

Solicitud de Inscripción y Acuerdo de Membresía: Individual/Familiar

Envíe por correo su solicitud completa a: Western Health Advantage/Individual Sales
2349 Gateway Oaks Drive, Suite 100, Sacramento, CA 95833

Envíe por fax a: 916.568.1338

Nota: Use este formulario para solicitar un Plan Individual/Familiar de Western Health Advantage (WHA). Responda completamente todas las preguntas. Debe firmar esta solicitud solamente si comprende todas las preguntas y está de acuerdo con las respuestas provistas, incluso si un agente le ayuda con la solicitud. Si tiene preguntas sobre cómo completar esta solicitud, llame al 916.563.2250. Le brindaremos servicios de traducción y otra ayuda de idiomas sin cargo alguno, en caso los necesite. O si está trabajando con un agente, llámelo para solicitar ayuda.

PERSONA QUE SOLICITA LA COBERTURA ("SOLICITANTE")

Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____ Apellido _____

Número de seguro social _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección residencial _____ N.º de Apto./Unidad _____

Ciudad, Estado, Código postal _____ Condado _____

Dirección postal _____ N.º de Apto./Unidad _____

Ciudad, Estado, Código postal _____

Teléfono principal _____ Teléfono secundario _____

Dirección de correo electrónico _____ Paciente actual Sí No

Médico de atención primaria _____ N.º de identificación _____ Grupo médico _____

Género* Masculino Femenino Intersexual

¿Es usted de origen latino, hispano o español? Prefiero no responder Sí No

¿Cómo describiría su raza? Marque todas las que correspondan Prefiero no responder Blanco/Caucásico

Indio americano/Nativo de Alaska Asiático Negro/Afroamericano Nativo hawaiano/Isleño del Pacífico

Otro _____

¿Con qué idioma se siente más cómodo al hablar? Prefiero no responder Inglés Español

Otro _____

¿Qué idioma prefiere para los materiales escritos? Prefiero no responder Inglés Español

Otro _____

*Para brindarle un mejor servicio, visite el portal seguro para miembros de WHA, mywha.org, para indicar sus pronombres preferidos, orientación sexual e identidad de género.

INFORMACIÓN DEL DEPENDIENTE Agregar Eliminar | Género* Masculino Femenino IntersexualRelación con el suscriptor Cónyuge/Pareja Doméstica Hijo, hasta los 26 años Padre/Padrastra**

Número de seguro social _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____

Apellido _____

Médico de atención primaria _____ N.º de ID _____

Grupo médico _____ Paciente actual Sí No¿Es usted de origen latino, hispano o español? Prefiero no responder Sí No¿Cómo describiría su raza? Marque todas las que correspondan Prefiero no responder Blanco/Caucásico Indio americano/Nativo de Alaska Asiático Negro/Afroamericano Nativo hawaiano/Isleño del Pacífico Otro _____¿Con qué idioma se siente más cómodo al hablar? Prefiero no responder Inglés Español Otro _____¿Qué idioma prefiere para los materiales escritos? Prefiero no responder Inglés Español Otro _____**INFORMACIÓN DEL DEPENDIENTE** Agregar Eliminar | Género* Masculino Femenino IntersexualRelación con el suscriptor Cónyuge/Pareja Doméstica Hijo, hasta los 26 años Padre/Padrastra**

Número de seguro social _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____

Apellido _____

Médico de atención primaria _____ N.º de ID _____

Grupo médico _____ Paciente actual Sí No¿Es usted de origen latino, hispano o español? Prefiero no responder Sí No¿Cómo describiría su raza? Marque todas las que correspondan Prefiero no responder Blanco/Caucásico Indio americano/Nativo de Alaska Asiático Negro/Afroamericano Nativo hawaiano/Isleño del Pacífico Otro _____¿Con qué idioma se siente más cómodo al hablar? Prefiero no responder Inglés Español Otro _____¿Qué idioma prefiere para los materiales escritos? Prefiero no responder Inglés Español Otro _____

**Para obtener información adicional sobre los beneficios cubiertos para un padre/madre o padrastra/madrastra dependiente que es elegible o está inscrito en Medicare, comuníquese con el Programa de Asesoramiento y Defensa del Seguro Médico (HICAP) o con su agente. HICAP brinda asesoramiento sobre seguros médicos para personas mayores de California. Llame al número de teléfono gratuito de HICAP, 1.800.434.0222, para obtener una derivación a su consultorio local de HICAP, o consulte la lista que se proporciona a continuación. HICAP es un servicio gratuito proporcionado por el Estado de California.

Condados de El Dorado, Placer, Sacramento y Yolo

Dirección: 505 12th Street, Sacramento, CA 95814

Teléfono: 916.376-8915 (Lunes a viernes: 9:00 a. m. a 4:00 p. m.)

Condados de Marin, Napa, Solano y Sonoma

Dirección: 1129 Industrial Ave, Suite 201, Petaluma, CA 94954

Teléfono: 707.526.4108 (Lunes a viernes: 9:00 a. m. a 3:00 p. m.)

