

SOLICITUD PARA DETERMINAR SI EL SOLICITANTE PUEDE PARTICIPAR EN EL PROGRAMA CCS

Esta solicitud debe ser completada por el padre, el tutor o el solicitante (si cumplió los 18 años de edad o es un menor de edad emancipado) para determinar si el solicitante cumple con los requisitos para recibir servicios y beneficios de CCS. El término "solicitante" significa el niño, la persona de 18 años de edad o más o el menor de edad emancipado para el que se solicitan los servicios. Para obtener instrucciones sobre cómo completar este formulario, consulte la página 4. Escriba a máquina o claramente en letras de molde.

A. Información sobre el solicitante

1. Nombre del solicitante [apellido] [nombre] [segundo nombre]		Nombre en el certificado de nacimiento (si es diferente)		Algún otro nombre por el que se conoce al solicitante	
2. Fecha de nacimiento (mes, día, año) ____/____/____		3. Lugar de nacimiento, condado y estado		País, si nació fuera de EE.UU.	
4. Dirección del solicitante (número y calle) (no usar casilla postal)		Ciudad		Condado	
				Código postal	
5. Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		6. Raza/ etnia		7. Número del seguro social (optativo) ____-____-____	
8. ¿Cuál es el problema o la discapacidad del solicitante que se sospecha que cumple con los requisitos de CCS?					
9. Nombre completo del médico del solicitante				10. Número de teléfono del médico ()	

B. Información sobre el padre o tutor (los solicitantes de 18 años de edad o mayores o los menores emancipados saltean los números 11 y 13).

11. Nombre(s) completo(s) del/de los padre(s) o tutor(es)		12. Nombre de la madre (si no se identificó en 11)		Apellido de soltera	
13. Dirección (número y calle) (no usar casilla postal)		Ciudad		Condado	
				Código postal	
14. Dirección postal (si no es la misma que la del 13)				Código postal	
15. N° de teléfono diurno ()		16. N° de teléfono nocturno ()		17. N° para mensajes telefónicos ()	
18. ¿Qué idioma se habla en su casa?					

C. Información sobre el seguro de salud

19. ¿Tiene Medi-Cal el solicitante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si tiene, ¿cuál es el número de Medi-Cal del solicitante?		¿Comparte el costo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si lo comparte, ¿cuánto paga por mes? \$	
20. ¿Está inscrito el solicitante en el programa Healthy Families? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si lo está, ¿cómo se llama el plan?					
21. ¿Tiene el solicitante otro seguro de salud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si lo tiene, ¿cómo se llama el plan o la compañía de seguros?					
Tipo de plan o compañía de seguros <input type="checkbox"/> Proveedor Preferente (PPO) <input type="checkbox"/> Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) <input type="checkbox"/> Otro: _____							
22. ¿Tiene seguro dental el participante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				23. ¿Tiene seguro de la vista el solicitante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

D. Certificación (Coloque sus iniciales y firme a continuación. Su firma autoriza al programa CCS a proceder con esta solicitud).

___ Solicito el programa CCS para determinar el cumplimiento de requisitos para obtener servicios y beneficios. Entiendo que completar esta solicitud no garantiza la aceptación del solicitante en el programa CCS.

___ Doy permiso para que se verifique mi dirección, información sobre la salud u otras circunstancias que se requieran para determinar el cumplimiento de requisitos para recibir servicios y beneficios CCS.

___ Certifico que he leído y comprendo la información o que me la han leído.

___ También certifico que la información que escribí en este formulario es verdadera y correcta.

Firma de la persona que llenó la solicitud		Relación con el solicitante		Fecha	
Firma del testigo (sólo si la persona firmó con una marca)				Fecha	

Envíe este formulario por correo a la oficina CCS de su condado. Consulte la página 6 para obtener una lista de direcciones.