

Formulario de cambio de beneficios médicos y dentales

Change Form Medical and Dental Benefits

Lineamientos para el formulario de cambios

Puede presentar este formulario para solicitar un cambio en su plan médico o dental. También puede usar este formulario para notificarnos de cambios en su información o para notificar al DCYF que desea cancelar su seguro médico y dental.

Todos los elementos con un * son obligatorios. Su cambio no se procesará hasta que el DCYF reciba un formulario completo y legible.

Esta cobertura es solamente para el titular de la licencia de cuidado infantil familiar (en el caso de copropietarios, uno de los titulares puede solicitar los beneficios) y está vinculada a su número SSPS. Los beneficios no cubren a otros miembros de su familia, como cónyuges o dependientes, ni a empleados del programa de cuidado infantil.

Si tiene alguna pregunta acerca de este formulario de cambio, la cancelación voluntaria de la cobertura o la elegibilidad para beneficios de salud, envíe un correo electrónico a dcyf.healthcare@dcyf.wa.gov o puede llamar al 1-866-201-8343. Hay información y recursos adicionales en el [sitio de internet](#) del programa de beneficios de salud para cuidado infantil.

ENVIAR POR CORREO POSTAL A:
Department of Children, Youth, and Families
Child Care Health Benefits Program
PO Box 40970
Olympia, WA 98504-0970

O ENVIAR POR CORREO ELECTRÓNICO A:
dcyf.healthcare@dcyf.wa.gov

* MOTIVO DEL CAMBIO - (Marque todas las opciones que correspondan)			
<input type="checkbox"/> Quiero actualizar mi información personal		<input type="checkbox"/> Quiero actualizar mi preferencia de proveedor	
<input type="checkbox"/> Quiero cancelar mi seguro médico y dental			
INFORMACIÓN PERSONAL – *Todos los campos son obligatorios			
*NOMBRE		*INICIAL INTERMEDIA	*APELLIDO
*NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (SSN) O Número de identificación de contribuyente individual (ITIN) <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">□□□□□□□□□□</div>		*NÚMERO DE SSPS (6 dígitos, se encuentra en su factura de SSPS, incluya los ceros) <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">□□□□□□</div>	*FECHA DE NACIMIENTO Mes/Día/Año <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">□□/□□/□□</div>
*DOMICILIO DIRECCIÓN POSTAL (si es diferente):		*CIUDAD	*ESTADO
*NÚMERO DE TELÉFONO () -		*CORREO ELECTRÓNICO (El DCYF se comunicará con usted usando la dirección de correo electrónico que escriba aquí)	
<input type="checkbox"/> MÓVIL			
<input type="checkbox"/> CASA			
<input type="checkbox"/> TRABAJO			
*GÉNERO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/> PREFIERO NO DECIRLO			
*PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA PREFERIDO		<input type="checkbox"/> AETNA <input type="checkbox"/> KAISER PERMANENTE	
		<input type="checkbox"/> CANCELAR BENEFICIOS MÉDICOS Y DENTALES	
*PROVEEDOR DE ATENCIÓN DENTAL PREFERIDO		<input type="checkbox"/> DELTA <input type="checkbox"/> WILLAMETTE	
<i>Si no marca una casilla, usaremos la última preferencia indicada en su expediente.</i>			

Quiero cambiar mis beneficios médicos o dentales, o cambiar mi información, como se indica en este formulario de cambio. Entiendo que si decido cancelar los beneficios médicos y dentales este formulario contestado debe recibirse a más tardar el día 15 del mes en curso a fin de que la cobertura se cancele el último día del mes en curso. Entiendo que el DCYF es responsable de determinar la elegibilidad para los beneficios, y que si en cualquier momento no cumpla los requisitos de elegibilidad, mis beneficios se cancelarán. Al firmar en la parte inferior, declaro que no soy elegible para otra cobertura médica, incluyendo a Medicaid, y que la información en esta solicitud es verdadera en la medida de mi conocimiento. Además acepto que se haga la deducción de mi parte de la prima mensual por el beneficio de salud a mi pago del SSPS.

*Firma

*Nombre en letra de molde

*Fecha