INFORMACIÓN DEL DEPENDIENTE Agregar Eliminar | Género* Masculino Femenino IntersexualRelación con el suscriptor Cónyuge/Pareja Doméstica Hijo, hasta los 26 años Padre/Padrastra**

Número de seguro social _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____

Apellido _____

Médico de atención primaria _____ N.º de ID _____

Grupo médico _____ Paciente actual Sí No¿Es usted de origen latino, hispano o español? Prefiero no responder Sí No¿Cómo describiría su raza? Marque todas las que correspondan Prefiero no responder Blanco/Caucásico Indio americano/Nativo de Alaska Asiático Negro/Afroamericano Nativo hawaiano/Isleño del Pacífico Otro _____¿Con qué idioma se siente más cómodo al hablar? Prefiero no responder Inglés Español Otro _____¿Qué idioma prefiere para los materiales escritos? Prefiero no responder Inglés Español Otro _____**INFORMACIÓN DEL DEPENDIENTE** Agregar Eliminar | Género* Masculino Femenino IntersexualRelación con el suscriptor Cónyuge/Pareja Doméstica Hijo, hasta los 26 años Padre/Padrastra**

Número de seguro social _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____

Apellido _____

Médico de atención primaria _____ N.º de ID _____

Grupo médico _____ Paciente actual Sí No¿Es usted de origen latino, hispano o español? Prefiero no responder Sí No¿Cómo describiría su raza? Marque todas las que correspondan Prefiero no responder Blanco/Caucásico Indio americano/Nativo de Alaska Asiático Negro/Afroamericano Nativo hawaiano/Isleño del Pacífico Otro _____¿Con qué idioma se siente más cómodo al hablar? Prefiero no responder Inglés Español Otro _____¿Qué idioma prefiere para los materiales escritos? Prefiero no responder Inglés Español Otro _____

**Para obtener información adicional sobre los beneficios cubiertos para un padre/madre o padrastra/madrastra dependiente que es elegible o está inscrito en Medicare, comuníquese con el Programa de Asesoramiento y Defensa del Seguro Médico (HICAP) o con su agente. HICAP brinda asesoramiento sobre seguros médicos para personas mayores de California. Llame al número de teléfono gratuito de HICAP, 1.800.434.0222, para obtener una derivación a su consultorio local de HICAP, o consulte la lista que se proporciona a continuación. HICAP es un servicio gratuito proporcionado por el Estado de California.

Condados de El Dorado, Placer, Sacramento y Yolo

Dirección: 505 12th Street, Sacramento, CA 95814

Teléfono: 916.376-8915 (Lunes a viernes: 9:00 a. m. a 4:00 p. m.)

Condados de Marin, Napa, Solano y Sonoma

Dirección: 1129 Industrial Ave, Suite 201, Petaluma, CA 94954

Teléfono: 707.526.4108 (Lunes a viernes: 9:00 a. m. a 3:00 p. m.)

PERSONA RESPONSABLE Marque si es el mismo que el solicitante

Relación con el suscriptor _____

Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____

Apellido _____

Dirección _____ N.º de Apto./Unidad _____

Ciudad, Estado, Código postal _____

Teléfono de casa _____ Día Tarde Teléfono del trabajo _____ Día TardeIdioma hablado preferido Inglés Español Ruso Chino Vietnamita Otro _____**INFORMACIÓN DE CORRESPONDENCIA Y FACTURACIÓN****Enviar toda la correspondencia a:** Solicitante Persona responsable**Enviar la facturación a:** Solicitante Persona responsable Tercero (indicar la información a continuación)

Nombre del Administrador externo (TPA) _____

Dirección de facturación _____ N.º de Apto./Unidad _____

Ciudad, Estado, Código postal _____

La solicitud debe ir acompañada del cheque para la prima del primer mes.

Una vez inscrito, las siguientes opciones están disponibles para pagar su prima mensual:

- Cheque que incluye el eCheck
- Transferencia electrónica de fondos (EFT)
- Visa, Mastercard, American Express o Discover

INFORMACIÓN SOBRE EL PLAN

1. ¿En qué plan de salud le gustaría inscribirse? (Seleccione solamente un plan.)

- WHA Platinum 90 HMO WHA Gold 80 HMO WHA Off Exchange Silver 70 HMO
 WHA Bronze 60 HMO WHA Bronze 60 HDHP HMO** WHA Minimum Coverage HMO*
 Advantage WHA Silver 4800 HDHP HMO** Advantage WHA Bronze 7000 HDHP HMO**

* Inscripción limitada a personas de 30 años y menores O exenciones calificadas

** Si elige el plan compatible con HSA y desea abrir una cuenta de ahorros para la salud, asegúrese de completar un formulario de autorización de HSA.

2. WHA ofrece DeltaCare® USA, una cláusula adicional dental para adultos, para planes individuales/familiares. Nota:

La cláusula adicional dental para adultos se agrega a todos los miembros adultos (19 años o más) que tienen cobertura con el plan seleccionado.

- Elijo agregar DeltaCare® USA a mi plan. Entiendo que habrá un cargo adicional de \$18.57 mensual por miembro adulto en mi estado de cuenta de la prima.

3. Fecha de vigencia, solicito ser inscrito con una fecha de vigencia de:

- el 1.º del mes después de este mes (su solicitud debe recibirse a más tardar el día 15 del mes actual.)
 el 1.º del mes después del siguiente mes (su solicitud debe recibirse a más tardar el día 15 del siguiente mes.)
WHA hará todo lo posible para cumplir con la fecha de vigencia solicitada. Sin embargo, si el procesamiento no se completa en la fecha de vigencia solicitada, se le inscribirá, a partir del 1.º del mes siguiente a la aprobación.

PERÍODO ESPECIAL DE INSCRIPCIÓN

El período anual de inscripción abierta para la nueva cobertura es del 1 de noviembre al 31 de enero. Estas fechas están sujetas a cambios de conformidad con los cambios que se den en la ley. Puede cambiar su plan de beneficios, inscribirse en la cobertura de atención médica o agregar dependientes elegibles durante el período de inscripción abierta.

Fuera de este período de inscripción abierta, solo puede inscribirse para recibir atención médica, cambiar su cobertura o agregar dependientes elegibles si ha experimentado un evento de vida calificador. A esto se le llama Período Especial de Inscripción. Debe inscribirse dentro de los 60 días del evento que califica para ser elegible para un período especial de inscripción. Si pasan 60 días y no se inscribe en la cobertura médica, deberá esperar hasta el próximo período de inscripción abierta.

WHA se reserva el derecho de solicitar la verificación del evento calificador.

Doy fe de que tanto yo como mis dependientes somos elegibles para inscribirnos en un período especial de inscripción debido al siguiente evento calificador:

PÉRDIDA DE COBERTURA

- Pérdida de la cobertura de salud del empleador debido a la pérdida del trabajo
- La cobertura del empleador cambió, como una reducción en las horas trabajadas
- Finalizó la cobertura de COBRA
- Pérdida de la cobertura de Medi-Cal o Medicaid
- Final del servicio militar

CAMBIOS EN LA FAMILIA Y LA EDAD

- Cumplir 26 años y ya no ser elegible como dependiente en el plan de sus padres
- Casarse
- Nacimiento de un niño(a) o adopción reciente.
- Divorcio o separación legal de la persona a través de la cual estaba cubierto como dependiente
- Fallecimiento de la persona a través de la cual estaba cubierto como dependiente
- Un tribunal ordenó cobertura para su dependiente

OTRO

- Reubicación permanente
- Se mudó fuera del área de servicio de su compañía de seguro médico actual
- Se mudó dentro de California con acceso a nuevos planes
- Otro _____

NOTA: Los eventos calificadores están establecidos por la ley estatal y federal. WHA inscribirá a los solicitantes de conformidad con la ley, y esta lista se considerará enmendada después de cualquier cambio en las leyes pertinentes.

CONDICIONES DE ACEPTACIÓN

Lea la siguiente información y firme en el espacio provisto en la siguiente página. **Lea esta sección atentamente. Esta sección contiene información importante, incluyendo los motivos por los que WHA puede cancelar o rescindir la cobertura.**

Debe responder completamente todas las preguntas en esta solicitud, a pesar de que ya pueda ser miembro de WHA.

Asegúrese de completar correctamente la Solicitud/Acuerdo. Si no está seguro sobre la respuesta de alguna pregunta, tómese el tiempo para verificar que la información es la correcta antes de enviar su Solicitud/Acuerdo. Al firmar esta Solicitud/Acuerdo, usted afirma que todas las respuestas son verdaderas, completas y correctas a su leal saber y entender, y que si WHA acepta su solicitud de cobertura, la Solicitud/Acuerdo, junto con el Formulario del Documento Combinado de Evidencia de Cobertura y el Formulario de Divulgación (EOC/DF), constituirán el contrato del plan entre usted y WHA. Si WHA acepta al solicitante o dependiente(s) para la cobertura, la cobertura comenzará el 1.º del mes siguiente a la aceptación, o el 1.º del mes siguiente, según su selección en virtud de la "Fecha de vigencia" en esta Solicitud/Acuerdo. Su Solicitud/Acuerdo entrará en vigencia hasta el 31 de diciembre. Si cumple con todos los términos de esta Solicitud/Acuerdo y la EOC/DF, WHA renovará automáticamente esta Solicitud/Acuerdo cada año el 1.º de enero. Los términos de la Solicitud/Acuerdo y de la EOC/DF continuarán sin cambios, a menos que WHA haya enmendado los documentos, tal como se describe en la "Enmienda del Acuerdo" de la EOC/DF.

Una vez aceptado, se le proporcionará una EOC/DF. Al aceptar los beneficios de un Plan Individual/Familiar de WHA, usted acepta estar sujeto a la Solicitud/Acuerdo y a la EOC/DF. La EOC/DF para los Planes individuales de Advantage está disponible a solicitud de WHA o su agente antes de la inscripción.

WHA puede adoptar políticas, procedimientos e interpretaciones razonables para fomentar la administración ordenada y eficiente de este acuerdo. Usted no puede asignar este acuerdo ni ninguno de los derechos, intereses, reclamos por montos pagaderos, beneficios u obligaciones bajo el mismo sin la previa autorización por escrito de WHA. En cualquier disputa entre usted y WHA, un grupo médico o cualquier proveedor participante, cada parte asumirá sus propios honorarios de abogados y otros gastos. El hecho de que WHA no haga cumplir alguna disposición de la presente Solicitud/Acuerdo, o de la EOC/DF, no constituirá una renuncia a esa o cualquier otra disposición, ni perjudicará el derecho de WHA a partir de entonces de exigir el cumplimiento estricto de cualquier disposición.

Si está cubierto por un Plan Individual/Familiar de WHA, en el caso de que sufra una lesión, enfermedad o muerte debido al acto u omisión de un tercero, WHA proporcionará los servicios cubiertos. En caso de que se obtenga un recobro en su nombre, usted o su representante deben reembolsar a WHA el valor de los servicios cubiertos según lo establecido en la EOC/DF. Al firmar esta Solicitud/Acuerdo, usted otorga en su nombre y en nombre del solicitante, un derecho de retención sobre dicho recobro y acepta cooperar con WHA cuando exista la posibilidad de que se reciba un recobro.

El solicitante y sus dependientes deben vivir dentro del área de servicio de WHA. Puede comunicarse con su agente o WHA para determinar si el solicitante vive dentro del área de servicio de WHA, o puede consultar el Mapa del área de servicio en el sitio web de WHA. Cuando el solicitante está inscrito para la cobertura y en cualquier momento deja de vivir dentro del área de servicio, el solicitante ya no es elegible para la cobertura. Cuando el dependiente está inscrito para la cobertura y en cualquier momento deja de vivir dentro del área de servicio, el dependiente ya no es elegible para la cobertura. Vivir fuera del área de servicio es un hecho material que se debe reportar a WHA.

Si WHA acepta su solicitud de cobertura, dicha cobertura puede finalizar por fraude o tergiversación intencional de un hecho material, que incluye, entre otros, fraude o tergiversación u omisión material al proporcionar o no proporcionar información material a WHA, el uso de los servicios del plan, o por permitir deliberadamente tal fraude o tergiversación u omisión material por parte de otro. Dicha terminación entrará en vigencia cuando WHA le envíe por correo un aviso escrito. WHA puede terminar la cobertura de una persona solamente si las leyes y regulaciones estatales y federales lo permiten (o no lo prohíben).

Antes de tomar cualquier decisión de rescindir, WHA le notificará por escrito los motivos de la rescisión. El aviso de WHA le indicará los motivos por los cuales se considera que su solicitud es inexacta o incompleta y le pedirá que proporcione a WHA información adicional. Si, después de considerar su respuesta, WHA decide rescindir su cobertura, WHA le enviará a usted un aviso escrito al menos 30 días antes de la fecha de rescisión de su cobertura, donde se explica el fundamento de la decisión y cómo puede apelarla.

Toda la correspondencia enviada por fax y por correo debe estar firmada y fechada por la persona afectada o alguien legalmente autorizado para actuar en su nombre. Usted debe completar cualquier solicitud, formulario o declaración que solicite WHA durante su curso normal de operaciones o según se especifica en esta Solicitud/Acuerdo. Los avisos de WHA se le enviarán a la dirección más reciente que WHA tenga de usted. Usted es responsable de notificar a WHA sobre cualquier cambio en la dirección. Independientemente de cuándo notificó a WHA que el solicitante se mudó, el solicitante ya no será elegible para la cobertura si se muda fuera del área de servicio.

Excepto cuando lo excluyan las leyes federales, esta Solicitud/Acuerdo y la EOC/DF se regirán por las leyes de California, y cualquier disposición que sea obligatoria en estos documentos según las leyes estatales o federales será vinculante entre usted y WHA aunque no se especifique en estos documentos.

Usted o su representante autorizado puede solicitar una copia de su solicitud completa al 916.563.2250.

