

Formulario de Información sobre cambio de estado de Dependiente

Numero de Seguro Social o ID del Miembro: _____

Nombre completo del Miembro: _____



WISCONSIN LABORERS' HEALTH FUND

Feel the Power

WISCONSIN LABORER'S HEALTH FUND

4633 LIUNA WAY SUITE 201
 DEFOREST, WI 53532
 TELEPHONE: 608- 842-9102
 TOLL FREE:800-397-3373

Número de teléfono del miembro: _____

Dirección del Miembro: _____
 Calle Estado, Código postal

Correo electrónico del Miembro: _____

El Fondo de Salud de los Trabajadores de Wisconsin (WLHF) exige la notificación inmediata de las personas que son nuevos dependientes o que ya no son elegibles. No notificar con prontitud al WLHF puede resultar en la pérdida de la cobertura de los nuevos dependientes y, en el caso de los antiguos dependientes, puede resultar en acciones de recuperación de los beneficios pagados, incluyendo la pérdida del derecho de continuación de a cobertura OCBRA. **Consulte el reverso d el formulario para ver los códigos de cambio de estado**

Nombre del Dependiente (Apellido, Nombre-Segundo Nombre)	Fecha de Nacimiento	Tipo de Cambio de Estado	Fecha de Matrimonio/Divorcio	Relación	Genero	Numero de Seguro Social
---	---------------------	--------------------------	------------------------------	----------	--------	-------------------------

El Dependiente el elegible para otra Plan de Salud SI NO

Si es así, Nombre del otro Plan de Salud

Nombre del titular de la tarjeta & Fecha de Nacimiento

Fecha de Vigencia (MM, DD, AA) MEDICO, DENTAL, VISION
 (Circule todas las que apliquen)

Nombre del Dependiente (Apellido, Nombre-Segundo Nombre)	Fecha de Nacimiento	Tipo de Cambio de Estado	Fecha de Matrimonio/Divorcio	Relación	Genero	Numero de Seguro Social
---	---------------------	--------------------------	------------------------------	----------	--------	-------------------------

El Dependiente el elegible para otra Plan de Salud SI NO

Si es así, Nombre del otro Plan de Salud

Nombre del titular de la tarjeta & Fecha de Nacimiento

Fecha de Vigencia (MM, DD, AA) MEDICO, DENTAL, VISION
 (Circule todas las que apliquen)

Nombre del Dependiente (Apellido, Nombre-Segundo Nombre)	Fecha de Nacimiento	Tipo de Cambio de Estado	Fecha de Matrimonio/Divorcio	Relación	Genero	Numero de Seguro Social
---	---------------------	--------------------------	------------------------------	----------	--------	-------------------------

El Dependiente el elegible para otra Plan de Salud SI NO

Si es así, Nombre del otro Plan de Salud

Nombre del titular de la tarjeta & Fecha de Nacimiento

Fecha de Vigencia (MM, DD, AA) MEDICO, DENTAL, VISION
 (Circule todas las que apliquen)

Por favor, complete, firme y devuelva a WLHF, incluyendo todos los documentos correspondientes, como se describe en el reverso el formulario, para justificar el tipo de cambio de estado civil de cada dependiente.

Al firmar este formulario, certifico que la información proporcionada es completa y exacta a la fecha de mi firma.

Nombre del Participante (letra imprenta) _____

Firma del Participante _____

Fecha _____

Nota: Si dese realizar cambios de sus beneficiarios, deberá completar y devolver un Formulario de cambio de beneficios

Tipo de estado de Dependiente y documentación de respaldo necesaria

Código	Tipo de Cambio de Estado	Documentación Requerida
1	Casamiento	Certificado de matrimonio
2	Nacimiento/Hijo (para agregar al plan)	Certificado de nacimiento
3	Añadiendo hijastros	Acta de nacimiento y parte de Sentencia de Divorcio (si corresponde), Que incluya los nombres de las partes, el nombre del/de los hijo(s), quien tiene la custodia y quién es responsable de sus gastos medicaos, Si no se dispone de documentos judiciales, se necesitara una carta notariada que indique que el padre con custodia e responsable de todas las necesidades del/de los hijo(s), junto son una breve explicación.
4	Divorcio	Sentencia final de divorcio – Envié solamente las partes que incluyan los nombres de las partes, los nombres de los niños (si los hay), quien tiene la responsabilidad financiera de los gastos de atención medica de los niños y la pagina de firmas.
5	Cambio de nombre	Una copia de uno de los siguientes documentos que muestren el cambio de nombre; Licencia de conducir, tarjeta de seguro social o documentos judiciales de respaldo (cuando corresponda)
6	Muerte	Certificado de Defunción
7	Nueva cobertura de seguro de dependiente	Carta del nuevo seguro que muestra cuando comenzó la cobertura
8	Terminación de contrato de dependiente mayor de 19 años	Carta que indique el motivo de la rescisión antes d ellos 26 años. Tenga en cuenta que ningún dependiente de si seguro menor de 19 años puede ser dado de baja sin documentación judiciales que lo respalden.
9	Adopción	Orden de adopción de colocación de un ni164o después del consentimiento
10	Terminación del plan de seguro del cónyuge	Notificación de terminación del plan de seguro médico, dental o de la vista grupal del cónyuge
11	Tutela	Decreto judicial que concede de tutela

Formas de devolver el formulario completado y documentos

Asegúrese de que todos los documentos sean claros y fáciles de leer.

Correo:

WLHF Attn: Eligibility
4633 Liuna Way Deforest, WI 53532

Fax:

(608) 846-3192
Attn: Eligibility-Dep Status Change Form

Suba a Pagina Web:

1. Visite: www.luinawisconsin.org/benefits
2. Desplace hasta "Cargar documento al departamento de Eligibilidad"
3. Busque el PDF guardado

Correo electronico:

Eligibilitywl@benesys.com
Asunto: "Dependent Status Change Form"