



**Solicitud para Seguro de Salud Para Beneficios Extendidos de Planificación Familiar**  
Un Programa Especial de Medicaid

Sello oficial de fecha recibida:

<b>Nombre:</b>	Primer	Inicial	Apellido	Nombre de Soltera	Código de Área	Número de teléfono	
	( )	( )	( )	( )	( )	( )	
<b>Residencia:</b>	Número	Calle	Número Apartamento	Ciudad	Condado	Estado	Código Postal
<b>Dirección Postal</b> (Requerida si es diferente a la arriba mencionada):						Si no tiene teléfono en la casa, número al que se le puede llamar ( )	

Favor conteste las siguientes preguntas:

1. En el pasado, ¿ha tenido uno o ambos de estos servicios? Histerectomía:  Si  No Esterilización (ligación tubal):  Si  No
2. ¿Cuándo fue su última menstruación? \_\_\_\_\_
3. Los beneficios que recibirá son con el objetivo de evitar un embarazo a través de servicios de planificación familiar. ¿Desea usted recibir dichos servicios?  Si  No
4. Enumere todas las personas que viven en su hogar (Escriba su nombre primero):

**\*\*SOLO la persona que solicita debe proveer su número de Seguro Social y prueba de ciudadanía e identidad.**

Nombre	Apellido	Relación con el Solicitante	**Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento	Raza	Sexo	¿Ciudadano americano? Si No	** Si no es ciudadano, anote el número de identificación de INS	Fecha de entrada al país	¿Aplicó para Medicaid? Si No
		(si mismo)								

5. Entrada económica: Complete la siguiente información de toda persona que tiene fuente de ingreso de dinero. (Incluya a sus padres si es menor de 21 y vive con ellos):

Nombre de persona Que recibe ingreso	Fuente de ingreso	Ingreso bruto (antes de deducciones)	¿Cuan frecuente recibe este dinero? (semanal, quincenal, mensual)	Información Adicional
	Empleo actual: Nombre de empleador			Dirección empleador/ Teléfono:
	Empleo actual: Nombre de empleador			Dirección empleador/ Teléfono:
	Manutención de menores			<b>Costo de guardería de niños:</b>
	Contribuciones de otras personas			Pagado a:
	Beneficios de desempleo			Pagado a:
	Seguro Social/SSI			Niño (s) que reciben pago:
	Mencione Otras entradas –			Cantidad: \$ Frecuencia:

6. ¿Tiene usted seguro médico?  Si  No Si contestó si, mencione el nombre del seguro: \_\_\_\_\_
7. Si usted es menor de 18, ¿está cubierto por el Programa de KidCare?  Si  No
8. Si tiene seguro ¿están cubiertos los servicios de planificación familiar?  Si  No
9. Por favor incluya prueba de ciudadanía Americana e identidad con esta aplicación. Evidencia de ciudadanía Americana incluye pero no se limita a: Pasaporte americano, Certificado de nacimiento, la forma FS-240, Reporte de nacimiento en el exterior de un ciudadano americano o Forma FS 545 o Forma DS1350, Certificado de Nacimiento en el exterior. Solo originales o copias certificadas serán aceptados.

**CERTIFICACION Y AUTORIZACION: Yo certifico que la información provista en esta solicitud es verdadera y correcta a mi mejor entendimiento.** Al firmar la misma, doy consentimiento al Departamento de Salud a obtener y revelar información confidencial de condiciones de salud y financieras con el propósito de determinar mi elegibilidad al Programa Extendido de Beneficios de Planificación Familiar. Por lo tanto, yo autorizo a los siguientes programas bajo Medicaid, MomCare, WIC, y Niños y Familia o sus agentes a contactar mi persona o a mis proveedores de salud con el propósito de coordinar cuidados, pagos de facturas por servicios, y mejoramiento de calidad de servicios concernientes a mi participación en el Programa extendido de Planificación Familiar. Mi autorización a revelar información incluye cualquier información médica, salud mental, abuso de alcohol/drogas, enfermedades de transmisión sexual, tuberculosis, VIH/SIDA, y abuso de adultos o niños. Entiendo que dicha información provista por mí será mantenida confidencial de acuerdo a las leyes federales y de la Florida. He leído y entendido mis derechos y responsabilidades tal y como se aplican al Programa Extendido de Planificación Familiar y que dicha autorización se mantendrá en vigencia a menos que lo ponga por escrito.

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del personal de Elegibilidad/ Fecha: \_\_\_\_\_ Fecha de terminación en FMMIS: \_\_\_\_\_

**Envíe por correo o traiga esta aplicación y cualquier otra carta recibida a su Departamento de Salud local del condado (vea lista incluida). NO ENVIE ESTA APLICACIÓN A MEDICAID.**

**Departamento de Salud de la Florida**  
**Instrucciones para completar la solicitud de seguro de salud para Beneficios**  
**Extendidos de Planificación Familiar**  
**(Programa de desvío de Planificación Familiar de Medicaid)**

La información en la solicitud es necesaria para ayudarnos a determinar si usted será aprobada para el programa de desvío de Planificación Familiar de Medicaid. Usted es elegible a este programa si usted:

- ha perdido su cubierta regular de Medicaid
- no ha tenido una histerectomía o amarre de tubos.
- No está embarazada.
- Desea los servicios de planificación familiar.
- Entrada económica igual o menor que el 185% del nivel de pobreza federal actual.

Para asistir en dicha determinación, necesitamos que llene la solicitud completa, conteste las preguntas (1-9) y escriba su firma y la fecha. El no completar la solicitud en su totalidad retardará la determinación de beneficios y también la duración o tiempo de participación en el programa, si es elegible. **Usted deberá firmar y poner una fecha en la solicitud posterior a la fecha en que perdió la cubierta regular de Medicaid.**

Llene las líneas comenzando con su **Nombre, Dirección residencial y Dirección postal**. Por favor escriba la información en letra de molde o imprenta. Por favor complete o llene la información requerida en cada línea en la solicitud. Por favor incluya su dirección postal si es diferente a la dirección residencial (casa). Esta información de contacto es importante. Usted será contactado por teléfono si se necesitara información adicional; usted será contactado por correo para dejarle saber a cerca de su elegibilidad al programa.

Las preguntas del 1-3 preguntan a cerca de su historial reproductivo y si desea participar en el Programa de desvío de Planificación Familiar. Por favor, conteste las preguntas del 1 al 3.

La pregunta 4 pide que enumere todas las personas que viven con usted o en su hogar. Por favor complete la información requerida tanto sobre usted como de otra (s) persona (s) que viven con usted o en su hogar. Por favor, note que sólo usted, la solicitante necesitará proveer:

- Número de seguro social
- Prueba certificada de ciudadanía e identidad, si reclama ser ciudadana de los EE.UU. y
- Prueba de entrada económica, talonarios de pago de las últimas cuatro semanas, si está trabajando.

La pregunta número 5 pide su nombre, recursos económicos, y su relación no solo suya sino también sobre la gente que vive con usted en su hogar. Por favor complete la información requerida sobre usted y también sobre la (s) otra (s) persona (s) que viven con usted o en su hogar incluyendo: su trabajo actual, dirección del empleador y número de teléfono.

Por favor llene la columna bajo el título de **Gastos de cuidado de niños por trabajo**.

Las preguntas 6-8 piden información sobre su seguro medico. Por favor conteste las preguntas del 6 al 8.

Lea la sección titulada **Certificación y Autorización** y ponga su firma y la fecha en la solicitud. Usted necesita enviar la solicitud por correo o llevarla a su departamento de salud local.