

# Student Certification

## Requirements for dependent *student* coverage:

- Full-time student in an accredited institution
- Dependent upon subscriber for support
- Unmarried
- Under \_\_\_\_ years of age

Dependent's name \_\_\_\_\_ Dependent's Medical Record Number \_\_\_\_\_

Birth date \_\_\_\_\_ Dependent's Social Security number \_\_\_\_\_

School name \_\_\_\_\_

School address \_\_\_\_\_ City, state, ZIP \_\_\_\_\_

Student ID number \_\_\_\_\_ Number of units carried \_\_\_\_\_

Subscriber's name \_\_\_\_\_ Subscriber's Medical Record Number \_\_\_\_\_

Purchaser ID \_\_\_\_\_

I certify that the dependent shown meets all of the requirements for coverage on my account as a full-time student. I understand the Health Plan coverage for this dependent will terminate on the first day of the month following the date that any one of these requirements is no longer met.

X \_\_\_\_\_  
Subscriber's signature

Social Security number \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**Employee:** Return to Employer

**Employer:** If Kaiser Permanente certifies your students, return this form to your membership document address.

# Certificación de Estudiante

## Requisitos para la cobertura de dependientes que son *estudiantes*:

- Estudiante a dedicación plena en una escuela acreditada
- Dependiente del suscriptor para su apoyo económico
- Soltero/a
- Menor de \_\_\_\_ años de edad

Nombre del dependiente \_\_\_\_\_ Número de Expediente Médico del dependiente \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social del dependiente \_\_\_\_\_

Nombre de la escuela \_\_\_\_\_

Dirección de la escuela \_\_\_\_\_

Ciudad, estado, código postal \_\_\_\_\_

Número de identificación del estudiante \_\_\_\_\_ Número de unidades que estudia \_\_\_\_\_

Nombre del suscriptor \_\_\_\_\_ Número de identificación del comprador \_\_\_\_\_

Número de cuenta de la familia \_\_\_\_\_

Certifico que dicho dependiente cumple con todos los requisitos para la cobertura en mi cuenta como estudiante de tiempo completo. Entiendo que la cobertura del Plan de Salud para dicho dependiente terminará el primer día del mes posterior a la fecha en que no se cumplan alguno de estos requisitos.

X \_\_\_\_\_  
Firma del suscriptor

Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Empleado:** Entregue el formulario a su empleador

**Empleador:** Si Kaiser Permanente otorga un certificado a sus estudiantes, envíe este formulario a la dirección donde manda sus documentos de membresía.