

| 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 | Código Postal |
| | | | |
| 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 |
| | |