

Declaración de discapacidad para hijos dependientes que superan el límite de edad

Es posible que pueda extenderse la elegibilidad de los hijos dependientes inscritos que normalmente dejarían de ser elegibles para este plan solo por la edad, pero que son discapacitados debido a una lesión, enfermedad o problema de salud físico o mental incapacitante, si se envía una solicitud por escrito dentro de los 31 días de la fecha en que el hijo dependiente llega a la edad en que, de otro modo, dejaría de ser elegible.* Para calificar para esta extensión, el hijo dependiente discapacitado debe ser incapaz de tener un empleo que le permita mantenerse y debe depender principalmente del mantenimiento y el apoyo del suscriptor. Esta certificación médica de discapacidad debe adjuntarse a la solicitud, a menos que usted y su hijo dependiente ya estén inscritos en un plan de Blue Shield. Es posible que tenga que presentar una nueva certificación de discapacidad dentro de los dos años de haber presentado la primera certificación médica y todos los años a partir de ese momento, excepto en los casos de discapacidad a largo plazo.

Nombre del suscriptor _____

Número de grupo _____ Número de miembro _____

Nombre del hijo dependiente _____

Yo, el médico que firma al pie, certifico que _____
(nombre del hijo dependiente)

es incapaz de tener un empleo que le permita mantenerse porque tiene _____
(diagnóstico del hijo dependiente discapacitado que supera el límite de edad)

Pronóstico _____

Fecha en que se calcula que podría tener un empleo que le permita mantenerse _____

Firma del médico

Fecha

Yo, el padre, la madre o el tutor que firma al pie, certifico que

Nombre del hijo dependiente

Fecha de nacimiento

es mi hijo (incluso hijastro, hijo adoptado legalmente o niño bajo cuidado tutelar), depende principalmente de mí para que lo mantenga y lo apoye, y es incapaz de tener un empleo que le permita mantenerse debido a una discapacidad física o mental.

Firma del padre, la madre o el tutor

Fecha

Dirección de correo electrónico del padre, la madre o el tutor _____

Puede enviar la información solicitada por fax al **(800) 837-4635**, por correo electrónico en sguw@blueshieldca.com o por correo postal a Blue Shield Small Business Underwriting, 3021 Reynolds Ranch Parkway, Lodi, CA 95240. Si tiene alguna pregunta, llámenos al **(888) 834-4263**.

* Si el padre, la madre o el tutor y el hijo dependiente no han tenido cobertura de un plan de salud de Blue Shield antes de que el dependiente llegue a la edad en que deja de ser elegible, será necesario presentar un comprobante de la cobertura anterior o actual del dependiente. En estos casos, también habrá que presentar el aviso de cancelación de la cobertura de la aseguradora anterior.

Blue Shield of California complies with applicable state laws and federal civil rights laws, and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, ancestry, religion, sex, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age, or disability.

Blue Shield of California cumple con las leyes estatales y las leyes federales de derechos civiles vigentes, y no discrimina por motivos de raza, color, país de origen, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad ni discapacidad.

Blue Shield of California 遵循適用的州法律和聯邦公民權利法律，並且不以種族、膚色、原國籍、血統、宗教、性別、婚姻狀況、性別認同、性取向、年齡或殘障為由而進行歧視。