

Solicitud al Programa Washington Health

NOTA: Use tinta azul o negra para llenar esta solicitud. Su número de seguro social (SSN) es voluntario. Si no proporciona su SSN, le asignaremos un número de identificación (ID).

Sección 1: Información de su hogar

¿Qué idioma y dialecto habla usted?		Marque aquí si necesita un intérprete <input type="checkbox"/>		Licencia de conducir o Número de ID* de Washington	
Apellido del solicitante		Primer nombre		Inicial del segundo nombre	
Número de Seguro Social		Fecha de nacimiento			
Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		¿Solicita cobertura? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Es ciudadano estadounidense? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Recibe beneficios de Medicaid? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Dirección requerida ; debe adjuntar prueba		Dpto. #		Ciudad	
Condado		Estado		Código Postal	
Dirección postal o apartado postal (si difiere del ingresado anteriormente)		Ciudad		Condado	
Estado		Código postal			
Número telefónico particular ()		Otro número telefónico ()		¿Usa productos de tabaco? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Estado civil (marque una)		<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Legalmente separado <input type="checkbox"/> Legalmente casado – Fecha de matrimonio:		¿Está embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Dirección de correo electrónico		¿Prefiere que nos comuniquemos con usted mediante? <input type="checkbox"/> Correo de EE.UU. <input type="checkbox"/> Correo electrónico			
¿Usted, su cónyuge o sus dependientes (hasta 26 años) reciben actualmente beneficios de discapacidad del Seguro Social (SSDB)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Si respondió "sí", menciónelos aquí con la fecha de inicio de los beneficios. Adjunte copias de la carta de otorgamiento original y la actual para cada uno de ellos.					
Nombre _____		fecha de otorgamiento de los SSDB _____			
Nombre _____		fecha de otorgamiento de los SSDB _____			
Nombre _____		fecha de otorgamiento de los SSDB _____			
Nombre _____		fecha de otorgamiento de los SSDB _____			
¿Usted o su cónyuge son elegibles para Medicare (programa de salud federal para personas de más de 65 o para personas que han estado recibiendo beneficios de discapacidad del Seguro Social por más de dos años)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Si respondió "sí", menciónelos aquí:					
Nombre _____		fecha de otorgamiento de los SSDB _____			
Nombre _____		fecha de otorgamiento de los SSDB _____			
Nombre _____		fecha de otorgamiento de los SSDB _____			
Nombre _____		fecha de otorgamiento de los SSDB _____			
Complete esta sección para el cónyuge legal, solo si solicita cobertura					
Apellido del cónyuge		Primer nombre		Inicial del segundo nombre	
Número de Seguro Social		Fecha de nacimiento			
Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		¿Es ciudadano estadounidense? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Recibe beneficios de Medicaid? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Usa productos de tabaco? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Está embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

* Si proporciona un número de tarjeta de identificación o de licencia de conducir del Estado de Washington válido, Washington Health puede aceptarlo como comprobante de residencia sin que usted envíe una copia del documento.

Sección 2: Dependientes legales (Si son más de cuatro, indíquelos en una hoja separada o copie esta página).

Mencione a sus dependientes legales para los que está solicitando la cobertura.

1	Apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre		Relación con el solicitante <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Otro _____	
Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento	Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	¿El dependiente es un ciudadano estadounidense? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿El dependiente recibe educación superior fuera del estado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Si la respuesta es "sí", envíe un comprobante de la inscripción.</i>				
¿El dependiente recibe beneficios de Medicaid? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
2	Apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre		Relación con el solicitante <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Otro _____	
Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento	Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	¿El dependiente es un ciudadano estadounidense? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿El dependiente recibe educación superior fuera del estado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Si la respuesta es "sí", envíe un comprobante de la inscripción.</i>				
¿El dependiente recibe beneficios de Medicaid? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
3	Apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre		Relación con el solicitante <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Otro _____	
Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento	Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	¿El dependiente es un ciudadano estadounidense? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿El dependiente recibe educación superior fuera del estado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Si la respuesta es "sí", envíe un comprobante de la inscripción.</i>				
¿El dependiente recibe beneficios de Medicaid? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
4	Apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre		Relación con el solicitante <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Otro _____	
Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento	Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	¿El dependiente es un ciudadano estadounidense? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿El dependiente recibe educación superior fuera del estado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Si la respuesta es "sí", envíe un comprobante de la inscripción.</i>				
¿El dependiente recibe beneficios de Medicaid? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				

