

Solicitud de inscripción/Suplemento del formulario: Información sobre dependiente menor/adulto

Western
Health
Advantage



Enviar por correo a: Western Health Advantage, Attn: Eligibility
2349 Gateway Oaks Drive, Suite 100, Sacramento, CA 95833

Enviar por fax a: 916.568.0334

Enviar por correo electrónico a: eligibility@westernhealth.com

¿Preguntas? 916.563.2206, 888.442.2206 número gratuito u 888.877.5378 para TDD/TTY

Complete este formulario si la Solicitud/Formulario de inscripción es A) solo para un menor o B) un plan familiar que incluye: (1) un dependiente menor, (2) un dependiente adulto que no puede tomar decisiones de atención médica por su cuenta, o (3) un padre/madre o padrastro/madrastra dependiente que es elegible o está inscrito en Medicare*.

Nombre del solicitante (dependiente menor/adulto) _____ Fecha de nacimiento _____

¿Es el suscriptor o la persona responsableⁱ mencionada en la Solicitud/Formulario de Inscripción un padre/madre o tutor legalmente autorizado para recibir/divulgar información sobre el solicitante dependiente menor o adulto?ⁱⁱ SÍ NO

En caso afirmativo: Proporcione información sobre cualquier **otro** padre/madre/tutor legalmente autorizado para recibir/divulgar información sobre el solicitante dependiente menor o adulto.

En caso negativo: Proporcione información sobre todos los padres/madres/tutores legalmente autorizados para representar al solicitante dependiente menor o adulto.

Nombre _____ Apellido _____ Inicial del segundo nombre _____

Relación (marque uno): Padre/Madre Tutor Otro _____

Dirección _____ N.º de Apto./Unidad _____

Ciudad, Estado, Código postal _____

Correo electrónico _____ Teléfono _____

Nombre _____ Apellido _____ Inicial del segundo nombre _____

Relación (marque uno): Padre/Madre Tutor Otro _____

Dirección _____ N.º de Apto./Unidad _____

Ciudad, Estado, Código postal _____

Correo electrónico _____ Teléfono _____

Nombre _____ Apellido _____ Inicial del segundo nombre _____

Relación (marque uno): Padre/Madre Tutor Otro _____

Dirección _____ N.º de Apto./Unidad _____

Ciudad, Estado, Código postal _____

Correo electrónico _____ Teléfono _____

¿El dependiente menor/adulto vive en la misma dirección que la persona responsable o el suscriptor? SÍ NO

En caso la respuesta sea No: Proporcione Dirección _____ N.º de Apto./Unidad _____

Ciudad, Estado, Código postal _____

continuación

ⁱ Un representante personal del niño menor o niño adulto, que no puede tomar decisiones de atención médica, es por lo general el padre/madre o tutor legal del niño. No incluya a un padre/madre si el tribunal ha eliminado los derechos parentales con respecto al solicitante menor o dependiente adulto.

ⁱⁱ Por lo general, un plan de salud con cobertura HIPAA, como Western Health Advantage, debe permitir que los representantes personales soliciten/reciban información médica protegida sobre un menor. Sin embargo, las leyes federales y estatales prohíben que WHA brinde información sobre menores de 12 años de edad o mayores en relación con servicios sensibles sin la autorización por escrito del menor.

Nombre del solicitante (dependiente menor/adulto) _____ **Fecha de nacimiento** _____

He revisado personalmente toda la información provista en esta Solicitud de inscripción/Suplemento del formulario. A mi leal saber y entender, toda la información en esta Solicitud de inscripción/Suplemento del formulario es precisa, verdadera y completa. Si WHA determina que la información en la Solicitud/Formulario, incluido este Suplemento, es materialmente inexacta, falsa o incompleta, entiendo que la cobertura puede ser cancelada o, si la falta de precisión, falsedad o estado incompleto fueron intencionales, la cobertura puede ser anulada. Además, entiendo que debo proporcionar a WHA cualquier información nueva que surja después de la presentación de esta solicitud pero antes que comience mi inscripción en WHA.

Si el único solicitante en la Solicitud/Formulario de inscripción es menor: Si el único solicitante es menor de 18 años y la parte responsable no es el padre/madre natural del solicitante, entonces deben presentarse las copias de los documentos de la corte que autorizan la tutela junto con la Solicitud/Formulario de inscripción, o al Servicio para Miembros de WHA al momento de la inscripción.

Para los dependientes adultos, deben presentarse las copias de los documentos de la corte que autorizan la tutela o custodia junto con la Solicitud/Formulario de inscripción, o al Servicio para Miembros de WHA al momento de la inscripción.

Nombre (en letra de imprenta) de la parte responsable (en nombre del solicitante o dependiente) _____

Firma _____ Fecha _____

*Para obtener información adicional sobre los beneficios cubiertos para un padre/madre o padrastro/madrastra dependiente que es elegible o está inscrito en Medicare, comuníquese con el Programa de Asesoramiento y Defensa del Seguro Médico (HICAP) o con su agente. HICAP brinda asesoramiento sobre seguros médicos para personas mayores de California. Llame al número de teléfono gratuito de HICAP, 1.800.434.0222, para obtener una derivación a su consultorio local de HICAP, o consulte la lista que se proporciona a continuación. HICAP es un servicio gratuito proporcionado por el Estado de California.

Condados de El Dorado, Placer, Sacramento y Yolo Dirección: 505 12th Street, Sacramento, CA 95814
Teléfono: 916.376-8915 (Lunes a viernes: 9:00 a. m. a 4:00 p. m.)

Condados de Marin, Napa, Solano y Sonoma Dirección: 1129 Industrial Ave, Suite 201, Petaluma, CA 94954
Teléfono: 707.526.4108 (Lunes a viernes: 9:00 a. m. a 3:00 p. m.)