

## FORMULARIO DE CERTIFICACIÓN DE DEPENDIENTE

Llene las Secciones A y B, C o D de este formulario, según corresponda, para asegurar que se determine con precisión la elegibilidad de beneficios de su dependiente. **Los formularios incompletos o ilegibles se devolverán al remitente, lo que resultará en un procesamiento retrasado.**

### SECCIÓN A: INFORMACIÓN GENERAL *(Para que lo complete el Empleado)*

1. Nombre del Empleado (apellido, nombre e inicial del segundo nombre, con letra de imprenta)		2. Número de Identificación del Contrato (como el número de Seguro Social) _____
3. Dirección del Empleado (número, calle, ciudad, estado y código postal) _____		
4. Nombre del Dependiente (apellido, nombre e inicial del segundo nombre, con letra de imprenta)		5. Fecha de Nacimiento del Dependiente (mes/día/año)
6. Parentesco del Dependiente con el Empleado <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Otro	7. Estado Civil del Dependiente <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado	Si el dependiente está casado, anote la fecha de matrimonio (mes/día/año)
8. ¿El dependiente está cubierto actualmente por un plan de seguro médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	De ser un Sí, proporcione el nombre de la compañía aseguradora	
9. ¿El dependiente está cubierto actualmente por otro plan dental? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	De ser un Sí, proporcione el nombre de la compañía aseguradora	

### SECCIÓN B: CERTIFICACIÓN DE DEPENDIENTE ESTUDIANTE *(Para que lo complete el Empleado)*

1. Nombre de la escuela donde está inscrito el dependiente		2. Tipo de escuela (por ejemplo, universidad autónoma, de comercio, etc.)
3. Estudiante inscrito <input type="checkbox"/> De tiempo completo <input type="checkbox"/> De medio tiempo <input type="checkbox"/> Posgraduado _____ Número de Créditos	<b>¿El dependiente se graduará dentro de los 12 meses?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser un "Sí," proporcione la fecha de graduación esperada: _____ <b>Si no se provee la fecha de graduación esperada, puede haber un retraso en el procesamiento o la terminación de la cobertura del dependiente.</b>	
CERTIFICO POR ESTE MEDIO QUE LA INFORMACIÓN ANTERIOR ES CORRECTA SEGÚN MI LEAL SABER Y ENTENDER, Y AUTORIZO LA DIVULGACIÓN DE CUALQUIER INFORMACIÓN QUE SE SOLICITE CON RESPECTO A ESTA CERTIFICACIÓN.		
_____ Firma del Empleado	_____ Número de Teléfono	_____ Dirección de Correo Electrónico
_____ Fecha de Firma		

### SECCIÓN C: CERTIFICACIÓN DE DEPENDIENTE DISCAPACITADO *(Para que lo complete el Médico)*

1. ¿El dependiente es actualmente incapaz de sustentarse a sí mismo debido a su discapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	2. Edad del dependiente cuando ocurrió la discapacidad
3. Índole de la discapacidad (proporcione tantos detalles como pueda)	
4. Pronóstico (hacer cálculo en meses o años)	
5. Nombre del Médico de Atención Primaria (a máquina o con letra de imprenta)	6. Domicilio del Médico (a máquina o con letra de imprenta)
CERTIFICO POR ESTE MEDIO QUE LA INFORMACIÓN ANTERIOR ES CORRECTA SEGÚN MI LEAL SABER Y ENTENDER, Y AUTORIZO LA DIVULGACIÓN DE CUALQUIER INFORMACIÓN QUE SE SOLICITE CON RESPECTO A ESTA CERTIFICACIÓN.	
_____ Firma del Médico	_____ Fecha de Firma

### SECCIÓN D: DEPENDIENTE QUE YA NO ES ELEGIBLE *(Para que lo complete el Empleado)*

CONSULTE CON SU EMPLEADOR PARA DETERMINAR SI SU DEPENDIENTE NO ELEGIBLE CALIFICA PARA LA COBERTURA CONFORME LA LEY COBRA.

RECONOZCO QUE EL DEPENDIENTE ANTEDICHO YA NO ES ELEGIBLE PARA RECIBIR BENEFICIOS COMO DEPENDIENTE EN MI CONTRATO DENTAL CON UNITED CONCORDIA.

_____ Firma del Empleado	_____ Fecha Efectiva de Pérdida de Elegibilidad	_____ Fecha de Firma
--------------------------	---	----------------------

### **La discriminación es contra la ley**

El Plan cumple con las leyes de derechos civiles federales aplicables y no discrimina basándose en raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, incluyendo estereotipos sexuales e identidad de género. El Plan no excluye a las personas ni las trata diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo asignado en el momento del nacimiento, identidad de género o género registrado. Además, el Plan no rechazará ni limitará la cobertura a ningún servicio de salud con base en el hecho que el sexo de una persona asignado en el momento del nacimiento, identidad de género o género registrado es diferente para el que dicho servicio de salud está disponible normalmente. El Plan no rechazará ni limitará la cobertura para un servicio médico específico relacionado con la transición de género si dicho rechazo o limitación da lugar a una discriminación contra una persona transgénero.

El Plan:

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para comunicarse de manera efectiva con nosotros, tales como:
  - Intérpretes calificados de lenguaje por señas
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios gratuitos de idiomas a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, tales como:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si usted necesita estos servicios, comuníquese con el Coordinador de derechos civiles.

Si usted considera que el Plan no le ha provisto estos servicios o que se le ha discriminado de otra manera basado en raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, incluyendo estereotipos sexuales e identidad de género, usted puede presentar una queja a: Coordinador de derechos civiles, P.O. Box 22492, Pittsburgh, PA 15222, Teléfono: 1-866-286-8295, TTY: 711, Fax: 412-544-2475, correo electrónico: [CivilRightsCoordinator@highmark.com](mailto:CivilRightsCoordinator@highmark.com). Puede presentar una queja en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si usted necesita ayuda para presentar una queja, el Coordinador de derechos civiles está disponible para ayudarle. Usted puede presentar una queja por los derechos civiles con el Departamento de Salud y Servicios Humanos, por medio del Portal de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, por correo postal o teléfono en:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

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