

555 Towner, Ypsilanti MI 48197-0915
(734) 544-3030 or (866) 291-8691

WHP 2023 RENEWAL

Today's Date: _____ Date of Birth: _____

Member Name: _____

Member Address: _____

City _____ Zip Code _____

Telephone _____

WHP Member #: _____

Assigned Clinic: _____

This is your WHP 2023 Renewal Form. **Please carefully read the questions below, answer ALL questions, sign, and return the form. Any incomplete forms will be returned.** Return a form for each WHP member.

Answer the following questions:

Do you live in Washtenaw County now and expect to live in Washtenaw County for 2023? Yes No

Is your name, address and clinic listed on this letter, correct? Yes No

Does your employer offer health insurance? Yes No

Do you have any of the immigration statuses below? Yes No

If yes, please select ALL that apply.

- ☐ US Work Permit
- ☐ Permanent Residency
- ☐ DACA
- ☐ US Citizenship

I understand the Washtenaw Health Plan coverage is not health insurance as required
by auto insurance companies and is only accepted in Washtenaw County.

Does someone in your household file taxes? Yes No

If YES, Who? _____

What is your household size? (Include self, spouse/partner, and children under 18) _____

What is your monthly household income? (Include all income from yourself and spouse/partner) \$ _____

What is your occupation? _____

If the answers to any of the above questions change, I agree to immediately notify the WHP at 734.544.3030 or by email at whp@washtenaw.org. Please return this form by September 30, 2022.



Member (or parent/guardian) signature

Date

I have a new address: _____

City/Zip Code _____ **Phone** _____

I have a different primary clinic _____

RENOVACIÓN DEL WHP 2023

Fecha: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del Miembro: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____

WHP Miembro #:

Clínica Primaria:

Este es su Formulario de Renovación para el WHP para el año 2023. **Por favor, lea atentamente las siguientes preguntas y conteste TODAS las preguntas, firme y devuelva el formulario. Cualquier formulario incompleto será devuelto.** Devolver un formulario para cada miembro de WHP.

Conteste todas las preguntas:

¿Vive en el condado de Washtenaw y espera vivir en el condado de Washtenaw en el 2023? Sí No

¿Su nombre, dirección y la clínica que aparece en esta carta están correctos? Sí No

¿Su empleador le ofrece un seguro de salud? Sí No

¿Tiene alguno de los siguientes estados migratorios? Sí No

En caso afirmativo, seleccione TODAS las que correspondan.

- ☐ Permiso de Trabajo de Estados Unidos
- ☐ Residencia Permanente de Estados Unidos
- ☐ DACA
- ☐ Ciudadanía Estadounidense

Entiendo que la cobertura de WHP no es un seguro de salud como los requeridos por compañías

de seguros de autos y que solo es aceptado dentro del condado de Washtenaw. Sí No

¿Alguien en su hogar declara impuestos? Sí No

En caso afirmativo, ¿quién? _____

¿Cuál es el tamaño familiar de su hogar? (incluidos usted, su esposo(a) o pareja e hijos menores de 18) _____

¿Cuál es su ingreso familiar mensual? (incluya todos los ingresos suyos y de su esposo(a) o pareja) \$ _____

¿Cuál es su oficio? _____

Si las respuestas a cualquiera de estas declaraciones anteriores cambian, estoy de acuerdo en notificar inmediatamente a WHP al 734.544.3030 o por email a whp@washtenaw.org. Por favor devuelva este formulario antes del 30 de septiembre del 2022.



Nombre de miembro (o padre/tutor legal) Firma

Fecha

Tengo una nueva dirección: _____

Ciudad/Código Postal: _____ Teléfono: _____

Tengo una clínica de cabecera diferente _____