

Numero de EIP ID

Debe responder **todas** las preguntas e incluir **todos** los documentos requeridos. Si no se incluyen **todos** documentos requeridos, la solicitud está incompleta. El envío de una solicitud incompleta resultara en demoras en la determinación de su elegibilidad y podría causar el rechazo de su solicitud.

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Apellido legal		Primer nombre legal		Inicial del 2º nombre	Número de Seguro Social
¿Cuál es su estado civil?					
<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Legalmente separados <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Pareja doméstica registrada en el estado de Washington (PDR)					
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)		¿Cuál es su identidad de género actual?			
		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero, masculino a femenino <input type="checkbox"/> Transgénero, femenino a masculino			
¿Qué sexo se le asignó al nacer?		Preferencia de comunicación escrita		¿Eres un Veterano?	
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Origen étnico		Raza (marque todas las opciones que correspondan)			
<input type="checkbox"/> No hispano <input type="checkbox"/> Hispano/Latino (a) (por favor especifique) <input type="checkbox"/> Mexicano, mexicano estadounidense, chicano/a <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Otro hispano, latino/a o de origen español		<input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra o afroamericana <input type="checkbox"/> Indio nativo estadounidense/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático (seleccione una o más): <input type="checkbox"/> Indio asiático <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/de las islas del Pacífico (seleccione una o más): <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Guameño o chamorro <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Nativo de otra isla del Pacífico			

2. INFORMACIÓN DE LA DIRECCION RESIDENCIAL

¿Cuál es su situación actual de vivienda?					
<input type="checkbox"/> Casa/Apartamento que usted posee/ Alquila <input type="checkbox"/> Centro de Cuidado a Largo Plazo		<input type="checkbox"/> Facilidad de Libertad para Trabajo DOC <input type="checkbox"/> Cárcel/Prisión			
<input type="checkbox"/> Declaración de no poseer dirección residencial: - Si no posee una dirección residencial, complete la siguiente declaración: No poseo una dirección residencial. Anoche me quedé: <input type="checkbox"/> en un parque <input type="checkbox"/> en un automóvil <input type="checkbox"/> en un albergue <input type="checkbox"/> en la calle <input type="checkbox"/> con familiares/amigos <input type="checkbox"/> en otra parte en la ciudad de: _____					
Teléfono Principal		Teléfono Secundario		¿Podemos dejarle un correo de voz?	
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Dirección			Apt / Lote / Piso	Condado	
Ciudad				Estado	Código postal

3. DIRECCION DE CORRESPONDENCIA

¿Es la misma que su dirección residencial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Dirección (sólo se requiere si no es la misma que la residencia o no tiene dirección de casa)			Apt / Lote / Piso
Condado	Ciudad	Estado	Código Postal

4. MENSAJERÍA ELECTRÓNICA

¿Está bien enviar un correo electrónico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Correo electrónico: _____	¿Está bien enviar mensajes de texto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Teléfono celular con código de área: _____ Compañía de Teléfono Celular: _____
---	---

5. MIEMBROS DEL HOGAR

Número total de miembros del hogar	# _____
------------------------------------	---------

*Por favor complete la siguiente sección para documentar cada miembro del hogar.
 Si necesita más páginas, puede copiar esta página.*

Miembro del Hogar - Solicitante

Apellido	Primer Nombre	¿Es usted actualmente un cliente de EIP?	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	Relación con el Cliente (Esposo(a), PDR, Hijo(a), alguna otra persona que pueda reclamar sobre sus impuestos)	Fecha de nacimiento	¿Tiene ingresos actualmente?
	YO		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Miembro del Hogar 2

Apellido	Primer Nombre	¿Esta persona es actualmente un cliente de EIP?	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Está bien contactar?	Relación con el Cliente (Esposo(a), PDR, Hijo(a), alguna otra persona que pueda reclamar sobre sus impuestos)	Fecha de nacimiento	¿Esta persona actualmente tiene ingresos?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Miembro del Hogar 3

Apellido	Primer Nombre	¿Esta persona es actualmente un cliente de EIP?	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Está bien contactar?	Relación con el Cliente (Esposo(a), PDR, Hijo(a), alguna otra persona que pueda reclamar sobre sus impuestos)	Fecha de nacimiento	¿Esta persona actualmente tiene ingresos?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Miembro del Hogar 4

Apellido	Primer Nombre	¿Esta persona es actualmente un cliente de EIP?	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Está bien contactar?	Relación con el Cliente (Esposo(a), PDR, Hijo(a), alguna otra persona que pueda reclamar sobre sus impuestos)	Fecha de nacimiento	¿Esta persona actualmente tiene ingresos?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

6. INFORMACIÓN SOBRE INGRESOS DEL HOGAR

Si usted y su familia no tienen ingresos, por favor continúe con la Declaración de No Ingresos a continuación.

