



La División del Cuidado Especializado para Niños (DSCC) se requiere a obtener información acerca de cada fuente del pago que puede ser responsable, en el total o en parte, para el pago de sus gastos médicos de niño.

Lea por favor con cuidado y siga estas direcciones a completar ambos lados de la Información de Seguro de enfermedad y Certificación forman (05.08-1-2).

INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO DE SALUD (05.08-1)

- Sección A Escriba el nombre, fecha de nacimiento y número del seguro social del niño/la niña.
- Sección B Proporcione los datos de seguro de enfermedad de empleo en el individuo listaron como el Asegurado. Encierre una copia de la tarjeta de identificación de plan de salud, si es posible.
- Sección C Complete la información para All Kids/Medicaid. Suministre información sobre el tipo de plan de All Kids, número de l caso y del beneficiario e incluya una copia de la tarjeta de identificación de All Kids o Medicaid o de la carta de elegibilidad.
- Sección D Verifique si su niño/niña está cubierto/a por más de una (1)fuente de pago. Si su niño/niña tiene más de un seguro público o privado de salud, complete el modelo. Formulario de Información sobre Seguros de Salud, modelo (05.08-1-2) por cada uno. Por favor, llame a la Oficina Regional de su área y le enviaremos copias adicionales.
- Sección E Verifique esta caja si el niño no es cubierto por ningún seguro de enfermedad.

FORMULARIO DE CERTIFICACIÓN DE SEGURO DE SALUD Y DE CONSENTIMIENTO (05.08-2)

Se requiere firmar este modelo según se explica a continuación

Reembolso de All Kids y todo el otro Alcance de Seguro de enfermedad
..... **La persona asegurada tiene que
firmar**

All Kids Ayuda, All Kids Acción, All Kids Plano 1, All Kids Plano 2-8, All Kids Reembolso, All Kids (Cuidado Administrado/HMO), Medicaid, Spend-down de Medicaid..... No requiere firma

¿Necesita ayuda para completar este formulario?

Para recibir ayuda completar este formulario o cualquier otro de solicitud de DSCC, póngase en contacto con la Oficina Regional de su área. Si usted no sabe cuál oficina presta servicios en su área, comuníquese con DSCC, línea de teléfono gratis número 800-322-3722.



A. INFORMACIÓN SOBRE EL NIÑO/LA NIÑA

Nombre del niño/de la niña _____ DSCC # _____
Apellido Primer nombre Segundo nombre

Fecha de nacimiento _____ Número del Seguro Social _____

B. EMPLEO/DATOS SOBRE EL SEGURO DE SALUD

Nombre del empleado _____ Relación con el niño/la niña _____
 Nombre del empleador _____ El Teléfono del empleador # _____
 Dirección del empleador _____ Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____

DEBE COMPLETAR INFORMACION DEBAJO DE SI NIÑO ES CUBIERTO POR SEGURO DE ENFERMEDAD

El nombre de Asegurado (aseguró) _____ Fecha de nacimiento de asegurado _____
 Número de Identificación de seguro _____ La Seguridad social del asegurado # _____
 Nombre de la Compañía de Seguros/Plan _____
 Calle _____ Ciudad _____
 Estado _____ Zona Postal _____ Número de Teléfono _____
 Número de la póliza/del Grupo _____ Fecha válida _____

Póliza obtenida por:

- Compra Individuo/Compra Privada
- Empleador/Unión/Compra de Grupo
- ICHIP (Plan Comprensivo de Seguro de Salud de Illinois)

Beneficios que proveé (Indicar todo lo que apliqué):

- Médicos
- Dentales
- Visión
- Farmacéuticos (Medicinas)

Tipo de Póliza:

- Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO)
- Punto o Lugar de Servicio (POS)
- Organización Proveedora Preferida (PPO)
- Otro _____
- Organización Proveedora Exclusiva (EPO)
- COBRA (Ley Omnibus Consolidada de Reconciliación)
- Descuento

C. ALL KIDS/MEDICAID

¿Recibe el niño/la niña ayuda de?

- All Kids Ayude
- All Kids Acción
- All Kids Plano 1
- All Kids Plano 2-8
- All Kids Reembolso
- All Kids (Cuidado Administrado/HMO)

Medicaid

Medicaid Spend-down

Nombre del Caso _____
 Numero del Caso _____
 Numero del Destinatario _____
 Programa Efectivo en fecha _____

Nombre del Cuidado Administrado/Plan HMO _____
 Dirección _____ Teléfono _____
 Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____

D. PÓLIZAS MÚLTIPLES

¿Está cubierto/a su niño/niña por más de una póliza? No Si El Número total de Políticas _____

E. NO TIENE NINGÚN SEGURO DE SALUD

El niño/la niña que se menciona más arriba, no está cubierto/cubierta por ningún seguro de salud.

(Al reverso – Tiene que ser firmado al dorso de esta página)

Start Over

CERTIFICACIÓN DE SEGURO DE SALUD Y FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

Por la presente certifico que la información provista en este formulario es correcta según mi mejor conocimiento. La falsificación de esta información puede resultar en la pérdida inmediata de la ayuda económica provista por la División de Cuidados Especializados para Niños (DSCC) y puede resultar también en acción legal para recuperar las cantidades pagadas por DSCC.

Cooperaré con DSCC para verificar cualquier información provista en este documento.

Nombre del niño/la niña _____ Fecha de Nacimiento _____

Nombre _____ Relación con el niño/la niña _____
(letras de imprenta, por favor)

Firma _____ Fecha _____

(El padre/la madre/guardián tiene que firmar)

UNA FOTOCOPIA DE ESTE DOCUMENTO TIENE EL MISMO VALOR QUE EL ORIGINAL

Para Uso de la Oficina Regional Solamente:

Oficina Regional _____ PCA _____ Fecha _____