Washington State Health Care Authority

Solicitud para el Programa de HCA por medio del pago de prima

Application for HCA Premium Payment Program

SU NOMBRE	NÚMERO TELEFÓNICO (INCLUYE CÓDIGO DE ÁREA)	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO (OPCIONAL)
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO CÓDIGO POSTAL

¿Tiene Medicaid? ☐ Sí ☐ No

¿Quién en su familia tiene cobertura de Medicaid? (Recibe una tarjeta de identificación médica verde y blanca)

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL O NÚMERO DE CLIENTE DE MEDICAID

¿Quién es su proveedor de seguro médico? (Esta información se encuentra en su tarjeta del seguro).

NOMBRE DE SU COMPAÑÍA DE SEGURO MÉDICO PRIVADA	NÚMERO DE TELÉFONO (INCLUYA CÓDIGO DE ÁREA)
NOMBRE DEL SUSCRIPTOR	NÚMERO DE PÓLIZA
DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA: CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL	
FUENTE DEL SEGURO: ☐ Empleador* ☐ COBRA ☐ Individuo ☐ Otro:	
* En el caso de empleador, adjunte una copia de un recibo reciente de pago y complete lo siguiente:	
NOMBRE DEL EMPLEADOR	

Para un servicio más rápido:

- **Brinde toda la información que se solicite.**
- **Adjunte copias actuales de sus pagos de seguro médico o un talón de pago reciente si su empleador le brinda un seguro médico.**
- **Adjunte copias actuales de su tarjeta de seguro (anverso y reverso).**

Prima por seguro médico (de su declaración de facturación o empleador/pago)

¿Cuánto paga por este seguro?	¿Con qué frecuencia realiza el pago?	¿Cómo paga esta prima? ☐ Deducida de su paga ☐ Deducida de su pensión ☐ Cheque ☐ Retiro de la cuenta bancaria ☐ Otro:

Por favor, firme para indicar que desearía ser considerado para asistencia con las primas.

FIRMA	FECHA

Devolver a: Washington State Health Care Authority
Programa del Pago de Prima
PO Box 45518 Olympia WA 98599-5518