Por favor incluya toda la documentación de ingresos requerida. (Consulte la guía de ayuda para los tipos de documentación de ingresos aceptables)

Ingreso Mensual Actual del Hogar	Quién Recibe Este Ingreso	Ingreso Bruto Mensual \$
Salarios, sueldos, propinas, etc.		
Interés sujeto a impuestos		
Interés exento de impuestos		
Dividendos Ordinarios		
Dividendos exentos de interés		
Reembolsos sujetos a impuestos de impuestos estatales / locales		
Pensión alimenticia u otro respaldo conyugal		
Ingresos o pérdidas por negocios o por Auto-Empleo (Anexo C o C-EZ)		
Ganancia/ pérdida de capital (Anexo D)		
Otras ganancias/pérdidas		
Distribuciones IRA – Monto sujeto a impuestos		
Pensiones y Anualidades		
Renta de propiedades, fideicomiso (Anexo E)		
Ingresos / pérdidas agrícolas (Anexo F)		
Compensación por desempleo		
Ingresos de Jubilación de la Seguridad Social		
Beneficios de Incapacidad del Seguro Social (SSDI)		
Ingreso Suplementario del Seguro Social (SSI)		
Otros Ingresos del Cliente (Servicio de Jurado, Ganancias de Juego)		
Manutención de los Hijos, Compensación del Trabajador o Regalo Monetario		

Actuales Ajustes Mensuales del Ingreso de los Hogares

Deducciones de Ingresos de MAGI	Quien Recibe esta Deducción	Cantidad Mensual \$
Gastos para Educadores		
Gastos de Negocios		
Cuenta de Ahorro para la Salud		
Gastos de Mudanza		
Parte deducible del impuesto de Auto-Empleo (Schedule SE)		
Deducción del Seguro de Salud por Auto-Empleo		
Autoempleo SEP, planes SIMPLE		
Penalización sobre la retirada anticipada del ahorro		
Pensión alimenticia pagada		
Deducción IRA		
Deducción de intereses de préstamos estudiantiles		
Matrícula y Cuotas		
Actividades de Producción Domesticas		

¿Presentó usted una declaración de impuestos? Sí No

Declaración de ausencia de ingresos

Al marcar esta casilla, declaro que mi familia y yo no tenemos ningún ingreso. Entiendo que el EIP puede solicitar documentación de mi empleador anterior o cartas de cancelación de beneficios en cualquier momento. También entiendo que le informaré al EIP sobre cualquier cambio en los ingresos en un plazo de 20 días de ocurrido el cambio. Si le proporciono al EIP información falsa o incompleta, el EIP puede negar mi elegibilidad y es posible que tenga que pagar por los servicios recibidos, si yo no era elegible para obtenerlos.

7. INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO DE SALUD (si necesita más páginas, puede copiar esta página)

¿Tiene actualmente un seguro médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si respondió sí , debe proporcionar una copia de todas las tarjetas de seguro y marcar a continuación todos los tipos de seguro que tiene: Si respondió no , ¿su empleador ofrece seguro médico? Por favor díganos cuándo será elegible: _____
--	---

Seguro de Salud #1

Estado	¿Le gustaría recibir asistencia para pagar la prima mensual?	
<input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Solicitado	<input type="checkbox"/> Si (Vea el formulario de inscripción de EHIP)	<input type="checkbox"/> No
¿Tipo de cobertura?		
<u>Medicare:</u> <input type="checkbox"/> Medicare Parte A Solamente <input type="checkbox"/> Medicare Parte A y B <input type="checkbox"/> Medicare Parte C (MAPD) <input type="checkbox"/> Medicare Parte D (PDP)		
<u>Seguro:</u> <input type="checkbox"/> Plan de Salud Calificado (Este será un plan que compró por medio de WA Healthplanfinder)		
<input type="checkbox"/> Empleador <input type="checkbox"/> Individual		
<input type="checkbox"/> Compruebe si tiene beneficios VA	¿Recibe su atención para el VIH en la VA?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Compruebe si tiene servicios indios de salud	¿Recibe su atención para el VIH en IHS?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Compañía de Seguros		Póliza/Nombre del Plan
Fecha Efectiva	¿Incluye Cobertura de Prescripción?	¿Incluye Cobertura médica?
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Seguro de Salud # 2 (Si es aplicable)

