

## JOINT BENEFIT TRUST

ADMINISTRATOR  
4160 Dublin Blvd., Suite 400  
Dublin, California 94568-7756  
PHONE: (925) 833-7306  
FAX: (925) 833-7301

CHAIRMAN, Maria Ashley Alvarado  
CO-CHAIRMAN, Stacey Cue

_____	_____
Miembro	Fecha
_____	_____
Seguro Social	Paciente

Estimado \_\_\_\_\_:

### FAVOR DE CONTESTAR TODAS LAS PREGUNTAS

Hemos recibido reclamos para \_\_\_\_\_. Como resultado de los cambios en las leyes estatales con respecto a la coordinación de beneficios para hijos dependientes, es necesario hacerle las siguientes preguntas para determinar cual póliza es primaria.

Para \_\_\_\_\_.

1. Provea la fecha de nacimiento de ambos padres:  
Madre: mes \_\_\_\_\_ día \_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_ Padre: mes \_\_\_\_\_ día \_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_
2. ¿Vive el menor con los padres naturales? Padre \_\_\_\_\_ Madre \_\_\_\_\_
3. Si los padres son divorciados o separados, quien tiene custodia? Padre \_\_\_\_\_ Madre \_\_\_\_\_
4. ¿Si están divorciados, esta escrito en su declaración de divorcio cual de los padres es responsable por los gastos de salud de este menor? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si la respuesta es si, cual de los padres es responsable, y describa la responsabilidad o prevea una copia de esa porción de la declaración de divorcio que explica la responsabilidad. \_\_\_\_\_
5. Favor de proveer la siguiente información de cobertura (aparte de JBT) para este menor. Si mas espacio es requerido, favor de usar el otro lado de esta forma.
  - Nombre del otro(a) asegurado: \_\_\_\_\_
  - ¿Esta trabajando el asegurado? \_\_\_\_\_ ¿Esta jubilado? \_\_\_\_\_
  - Relación con el/la paciente (madre/padre/padrazos) \_\_\_\_\_
  - # de seguro social del otro asegurado \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_
  - Nombre y domicilio del empleador del otro asegurado \_\_\_\_\_
  - \_\_\_\_\_
  - Fecha de inicio \_\_\_\_\_
  - Si cancelado, fecha de cancelación \_\_\_\_\_
  - Nombre, domicilio y teléfono del otro grupo de cobertura \_\_\_\_\_
  - \_\_\_\_\_
  - Numero de póliza \_\_\_\_\_
  - Esta póliza incluye a sus dependientes para cobertura \_\_\_\_\_
  - ¿Es este plan un HMO?

Los cargos sometidos no podrán ser procesados sin esta información. Si tiene preguntas, por favor de comunicarse con esta oficina. Favor de regresar todos los recibos con esta forma completada.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha