

# 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 \_\_\_\_\_

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.

Firma del padre o tutor

Fecha