

Formulario de elección de continuidad de Oregon



Para grupos de empleadores que tengan 19 o menos empleados o grupos de empleadores no sujetos a COBRA

Fecha de distribución del formulario:
 Fecha de entrada en vigor:
 Fecha de vencimiento del período de elección

Si desea solicitar la continuidad de la cobertura de Oregon, debe completar todas las secciones de este formulario y enviarlo a su empleador en un plazo de 10 días a partir del evento que califica o 10 días de haber recibido la notificación de la continuidad de la cobertura, lo que sea posterior.

SECCIÓN 1 INFORMACIÓN DEL INDIVIDUO QUE CALIFICA				
APELLIDO	PRIMER NOMBRE	2.º NOMBRE	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	TELÉFONO DURANTE EL DÍA
DIRECCIÓN (CALLE, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL)			N.º DE ID DEL MIEMBRO	N.º DE GRUPO
FECHA DE NACIMIENTO	GÉNERO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO	ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> SOLTERO/A <input type="checkbox"/> CASADO/A <input type="checkbox"/> DIVORCIADO/A <input type="checkbox"/> SEPARADO/A <input type="checkbox"/> VIUDO/A		

SECCIÓN 2 INFORMACIÓN DEL EVENTO QUE CALIFICA

Soy elegible para la continuidad de la cobertura médica por los siguientes motivos:

- Finalización del contrato de trabajo. Fecha de finalización del contrato de trabajo: _____
- Reducción de horas de trabajo. Fecha de entrada en vigencia de la reducción: _____
- Empleado cubierto que adquiere elegibilidad para Medicare. Fecha de entrada en vigor de elegibilidad de Medicare: _____
- Divorcio o separación legal de un empleado cubierto. Fecha de divorcio o separación legal: _____
- Muerte de un empleado cubierto. Fecha de defunción: _____
- Finalización de membresía en un plan de salud grupal. Fecha de finalización de membresía: _____
- Hijo dependiente cubierto ya no cumple con los requisitos de elegibilidad. Fecha de entrada en vigor de la pérdida de elegibilidad: _____

¿Alguna persona que esté solicitando la continuidad está cubierta por otro seguro grupal? Sí No

Si la respuesta es sí, nombre del asegurado: _____ Compañía aseguradora: _____

Si usted no es el empleado cubierto, proporcione el nombre y el número de ID de miembro del empleado que es el principal en la póliza:

Nombre: _____ N.º de ID de miembro: _____

SECCIÓN 3

Indique todos los miembros de la familia dependientes que continúan con la cobertura.

Apellido	Nombre	Inicial del 2.º nombre	Fecha de nacimiento	Género	Relación

SECCIÓN 4 FIRMA DEL INDIVIDUO QUE CALIFICA

Veracidad de la información: Toda persona que, con la intención de cometer fraude, presente este formulario de elección con información sustancialmente falsa o que oculte información importante, puede estar sujeta a sanciones penales o civiles y Providence Health Plan puede cancelar la membresía de dicha persona y negarse a pagar los reclamos.

Reconocimiento del suscrito: Reconozco y comprendo que Providence Health Plan puede solicitar o revelar información médica, salvo notas de psicoterapia, acerca de mí y de mis dependientes (personas indicadas en este formulario de elección de continuidad estatal para los beneficios de la cobertura) con el fin de: (a) realizar las operaciones comerciales del plan de salud de Providence Health Plan; (b) facilitar el tratamiento de atención médica; (c) hacer o facilitar pagos por servicios de atención médica; o (d) según lo exija la ley. El uso o la divulgación de las notas de psicoterapia de Providence Health Plan se limita a las circunstancias en que el paciente haya proporcionado una autorización firmada.

Para obtener más información sobre dichos usos y divulgaciones, incluso los usos y las divulgaciones que la ley exija, consulte el Aviso de prácticas de privacidad. Se puede obtener una copia en www.ProvidenceHealthPlan.com o llamando al servicio de atención al cliente.

FIRMA: _____

FECHA: _____