



Por favor, lea cuidadosamente siga estas instrucciones para completar ambos lados del formulario de Información de DSCC sobre el Seguro de Salud/Certificación de Seguro de Salud y Consentimiento para la Revelación (Formulario 07.08).

INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO DE SALUD (07.08)

- Sección A Escriba el nombre, fecha de nacimiento y número del seguro social del niño/la niña.
- Sección B Suministre información sobre el empleo, seguro de salud del individuo que aparece como la persona asegurada en la póliza.
- Sección C Marque este espacio si el niño/la niña no tiene beneficios de ningún seguro de salud.
- Sección D Complete la información para KidCare/Medicaid. Suministre información sobre el tipo de plan de KidCare, número de caso y del beneficiario e incluya una copia de la tarjeta de identificación de KidCare o Medicaid o de la carta de elegibilidad.

Beneficios de Mas de Una Fuente De Pago

Si su niño/niña tiene beneficios de más de una fuente de seguro, pública o privada, sírvase completar un formulario de Información sobre Seguro de Salud y de Certificación y Consentimiento (formulario 07.08) por cada una de las fuentes de seguro.

FORMULARIO DE CERTIFICACIÓN DE SEGURO DE SALUD Y DE CONSENTIMIENTO (07.08-2)

Se requiere firmar este modelo según se explica a continuación

- Reembolso de KidCare y todos los otros beneficios de Seguros de salud La persona asegurada tiene que firmar
 - Ayuda, participación, prima de KidCare, Medicaid
 - Servicio de cuidado administrado de Medicaid/HMO, 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.



El programa Médico de la división de Cuidado Especializado para Niños (DSCC) requiere que se obtenga información sobre cada fuente de ingresos que pueda ser responsable, en todo o en parte, por el pago de los gastos médicos de este/a niño/a. (Por favor, escriba con letras de molde.)

A. INFORMACIÓN SOBRE EL NIÑO/LA NIÑA

Nombre del niño/de la niña _____
Apellido Primer nombre 2do. nombre

Fecha de nacimiento _____ Numero del Seguro Social _____

B. EMPLEO/DATOS SOBRE EL SEGURO DE SALUD

Nombre del empleado/a _____ Parentesco con el niño/la niña _____

Nombre del empleador/Jefe _____ Número de teléfono del empleador (del trabajo) _____

Dirección del empleador (del trabajo) _____ Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____

SI EL NIÑO/LA NIÑA ESTÁ PROTEGIDO/A POR UN SEGURO DE SALUD, TIENE QUE COMPLETAR LA INFORMACIÓN QUE APARECE MÁS ABAJO

Nombre de la persona asegurada _____

Número de su Seguro Social _____ Fecha de nacimiento del asegurado _____

Nombre de la Compañía de Seguros/Plan _____

Calle _____ Ciudad _____

Estado _____ Zona Postal _____ Número de Teléfono _____

Póliza/ # del Grupo _____ Póliza efectiva en _____

Póliza obtenida por:

Individuo/Compra privada Empleado/Compra del Grupo de la Unión ICHIP ((Plan (Extenso) (Amplio) de Seguro de Salud de Illinois)

Beneficios que provee (Indicar todo lo que aplicó):

Médicos Dentales Visión Farmacéuticos (Medicinas)

Tipo de Póliza:

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

C. NO TIENE PROTECCIÓN DE SEGURO DE SALUD

EL NIÑO/LA NIÑA MENCIONADO / A MÁS ARRIBA NO TIENE PROTECCIÓN DE NINGUNA PÓLIZA DE SEGURO DE SALUD.

D. KIDCARE/MEDICAID

¿Recibe el niño/la niña ayuda de?

KidCare Ayuda KidCare Participación (Share) KidCare Premium KidCare (Reembolso) Medicaid Medicaid (Cuidado Administrado/HMO) Medicaid (Ayuda o Cantidad Limitada) (Spend-down)

Nombre del Caso _____

Número del Caso _____

Número del Destinatario _____

Programa Efectivo en (fecha) _____

Para Uso de la Oficina Regional Solamente:

ID DSCC _____ Oficina Regional _____ PCA _____ Date _____

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

CERTIFICACIÓN DE SEGURO DE SALUD Y FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

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

Cooperaré con DSCC en la verificación cualquiera de la información proporcionada en este documento.

Nombre del niño/la niña _____ Fecha de Nacimiento _____

Nombre _____ Parentesco con el niño/la niña _____
(letras de molde, por favor)

Firma _____ Fecha _____

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