

Formulario de solicitud de membresía y cambio



Nombre del plan:	
Nombre del empleador:	Fecha de empleo a tiempo completo:
Número de grupo/código de tarifa:	Fecha de vigencia/fecha de cambio:

Cobertura	Motivo de la solicitud/cambio		
<input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> POS <input type="checkbox"/> Opciones de red <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Miembro nuevo <input type="checkbox"/> Agregar dependiente <input type="checkbox"/> Baja <input type="checkbox"/> Baja de dependiente <input type="checkbox"/> Cambio de nombre	<input type="checkbox"/> Cambio de dirección <input type="checkbox"/> Cambio de plan de beneficios <input type="checkbox"/> COBRA/continuación <input type="checkbox"/> Inscripción abierta <input type="checkbox"/> Renuncia de seguro	Explique la adición/el cambio aquí: Razón de la adición del dependiente: Motivo de la baja: Motivo de la baja del dependiente: Otro:

Sección de inscripción (adjunte hojas adicionales si es necesario)

Apellido:	Primer nombre legal:	Apodo:	2.º nombre:	Estado (marque)
Dirección/n.º de apt.:				<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado
Ciudad:	Estado:	Código postal:	<input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Asalariado	
Teléfono de la casa:		Teléfono del trabajo:		<input type="checkbox"/> Sindic. <input type="checkbox"/> No sindic.

Sección de inscripción (adjunte hojas adicionales si es necesario)

		Nombre (apellido, primer nombre, inicial del 2.º nombre)	Fecha de nacimiento mm/dd/aa	Género	Discapacitado	Relación	Nombre del médico personal (muy recomendado)	¿Es paciente actual?
Titular				<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Titular		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		Número de seguro social		¿Cuál es su raza? <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Indio asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Guameño o chamorro <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Asiático: otro <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico: otro <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Elijo no responder				
				¿Cuál es tu etnia? <input type="checkbox"/> No hispano, latino o español <input type="checkbox"/> Hispano, latino o español <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Mexicano, mexicanoamericano, chicano <input type="checkbox"/> Hispano, latino o español: otro <input type="checkbox"/> Elijo no responder				
Cónyuge				<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cónyuge		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		Número de seguro social		¿Cuál es su raza? <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Indio asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Guameño o chamorro <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Asiático: otro <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico: otro <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Elijo no responder				
				¿Cuál es tu etnia? <input type="checkbox"/> No hispano, latino o español <input type="checkbox"/> Hispano, latino o español <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Mexicano, mexicanoamericano, chicano <input type="checkbox"/> Hispano, latino o español: otro <input type="checkbox"/> Elijo no responder				
Dependiente 1				<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Nieto <input type="checkbox"/> Tutela		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		Número de seguro social		¿Cuál es su raza? <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Indio asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Guameño o chamorro <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Asiático: otro <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico: otro <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Elijo no responder				
				¿Cuál es tu etnia? <input type="checkbox"/> No hispano, latino o español <input type="checkbox"/> Hispano, latino o español <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Mexicano, mexicanoamericano, chicano <input type="checkbox"/> Hispano, latino o español: otro <input type="checkbox"/> Elijo no responder				

Nombre (apellido, primer nombre, inicial del 2.º nombre)		Fecha de nacimiento mm/dd/aa	Género	Discapacitado	Relación	Nombre del médico personal (muy recomendado)	¿Es paciente actual?
Dependiente 2			<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijastró <input type="checkbox"/> Nieto <input type="checkbox"/> Tutela		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Número de seguro social						
	¿Cuál es su raza? <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Indio asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Guameño o chamorro <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Asiático: otro <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico: otro <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Elijo no responder						
¿Cuál es tu etnia? <input type="checkbox"/> No hispano, latino o español <input type="checkbox"/> Hispano, latino o español <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Mexicano, mexicanoamericano, chicano <input type="checkbox"/> Hispano, latino o español: otro <input type="checkbox"/> Elijo no responder							
Nombre (apellido, primer nombre, inicial del 2.º nombre)		Fecha de nacimiento mm/dd/aa	Género	Discapacitado	Relación	Nombre del médico personal (muy recomendado)	¿Es paciente actual?
Dependiente 3			<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijastró <input type="checkbox"/> Nieto <input type="checkbox"/> Tutela		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Número de seguro social						
	¿Cuál es su raza? <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Indio asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Guameño o chamorro <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Asiático: otro <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico: otro <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Elijo no responder						
¿Cuál es tu etnia? <input type="checkbox"/> No hispano, latino o español <input type="checkbox"/> Hispano, latino o español <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Mexicano, mexicanoamericano, chicano <input type="checkbox"/> Hispano, latino o español: otro <input type="checkbox"/> Elijo no responder							

Formato alternativo

Seleccione uno si desea que le enviemos información en un formato alternativo o en un idioma distinto al inglés.

Letra grande Braille CD de audio Idioma distinto al inglés (idioma necesario): _____

Network Health Plan (NHP) o Network Health Insurance Corporation (NHIC), según corresponda, requieren toda la documentación legal para asegurar a dependientes que impliquen tutela y adopción.

Visite networkhealth.com para obtener un directorio de proveedores en línea para elegir un médico de atención primaria para usted y sus dependientes.

Otra información sobre la cobertura de seguro

¿Usted o algún dependiente tiene otro seguro médico grupal (incluido Medicare)? Sí No

En caso afirmativo, ¿esta otra póliza incluye cobertura de farmacia? Sí No

¿Continuará con este seguro después de que comience la cobertura de Network Health Plan? Sí No

Personas que tienen otras coberturas:

Titular de la póliza:

Nombre de la aseguradora:

N.º de política:

¿Hay una sentencia de divorcio que establezca la responsabilidad del seguro?

Sí No

Nombre del responsable:

Fecha de nacimiento:

Entréguele una copia de la parte de la sentencia que establece esta responsabilidad a Network Health Plan.

Declaración de confidencialidad

Al completar esta solicitud, autorizo a cualquier proveedor de atención médica a divulgar mi información médica, incluidos aquellos registros relacionados con las pruebas y el tratamiento de salud mental, consumo de alcohol o drogas e infección por VIH, a Network Health Plan o el personal médico y de gestión de reclamos de Network Health Insurance Corporation, cuando esté razonablemente relacionado con mi solicitud de cobertura a través del NHP o de la NHIC, según corresponda. (Al firmar esta autorización como empleado o cónyuge, también autoriza la divulgación de información médica de cualquier dependiente menor cubierto o de cualquier dependiente cubierto para el cual tenga tutela legal).

También autorizo a cualquier proveedor de atención médica a divulgar todos y cada uno de mis registros médicos al NHP o a la NHIC, según corresponda, cuando estén razonablemente relacionados con la cobertura para fines administrativos o de medición de calidad. Esta autorización es válida mientras mi cobertura esté vigente o mientras un reclamo esté pendiente, lo que dure más tiempo. Entiendo que tengo derecho a revisar los registros divulgados y a obtener una copia de estos, y que puedo revocar estas autorizaciones en cualquier momento, excepto en la medida en que un proveedor de atención médica ya haya actuado basándose en ellos. También entiendo que tengo derecho (o lo tiene mi representante autorizado) a recibir una copia de este formulario completo. Al firmar este formulario, autorizo al NHP o a la NHIC, según corresponda, a divulgar esta información por un período que no exceda los 30 meses a partir de la fecha en que se firme esta solicitud.

Si alguna ley o proveedor requiere una autorización adicional para la divulgación de registros médicos, se me pedirá que firme un consentimiento especial para la divulgación de esta información. Entiendo que NHP o NHIC, según corresponda, harán todo lo posible para proteger mi privacidad en todo momento, y que la información identificable del miembro no se compartirá con mi empleador a menos que yo, el miembro, lo autorice.

Entiendo que no autorizar la divulgación de información médica al NHP o a la NHIC, según corresponda, puede causar retrasos significativos en el procesamiento de mis reclamos. También entiendo que NHP o NHIC conservan el derecho de divulgar la información de reclamos recibida de los proveedores de atención médica a entidades contratadas por a NHP o NHIC, según corresponda, para cumplir con sus obligaciones según el contrato grupal.

Toda la información proporcionada por mí en esta solicitud es verdadera y completa a mi leal saber y entender.

No se requiere la firma del empleado en una baja por despido, pero debe estar firmada por el empleador.

Firma del empleado

Fecha

Firma del empleador

Fecha

Solo para uso interno de Network Health Plan o Network Health Insurance Corporation:

Fecha de entrada en vigor

Introducido por

Fecha

Planes HMO respaldados por Network Health Plan. Planes POS suscritos por Network Health Insurance Corporation o Network Health Insurance Corporation y Network Health Plan.

Envíe este formulario completo/firmado por fax al 920-720-1904

INFORMACIÓN REQUERIDA. No discriminación

Network Health cumple con las leyes federales aplicables de derechos civiles, de conciencia y de lucha contra la discriminación, y prohíbe la exclusión, el trato adverso, la coerción u otra forma de discriminación contra personas o entidades por sus creencias religiosas o convicciones morales, y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Network Health no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Es posible que tenga derecho, según la ley federal, a negarse a someterse a ciertos tratamientos, investigaciones o servicios relacionados con la atención médica que violan su conciencia, creencias religiosas o convicciones morales.

Network Health:

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para comunicarse eficazmente con nosotros, por ejemplo:
 - Intérpretes calificados de lengua de signos.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, por ejemplo:
 - Intérpretes calificados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con el coordinador de quejas por discriminación de Network Health al 800-826-0940.

Si cree que Network Health no ha brindado estos servicios, no ha tenido en cuenta su objeción de conciencia, religiosa o moral, o lo ha discriminado de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante el coordinador de quejas por discriminación de Network Health, 1570 Midway Place, Menasha, WI 54952, número de teléfono 800-826-0940, TTY 800-947-3529, fax 920-720-1907, cumplimiento@networkhealth.com. Puede presentar una queja en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, el coordinador de quejas por discriminación de Network Health está disponible para ayudarlo. También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. en internet a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o por teléfono al Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Los formularios de queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Servicios de interpretación multilingüe

If you, or someone you're helping, has questions about Network Health, you have the right to get help and information in your language at no cost. To talk to an interpreter, call 800-826-0940.

Spanish: Si usted, o alguien a quien usted está ayudando, tiene preguntas acerca de Network Health, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 800-826-0940.

Hmong: Yog koj, los yog tej tus neeg uas koj pab ntawd, muaj lus nug txog Network Health, koj muaj cai kom lawv muab cov ntshiab lus qhia uas tau muab sau ua koj hom lus pub dawb rau koj. Yog koj xav nrog ib tug neeg txhais lus tham, hu rau 800-826-0940.

Chinese: 如果您, 或是您正在協助的對象, 有關於[插入SBM項目的名稱 Network Health 方面的問題, 您有權利免費以您的母語得到幫助和訊息。洽詢一位翻譯員, 請撥電話 [在此插入數字800-826-0940。

German: Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zum Network Health haben, haben Sie das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte die Nummer 800-826-0940 an.

