Clover Health

Atestación para Grocery Plus [Beneficio complementario especial para enfermos crónicos (SSBCI)]	
Para calificar para el beneficio Grocery Plus, debe estar en un plan de Clover Health que ofrezca el beneficio y debe certificar que tiene al menos una de las condiciones de salud enumeradas completando este formulario y firmando a continuación. Sin embargo, si la (s) condición (es) que usted declara tener no se puede verificar y se determina que la condición no está presente, se detendrá el acceso al beneficio de comestibles. Aún tendrá acceso a su asignación OTC trimestral. **Doy fe de que tengo la(s) siguiente(s) condición(es) de salud.** (Marque todo lo que corresponda.)	
☐ Trastornos autoinmunes ☐ Cáncer (excluidas las condiciones precancerosas) ☐ Desordenes cardiovasculares ☐ Dependencia crónica del alcohol y otras drogas ☐ Trastornos pulmonares crónicos ☐ Condiciones de salud mental crónicas e incapacitantes ☐ Artritis crónica (incluida la reumatoide y la osteoartritis) ☐ Insuficiencia cardiaca crónica ☐ Enfermedad renal crónica ☐ Enfermedad cronica del higado ☐ Demencia ☐ Depresión	☐ Diabetes mellitus ☐ Enfermedad hepática en etapa terminal ☐ Enfermedad renal en etapa terminal que requiere diálisis (todos los modos de diálisis) ☐ HIV/AIDS ☐ Hipercolesterolemia ☐ Hipertension ☐ Trastornos neurológicos ☐ Sobrepeso / obesidad ☐ Prediabetes ☐ Trastornos hematológicos graves ☐ Carrera ☐ Otras debilidades
Nombre:	**CPID:**
Firma:	**Fecha:**

Por favor devuelva este formulario:

Correo: P.O. Box 471, Jersey City, NJ 07303
Fax: 1-551-226-5351
Correo electrónico: PO_Box_471@cloverhealth.com