ACUERDO

He revisado todas las respuestas en esta Solicitud/Acuerdo. Con mi firma a continuación, declaro que la información proporcionada en esta Solicitud/Acuerdo es completa y precisa a mi leal saber y entender, y acepto las condiciones de aceptación y las autorizaciones que he proporcionado. Solo yo soy responsable de la precisión e integridad de la información proporcionada en esta Solicitud/Acuerdo. He revisado personalmente toda la información proporcionada en esta Solicitud/Acuerdo, incluso si no completé el formulario yo mismo. A mi leal saber y entender, toda la información en esta Solicitud/Acuerdo es precisa, verdadera y completa. Si WHA determina que la información en esta solicitud es materialmente inexacta, falsa o incompleta, entiendo que la cobertura puede ser cancelada o, si la falta de precisión, falsedad o estado incompleto fueron intencionales, la cobertura puede ser anulada. Además, entiendo que debo proporcionar a WHA cualquier información nueva que surja después de la presentación de esta solicitud pero antes que comience mi inscripción en WHA. Si he completado esta Solicitud/Acuerdo en nombre de otra persona, declaro que tengo autoridad legal para firmar en nombre del solicitante.

Solicitante/Parte económicamente responsable (*firma por sí mismo, o en nombre del solicitante, o dependiente menor de 18 años*) Fecha de hoy

Dependiente (*si es mayor de 18 años*) Fecha de hoy

Dependiente (*si es mayor de 18 años*) Fecha de hoy

Dependiente (*si es mayor de 18 años*) Fecha de hoy

Importante: Todos los solicitantes de 18 años o más deben firmar y fechar en la línea anterior correspondiente. El padre, madre o tutor legal debe firmar para todos los familiares menores de 18 años.

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Todos los solicitantes: Lean la siguiente información y firmen en el espacio provisto a continuación.

Autorizo a WHA a divulgar a mi agente de WHA el estado de mi solicitud de cobertura, así como la de cualquier solicitante en cuyo nombre ejecuto esta autorización, incluyendo si una solicitud ha sido recibida, aceptada o rechazada; si es aceptada, la fecha de vigencia de la cobertura; e información respecto al estado de facturas y pagos de cantidades que se deben por la cobertura.

Si esta autorización se completa en nombre de una persona que no sea yo, confirmo que tengo la autoridad legal de firmar en nombre de dicha persona.

Solicitante/Parte económicamente responsable (*firma por sí mismo, o en nombre del solicitante, o dependiente menor de 18 años*) Fecha de hoy

Dependiente (*si es mayor de 18 años*) Fecha de hoy

Dependiente (*si es mayor de 18 años*) Fecha de hoy

Dependiente (*si es mayor de 18 años*) Fecha de hoy

Importante: Todos los solicitantes de 18 años o más deben firmar y fechar en la línea anterior correspondiente. El padre, madre o tutor legal debe firmar para todos los familiares menores de 18 años.

ACUERDO DE ARBITRAJE DE WESTERN HEALTH ADVANTAGE

Comprendo y acepto que (excepto para los casos de un Tribunal de Casos Menores, los reclamos sujetos a un procedimiento de apelación de Medicare, y, si estoy inscrito en una cobertura que está sujeta a las normas del procedimiento de reclamos de ERISA [29 CFR 2560.503-1], ciertas disputas relacionadas a los beneficios), cualquier disputa entre mi persona (incluyendo cualquier heredero o asignatario) por una parte y por la otra WHA, cualquier proveedor de atención médica contratado, administradores, u otras partes relacionadas, incluyendo reclamos por negligencia médica (es decir, si cualquier servicio médico prestado bajo el plan de salud no fue necesario o no estaba autorizado o se prestó de manera inadecuada, negligente o incompetente), debe determinarse por medio de procedimientos de arbitraje. Las partes, incluyendo cualquier heredero o asignatario, en este Acuerdo de Arbitraje renuncian a su derecho constitucional de presentar dicha disputa en un tribunal ante un jurado, y en lugar de ello, aceptan el uso de un arbitraje vinculante.

 Solicitante/Parte económicamente responsable (*firma por sí mismo, o en nombre del solicitante, o dependiente menor de 18 años*) _____
 Fecha de hoy

 Dependiente (*si es mayor de 18 años*) _____
 Fecha de hoy

 Dependiente (*si es mayor de 18 años*) _____
 Fecha de hoy

 Dependiente (*si es mayor de 18 años*) _____
 Fecha de hoy

Importante: Todos los solicitantes de 18 años o más deben firmar y fechar en la línea anterior correspondiente. El padre, madre o tutor legal debe firmar para todos los familiares menores de 18 años.

INFORMACIÓN DEL AGENTE O REPRESENTANTE

PARA TODOS LOS SOLICITANTES QUE EMPLEAN UN AGENTE DE SEGUROS

Nombre del agente _____

Western Health Advantage compensará al agente registrado con una comisión del 5% por miembro por mes con la compra de esta cobertura de WHA.

PARA SER COMPLETADA POR SU AGENTE DESPUÉS DE COMPLETAR ESTA SOLICITUD
Debe responder las siguientes preguntas al seleccionar Sí o No:

- Sí No Ayudé al solicitante con la entrega de esta solicitud. A mi leal saber y entender, la información en esta solicitud es completa y precisa. Le expliqué al solicitante, o a la persona económicamente responsable, según corresponda, en un lenguaje fácil de comprender, el riesgo de presentar información inexacta; y el solicitante, o la persona económicamente responsable, comprendió la explicación.

