



# FORMULARIO DE CAMBIOS EN LA FAMILIA

**NOTA:** Su número de Social Security es voluntario.

## INSTRUCCIONES Y DIRECTRICES

Si tiene preguntas acerca de la información o documentos necesarios, busque en línea en [www.washingtonhealth.hca.wa.gov](http://www.washingtonhealth.hca.wa.gov) o llame a Washington Health al **1-800-660-9840**.

Si necesita copias adicionales de este formulario, puede imprimirlas del Internet en [www.washingtonhealth.hca.wa.gov](http://www.washingtonhealth.hca.wa.gov), llame a Washington Health para pedir las, o fotocopie este formulario.

Asegúrese de hacer referencia a la carta que recibió con este formulario para detalles de tiempo y otros documentos que Washington Health necesita de usted.

## SECCIÓN UNO

### SUSCRIPTOR ACTUAL

Número de Seguro Social (SSN)		Apellido		Nombre		Inicial del segundo nombre	
Número de casa Dirección Número de Apt./unidad		Ciudad	Condado	Estado	Código postal		
Dirección postal (si es diferente de la residencia)		Ciudad	Condado	Estado	Código postal		
Número de teléfono del hogar (     )			Número de teléfono de día (     )				
Dirección de correo electrónico				¿Prefiere que nos pongamos en contacto con usted por? <input type="checkbox"/> Correo general <input type="checkbox"/> Correo electrónico			
¿Ciudadano de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Usa usted productos de tabaco? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Fecha de nacimiento /    /		Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		
¿Está usted cubierto actualmente por Washington Health? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			¿Está solicitando cobertura para usted? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Es usted: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado legalmente <input type="checkbox"/> Separado legalmente <input type="checkbox"/> Divorciado							
Si está casado, separado, o divorciado, proporcione la fecha efectiva    /    /							
¿Está discapacitado y es mayor de 19 años de edad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							
Si la respuesta es "Sí", recibiendo Beneficios de incapacidad del Seguro Social (SSDB) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No    Fecha de autorización    /    /							
¿Es elegible para Medicare? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				¿Está recibiendo asistencia médica de DSHS? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Está embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							

(continúa)

**SECCIÓN UNO (continuación)****CÓNYUGE**

Si usted está legalmente casado(a) y solicitando cobertura para su esposo(a), por favor proporcione su información.

Número de Seguro Social (SSN)	Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre
Fecha de nacimiento / /	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Está solicitando cobertura para su esposo(a) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Usa su esposo(a) productos de tabaco? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Ciudadano de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Está discapacitado y es mayor de 19 años de edad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Si la respuesta es "Sí", recibiendo Beneficios de incapacidad del Seguro Social (SSDB) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha de autorización / /			
¿Es elegible para Medicare? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Está recibiendo asistencia médica de DSHS? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Está embarazada su esposa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

**DEPENDIENTES**

Liste a sus dependientes legales de 18 años de edad y mayores para los que está solicitando cobertura. Si son más de cuatro, lístelos en una hoja separada o copie esta página.

1. Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Número de Seguro Social (SSN)
Fecha de nacimiento / /	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	¿Está solicitando cobertura para este dependiente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Relación con el solicitante
¿Ciudadano de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Está el dependiente asistiendo a educación superior fuera de estado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Si la respuesta es "sí", envíe constancia de la inscripción.			
¿Está discapacitado y es mayor de 19 años de edad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Si la respuesta es "Sí", recibiendo Beneficios de incapacidad del Seguro Social (SSDB) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha de autorización / /			
¿Está recibiendo asistencia médica de DSHS? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
2. Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Número de Seguro Social (SSN)
Fecha de nacimiento / /	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	¿Está solicitando cobertura para este dependiente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Relación con el solicitante
¿Ciudadano de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Está el dependiente asistiendo a educación superior fuera de estado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Si la respuesta es "sí", envíe constancia de la inscripción.			
¿Está discapacitado y es mayor de 19 años de edad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Si la respuesta es "Sí", recibiendo Beneficios de incapacidad del Seguro Social (SSDB) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha de autorización / /			
¿Está recibiendo asistencia médica de DSHS? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

