

## FORMULARIO DE COMPROBANTE DE DEPENDE DESCAPACITADO

### SECCION 1 – PARA SER COMPLETADO PARA EL MIEMBRO

Nombre completo del miembro: \_\_\_\_\_ Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Relación con el Dependiente: \_\_\_\_\_

Nombre del Dependiente Incapacitado: \_\_\_\_\_  Masculino  Femenino

Fecha de nacimiento del dependiente incapacitado: \_\_\_\_\_ Estado Civil del dependiente:  S  C  D  V

Numero de Seguro Social del dependiente: \_\_\_\_\_ HICN de Medicare del dependiente: \_\_\_\_\_

Edad del dependiente cuando se ocurrió la discapacidad: \_\_\_\_\_ Describa la Discapacidad: \_\_\_\_\_

¿El dependiente vive permanentemente en su hogar? .....  SI  No

Si NO, ¿Por qué no? \_\_\_\_\_

¿Él dependiente trabaja por un salario? .....  SI  No

Si, es SI, Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_ # de horas por mes \_\_\_\_\_

¿El dependiente asiste a la escuela? .....  SI  No Si es así,  Tiempo Completo  Tiempo Parcial

¿El dependiente es capaz de mantenerse por sí mismo? .....  SI  No

¿El dependiente fue registrado como su dependiente and su última declaración de impuestos? .....  SI  No

¿El dependiente es cubierto por otra aseguranza hospitalaria o medica? .....  SI  No

Si, es así: Nombre de Compañía de Aseguranza: \_\_\_\_\_ # de póliza: \_\_\_\_\_

### SECCION 2 – FIRMA DEL PADRE O TUTOR LEGAL

Por la presente certifico que toda la información proporcionada es correcta según mi leal saber y entender y que este dependiente no es autosuficiente y sigue dependiendo de mí para su manutención. Entiendo que es mi responsabilidad notificar al Fondo de Salud de los trabajadores de Wisconsin dentro de 31 días posteriores a cualquier cambio en la elegibilidad de este dependiente y que puedo solicitar una revisión del estado de la elegibilidad en cualquier momento para verificar su elegibilidad continua. No notificar los cambios en el estado de elegibilidad puede resultar en sanciones y el reembolso de los beneficios pagados en nombre de dependiente no elegible.

Firma del Participante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



WISCONSIN LABORERS' HEALTH & PENSION FUND

*Feel the Power*

4633 LIUNA WAY, SUITE 201  
DEFOREST, WI 53532

TELEPHONE: 608 -846-1742

TOLL FREE: 800-397-3373

**SECCION 3 – AUTORIZACION PARA LIBERAR INFORMACION DE RECLAMOS**

Por la presente autorizo \_\_\_\_\_ revelar información personal sobre la  
(medico, hospital o proveedor de servicio de atención medica)

salud relativo al diagnóstico o tratamiento prestado para \_\_\_\_\_ al Fondo de Salud de los  
(nombre del paciente)

Trabajadores de Wisconsin. Autorizo esta divulgación para determinar si el dependiente nombrado cumple los requisitos de elegibilidad según la clasificación de dependientes incapacitados. Esta autorización será válida mientras dure mi reclamación.

**CONFIRMACION DE ENTENDIMIENTO**

Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. También entiendo que mi revocación debe hacerse por escrito. Para obtener una copia del formulario de Revocación de Autorización, puedo comunicarme con la Oficina del plan a la dirección o al número de teléfono que figuran en la parte superior de este formulario. Soy consciente de que mi revocación no se aplicara a los usos o divulgaciones de información médica personal que ya se hayan realizado al amparo de e esta autorización,

Entiendo que, si firmo esta autorización, se me debe proporcionar una copia firmada. Entiendo que no tengo obligación de firmar este formulario y que el Fondo de Salud de los Trabajadores de Wisconsin no condicionara mi decisión de firmar esta autorización a mi tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud, ni elegibilidad para recibir beneficios de atención médica.

**Al firmar este formulario, confirmo que refleja con una precisión mis deseos.**

Firma de paciente o representante personal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si lo firma un representante:

Nombre impreso de representante personal: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente o naturaleza de la autoridad: \_\_\_\_\_



WISCONSIN LABORERS' HEALTH & PENSION FUND

Feel the Power

4633 LIUNA WAY, SUITE 201  
DEFOREST, WI 53532

TELEPHONE: 608 -846-1742

TOLL FREE: 800-397-3373

**Sección 4 – FORMULARIO DE COMPROBANTE D EDEPENDIENTE INCAPACITADO QUYE DEBE SER SOMPLETADO POR EL MEDICO DE ATENCION**

**Nota: cualquier tarifa para completar este formulario e responsabilidad del miembro.**

Nombre de paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio de incapacidad: \_\_\_\_\_ Fecha del último examen: \_\_\_\_\_ Frecuencia de visitas: \_\_\_\_\_

Diagnosis: \_\_\_\_\_

Plan de tratamiento actual: \_\_\_\_\_

Grado de Discapacidad

¿El paciente no tiene la capacidad de estudiar a tiempo completo? .....  SI  NO

¿El paciente siempre dependerá del apoyo de otra persona? .....  SI  NO

¿El paciente es incapaz de mantenerse por sí mismo mediante un trabajo reenumerado? .....  SI  NO

¿Ha existido dicha discapacidad de forma continua antes de que el paciente cumpliera 19 años? .....  SI  NO

En su opinión profesional ¿considera que esta persona esta incapacitada permanentemente y total debido a un impedimento físico o mental que se espera que afecte su salud o que dure un periodo continuo de 12 meses o más? .....  SI  NO

Firma del médico: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ EIN/SSN: \_\_\_\_\_

Nombre del médico impreso: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_