Notificación para el agente: Si ha ayudado en la entrega de esta solicitud, la ley requiere que de fe de esta ayuda. Si, al atestiguar, usted confirma como verdadero cualquier hecho material que sabe que es falso, usted estará sujeto a una penalización civil de hasta diez mil dólares (\$10,000), según se autorice bajo el Código de Salud y Seguridad de California, sección 1389.8(c), o el Código de Seguros, sección 10119.3, además de cualquier otra penalización o remedio disponible bajo las leyes vigentes.

 Firma del agente _____
 Fecha de hoy

Información del agente o representante

Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____ Apellido _____

Número de identificación del agente de WHA _____

Dirección residencial _____ N.º de Apto./Unidad _____

Ciudad, Estado, Código postal _____

Teléfono de la empresa _____ Correo electrónico _____

Solicitud de inscripción/Suplemento del formulario: Información sobre dependiente menor/adulto

Western
Health
Advantage



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

Enviar por fax a: 916.568.0334

Enviar por correo electrónico a: eligibility@westernhealth.com

¿Preguntas? 916.563.2206, 888.442.2206 número gratuito u 888.877.5378 para TDD/TTY

Complete este formulario si la Solicitud/Formulario de inscripción es A) solo para un menor o B) un plan familiar que incluye: (1) un dependiente menor, (2) un dependiente adulto que no puede tomar decisiones de atención médica por su cuenta, o (3) un padre/madre o padrastro/madrastra dependiente que es elegible o está inscrito en Medicare*.

Nombre del solicitante (dependiente menor/adulto) _____ Fecha de nacimiento _____

¿Es el suscriptor o la persona responsableⁱ mencionada en la Solicitud/Formulario de Inscripción un padre/madre o tutor legalmente autorizado para recibir/divulgar información sobre el solicitante dependiente menor o adulto?ⁱⁱ SÍ NO

En caso afirmativo: Proporcione información sobre cualquier **otro** padre/madre/tutor legalmente autorizado para recibir/divulgar información sobre el solicitante dependiente menor o adulto.

En caso negativo: Proporcione información sobre todos los padres/madres/tutores legalmente autorizados para representar al solicitante dependiente menor o adulto.

Nombre _____ Apellido _____ Inicial del segundo nombre _____

Relación (marque uno): Padre/Madre Tutor Otro _____

Dirección _____ N.º de Apto./Unidad _____

Ciudad, Estado, Código postal _____

Correo electrónico _____ Teléfono _____

Nombre _____ Apellido _____ Inicial del segundo nombre _____

Relación (marque uno): Padre/Madre Tutor Otro _____

Dirección _____ N.º de Apto./Unidad _____

Ciudad, Estado, Código postal _____

Correo electrónico _____ Teléfono _____

Nombre _____ Apellido _____ Inicial del segundo nombre _____

Relación (marque uno): Padre/Madre Tutor Otro _____

Dirección _____ N.º de Apto./Unidad _____

Ciudad, Estado, Código postal _____

Correo electrónico _____ Teléfono _____

¿El dependiente menor/adulto vive en la misma dirección que la persona responsable o el suscriptor? SÍ NO

En caso la respuesta sea No: Proporcione Dirección _____ N.º de Apto./Unidad _____

Ciudad, Estado, Código postal _____

continuación

ⁱ Un representante personal del niño menor o niño adulto, que no puede tomar decisiones de atención médica, es por lo general el padre/madre o tutor legal del niño. No incluya a un padre/madre si el tribunal ha eliminado los derechos parentales con respecto al solicitante menor o dependiente adulto.

ⁱⁱ Por lo general, un plan de salud con cobertura HIPAA, como Western Health Advantage, debe permitir que los representantes personales soliciten/reciban información médica protegida sobre un menor. Sin embargo, las leyes federales y estatales prohíben que WHA brinde información sobre menores de 12 años de edad o mayores en relación con servicios sensibles sin la autorización por escrito del menor.

Nombre del solicitante (dependiente menor/adulto) _____ **Fecha de nacimiento** _____

He revisado personalmente toda la información provista en esta Solicitud de inscripción/Suplemento del formulario. A mi leal saber y entender, toda la información en esta Solicitud de inscripción/Suplemento del formulario es precisa, verdadera y completa. Si WHA determina que la información en la Solicitud/Formulario, incluido este Suplemento, es materialmente inexacta, falsa o incompleta, entiendo que la cobertura puede ser cancelada o, si la falta de precisión, falsedad o estado incompleto fueron intencionales, la cobertura puede ser anulada. Además, entiendo que debo proporcionar a WHA cualquier información nueva que surja después de la presentación de esta solicitud pero antes que comience mi inscripción en WHA.

