



Health Plan of Washington

CERTIFICACIÓN DE DEPENDIENTE DISCAPACITADO

LEA ATENTAMENTE

El formulario de "Certificación de dependiente discapacitado" se utiliza para determinar si su hijo adulto dependiente reúne los requisitos de elegibilidad del plan para continuar con la cobertura una vez alcanzado el límite de edad.

NOTA IMPORTANTE

La imposibilidad de encontrar empleo o la reducción de mano de obra NO constituyen en sí mismas evidencia de elegibilidad para la continuación de la cobertura.

INSTRUCCIONES

Usted o su médico pueden presentar la información solicitada en este formulario de "Certificación de dependiente discapacitado". Complete todas las secciones obligatorias y firme la declaración de testimonio al final.

Paso 1: complete todas las secciones correspondientes del formulario adjunto de Certificación de dependiente discapacitado.

Paso 2: el suscriptor debe completar y firmar los campos aplicables.

Paso 3: un médico certificado debe completar y firmar los campos aplicables (donde corresponda).

Paso 4: incluya una de las siguientes:

- Copia de la carta de concesión de Seguro por Discapacidad del Seguro Social* (Social Security Disability Insurance, SSDI) (cuando corresponda).
- Copia de la orden judicial activa (cuando corresponda); por ejemplo: tutela legal.
 - Si no hay una copia del SSDI O de la orden judicial disponible, se deberá completar y firmar el testimonio del médico.
- Testimonio del médico (cuando corresponda)
 - Si su hijo tiene solamente Ingreso de Seguridad Complementario (Supplemental Security Income, SSI)** y *no* SSDI*, el médico de su hijo deberá completar la Sección 3: Declaración del médico.

Paso 5: envíe a:

LifeWise
Membership & Billing, MS 137
PO Box 91059
Seattle, WA 98111-9159

Si tiene alguna pregunta sobre el formulario adjunto, comuníquese con el Servicio al Cliente al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación.

CONDICIONES DE ELEGIBILIDAD

En virtud de las disposiciones de la cobertura del Contrato, un dependiente que posee una discapacidad física o mental puede continuar con la cobertura hasta cualquier edad siempre que se cumpla lo siguiente:

1. El dependiente ha quedado discapacitado antes de alcanzar la edad límite (después de los 25 años de edad).
2. El dependiente debe estar incapacitado o estar imposibilitado de tener un empleo que le permita mantenerse económicamente.
3. El dependiente debe estar discapacitado física o mentalmente antes de alcanzar la edad en la que la cobertura de otro modo terminaría.

El Seguro por Discapacidad del Seguro Social es el Programa de Seguro Federal
El programa de Ingreso de Seguridad Complementario (SSI) paga beneficios a adultos y niños discapacitados con ingresos y recursos limitados.

** Las declaraciones del médico tratante referentes al estado de discapacidad son necesarias e importantes para LifeWise; sin embargo, LifeWise no está sujeta a la conclusión del médico.



Health Plan of Washington

DEBEN COMPLETARSE TODAS LAS SECCIONES SEGÚN LAS INSTRUCCIONES (revise atentamente)

