



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

Es posible que la elegibilidad de los hijos dependientes inscritos que normalmente dejarían de ser elegibles para este plan solo por la edad, pero que tienen una discapacidad debido a una lesión, una enfermedad o un problema de salud físico o mental incapacitante, pueda extenderse si se envía una solicitud por escrito dentro de los 31 días después 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 con discapacidad 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 el 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 después 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 debajo, certifico que \_\_\_\_\_  
(nombre del hijo dependiente)

es incapaz de tener un empleo que le permita mantenerse porque (diagnóstico del hijo dependiente con discapacidad 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 debajo, 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 electrónica del padre, la madre o el tutor \_\_\_\_\_

Envíe la información que se pide por fax al **(800) 837-4635**, por correo electrónico a [sguw@blueshieldca.com](mailto: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 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 una prueba 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。

**Para su protección, la ley de California exige que aparezca lo siguiente en este formulario:** Toda persona que, con conocimiento, presente información falsa o fraudulenta para obtener o cambiar una cobertura de seguro, o para hacer una reclamación para el pago de una pérdida, es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y a la reclusión en una prisión estatal.