Si el único solicitante en la Solicitud/Formulario de inscripción es menor: Si el único solicitante es menor de 18 años y la parte responsable no es el padre/madre natural del solicitante, entonces deben presentarse las copias de los documentos de la corte que autorizan la tutela junto con la Solicitud/Formulario de inscripción, o al Servicio para Miembros de WHA al momento de la inscripción.

Para los dependientes adultos, deben presentarse las copias de los documentos de la corte que autorizan la tutela o custodia junto con la Solicitud/Formulario de inscripción, o al Servicio para Miembros de WHA al momento de la inscripción.

Nombre (en letra de imprenta) de la parte responsable (en nombre del solicitante o dependiente) _____

Firma _____ Fecha _____

*Para obtener información adicional sobre los beneficios cubiertos para un padre/madre o padrastro/madrastra dependiente que es elegible o está inscrito en Medicare, comuníquese con el Programa de Asesoramiento y Defensa del Seguro Médico (HICAP) o con su agente. HICAP brinda asesoramiento sobre seguros médicos para personas mayores de California. Llame al número de teléfono gratuito de HICAP, 1.800.434.0222, para obtener una derivación a su consultorio local de HICAP, o consulte la lista que se proporciona a continuación. HICAP es un servicio gratuito proporcionado por el Estado de California.

Condados de El Dorado, Placer, Sacramento y Yolo Dirección: 505 12th Street, Sacramento, CA 95814
Teléfono: 916.376-8915 (Lunes a viernes: 9:00 a. m. a 4:00 p. m.)

Condados de Marin, Napa, Solano y Sonoma Dirección: 1129 Industrial Ave, Suite 201, Petaluma, CA 94954
Teléfono: 707.526.4108 (Lunes a viernes: 9:00 a. m. a 3:00 p. m.)

Western Health Advantage cumple con las leyes de derechos civiles federales y de California aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad o discapacidad, según corresponda. Western Health Advantage no excluye a las personas ni las trata diferente por motivos de raza, color, origen nacional, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad o discapacidad.

Western Health Advantage:

Proporciona ayudas y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para comunicarse eficazmente con nosotros, tales como:

- Intérpretes calificados en el lenguaje de señas
- Información escrita en otros formatos (impresión grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)

Proporciona servicios gratuitos de idiomas a personas que no hablan inglés como idioma materno, tales como:

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, póngase en contacto con el Administrador de Servicios para Miembros al 888.563.2250 y encuentre más información en línea en <https://www.westernhealth.com/legal/non-discrimination-notice/>.

Si usted cree que Western Health Advantage no ha brindado estos servicios o ha sido discriminado de otra manera por motivos de raza, color, origen nacional, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad o discapacidad, puede presentar una queja formal por teléfono, correo, fax, correo electrónico o en línea: Administrador de Servicios para Miembros, 2349 Gateway Oaks Drive, Suite 100, Sacramento, CA 95833, 888.563.2250 o 916.563.2250, 888.877.5378 (TTY), 916.568.0126 (fax), memberservices@westernhealth.com, <https://www.westernhealth.com/legal/grievance-form>.

Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el Administrador de Servicios para Miembros está disponible para ayudarlo. Para obtener más información sobre el proceso de queja formal de Western Health Advantage y sus derechos de queja formal ante el Departamento de Atención Médica Administrada de California, visite nuestro sitio web en <https://www.westernhealth.com/legal/grievance-form/>.

Si existe una preocupación de discriminación basada en raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, también puede presentar una queja sobre derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles, electrónicamente a través del portal de la Oficina de Quejas sobre Derechos Civiles disponible en:

Sitio web: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>; Por correo: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509 F, HHH Building, Washington, D.C. 20201; Teléfono: 800.368.1019 o 800.537.7697 (TDD); Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

ENGLISH

If you, or someone you're helping, have questions about Western Health Advantage, you have the right to get help and information in your language at no cost. To talk to an interpreter, call 888.563.2250 or TTY 888.877.5378.

SPANISH

Si usted, o alguien a quien usted está ayudando, tiene preguntas acerca de Western Health Advantage, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 888.563.2250, o al TTY 888.877.5378 si tiene dificultades auditivas.

CHINESE

如果您，或是您正在協助的對象，有關於Western Health Advantage方面的問題，您有權利免費以您的母語得到幫助和訊息。洽詢一位翻譯員，請撥電話888.563.2250或聽障人士專線(TTY) 888.877.5378。

VIETNAMESE

Nếu quý vị, hay người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi về Western Health Advantage, quý vị sẽ có quyền được giúp và có thêm thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, xin gọi số 888.563.2250, hoặc gọi đường dây TTY dành cho người khiếm thính tại số 888.877.5378.

TAGALOG

Kung ikaw, o ang iyong tinutulungan, ay may mga katanungan tungkol sa Western Health Advantage, may karapatan ka na makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika ng walang gastos. Upang makausap ang isang tagasalin, tumawag sa 888.563.2250 o TTY para sa may kapansanan sa pandinig sa 888.877.5378.

