



Solicitud para el Programa de exención de la planificación familiar de Medicaid Fecha de recepción en la oficina (sello):

La información en la solicitud es necesaria para ayudar a determinar si a usted se le aprobará para participar en el Programa de exención de la planificación familiar. Usted es elegible para participar en este programa si:

- perdió su Medicaid completo en las últimas 24 horas;
- no ha tenido una histerectomía o ligadura de trompas;
- no está embarazada;
- quiere recibir los servicios de planificación familiar;
- tiene ingresos menores o iguales al 191 % del nivel de pobreza federal actual.

Las personas inscritas solo tendrán un máximo de dos períodos de cobertura de 12 meses por cada pérdida de elegibilidad para el plan estatal de Medicaid.

Para ayudar con esta determinación, es necesario que complete esta solicitud, responda las preguntas (1 a 7) y firme y feche el formulario. Si no completa la solicitud, se retrasarán la determinación para recibir beneficios y el tiempo que usted podría estar en el programa, si sea elegible. Si se necesita más información, nos comunicaremos con usted por teléfono; nos comunicaremos con usted por correo para informarle sobre su elegibilidad para participar en el programa. Escriba en letra de imprenta.

Nombre:	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Apellido de soltera	Código de área ()	Número de teléfono	
Residencia:	Número	Calle	No. de apto.	Ciudad	Condado	Estado FL	Código postal
Dirección postal (obligatoria si es diferente a la que se indicó arriba):					Si no tiene teléfono en casa, indique un número de teléfono al que podamos llamar para comunicarnos con usted ()		

Si está embarazada o le han hecho un procedimiento de esterilización (histerectomía, ligadura de trompas u oclusión de trompas), deténgase aquí.

Usted no califica para este programa.

Responda las preguntas:

1. Los beneficios que recibirá están destinados a retrasar el embarazo a través de los servicios de planificación familiar.
¿Quiere recibir estos servicios? Sí No Si la respuesta es “no”, deténgase aquí.
2. Indique a todas las personas que quiere incluir en su declaración de impuestos federales (escriba su propio nombre primero):

Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Relación con la solicitante	No. de dependientes declarados en sus impuestos	Fecha de nacimiento	Raza	Sexo	Número de identificación de Medicaid o de la tarjeta	Últimos 4 dígitos del número del Seguro Social:
			(Solicitante)						



Solicitud para el Programa de exención de la planificación familiar de Medicaid Fecha de recepción en la oficina (sello):

3. Ingresos: Complete la información que se solicita sobre todas las personas que vivan en su casa (su unidad de declaración de impuestos federales) y reciban dinero de alguna fuente (incluya a sus padres si usted tiene menos de 21 años, no está casada Y vive con ellos), y adjunte pruebas de ingresos que muestren las últimas 4 semanas de sus ingresos:

Nombre de la persona que recibe ingresos	Fuente de ingresos	Ingresos brutos (antes de deducciones)	¿Con qué frecuencia se le paga esta cantidad? (cada semana, cada quincena, cada mes)	Más información
	Empleo actual: Nombre del empleador			Dirección o número de teléfono del empleador:
	Empleo actual: Nombre del empleador			Dirección o número de teléfono del empleador:
	Ganancias tributables/ingresos devengados			
	Becas/pasantías/fondos para subsidios			
	Beneficios por desempleo			
	Seguro Social			
	Otros ingresos: indique el tipo			

4. ¿Tiene usted seguro médico? Sí No Si la respuesta es “sí”, indique el nombre de la compañía de seguros: _____

5. Si usted respondió “sí” a la pregunta 4, ¿tiene su seguro la planificación familiar como beneficio? Sí No

6. Si tiene 18 años de edad o menos, ¿está inscrita en el programa KidCare? Sí No

7. Adjunte una fotografía de un comprobante de identidad a esta solicitud. El comprobante de identidad incluye, entre otros: La licencia de conducir del estado o un documento de identidad del estado con fotografía y un pasaporte de EE.UU. Incluya esta información en su solicitud.

CERTIFICACIÓN Y AUTORIZACIÓN: *Certifico que la información que proveí en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.* Al firmar este formulario, doy mi consentimiento al Departamento de Salud (Department of Health) para obtener y compartir mi información confidencial financiera y médica para determinar la elegibilidad para participar en el Programa de exención de la planificación familiar. Por lo tanto, autorizo a estos programas de conformidad con Medicaid, Healthy Start, el programa para Mujeres, Infantes y Niños (Women, Infants and Children, WIC) y el Departamento de Niños y Familias (Department of Children and Families, DCF) o sus agentes a comunicarse conmigo o con mis proveedores de atención médica para la coordinación de la atención, el pago de las reclamaciones por servicios y la mejora de la calidad de servicios relacionados con mi participación en el Programa de exención de la planificación familiar. Mi autorización para compartir información incluye toda información médica, de salud mental, de abuso de alcohol o drogas, de enfermedades de transmisión sexual, de tuberculosis, de VIH/SIDA y de abuso infantil o de adultos. Comprendo que la información que he dado se mantendrá confidencial de acuerdo con las leyes federales y las leyes de Florida. He leído y comprendo mis derechos y responsabilidades tal como se aplican al Programa de exención de la planificación familiar y que la autorización permanecerá vigente salvo con revocación por escrito.

Firma de la solicitante: _____ Fecha: _____

Firma del personal de elegibilidad/Fecha: _____ Fecha de finalización de FLMMIS: _____

Envíe por correo esta solicitud, su identificación y prueba de ingresos al departamento de salud de su condado para que se tramite.
La solicitud no se tramita en la Agencia para la Administración de Atención Médica (Agency for Health Care Administration, AHCA), Medicaid de Florida ni el Departamento de Niños y Familias (DCF). <http://www.floridahealth.gov/all-county-locations.html>

Si tiene alguna pregunta, o necesita una solicitud en criollo o español, llame a la línea de salud familiar (Family Health Line) al1-800-451-2229. Puede encontrar una lista completa de todos los códigos de servicio reembolsables para la Exención de la planificación familiar (Family Planning Waiver, FPW) en: http://ahca.myflorida.com/Medicaid/Family_Planning/reim_services.shtml