Sección 3: Selección Elija un plan de salud para su familia (marque uno)

Beneficio máximo anual: Health 75 (\$75,000) Health 100 (\$100,000)

El beneficio máximo anual se aplica a todos los servicios por miembro, por año calendario. Cada año, una vez que alcanza el beneficio máximo según el plan que eligió cuando se inscribió, usted es responsable de todos los cargos permitidos.

(continúa en la página siguiente)



Contrato y firmas

Entiendo que:

- Al firmar este formulario, autorizo a Washington Health a verificar mi información de elegibilidad con otras agencias federales o del estado u otros terceros.
- Debo informar los cambios de dirección y los cambios en mi familia.
- **El depósito del pago de mi prima por parte de Washington Health no garantiza la cobertura. El pago será reembolsado si me determinan inelegible para la cobertura.**

Autorizo a mi plan de salud o proveedor de servicios médicos a entregar mis registros médicos a Washington Health para fines de mi participación en Washington Health.

He leído y entiendo la información que se me brindó en la solicitud de Washington Health. Declaro, bajo pena de perjurio, que la información que he proporcionado en esta solicitud y los documentos que envío a Washington Health son verdaderos, correctos y completos a mi leal saber y entender. Entiendo que si yo o algún miembro de mi familia, o alguna persona en mi representación, presenta información falsa, mi cónyuge o yo podríamos perder la cobertura, podríamos ser responsables desde el punto de vista financiero de los servicios obtenidos a través de Washington Health o de las sumas de primas adicionales o pasadas vencidas y podríamos enfrentar otras sanciones y acciones legales. Cualquier deuda contraída con el estado puede ser enviada a una agencia de cobranzas para la recuperación.

El acuerdo debe ser firmado por usted y su cónyuge, si están legalmente casados.

_____	_____	_____	_____
Firma del solicitante	Fecha	Firma del cónyuge	Fecha
Firma de todos los dependientes de 18 años a más			
_____	_____	_____	_____
Firma	Fecha	Firma	Fecha
_____	_____	_____	_____
Firma	Fecha	Firma	Fecha

Lista de verificación final

Asegúrese de incluir lo siguiente cuando presente su solicitud:

- Documentos que muestren su nombre y su dirección actual*
- Solicitud firmada por usted y su cónyuge, si está casado legalmente
- Su *Cuestionario estándar sobre salud* (SHQ) completo para **cada miembro de la familia**
- El *Formulario de permiso* (disponible en www.washingtonhealth.hca.wa.gov) si desea que otra persona pueda acceder a la información de su cuenta, incluyendo su cónyuge sin cobertura.

No envíe ningún pago con su solicitud.

*A menos que usted proporcione una licencia de conducir o un número de identificación del estado de Washington válido

Dirección postal: Washington Health, PO Box 42714, Olympia, WA 98504-2714

Fax: 360-923-2910 ó 360-923-2610

Visite nuestro sitio web para obtener más información en www.washingtonhealth.hca.wa.gov o llámenos al 1-800-660-9840.

Declaración de privacidad: Mantendremos su información bajo privacidad según lo permitido por la ley. La Autoridad de Atención Médica del Estado de Washington administra el Programa Washington Health. Para ver su Aviso de Privacidad, llame al 360-923-2822 o visite www.hca.wa.gov.