

2026 Formulario de solicitud de elegibilidad de SSBCI

Nombre del miembro:

Apellido del miembro:

Identificación del miembro:	Fecha de nacimiento:	Nombre del plan (de su tarjeta de identificación):
-----------------------------	----------------------	--

Certifico que tengo una de las siguientes afecciones: Casilla de verificación

• **Trastornos autoinmunitarios**

- Poliarteritis nodosa
- Artritis psoriásica
- Polimialgia reumática
- Dermatomiositis
- Esclerodermia
- Polimiositis
- Artritis reumatoide
- Lupus eritematoso sistémico

• **Cáncer** (sin incluir afecciones precancerosas o estado in situ)

• **Trastornos cardiovasculares**

- Arritmia cardíaca
- Insuficiencia cardíaca crónica
- Enfermedad de las arterias coronarias
- Enfermedad vascular periférica
- Trastorno tromboembólico venoso crónico

• **Dependencia crónica de alcohol o drogas**

• **Afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes**

- Trastornos bipolares
- Trastornos depresivos mayores
- Trastorno paranoide
- Esquizofrenia
- Trastorno esquizoafectivo

• **Enfermedad gastrointestinal crónica**

- Pancreatitis
- Enfermedad inflamatoria intestinal

• **Enfermedad de hígado graso no alcohólico**

• **Hepatitis B o C**

• **Enfermedad renal crónica**

- Debe estar en diálisis

• **Enfermedades pulmonares crónicas**

- Asma
- Bronquitis crónica
- Enfisema
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)

• **Afecciones asociadas con el deterioro cognitivo**

- Demencia
- Enfermedad de Alzheimer

• **Diabetes**

• **Inmunodeficiencia y trastornos inmunodepresores**

- VIH

• **Trastornos neurológicos**

- Esclerosis lateral amiotrófica (ELA)
- Fibromialgia
- Síndrome de fatiga crónica
- Lesión de la médula espinal
- Epilepsia
- Parálisis cerebral
- Parálisis extensa (es decir, hemiplejia, cuadriplejia, paraplejia, monoplejia)
- Enfermedad de Huntington
- Esclerosis múltiple
- Enfermedad de Parkinson
- Polineuropatía
- Estenosis espinal
- Accidente cerebrovascular o déficit neurológico religioned

• **Atención posterior a un trasplante de órganos**

• **Trastornos hematológicos graves**

- Anemia aplásica
- Hemofilia
- Púrpura trombocitopénica inmunitaria
- Síndrome mielodisplásico
- Enfermedad de células falciformes (sin incluir el rasgo de células falciformes)

Marque esta casilla si usted es el beneficiario o representante autorizado para confirmar la solicitud anterior.

Si es el representante autorizado, complete la información a continuación:

Nombre:

Número de teléfono:

Dirección: