



**Código sistema:**                      **Región #:**                      **C/R#:**                      **Teléfono #:**                      **Fecha:**

**Cuéntenos acerca de la persona en su hogar que puede ser capaz de obtener un seguro de salud en el trabajo o ha perdido un trabajo en los últimos 30 días.**

NOMBRE		SSN	
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO	TELÉFONO MÓVIL	
Si nadie en el hogar está trabajando o perdió un empleo en los últimos 30 días, anote en la casilla de estado de empleo y luego firme y devuelva este formulario.			ESTADO DE EMPLEO

**Cuéntanos sobre el empleador.**

¿Está trabajando ahora?    Sí    No   Si no, ¿cuándo terminó el empleo?

NOMBRE DEL EMPLEADOR	TELÉFONO		
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

**Cuéntanos sobre los beneficios de seguro de salud o COBRA disponibles.**

¿Está el empleado inscrito en un seguro de salud ahora?    Sí    No   Si no, ¿cuándo el empleado será elegible para inscribirse?

¿Es esta cobertura COBRA?    Sí    No   Si la respuesta es sí, ¿cuándo comenzó COBRA?

**Haga una lista de los miembros del hogar que tienen seguro de empleador ahora o podrían agregarse.**

NOMBRE:	Relación con el empleado:	¿Esta persona está recibiendo tratamiento para una enfermedad grave, salud mental, salud del comportamiento o ortodoncia?	¿Está embarazada esta persona?
1.		ENFERMEDAD	FECHA DE VENCIMIENTO
2.		ENFERMEDAD	FECHA DE VENCIMIENTO
3.		ENFERMEDAD	FECHA DE VENCIMIENTO
4.		ENFERMEDAD	FECHA DE VENCIMIENTO
5.		ENFERMEDAD	FECHA DE VENCIMIENTO

**Enumere a cualquier persona en el hogar que pueda obtener un seguro de salud de un padre que no tiene la custodia.**

Nombre:	Nombre del padre que no tiene la custodia	Nombre del Empleador	Teléfono del padre que no tiene la custodia
1.			
2.			
3.			

Por la presente autorizo y solicito que se comunique al Departamento de Servicios Humanos de PA cualquier información que pueda ser necesaria para determinar mi elegibilidad para participar en el Programa de Pago de Prima de Seguro de Salud, en inglés, Health Insurance Premium Payment, HIPP, y designo al departamento como mi apoderado de hecho con poderes limitados para elegir la cobertura de beneficio de salud grupal en mi nombre, para inscribirme en dicha cobertura y para pagar las primas o contribuciones en mi nombre. Este poder continuará en efecto hasta que yo lo revoque por escrito. Entiendo que se respetará el carácter confidencial de esta información y que sólo se la usará para determinar mi elegibilidad para participar en el Programa HIPP. De conformidad con los reglamentos sobre privacidad de la ley federal HIPAA, entiendo y acepto que el Programa HIPP puede usar y divulgar información protegida sobre la salud (incluidos, entre otros datos, el nombre, dirección, diagnóstico y tratamiento) para operaciones relativas a la atención médica, tratamiento o pago. Comprendo que, para poder inscribirme o recibir los servicios del Programa HIPP, debo dar mi consentimiento para que la información se use y divulgue de esa manera.

FIRMA DEL EMPLEADO:	FECHA:
---------------------	--------