

Formulario para Pareja Doméstica No Registrada

PARA INDIVIDUOS / FAMILIAS

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

Envíelo por fax a: 916.568.0334

Enviar por correo electrónico a: eligibility@westernhealth.com

Preguntas directas a: 916.563.2206, 888.442.2206 gratis o 888.877.5378 (TDD/TTY)

Este formulario se usa para Suscriptor del Plan Individual que han convenido en cubrir a parejas domésticas no registradas como dependientes. Los empleados que deseen inscribir a una pareja doméstica no registrada como dependiente deberán completar este formulario además de presentar un formulario de Inscripción/Cambio.

En general, las parejas domésticas no registradas que pueden calificar para inscribirse como dependientes son dos adultos no casados que han decidido compartir sus vidas en una relación íntima y entregada con mutuo cariño pero que no califican para registrarse como parejas domésticas en virtud de la ley de California.

El Suscriptor por medio del presente declara que todo lo siguiente es verdadero y que además promete notificar a WHA inmediatamente en caso de que cualquiera de las siguientes situaciones dejara de ser cierta:

1. Ambas personas tienen una residencia común.
2. Ambas personas están de acuerdo en responder por sus gastos básicos mutuos incurridos durante la relación doméstica.
3. Ninguna de las personas está casada ni es miembro de otra relación doméstica.
4. Las dos personas no tienen lazos consanguíneos que de alguna manera les impedirían casarse mutuamente en este estado.
5. Ambas personas tienen por lo menos 18 años de edad.
6. Las personas no están registradas como parejas domésticas en California y el empleador del suscriptor ha aprobado la elegibilidad de parejas domésticas no registradas.
7. Ambas personas son capaces de consentir a la relación doméstica.
8. Ninguna de las personas ha presentado previamente una Declaración de Relación Doméstica ante la Secretaría de Estado de conformidad con esta división que no haya cesado en virtud de la Sección 299.

Nombre del Suscriptor (letra de imprenta) _____

Firma _____ Fecha _____