Estado	¿Le gustaría recibir asistencia para pagar la prima mensual?	
<input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Solicitado	<input type="checkbox"/> Si (Vea el formulario de inscripción de EHIP)	<input type="checkbox"/> No
¿Tipo de cobertura?		
<u>Medicare:</u> <input type="checkbox"/> Medicare Parte A Solamente <input type="checkbox"/> Medicare Parte A y B <input type="checkbox"/> Medicare Parte C (MAPD) <input type="checkbox"/> Medicare Parte D (PDP)		
<u>Seguro:</u> <input type="checkbox"/> Plan de Salud Calificado (Este será un plan que compró por medio de WA Healthplanfinder)		
<input type="checkbox"/> Empleador <input type="checkbox"/> Individual		
<input type="checkbox"/> Compruebe si tiene beneficios VA	¿Recibe su atención para el VIH en la VA?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Compruebe si tiene servicios indios de salud	¿Recibe su atención para el VIH en IHS?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Compañía de Seguros		Póliza/Nombre del Plan
Fecha Efectiva	¿Incluye Cobertura de Prescripción?	¿Incluye Cobertura médica?
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Seguro Dental

¿Tiene seguro dental?	Compañía de Seguros
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

8. INFORMACIÓN MÉDICA

¿Recién recetado medicamentos antirretrovirales?				<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Médico de VIH					
Apellido		Primer Nombre		Teléfono	
Dirección			Ciudad	Estado	Código Postal
Facilidad de Cuidado de VIH					
Nombre de Facilidad				Teléfono	
Dirección			Ciudad	Estado	Código Postal

9. INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO

Representante Autorizado #1		
Proporcione la siguiente información para cualquier persona con la que desee que hablemos acerca de su EIP. La fecha de nacimiento de su (s) representante (s) autorizado (s) se utiliza para verificar la identidad de la persona al hablar sobre su cobertura.		
Apellido		Primer Nombre
Teléfono	¿Está bien contactar?	Fecha de Nacimiento
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Representante Autorizado #2		
Apellido		Primer Nombre
Teléfono	¿Está bien contactar?	Fecha de Nacimiento
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Representante Autorizado #3		
Apellido		Primer Nombre
Teléfono	¿Está bien contactar?	Fecha de Nacimiento
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Administrador de casos médicos para el VIH	
Nombre del administrador del caso	Agencia
Teléfono	Correo Electrónico

10. PAGINA DE FIRMAS:ACUERDO, DIVULGACION DE INFORMACION Y ASIGNACION DE BENEFICIOS

Las agencias mencionadas a continuación se usan para coordinar y verificar elegibilidad para todos los servicios, y para la coordinación de tratamiento y cuidado con otro(s) programa(s) relacionados con EIP, siguiendo los mismos requisitos de confidencialidad identificados abajo:

- Administrador de Beneficios de Farmacia/Corporación Ramsell • Administrador de Beneficios de Seguro/Programa de Seguro de Salud Evergreen (EHIP)
- Departamento del Estado de WA de Seguridad de Empleos (Verificación de Ingresos) • Departamento del Estado de WA de Servicios Sociales y de Salud (Verificación de Medicaid)
- Autoridad del Cuidado de Salud del Estado de WA (Apple Health) • Todos los Proveedores contratistas con EIP • El Vendedor del Sistema de Software

Al firmar al final de esta sección, yo declare que he leído esta información, certifico que la información en esta solicitud es verdadera y correcta hasta donde yo sé y acepto lo siguiente:

Yo tengo el derecho a:

1. Ser tratado con respeto, consideración y honestidad.
2. Recibir servicios sin discriminación basada en raza, color, sexo/género, etnicidad, origen nacional, religión, edad, clase, orientación sexual, habilidad mental o física.
3. Que mis registros sean tratados con confidencialidad.
4. Presentar una apelación respecto a las decisiones de mi elegibilidad y cobertura.

