

SOLICITUD DE PROGRAMA DE PAGO DE PRIMA DE SEGURO DE SALUD, HIPP

¿QUIÉN TIENE TRABAJO ACTUALMENTE EN SU CASA? (NOMBRE Y APELLIDO) (SSN) (FECHA DE NACIMIENTO) / /	¿QUIÉN TIENE TRABAJO ACTUALMENTE EN SU CASA? (NOMBRE Y APELLIDO) (SSN) (FECHA DE NACIMIENTO) / /	
¿ALGUIEN EN SU CASA PERDIÓ SU TRABAJO EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS O PODRÍA SER ELEGIBLE PARA TENER COBERTURA DE COBRA? (NOMBRE Y APELLIDO) (SSN)	¿ALGUIEN EN SU CASA PERDIÓ SU TRABAJO EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS O PODRÍA SER ELEGIBLE PARA TENER COBERTURA DE COBRA? (NOMBRE Y APELLIDO) (SSN)	
EMPLEADOR/EMPRESA NRO. DE TEL. DEL EMPLEADOR () -	EMPLEADOR/EMPRESA NRO. DE TEL. DEL EMPLEADOR () -	
DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR/EMPRESA (CALLE Y NRO.) (CITY) (ESTADO) (CÓDIGO POSTAL)	DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR/EMPRESA (CALLE Y NRO.) (CITY) (ESTADO) (CÓDIGO POSTAL)	
¿SU EMPLEADOR OFRECE SEGURO DE SALUD? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿SU EMPLEADOR OFRECE SEGURO DE SALUD? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
EN CASO AFIRMATIVO: ¿A partir de cuándo es elegible? <input type="checkbox"/> EN CUALQUIER MOMENTO <input type="checkbox"/> FECHA: / /	EN CASO AFIRMATIVO: ¿A partir de cuándo es elegible? <input type="checkbox"/> EN CUALQUIER MOMENTO <input type="checkbox"/> FECHA: / /	
EN CASO AFIRMATIVO: ¿Quién tiene cobertura?	EN CASO AFIRMATIVO: ¿Quién tiene cobertura?	
¿A QUIÉN SE PUEDE AÑADIR?:	¿A QUIÉN SE PUEDE AÑADIR?:	
¿HAY ALGUIEN EMBARAZADA EN EL GRUPO FAMILIAR? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NOMBRE: FECHA DE PARTO: / /		
¿ALGUIEN DEL GRUPO FAMILIAR ESTÁ SIENDO TRATADO POR UNA ENFERMEDAD GRAVE?		
NOMBRE	ENFERMEDAD	NOMBRE Y NRO. DE TEL. DEL MÉDICO
		() -
		() -
		() -
Por la presente autorizo y solicito que se comunique al Departamento de Bienestar Público de PA cualquier información que pueda ser necesaria para determinar mi elegibilidad para participar en el Programa de Pago de Prima de Seguro de Salud, en inglés, Health Insurance Premium Payment, HIPP, y designo al departamento como mi apoderado de hecho con poderes limitados para elegir la cobertura de beneficio de salud grupal en mi nombre, para inscribirme en dicha cobertura y para pagar las primas o contribuciones en mi nombre. Este poder continuará en efecto hasta que yo lo revoque por escrito. Entiendo que se respetará el carácter confidencial de esta información y que sólo se la usará para determinar mi elegibilidad para participar en el Programa HIPP. De conformidad con los reglamentos sobre privacidad de la ley federal HIPAA, entiendo y acepto que el Programa HIPP puede usar y divulgar información protegida sobre la salud (incluidos, entre otros datos, el nombre, dirección, diagnóstico y tratamiento) para operaciones relativas a la atención médica, tratamiento o pago. Comprendo que, para poder inscribirme o recibir los servicios del Programa HIPP, debo dar mi consentimiento para que la información se use y divulgue de esa manera.		
Firma(s) del/los empleado(s):		FECHA: / /
Número(s) de teléfono: Casa: () - Celular: () - Oficina: () -		