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL SUSCRIPTOR/SECTION 1: INFORMATION DEL SUSCRIPTOR				
SECTION 1: SUBSCRIBER INFORMATION/SECTION 1: SUBSCRIBER INFORMATION				
Nombre completo del suscriptor: (apellido, primer nombre, segundo nombre) Full name of Subscriber: (last, first, middle)		N.º de identificación del suscriptor:/Subscriber ID#:		N.º de grupo:/Group #:
Dirección:/Street Address:		Ciudad:/City:	Estado: State:	Código postal: Zip code:
				N.º de teléfono: Telephone No:
SECCIÓN 2: INFORMACIÓN DEL DEPENDIENTE/SECTION 2: DEPENDENT INFORMATION				
Nombre completo del dependiente discapacitado: (apellido, primer nombre, segundo nombre) Full Name of disabled dependent: (last, first, middle)		Fecha de nacimiento: Date of birth:	Relación con el suscriptor: Relationship to Subscriber:	
Estado civil:/Marital Status: <input type="checkbox"/> Casado/Married <input type="checkbox"/> Soltero/Single		Dirección: (si es diferente de la del suscriptor)/Address: (if different than subscriber)		
Sexo:/Sex: <input type="checkbox"/> Masculino/Male <input type="checkbox"/> Femenino/Female		Tipo de discapacidad:/Nature of disability:		Fecha de la discapacidad: Date of disability:
¿El dependiente tiene actualmente un seguro de salud adicional/otro seguro de salud? (p. ej., Medicare) Does dependent currently have other/additional health insurance? (example: Medicare) <input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No/No Si la respuesta es Sí, responda los campos siguientes./If Yes, provide responses in the fields below.				
Nombre del seguro de salud adicional/otro seguro de salud: Other/Additional Health Insurance Name:		N.º de identificación del otro seguro de salud: Other Health Insurance ID Number:		N.º de Servicio al Cliente: Customer Service Number:
¿El otro seguro de salud es la cobertura <i>principal</i> del dependiente? Is the Other Health Insurance company <i>Primary</i> coverage for the dependent? <input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No/No				

** Las declaraciones del médico tratante referentes al estado de discapacidad son necesarias e importantes para LifeWise; sin embargo, LifeWise no está sujeta a la conclusión del médico.

**DOCUMENTOS DE RESPALDO DE DISCAPACIDAD DEL SEGURO SOCIAL O TUTELA LEGAL
SOCIAL SECURITY DISABILITY OR LEGAL GUARDIANSHIP SUPPORTING DOCUMENTS**

¿El dependiente ha sido declarado discapacitado por la Administración de Seguro Social?
Has the dependent been declared disabled by the Social Security Administration?

- Si la respuesta es **Sí**, adjunte los documentos de SSDI* y SSI**.
If **Yes**, (attach SSDI *and SSI** document)
- Si la respuesta es **No**, proporcione la firma del suscriptor abajo y luego continúe con la Sección 3.
If **No**, provide subscriber signature below and then continue to section 3

Si la respuesta es **Sí**, complete lo siguiente:
If **yes**, complete the following:

- Copia de la carta de concesión de SSDI*
Copy of the SSDI* Award letter
- Extracto mensual más reciente de SSI**
Most recent monthly SSI** statement
y/o/and/or
- Orden judicial correspondiente
Applicable court order
- Firme en la línea de firma del suscriptor y **DETÉNGASE AHÍ**.
Sign on the Subscriber signature line and **STOP**

Si la respuesta es **No**, complete con la firma del suscriptor y luego continúe con la Sección 3.
If **no**, provide subscriber signature and then continue to section 3.

Firma del suscriptor./Subscriber Signature:

**O
OR**

¿El dependiente fue ubicado en tutela legal por una orden judicial?
Has the dependent been placed in Legal Guardianship by a court order?

- Si la respuesta es **Sí**, adjunte la orden judicial activa.
If **Yes**, (attach active court order)
- Si la respuesta es **No**, proporcione la firma del suscriptor abajo y luego continúe con la Sección 3.
If **No**, provide subscriber signature below and then continue to section 3

Si la respuesta es **Sí**, complete lo siguiente:
If **yes**, complete the following:

- Adjunte la copia de la orden judicial activa de tutela legal.
Attach the copy of the active Legal Guardianship court order
- Firme en la línea de firma del suscriptor y **DETÉNGASE AHÍ**.
Sign on the Subscriber signature line and **STOP**

Si la respuesta es **No**, proporcione la firma del suscriptor abajo y luego continúe con la Sección 3.
If **no**, provide subscriber signature below and then continue to section 3.

Firma del suscriptor./Subscriber Signature:

** Las declaraciones del médico tratante referentes al estado de discapacidad son necesarias e importantes para LifeWise; sin embargo, LifeWise no está sujeta a la conclusión del médico.



Health Plan of Washington

FIRMA DEL SUSCRIPTOR: Debe proporcionarse la firma para que el formulario tenga validez.
SUBSCRIBER SIGNATURE – must be signed for the form to be valid

Tenga en cuenta: Es un delito proporcionar a sabiendas información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de estafar a la compañía. Las penalidades incluyen prisión, multas y denegación de beneficios de seguro.

Please note: it is a crime to knowingly provide false, incomplete or misleading information to an insurance company for the purpose of defrauding the company. Penalties include imprisonment, fines and denial of insurance benefits.

Certifico/Doy fe de que <nombre del dependiente> cumple con los siguientes criterios:

I certify/attest that <Dependent's Name> meets the following criteria:

1. el dependiente quedó discapacitado antes de alcanzar la edad límite; y
The dependent became disabled before reaching the limiting age; and
2. es incapaz de tener un empleo que le permita mantenerse económicamente debido a la discapacidad; y
Is incapable of self-sustaining employment due to disability; and
3. depende principalmente del suscriptor (y/o cónyuge) para su sostén y mantenimiento.
The dependent relies primarily upon Subscriber (and/or spouse) for support and maintenance.

Firma del suscriptor/Subscriber's Signature _____

Fecha de la firma/Date of Signature _____

(Mi firma certifica que las declaraciones anteriores son verdaderas y, de ser necesario, puedo proporcionar documentación probatoria adicional).

(My signature attests that the above statements are true and if requested I can provide further substantiating documentation.)



Health Plan of Washington

SECCIÓN 3: INFORMACIÓN DEL MÉDICO: Lo siguiente deber ser completado, firmado y certificado por un médico.

SECTION 3: PHYSICIAN'S INFORMATION – the following must be completed, signed and certified by a physician

NOTA IMPORTANTE/IMPORTANT NOTE

La imposibilidad de encontrar empleo o la reducción de mano de obra NO constituyen en sí mismas evidencia de elegibilidad para la continuación de la cobertura.

The inability to find employment or a reduction in work force is, of themselves, NOT evidence of eligibility for continuation of coverage

Nombre del proveedor:/Provider Name:	Dirección postal del proveedor: Provider Mailing Address:	Teléfono/Provider Contact de contacto del proveedor:/Phone: Número de fax:/Fax Number:
Fecha del último examen del paciente: Date of Patient's last exam: (La fecha de solicitud y la fecha del último examen deben ser del año anterior) (The application date and date of the last exam must be Must be within the past year)	La discapacidad es completa (100 %) Disability is Complete 100% <input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No/No	La discapacidad es: Parcial ____% Disability is: Partial ____%
¿Esta discapacidad es temporal o permanente? Is this disability temporary or permanent? <input type="checkbox"/> Temporal /Temporary <input type="checkbox"/> Permanente/Permanent		Si es temporal, duración estimada: If temporary, estimated duration:
Diagnóstico que provoca la discapacidad: (proporcione ICD-10 y la nomenclatura estándar de la afección) Diagnosis causing disability: (provide ICD-10 and standard nomenclature of condition)		
¿El dependiente/paciente será capaz de mantenerse por su cuenta?/Will dependent/patient be capable of self-support <input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No. Si la respuesta es Sí, indique cuándo (fecha)/No. If yes, when (date).		
<p><u>Tenga en cuenta: Es un delito proporcionar a sabiendas información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de estafar a la compañía. Las penalidades incluyen prisión, multas y denegación de beneficios de seguro.</u></p> <p><u>Please note: it is a crime to knowingly provide false, incomplete or misleading information to an insurance company for the purpose of defrauding the company. Penalties include imprisonment, fines and denial of insurance benefits.</u></p> <p>Firma del médico tratante (en letra de molde/credenciales):/Signature of Attending Physician (Print / Credentials): _____</p> <p>Fecha de la firma:/Date of Signature: _____</p> <p><i>(Mi firma certifica que las declaraciones anteriores son verdaderas y, de ser necesario, puedo proporcionar documentación probatoria adicional).</i></p> <p><i>(My signature attests that the above statements are true and if requested I can provide further substantiating documentation.)</i></p>		

** Las declaraciones del médico tratante referentes al estado de discapacidad son necesarias e importantes para LifeWise; sin embargo, LifeWise no está sujeta a la conclusión del médico.



