



Solicitud para el Programa de exención de la planificación familiar de Medicaid

Sello de la fecha de recepción de la oficina:

Nombre:	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Apellido de soltera	Código de área ()	Número de teléfono
Residencia:	Número	Calle	N.º de apartamento	Ciudad	Condado	Estado Código postal
Dirección postal (Requerida si es diferente a la que se indicó anteriormente):					Si no tiene teléfono en casa, indique un número de teléfono en el que nos podamos comunicar con usted ()	

Responda las siguientes preguntas:

1. En el pasado, ¿ha recibido uno o ambos de los servicios a continuación? Histerectomía: Sí No Ligadura de trompas/oclusión de trompas: Sí No
2. ¿Cuál fue la fecha de su último período menstrual? _____
3. Los beneficios que recibirá están destinados a retrasar el embarazo a través de los servicios de planificación familiar. ¿Desea recibir estos servicios? Sí No
4. Indique a todas las personas que viven en su casa (escriba su nombre primero):

Primer nombre Inicial del segundo nombre Apellido	Relación con la solicitante	Declaración de impuestos (s/n)	N.º de dependientes declarados en sus impuestos	Fecha de nacimiento	Raza	Sexo	¿Es ciudadano estadounidense?		** Si la respuesta es No, brinde el N.º de identificación del seguro	Fecha de ingreso	¿Solicitó Medicaid?	
							Sí	**No			S/N	N.º de Med
	(Usted misma)											

5. Ingresos: Complete la información que se solicita a continuación correspondiente a todas las personas en su casa que reciban dinero de alguna fuente (incluya a sus padres si usted tiene menos de 21 años de edad Y no está casada Y vive con ellos):

Nombre de la persona que recibe ingresos	Fuente de ingresos	Ingresos brutos (Antes de deducciones)	¿Con qué frecuencia se le paga esta cantidad? (semanalmente, quincenalmente, mensualmente)	Información adicional
	Empleo actual: Nombre del empleador			Dirección/Número de teléfono del empleador:
	Empleo actual: Nombre del empleador			Dirección/Número de teléfono del empleador:
	Ganancias tributables/ingresos devengados			
	Ingresos totales de becas/becas de investigación/y subsidios			
	Beneficios por desempleo			
	Seguro Social			
	Otros ingresos: indique el tipo			

6. ¿Tiene usted seguro médico? Sí No Si la respuesta es Sí, indique el nombre de la compañía de seguros: _____
7. Si usted respondió sí a la pregunta 6, ¿tiene su seguro como beneficio la planificación familiar? Sí No
8. Si usted tiene 18 años de edad o menos, ¿está inscrita en el programa KidCare? Sí No
9. Adjunte un comprobante de identidad a esta solicitud. La evidencia de identidad incluye, entre otros: la licencia de conducir del estado o un documento de identificación del estado con fotografía, un pasaporte de EE. UU., un certificado de nacimiento de EE. UU., el Formulario FS-240, Informe de nacimiento en el extranjero de un ciudadano de EE. UU. o un Formulario DS1350, Certificación de nacimiento en el extranjero. ***Solamente se aceptan los documentos originales o copias certificadas.

CERTIFICACIÓN Y AUTORIZACIÓN: Yo certifico que la información que proporcioné en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Al firmar este formulario, doy mi consentimiento al Departamento de Salud para que obtenga y para que divulgue mi información confidencial financiera y médica a fin de determinar la elegibilidad para participar en el Programa de exención de la planificación familiar. Por consiguiente, autorizo a los siguientes programas de conformidad con Medicaid, MomCare, WIC y DCF o sus agentes para que se comuniquen conmigo o con mis proveedores de atención médica para la coordinación de la atención, el pago de los reclamos por servicios, la calidad del mejoramiento de servicios relacionados con mi participación en el Programa de exención de la planificación familiar. Mi autorización para divulgar información incluye cualquier información médica, de salud mental, de abuso de alcohol/drogas, de enfermedades de transmisión sexual, de tuberculosis, de VIH/SIDA y de abuso infantil o de adultos. Comprendo que la información que he proporcionado se mantendrá de forma confidencial de acuerdo con las leyes federales y las leyes de Florida. He leído y comprendido mis derechos y responsabilidades tal como se aplican al Programa de exención de la planificación familiar y comprendo que la autorización permanecerá vigente a menos que se revoque por escrito.

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

Envíe por correo o lleve esta solicitud y cualquier carta que haya recibido al departamento de salud local del condado. NO ENVÍE ESTA SOLICITUD A MEDICAID.



INSTRUCCIONES para completar la Solicitud del seguro médico para el Programa de exención de la planificación familiar

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

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

Con el fin de ayudar con esta determinación, necesitamos que complete esta solicitud, responda las preguntas (1 a 9) y firme y escriba la fecha en el formulario. Si no completa la solicitud, se retrasará la determinación para recibir beneficios, así como el tiempo que usted podría estar en el programa, si fuera elegible. **Usted debe firmar y escribir la fecha en el formulario después de la fecha en que perdió su Medicaid completo.**

Escriba en letra de molde la información llenando las filas, comenzando con el **nombre, residencia y dirección postal**. Incluya la dirección postal si es diferente a la dirección de la residencia (casa). Esta información de contacto es importante. Si se necesita información adicional, se le contactará por teléfono; a usted se le contactará por correo para informarle sobre su elegibilidad para participar en el programa.

Se deben responder todas las preguntas; comience con las preguntas 1 a 3.

La pregunta 4 pide una lista de todas las personas que viven con usted o viven en su casa. Complete la información que se solicita de usted, así como de las otras personas o de las personas que viven con usted o en su casa. Tenga en cuenta que solamente usted, la solicitante, deberá proporcionar:

- su número del Seguro Social;
- su comprobante de identidad certificado, que incluye entre otros, a la licencia de conducir del estado o a un documento de identificación del estado con fotografía; y
- comprobante de sus ingresos, recibos de pago de salario de las últimas cuatro semanas, si tiene empleo.

La pregunta 5 le pide el nombre, fuentes de ingresos y relación, no solamente de usted, sino que también de las personas que viven con usted o en su casa. Complete la información que se solicita de usted, así como de las otras personas o de las personas que viven con usted o en su casa; incluido el empleo actual y la dirección y el número de teléfono del empleador.

Las preguntas 6 a 9 piden información del seguro. Responda las preguntas 6 a 9.

Lea la sección **Certificación y autorización** y firme y escriba la fecha en el formulario. Usted tendrá que enviar esta solicitud por correo o llevarla **al departamento de salud local. No la envíe por correo a Tallahassee, Florida.**