



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

Beneficios que provee (Indicar todo lo que aplicó):

Médicos Visión Dentales Farmacéuticos (Medicinas)

Tipo de Póliza:

Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) COBRA (Ley de Reconciliación Omnibus Consolidada)

Punto o Lugar de Servicio (POS) ICHIP (Plan (Extenso) (Amplio) de Seguro de Salud de Illinois)

Organización Proveedor Preferida (PPO) Otro _____

Organización Proveedor Exclusiva (EPO)

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)

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.

Doy mi autorización y cooperación a DSCC para la verificación (comprobación) de la información suministrada en este documento.

Autorizo a los oficiales o representativos responsables por el programa o plan de beneficios de salud del cual es miembro este niño/a, para que libere (o dé a conocer) toda o cualquier información referente a los beneficios del plan.

Este consentimiento es válido por la duración del período de elegibilidad financiera del niño/de la niña.

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