(continúa)

**SECCIÓN UNO (continuación)****DEPENDIENTES (continuación)**

3. Apellido		Nombre		Inicial del segundo nombre		Número de Seguro Social (SSN)
Fecha de nacimiento / /		Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		¿Está solicitando cobertura para este dependiente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Relación con el solicitante
¿Ciudadano de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
¿Está el dependiente asistiendo a educación superior fuera de estado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
Si la respuesta es "sí", envíe constancia de la inscripción.						
¿Está discapacitado y es mayor de 19 años de edad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
Si la respuesta es "Sí", recibiendo Beneficios de incapacidad del Seguro Social (SSDB) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha de autorización / /						
¿Está recibiendo asistencia médica de DSHS? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						

4. Apellido		Nombre		Inicial del segundo nombre		Número de Seguro Social (SSN)
Fecha de nacimiento / /		Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		¿Está solicitando cobertura para este dependiente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Relación con el solicitante
¿Ciudadano de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
¿Está el dependiente asistiendo a educación superior fuera de estado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
Si la respuesta es "sí", envíe constancia de la inscripción.						
¿Está discapacitado y es mayor de 19 años de edad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
Si la respuesta es "Sí", recibiendo Beneficios de incapacidad del Seguro Social (SSDB) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha de autorización / /						
¿Está recibiendo asistencia médica de DSHS? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						

*(continúa)*

**SECCIÓN DOS**

**ACUERDO (debe estar firmado)**

**Entiendo que:**

- Al firmar este formulario, yo he autorizado a Washington Health para que verifique mi información de elegibilidad con otras agencias estatales o federales u otras fuentes de terceros.
- Tengo que informar los cambios de dirección y cambios en mi familia dentro de los márgenes de tiempo que se muestran en el *Manual del Miembro* de Washington Health.
- El depósito del pago de mi prima a Washington Health no garantiza la cobertura. Se reembolsará el pago si se determina que no soy elegible para la cobertura.

Yo autorizo a mi plan de salud o a mi proveedor médico para que proporcionen registros médicos para mis hijos o míos a Washington Health para el propósito de participación en Washington Health.

La información que he proporcionado en este formulario y documentos adjuntos es verídica, correcta y completa a lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que si no revelo información o doy información falsa o engañosa a Washington Health, mi familia y yo perderemos cobertura. Si he proporcionado información falsa, Washington Health puede demandarme por perjurio o hacerme cargos por servicios recibidos mediante fraude. Si me envían facturas por primas pasadas o multas pero no las pago, el estado puede referirme a una agencia de colección o cobrar a mi patrimonio.

**Tiene que estar firmado por usted y su cónyuge.**

<b>X</b>	_____	_____	_____	_____
Su firma		Fecha	Firma del cónyuge	Fecha

**Firmas de los niños menores de 18 años de edad y mayores, quienes reciben cobertura de Washington Health**

<b>X</b>	_____	_____	_____	_____
Su firma		Fecha	Firma	Fecha

<b>X</b>	_____	_____	_____	_____
Su firma		Fecha	Firma	Fecha

La ley del Estado de Washington establece la revelación de cualquier información que usted presente como registro público. Washington Health es administrada por Health Care Authority; nuestro Aviso de Intimidación se encuentra disponible bajo solicitud llamando al 360-923-2822 o en línea en [www.hca.wa.gov](http://www.hca.wa.gov).



**Por favor presente todos los documentos necesarios.**

Envíe por correo a: Washington Health, P.O. Box 42714, Olympia, WA 98504-2714

Envíe por fax al: 360-923-2910 o 360-923-2610