Yo tengo la responsabilidad de:

1. Tratar al personal del Departamento de Salud y sus compañeros contratistas de servicios con respeto, consideración y honestidad.
2. Dar información verídica, correcta y completa.
3. Responder a las peticiones de información de los Programas.
4. Por cualquier y todo reembolso de pagos de primas o beneficios pagados por error a mi durante mi inscripción.
5. Reembolsar al Programa si primas pagadas en mi nombre por exceso de primas de adelanto crediticio de impuestos son recibidas como parte de una devolución de Impuestos al Ingreso, si se aplica.
6. Presentar formas de impuestos al ingreso, si se aplica.
7. Actualizar mis ingresos en WA Healthplanfinder y con EIP si tengo un Plan de Salud Calificado mediante el Intercambio de Beneficios de Salud de WA.
8. Notificar al Programa, o pedirle a mi Administrador de Caso que notifique al Programa de cualquier cambio que afecte mi elegibilidad. Estos cambios incluyen: ingreso, domicilio, tamaño de familia y cobertura de seguro de salud. Debo enviar esta notificación adentro de 20 días desde el cambio.
9. Solicitar para otros servicios para los cuales pudiera ser elegible antes de que reciba EIP.
10. Enviar información respecto a mi elegibilidad continua para la participación en el/los Programa(s), incluyendo comprobante de ingresos, prueba de residencia, disponibilidad de cobertura de seguro de salud y una versión actualizada y firmada de esta forma con mi solicitud de recertificación cada (6 meses) de acuerdo a las Guías Federales

Yo entiendo que

1. La información requerida en esta solicitud tiene el propósito de determinar mi elegibilidad para servicios con fondos estatales y federales.
2. Los fondos son limitados y pueden vencerse en cualquier momento sin que haya extensión o disponibilidad de otros fondos alternos.
3. El Programa va a usar otros sistemas estatales y federales de datos y otra información para verificar la información que yo les he dado.
4. Si es aprobada, mi elegibilidad caducará después de seis meses. Antes de concluir mis seis meses, se me pedirá que vuelva a solicitar inscripción y proveer información de elegibilidad actualizada para continuar teniendo acceso a los servicios.
5. Pudiera tener que pagar una cuota, llamada costo compartido, para recibir servicios del Programa
6. Si se determina que soy elegible para servicios, mi información puede ser utilizada por los socios contractuales para proveer servicios del Programa.
7. La aprobación de elegibilidad no significa que voy a recibir o voy a ser inscrito en todos los servicios. Yo entiendo que cada servicio puede requerir información adicional, y que debo proveer esta información para ser verificada antes de la inscripción en estos servicios.
8. Si se me aprueba para asistencia de primas:
 - a. Yo necesito escoger a EHIP como mi Representante de Patrocinio para un Pla de Salud Calificado en el WA Healthplanfinder, si se aplica. Al escoger a EHIP como mi patrocinador, yo autorizo a EHIP a comunicarse y compartir información con el WA Healthplanfinder.
 - b. Debo notificar al Programa y a EHIP de cualquier cambio a mi cobertura de seguro tal como:
 - i. Al recibir seguro por parte de mi empleador, Medicaid, Medicare, compañero(a), esposo(a) o de otra fuente.
 - ii. Al recibir una factura de pago de primas, cupón de pago de primas o libreta de cupones.
 - iii. Al recibir notificación de pago atrasado de primas, carta o llamada telefónica.
 - iv. Al recibir una notificación o carta de cambio de primas..
 - c. Yo le doy al Programa y a EHIP autorización para comunicarse y compartir información acerca de mi Plan de Salud Calificado (QHP), Cuidado de Salud para d. Trabajadores con Discapacidades (HWD), Medicare Parte D (PDP) o Seguro Patrocinado por Empleador (ESI) para mí, mis padres, mi compañero(a), el empleador de mi esposo(a).
 - d. Yo autorizo y dirijo a mi asegurador de salud a reembolsar directamente al Programa por todos los pagos de primas no utilizados si mi póliza de seguro termina o es cancelada por cualquier razón, incluyendo pero no limitada a futura inelegibilidad, muerte, terminación voluntaria, cancelación involuntaria, o terminación por aplicación de la ley.
 - e. Si yo quiero revocar esta autorización y terminar el acuerdo, yo debo hacerlo por escrito para ambos, el administrador de beneficios de seguro y al administrador del plan de salud.