La discriminación es prohibida

LifeWise Health Plan of Washington (LifeWise) con las leyes de derechos civiles federales y del estado Washington aplicables, y no discrimina según la raza, el color, la nacionalidad, la edad, la discapacidad, el sexo, la identidad de género o la orientación sexual. LifeWise no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, identidad de género u orientación sexual.

LifeWise:

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para comunicarse con nosotros de manera eficiente, por ejemplo:
 - Intérpretes de lenguaje de señas calificados.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos para las personas cuyo idioma principal no sea el inglés, tales como:
 - Intérpretes calificados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con el coordinador de derechos civiles.

Si considera que LifeWise no le ha proporcionado estos servicios o se sintió discriminado de algún modo por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, identidad de género u orientación sexual, puede presentar una queja formal a la siguiente dirección: Civil Rights Coordinator — Complaints and Appeals, PO Box 91102, Seattle, WA 98111, número gratuito: 855-332-6396, fax: 425-918-5592, TTY: 711, correo electrónico AppealsDepartmentInquiries@LifeWiseHealth.com. Puede presentar una queja formal en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el coordinador de derechos civiles está disponible para ayudarle.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante:

- La Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., de manera electrónica a través del portal de reclamos de la Oficina de Derechos Civiles disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal o teléfono a la dirección y al número de teléfono indicados a continuación: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Ave SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD). Los formularios de reclamos están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.
- La Oficina del Comisionado de Seguros del Estado de Washington, de manera electrónica a través del portal de reclamos de la Oficina del Comisionado de Seguros, disponible en <https://www.insurance.wa.gov/file-complaint-or-check-your-complaint-status>, o por teléfono al 800-562-6900, 360-586-0241 (TDD). Los formularios de reclamos están disponibles en <https://fortress.wa.gov/oic/onlineservices/cc/pub/complaintinformation.aspx>.



Asistencia con el idioma

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 800-592-6804 (TTY: 711).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 800-592-6804 (TTY: 711).

注意: 如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 800-592-6804 (TTY: 711)。

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 800-592-6804 (TTY: 711).

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 800-592-6804 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 800-592-6804 (телетайп: 711).

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 800-592-6804 (TTY: 711).

УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки.

Телефонуйте за номером 800-592-6804 (телетайп: 711).

ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្អប្រថាប់ គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 800-592-6804 (TTY: 711)។

注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。800-592-6804 (TTY:711) まで、お電話にてご連絡ください。

ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያገለግሉት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 800-592-6804 (መስማት ለተሳናቸው: 711)።

XIYYEEFFANNA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajjila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 800-592-6804 (TTY: 711).

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 800-592-6804 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤਾਜ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 800-592-6804 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 800-592-6804 (TTY: 711).

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 800-592-6804 (TTY: 711).

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 800-592-6804 (TTY: 711).

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 800-592-6804 (ATS: 711).

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 800-592-6804 (TTY: 711).

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 800-592-6804 (TTY: 711).

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 800-592-6804 (TTY: 711).

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 800-592-6804 (TTY: 711) تماس بگیرید.

Este documento ha sido traducido del inglés solo para propósitos informativos. Esta traducción no cambia los requisitos de elegibilidad, beneficios, exclusiones, limitaciones ni otras disposiciones del plan de salud o del contrato en grupo. En caso de un conflicto o diferencia entre este documento traducido y la versión en idioma inglés, la versión en inglés regirá para los propósitos de aplicación e interpretación. / This document has been translated from English for informational purposes only. This translation does not change the eligibility requirements, benefits, exclusions, limitations or other provisions of the health plan or group contract. In the event of a conflict or difference between this translated document and the English language version, the English version is controlling for the purposes of application and interpretation.