



APLICACION PARA MEMBRECIA

\$65

Su Equipo Salvavidas #1

Tres Condados FireMed es el Programa Membrecia de Emergencias
Salvavidas de Dinuba Departamento Ambulancia

REGISTRACION LIMITADA A SEPTIEMBRE Y OCTUBRE

PORFAVOR USE LETRA DE MOLDE (Complete totalmente)

Fecha _____

Apeido _____ Telefono _____

Domicilio _____ # de Apto _____

Ciudad _____ Estado _____ Zóna Postal _____

Domicilio de Correspondencia (si es diferente al de arriba) _____ # de Apto _____

Ciudad _____ Estado _____ Zóna Postal _____

La asociación (verifica uno): Nueva la Renovación

Miembros de la Familia

Apeido (si difiere de el de el cabeza de familia)	Primer Nombre	Inicial	Masculino/ Femenino	Relacion al Cabeza de Familia	Fecha de Nacimiento		
					mes	día	año
Cabeza de familia _____							
Esposa _____							
Dependientes _____							
Dependientes _____							
Dependientes _____							
Dependientes _____							

Aliste cualquier aseguranza que pagué benficios medicos. MARQUE LAS CAJAS APROPIADAS:

¿Tiene alguno de los miembros de FireMed Medicare?	YES	NO
¿Tiene alguno de los miembros de FireMed aseguranza medica aparte o en lugar de Medicare?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cualquiera en su asociación de FireMed tiene Medi-Cal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Dónde oyó usted acerca de FireMed? En el correo <input type="checkbox"/> Periodístico <input type="checkbox"/> de la Radio <input type="checkbox"/> Otro _____		

Como discutido en los terminos de acuerdo, FireMed cobrara a su aseguranza y aceptara cualquier pago como pago de lleno. Usted debera nada.

Porfavor llene y complete esta forma, firme la forma al dorso (todos los miembros de la familia indicados), y regrese esta forma junto con el costo de la membrecia para Oct 31.

ACUERDO FIREMED

(Porfavor lea este documento con cuidado antes de firmar abajo.)

Por el presente aplico para membrecia a FireMed para mi y miembros de mi familia que sean elegibles*, y que viven en mi domicilio. Yo entiendo que la cuota adjunta provee cuidado de emergencia de ambulancia y transportacion dentro del area de servicio de ambulancia del sistema Tres Condados FireMed, junto con servicio de ambulancia de no-emergencia como se nota abajo. Si un transporte adicional se requiere entre las instalaciones de la salud, otra compañía de la ambulancia puede estar implicada y este transporte adicional no se puede cubrir por Tres Condados FireMed. La cobertura empieza cuando usted acepta la aplicacion y se extiende hasta el 31 de Octubre del siguiente año. Servicio de ambulancia de no-emergencia a los hospitales, centros medicos abiertos las 24 horas, es cubierto cuando sea medicamente necesario por su aseguranza, y tenga pre-autorizacion escrito de medico. Yo entiendo que FireMed no es una aseguranza pero proveera servicio de ambulancia por medio del Departamento de Bomberos y Ambulancias de la ciudad de Dinuba y cobrara cualquier beneficio medico o de aseguranza que yo pueda tener, y tiene derecho a pago de aseguranza tanto primaria como secundaria. FireMed esta en exceso de cualquier aseguranza o beneficio medico que yo pueda tener. Yo autorizo que se revele informacion medica para proposito de cobrar a la compañía de aseguranza por el servicio de ambulancia solamente. Si yo o algun miembro de mi familia recibe pago de alguna aseguranza o de otro proveedor de beneficios medicos por el servicio de ambulancia rendido por Tres Condados FireMed, yo enviare inmediatamente tal pago a la agencia de transporte adecuada. La membrecia Tres Condados FireMed puede ser considerado para los recipientes de Welfare por servicios que no esten cubridos bajo su plan. Yo entiendo que violaciones de los terminos de este acuerdo pueden resultar en cancelacion inmediata. **Esta membrecia no es transferible.**

***DEFINICION DE FAMILIA**

La membrecia FireMed cubre miembros inmediatos de la familia que viven en el mismo hogar. El miembro su esposa (o), hijos no casados, menores de 25 años de edad, y otras personas alistadas como dependientes legales para propósitos de impuestos son cubiertos. Se requiere que otros que no esten incluidos en esta definicion obtengan su propia membrecia por separado.

AL CARGADOR DE ASEGURANZA

Yo autorizo que se use una copia de este acuerdo en lugar de la original en los archivos de la oficina de FireMed. El original puede proveerse al ser pedido. Yo autorizo que pago de beneficios de aseguranza por servicios de ambulancia para mi o para miembros de mi familia sea hecho directamente a la agencia de transporte adecuada en concordancia con el acuerdo y como detallado en los documentos adjuntos. He pagado la cuota que me pertenece para que el servicio de ambulancia me sea suministrado, y espero su acostumbrado y usual reembolso de ambulancia por servicios hechos a mi sea enviado directamente a la agencia de transporte adecuada.

Esta forma debe ser firmada por todas las personas en el hogar de 18 años o mayores cubiertas por esta membrecia.

Cabeza de familia _____ (firma) Esposa _____ (firma)

Dependiente _____ (firma) Dependiente _____ (firma)

Un cheque, jiro postal, o informacion de tarjeta de credito debe acompañar a esta aplicacion. Porfavor haga el cheque a la orden de FireMed.

He incluido pago por: () jiro postal () al contado () cheque

SU CHEQUE CANCELADO O EL RECIBO DE SU JIRO POSTAL ES PRUEBA DE SU MEMBRECIA.