Divulgación de información: Yo doy mi permiso al programa a compartir la información de esta solicitud y de documentación subsecuente obtenida por el programa con socios contratistas, administradores de caso, y familiares/amigos yo enlisté en la Sección de Representante Autorizado de esta solicitud. Yo doy permiso por un año y 60 días a partir de la fecha en la que firmo esta autorización.

Asignación de Beneficios: Yo aquí asigno al Departamento de Salud del Estado de Washington cualquier derecho a beneficios médicos o de prescripciones para los cuales yo pueda ser elegible bajo cualquier otro plan de asistencia o de seguro de cualquier otra tercera entidad responsable. Yo consiento a la asignación de esos beneficios al Departamento de Salud del Estado de Washington y entiendo que el Departamento de Salud del Estado de Washington tiene derecho al reembolso por beneficios proveídos incorrectamente o por beneficios por los cuales una tercera entidad es responsable.

Firma del Solicitante o de su Guardián Legal **No Lo Deje En Blanco**

Fecha de Hoy(mm/dd/aaaa) **No Lo Deje En Blanco**



EARLY INTERVENTION PROGRAM (EIP) CONFIDENTIAL APPLICATION
PO Box 47841, Olympia, WA, 98504 Teléfono Gratuito – 1-877-376-9316 Fax – 360-664-2216

11. INFORMACIÓN SOBRE ESTADO DE SALUD Y VIH

El EIP debe confirmar su estado de salud y VIH a fin de procesar su solicitud. Si se mudó recientemente al estado de Washington, ¿le gustaría que intentáramos obtener esta información en su estado de residencia anterior para verificar el VIH?

De ser así, por favor indíquenos el estado en el que vivía antes: _____

De lo contrario, su proveedor de atención médica debe llenar la parte final de esta sección.

Por favor indique si ha resultado positivo para la hepatitis C: Yes No
 En caso afirmativo, ¿le gustaría obtener información acerca de medicamentos que pueden curar la hepatitis C? Yes No

Por favor envíenos este formulario con esta solicitud o pídale a su proveedor de atención a la salud que envíe directamente por correo o por fax. Puede llamarnos al (877) 376-9316 si tiene preguntas sobre este formulario.

Sección para el cliente - Debe ser completada por el cliente—Firma y fecha REQUERIDA

Apellido	Primer Nombre	
Firma del Solicitante o Tutor Legal	Fecha de nacimiento	Fecha de hoy

Autorizo a mi proveedor de atención a la salud a divulgar la información contenida en este formulario al Departamento de Salud del Estado de Washington

Sección de Proveedor de Atención a la Salud – A ser completada por el Proveedor de Atención a la Salud

Por favor responda las siguientes preguntas sobre el paciente:

VIH positivo (confirmado por laboratorio)	Fecha de la prueba
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Se ha recetado terapia antirretroviral (antiretroviral therapy, ART)?	Si responde que sí, Fecha de la prescripción:
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Firma del proveedor de atención médica. Al firmar a continuación usted:

- Declara que es el proveedor de atención a la salud del paciente arriba mencionado.
- Confirma que tiene evidencia de la condición de VIH del paciente.
- Certifica que la información en este formulario es precisa y completa a su leal saber y entender.

Firma y fecha Requerida

Firma del Proveedor de Atención Médica	Proveedor de atención medica – Nombre en letra de imprenta por favor	Fecha de hoy

Envíe este documento a EIP
Dirección de envío: EIP PO Box 47841 Olympia, WA 98504
 or
Fax Confidencial: 360-664-2216



EARLY INTERVENTION PROGRAM (EIP) CONFIDENTIAL APPLICATION
PO Box 47841, Olympia, WA, 98504 Teléfono Gratuito – 1-877-376-9316 Fax – 360-664-2216

12. INSCRIPCIÓN EN EL EHIP			
<p>El EIP se contrata con el administrador de beneficios del seguro Evergreen Health Insurance Program (EHIP) para ayudar a nuestros clientes con la inscripción en el seguro y los pagos de sus primas. Complete este formulario ÚNICAMENTE si necesita ayuda para inscribirse en un seguro, o si desea que el programa Evergreen Health Insurance Program (EHIP) pague las primas de su seguro</p>			
Apellido	Primer Nombre	Inicial del 2º nombre	
Identificación del Programa de Intervención Temprana (Early Intervention Program, EIP):		Fecha de nacimiento	
<p>¿Ha usado productos de tabaco los últimos 6 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>			
<p><input type="checkbox"/> Marque aquí si aún no tiene seguro, y necesita asistencia con la inscripción y el pago. Por favor, pase a las secciones requeridas en el reverso.</p>			
<p>Si ya está inscrito en un seguro, por favor proporcione la siguiente información del plan que desea que EHIP pague:</p>			
Compañía de seguro		Nombre del plan	
<p>¿Qué tipo de plan de seguro es??</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <p><input type="checkbox"/> Plan de medicamentos con receta de Medicare (PDP)</p> <p><input type="checkbox"/> Plan de medicamentos con receta de Medicare Advantage (MA-PD)</p> <p><input type="checkbox"/> Plan individual (fuera del intercambio)</p> <p><input type="checkbox"/> Plan de Salud Calificado en el Intercambio (QHP)</p> </div> <div style="width: 48%;"> <p><input type="checkbox"/> Seguro grupal / patrocinado por el empleador (ESI)</p> <p><input type="checkbox"/> Atención a la salud para trabajadores con discapacidades (HWD)</p> <p><input type="checkbox"/> Plan COBRA activo</p> <p><input type="checkbox"/> No lo sé</p> </div> </div>			
¿A nombre de quién se emiten los cheques de la prima?		Su número de póliza	
Dirección postal (para la prima)		Ciudad	Estado
Número de teléfono de la compañía		Persona de contacto	
Monto de la prima mensual	Deducible anual	Fecha de vencimiento de la próxima prima	
<p>Este plan tiene: <input type="checkbox"/> Beneficios dentales <input type="checkbox"/> Beneficios de la vista <input type="checkbox"/> No Beneficios dentales o de la visión</p>			
<p>Por favor complete la autorización requerida en la página siguiente →</p>			
<p>Información de contacto para el EHIP Main Line 206-323-2834 Toll Free 1-800-945-4256 ehip@ehip.org Fax: 206-323-0158</p>			

Autorización Para Obtener Información Sobre El Seguro (REQUERIDA)

Apellido	Primer Nombre	Fecha de nacimiento
Número de Seguro Social o número de ID del Suscriptor:	Nombre de la Compañía de Seguro / Administrador de COBRA / Empleador a quién Evergreen enviará el pago ("Asegurador")	

Divulgación de información. Autorizo al Asegurador que se menciona más arriba, y a su(s) administrador(es) del plan de salud, a debatir o divulgar Información Personal de Salud (PHI, del inglés *Personal Health Information*) o Información Personal Financiera (PFI, del inglés *Personal Financial Information*) al programa Evergreen Health Insurance Program ("EHIP") con el propósito limitado de realizar o coordinar pagos por los beneficios de mi plan de salud y verificar la elegibilidad para los servicios de EHIP. Entiendo que el Asegurador podrá divulgar PHI o PFI con respecto a la siguiente información: elegibilidad, facturación, estado de pago, beneficios, reclamos, información médica utilizada para tomar decisiones sobre pagos, proveedores, apelaciones y quejas sobre la cobertura de mi seguro de salud a través del Asegurador.

Asimismo, entiendo que es posible que la información PHI y PFI que se divulgue a EHIP ya no esté protegida por las leyes federales de privacidad, y podría estar sujeta a nuevas divulgaciones por parte de EHIP, conforme a las condiciones de cualquier autorización que yo haya proporcionado a EHIP.

Sus derechos con respecto a esta Autorización:

- No se le requiere firmar esta autorización para recibir los beneficios de atención a la salud del Asegurador, pero **si no proporciona esta autorización a EHIP, es posible que EHIP no pueda pagar las primas en nombre de usted.**
- Usted podrá revocar esta autorización en cualquier momento notificando a EHIP y al Asegurador, pero la revocación no se aplicará a las acciones que el Asegurador ya haya emprendido en base a su autorización. Luego de una revocación de este tipo, usted ya no será elegible para los servicios de EHIP. Su revocación debe ser por escrito y debe estar firmada por usted.
- Usted tiene derecho a inspeccionar y copiar la información de salud protegida que está cubierta por esta autorización.
- Esta autorización permanecerá en vigencia hasta 6 meses después de la finalización de los beneficios con el Asegurador, salvo que se la revoque antes.

Firma y autorización. Por el presente, quien suscribe jura ser el Cliente antes mencionado, o un representante legal autorizado del Cliente antes mencionado. He leído y entiendo el contenido de este Formulario de Autorización. Mi autorización firmada es voluntaria, y tengo conocimiento de que la información que se divulgue podría incluir información protegida e individualmente identificable sobre mi persona.