KOREAN

만약 귀하 또는 귀하가 돕고 있는 어떤 사람이 Western Health Advantage에 관해서 질문이 있다면 귀하는 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 비용 부담 없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 그렇게 통역사와 얘기하기 위해서는 888.563.2250이나 청각 장애인용 TTY 888.877.5378로 연락하십시오.

ARMENIAN

Եթե Դուք կամ Ձեր կողմից օգնություն ստացող անձը հարցեր ունի Western Health Advantage-ի մասին, Դուք իրավունք ունեք անվճար օգնություն և տեղեկություններ ստանալու Ձեր նախընտրած լեզվով: Թարգմանչի հետ խոսելու համար զանգահարե՛ք 888.563.2250 համարով կամ TTY 888.877.5378՝ լսողության հետ խնդիրներ ունեցողների համար:

PERSIAN-FARSI

اگر شما، یا کسی که شما به او کمک میکنید ، سوال در مورد Western Health Advantage (وسترن هلث آدونتیج) داشته باشید حق این را دارید که کمک و اطلاعات به زبان خود را به طور رایگان دریافت نمایید. لطفا با شماره تلفن 888.563.2250 تماس بگیرید. افراد ناشنوا می توانند به شماره 888.877.5378 پیام تایپی ارسال کنند

RUSSIAN

Если у вас или лица, которому вы помогаете, имеются вопросы по поводу Western Health Advantage, то вы имеете право на бесплатное получение помощи и информации на вашем языке. Для разговора с переводчиком позвоните по телефону 888.563.2250 или воспользуйтесь линией TTY для лиц с нарушениями слуха по номеру 888.877.5378.

JAPANESE

ご本人様、またはお客様の身の回りの方でも、Western Health Advantageについてご質問がございましたら、ご希望の言語でサポートを受けたり、情報を入力したりすることができます。料金はかかりません。通訳とお話される場合、888.563.2250までお電話ください。聴覚障がい者用TTYをご利用の場合は、888.877.5378までお電話ください。

ARABIC

إن كان لديك أو لدى شخص تساعدُه أسئلة بخصوص Western Health Advantage، فلديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون أية تكلفة. للتحدث مع مترجم اتصل بـ 888.563.2250، أو برقم الهاتف النصي (TTY) لضعاف السمع 888.877.5378.

PUNJABI

ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ, ਜਾਂ ਜਿਸ ਕਿਸੇ ਦੀ ਤੁਸੀਂ ਮਦਦ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ, ਦੇ Western Health Advantage ਬਾਰੇ ਸਵਾਲ ਹਨ ਤਾਂ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਅਤੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਹਾਸਲ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਹੈ। ਦੁਆਰੀਏ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰਨ ਲਈ, 888.563.2250 'ਤੇ ਜਾਂ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸੁਣਨ ਵਿੱਚ ਅਸਮਰਥ ਟੀਟੀਵਾਈ ਲਈ 888.877.5378 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

CAMBODIAN-MON-KHMER

ប្រសិនបើអ្នក ឬនរណាម្នាក់ដែលកំពុងជួយអ្នក មានសំណួរអំពី Western Health Advantage ទេ, អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយនិងព័ត៌មាន នៅក្នុងភាសារបស់អ្នក ដោយមិនអស់ប្រាក់។ ដើម្បីនិយាយជាមួយអ្នកបកប្រែ សូមទូរស័ព្ទ 888.563.2250 ឬ TTY សម្រាប់អ្នកគ្រប់ច្រកជូន តាមលេខ 888.877.5378។

HMONG

Yog koj, los yog tej tus neeg uas koj pab ntawd, muaj lus nug txog Western Health Advantage, koj muaj cai kom lawv muab cov ntshiab lus qhia uas tau muab sau ua koj hom lus pub dawb rau koj. Yog koj xav nrog ib tug neeg txhais lus tham, hu rau 888.563.2250 los sis TTY rau cov neeg uas tsis hnov lus zoo nyob ntawm 888.877.5378.

HINDI

यदि आप, या जिस किसी की आप मदद कर रहे हो, के Western Health Advantage के बारे में प्रश्न हैं तो, आपको अपनी भाषा में मदद तथा जानकारी प्राप्त करने का अधिकार है। दुआशिए के साथ बात करने के लिए, 888.563.2250 पर या पूरी तरह श्रवण में असमर्थ टीटीवाई के लिए 888.877.5378 पर कॉल करो।

THAI

หากคุณ หรือคนที่กำลังช่วยเหลือมีคำถามเกี่ยวกับ Western Health Advantage คุณมีสิทธิที่จะได้รับความช่วยเหลือและข้อมูลในภาษาของคุณได้โดยไม่มีค่าใช้จ่าย เพื่อพูดคุยกับล่าม โทร 888.563.2250 หรือใช้ TTY สำหรับคนหูหนวกโดยโทร 888.877.5378