

Aplicación para solicitar la continuación de cobertura para un hijo dependiente incapacitado



Por favor envíe esta forma con toda la documentación de respaldo al departamento de servicio al cliente de Wellspan Population Health Services: 3421 Concord Rd., York, PA 17402. (717) 851-6800 o (800) 842-1768 o por fax al: (717) 755-7190

_____ Solicitud Inicial	_____ Recertificación
-------------------------	-----------------------

PARTE A – PARA SER COMPLETADO POR EL EMPLEADO (Escriba claramente o en teclado)	
Nombre del empleado (Suscriptor):	# de identificación de la familia: xxxxxxxxxx
Empleador:	
Nombre del dependiente:	# de teléfono durante el día:
Fecha nacimiento del dependiente: mm / dd / aa	# de seguro social del dependiente: xxx - xx - xxxx
Dirección/número de teléfono del dependiente:	
Relación con el empleado: <input type="checkbox"/> Hijo(a) biológico(a) <input type="checkbox"/> Hijo(a) adoptado(a) <input type="checkbox"/> Custodia <input type="checkbox"/> Hijastro(a)	El dependiente está: <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a)
¿El dependiente fue alguna vez empleado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿El dependiente está actualmente empleado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si respondió "sí" a cualquiera de las preguntas anteriores, proporcione el o los nombres y las direcciones de los empleadores y las fechas de empleo:	
¿Este dependiente fue declarado como "dependiente" en la declaración de impuestos federales del año pasado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Se declarará a este dependiente como "dependiente" en la declaración de impuestos federales para este año? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Alguien más ha declarado a este dependiente para fines del impuesto federal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es sí "¿Quién?"	
¿Está este dependiente cubierto por algún otro plan de salud? <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Plan de salud patrocinado por el empleador <input type="checkbox"/> Otro (explique): _____	
Si es así, proporcione el nombre, la dirección y el número de identificación de los otros planes:	
Nota: Si aún no lo ha hecho, puede ser una ventaja financiera para usted comunicarse con el seguro social y solicitar pagos del seguro social y / o seguro médico de Medicare o Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI por sus siglas en inglés) y / o Medicaid en nombre de su dependiente incapacitado	
Naturaleza de la incapacidad del dependiente:	
Edad cuando ocurrió la incapacidad:	¿Esta incapacidad impide que el dependiente pueda trabajar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre, dirección, y número de teléfono del médico primario (o tratante):	
Nombre(s), dirección (es) y número (s) de teléfono de cualquier otro especialista o médico tratante:	
La declaración del representante autorizado (Parte C) y la declaración del médico tratante (Parte D) deben completarse y enviarse con esta solicitud.	
Continúa en la siguiente página	

PARTE B – CERTIFICACION DE EMPLEADO

Certifico que el hijo(a) dependiente mencionado anteriormente vive conmigo o que yo lo cuido y soy responsable de su manutención. También certifico que las declaraciones hechas anteriormente son verdaderas y completas a mi leal saber y entender. Entiendo que la cobertura continua para este dependiente incapacitado después de la edad límite, como se establece en mi plan, no está garantizada y está sujeta a la aprobación del plan. Entiendo que cualquier declaración fraudulenta puede ser causa de que se suspenda la participación en el plan de mi dependiente incapacitado.

Firma: _____

Nombre en letra de molde: _____ Fecha: _____

PARTE C – DECLARACION DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO**Para ser completado por el dependiente**

Si usted desea otorgar autorización a otra parte para que presente una solicitud para continuar la cobertura de un hijo dependiente incapacitado en su nombre para una nueva registración, o volver a registrarse en el plan de salud del empleado como “dependiente incapacitado”, complete la siguiente información. Si desea que esta persona reciba Información médica protegida (PHI por sus siglas en inglés) con respecto a su historial médico y su cuidado, debe marcar las casillas apropiadas a continuación y usted y su representante autorizado deben firmar y escribir la fecha.

Su nombre: _____ # de teléfono durante el día: _____

Dirección: _____

Por la presente autorizo a la persona nombrada a continuación para que me represente para mi elegibilidad como “dependiente incapacitado” con el plan de seguro médico en función de mi estado médico y financiero.

Entiendo que esta autorización es voluntaria y, si elijo hacerlo, tengo el derecho de revocarla, por escrito al plan y a mi representante designado. El plan y mi representante designado no usarán ni divulgarán mi PHI, excepto en la medida en que el plan o mi representante designado hayan tomado esta decisión basándose en los términos de esta autorización. También entiendo que el plan, en todo momento, cumplirá con todas las regulaciones federales y estatales con respecto a la privacidad de mi PHI.

Nombre del representante autorizado _____ # de teléfono durante el día : _____

Dirección del representante autorizado: _____

Autorizo al plan de seguro médico a divulgar información médica protegida con respecto a mi condición médica, la información de atención y/o pago a la persona mencionada anteriormente. Esta información debe ser relevante para la solicitud presentada al plan el mm / dd / aa (Fecha de la solicitud)

La autorización anterior puede incluir los siguientes registros médicos y tipos de información, si se marcan las casillas: Tratamiento de salud mental Pruebas o tratamientos relacionados con el VIH/SIDA
 Tratamiento por abuso de sustancias

Esta autorización entrará en vigencia de inmediato y permanecerá en vigencia hasta la primera de las resoluciones finales de mi solicitud o mm / dd / yy (Especificar fecha).

Su firma: _____

Nombre en letra de molde: _____ Fecha: _____

Para ser completado por el representante autorizado

Estoy autorizado a firmar esta autorización en nombre de _____ (nombre del dependiente) y sobre la base de:

- Autoridad legal (Poder notarial, etc.)
 Padre, tutor, u otra persona que actúe en lugar de un padre.

Firma de la representante autorizado: _____

Nombre en letra de molde: _____ Fecha: _____

Application to Request Continuation of Coverage for a Disabled Dependent Child

PART D – TO BE COMPLETED BY ATTENDING PHYSICIAN

The following information is needed in connection with an application for continued health plan coverage for a “disabled dependent.” Please provide your full reply and describe the nature and severity of the disability or impairment. Your prompt completion of this form will expedite the disability application process. Any fee for completion of this form and other information is the responsibility of the applicant or employee.

Please include all medical records along with the following information:

1. Dependent (patient) name: _____
2. Diagnosis of disability: _____
3. List any other diagnoses for this patient: _____

4. Estimate of the expected date of full or partial recovery: _____
5. Severity of disability: Mild Moderate Severe
6. Please attach a narrative (on your letterhead) addressing the following points:
 - The history of the specific medical condition(s), including reference to findings from previous examinations, treatment, and responses to treatment.
 - Clinical findings from your most recent medical evaluation, including findings of physical examinations, results of laboratory tests, x-rays, etc., and other special evaluations or diagnostic procedures and, in the case of psychiatric disease, the findings of mental status examinations and the results of psychological tests.
 - Assessment of the current clinical status and plans for future treatment.
 - Assessment of the degree to which the medical condition has or has not become static, well stabilized, or controlled, and an explanation of the medical basis for this conclusion.
 - Specify the physical and/or mental limitations or restrictions caused by the patient’s medical/mental condition(s).
 - Does the patient’s condition preclude or limit self-supporting employment? Explain your answer.
 - If the patient is incapable of self-support, at what age did the patient become incapable?
 - Can the patient handle his or her own finances?

Physician name (print): _____

Degree: _____ Specialty Board Certification: _____

Physician signature: _____ Date: _____