Firma del Cliente / Representante Legal	Fecha de hoy
Nombre del Representante Legal en letra de imprenta	Relación del Representante Legal con el Cliente

Autorización para que el Evergreen Health Insurance Program (EHIP) Proporcione Servicios (REQUERIDA)

Mientras sea elegible y esté inscrito/a para recibir de EHIP asistencia con la prima, accedo a permitir que EHIP realice los pagos de la prima del seguro a mi compañía de seguro/administrador COBRA/empleador ("Asegurador") en mi nombre, y proporcione al Asegurador toda actualización necesaria sobre mi cobertura o elegibilidad (por ejemplo, si me mudo, EHIP podrá notificar al Asegurador acerca de mi nueva dirección y solicitar que el Asegurador actualice sus registros).

Entiendo que si pierdo mi elegibilidad para recibir servicios de EHIP (por ejemplo, porque ya no residio en el estado de Washington), EHIP notificará al Asegurador que EHIP ya no realizará pagos de la prima en mi nombre, y proporcionará el motivo de esta interrupción. **Entiendo que el Asegurador podría interrumpir la cobertura de mi seguro de salud cuando reciba esta notificación.**

Si EHIP ha dejado de realizar pagos de la prima en mi nombre debido a que he perdido mi elegibilidad, y más adelante vuelvo a ser elegible para recibir asistencia con la prima, autorizo a EHIP a que reanude el pago y, de ser necesario, solicite al Asegurador restituir la cobertura de mi seguro de salud. Entiendo que la restitución está sujeta a las normas del Asegurador, y que podría ser necesario que yo vuelva a presentar una solicitud ante el asegurador a fin de reanudar la cobertura.

Firma del Cliente / Representante Legal	Fecha de Hoy
Nombre del Representante Legal en letra de imprenta	Relación del Representante Legal con el Cliente

Lista para verificar la sumisión de una Solicitud de EIP Completa:

Comprobante Legal de Nombre

- Por favor provea una copia de uno de estos documentos para verificar su nombre legal completo:
- Cualquier licencia de manejo o tarjeta de identificación estatal (aunque ya haya caducado)
 - Pasaporte

Comprobante de Residencia en el Estado de Washington

Si tiene un domicilio residencial, por favor provea una copia de uno de los siguientes documentos para verificar su Residencia en Washington:

- Licencia de manejo o tarjeta de identificación actual del Estado de Washington
- Tarjeta de registro para votar del Estado de Washington
- Factura de utilidades (no se aceptan las del teléfono celular)
- Contrato de arrendamiento/renta/hipoteca

Ingresos

Si usted y/o su familia tienen ingresos, por favor provea la documentación requerida detallada en la página 3 de todos los tipos de ingreso que recibe cada persona.

Tarjeta de Seguro

Si tiene seguro, por favor provea una copia de su tarjeta de seguro.

Complete la solicitud en tinta o mecanografiada

Llene la solicitud totalmente (Desde la Sección 1 hasta la Sección 10) con todos los documentos requeridos, fechas y firmas.

- Incluya la Sección 11 (VIH e Información de Estado de Salud) solamente si es un cliente completamente nuevo. Si ya ha tenido elegibilidad en el pasado no necesitamos verificación de VIH.
- Incluya la Sección 12 (La Forma de Inscripción de EHIP) si está solicitando asistencia con sus primas de seguro – por favor recuerde, su solicitud no estará incompleta sin esta información.

INFORMACION RESPECTO AL REEMBOLSO DE CHEQUES DE COMPAÑÍAS DE SEGURO

SI USTED RECIBE ALGÚN CHEQUE DE UNA COMPAÑÍA DE SEGURO,
NO LO CAMBIE, USTED DEBE ENVIARLO INMEDIATAMENTE A EIP.

Tenga en mente que SI usted cambia el cheque de reembolso o si no se lo manda a EIP, puede resultar en una interrupción de sus prescripciones y de su asistencia de primas de seguro.

Firme el cheque y escriba: "Pay to the order of Ramsell Corporation". Por favor mande todos los cheques (incluyendo la documentación que le llegó con el cheque) a:

**EIP
PO BOX 47841
Olympia WA 98504**

Al recibirlo, vamos a investigar para que es cada reembolso, y le mandaremos la parte que le corresponde. Cualquier porción que es un reembolso de