende principalmente de mí para mantenerse y no puede tener un empleo para sostenerse debido a una lesión, enfermedad o condición incapacitante física o mental.

NOMBRE DEL PADRE O TUTOR

FIRMA DEL PADRE O TUTOR

FECHA

WHA Internal Use Only

Date Request Received _____ Identification Verified (documents checked)

Signature of Manager or Supervisor _____

Printed Name _____