

Nombre en la Sección A

Número de teléfono

Sección B
continuación

Información sobre el núcleo familiar Anote los nombres legales completos de las personas que están solicitando o ya están recibiendo Child Health Plus, Family Health Plus, Medicaid o PCAP. También **debe** anotar los nombres de los padres, padres adoptivos o cónyuge de la persona solicitante que viva en el hogar, aunque dicha persona no esté presentando solicitud. Usted **puede** anotar a otros miembros de su hogar a su criterio (por ejemplo, un niño a su cargo menor de 21 años de edad). **Anotar a demás miembros de la familia puede permitirles otorgarle un nivel de elegibilidad más alto.**

Nombre Nombre, inicial del segundo nombre, apellido	Fecha de nacimiento	Ciudad y estado de nacimiento	Sexo F/M	¿Esta persona está embarazada?	¿Esta persona es padre o madre de uno de los niños solicitantes?	Parentesco con el jefe de familia	¿Esta persona desea seguro médico?	OPCIONAL PARA NO SOLICITANTES	
								Número de Seguro Social (si lo tiene) <i>No es necesario para embarazadas</i>	Raza o grupo étnico (ver los códigos a continuación)
06 Nombre de soltera, si lo tiene: Nombre completo de soltera de la madre:			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
07 Nombre de soltera, si lo tiene: Nombre completo de soltera de la madre:			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
08 Nombre completo de soltera de la madre:			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Códigos de afiliación racial o étnica: (opcional): **A-** Asiático, **B-** Negro o afroamericano, **H-** Hispano o latino, **I-** Indio americano o nativo de Alaska, **P-** Nativo de Hawai o de otra isla del Pacífico, **W-** Blanco, **U-** Desconocido

Sección C

Seguro médico Usted o su familia pueden ser elegibles aunque tengan otro seguro médico.

1. ¿Hay alguien en el núcleo familiar que ya tenga Medicaid, Family Health Plus, Child Health Plus o PCAP? Sí NO

SI	Nombre	N° de CIN/ID	Nombre	N° de CIN/ID
----	--------	--------------	--------	--------------

2. ¿Alguno de los solicitantes tiene Medicare? Sí No N° de Medicare

3. ¿Alguno de los solicitantes tiene otro seguro médico? Sí NO

SI	Nombre del titular de la póliza de seguro			
	Nombre de la compañía de seguros	N° de Grupo/Póliza		Costo mensual \$
	Persona(s) cubierta(s)	Fecha en que caduca la cobertura		

Sección D

Ciudadanía No es necesario que las mujeres embarazadas completen esta sección. Se requiere esta información solamente de las personas que solicitan seguro médico. Casi todos los niños son elegibles para el seguro médico, sin importar su condición de inmigración.

¿Son todos los solicitantes ciudadanos de EE.UU.? (si responde "sí" pase a la Sección E) Sí NO

Si responde NO, por favor anote la siguiente información de todos los que solicitan seguro médico que no son ciudadanos de EE.UU. Sus respuestas a estas preguntas se mantendrán en estricta confidencia.

Nombre	inicial del segundo nombre	Apellido	¿Pertenece esta persona a alguna de las categorías que se indican a continuación? <i>Marque la casilla correspondiente.</i>	Si marca la casilla A, ingrese la fecha de condición (DOS) (mm/dd/aaaa)	Si marca la casilla A o la B, ingrese la fecha en la que la persona ingresó a los EE.UU. (DEC) (mm/dd/aaaa)
			<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> Ninguno		
			<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> Ninguno		
			<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> Ninguno		

A: Marque la casilla "A" si la persona pertenece a una de las siguientes categorías: Residente legal permanente (tiene tarjeta de inmigrante "green card"), Asilado, Refugiado, Asiático estadounidense, Entrante cubano o haitiano, En proceso de deportación, En libertad condicional de por lo menos un año, Entrante condicional, Indio norteamericano nacido en Canadá y con por lo menos el 50% de indio norteamericano, Algunos inmigrantes o niños maltratados o abusados. Esta lista no es exhaustiva. Ingrese la fecha en la que se adquirió dicha condición (DOS).

B: Marque la casilla "B" si la persona pertenece a una de las siguientes categorías: Bajo orden de supervisión, Deportación pospuesta, Salida voluntaria, Estado de acción diferida, Suspensión de

la deportación, En libertad condicional por menos de un año, Cubierto por la solicitud de un pariente cercano autorizado, Presentó o se le concedió la solicitud de arreglo de su estado, Ha vivido continuamente en EE.UU. desde antes del 1 de enero de 1972, Vive en EE.UU. con conocimiento y consentimiento de la agencia federal de inmigración y la agencia federal de inmigración no intenta exigir su salida.

C: Marque la casilla C si la persona no es inmigrante (extitulares de visa a corto plazo como visitantes extranjeros, estudiantes, trabajadores temporarios).

Nombre en la Sección A

Número de teléfono

Sección B
continuación

Información sobre el núcleo familiar Anote los nombres legales completos de las personas que están solicitando o ya están recibiendo Child Health Plus, Family Health Plus, Medicaid o PCAP. También **debe** anotar los nombres de los padres, padres adoptivos o cónyuge de la persona solicitante que viva en el hogar, aunque dicha persona no esté presentando solicitud. Usted **puede** anotar a otros miembros de su hogar a su criterio (por ejemplo, un niño a su cargo menor de 21 años de edad). **Anotar a demás miembros de la familia puede permitirles otorgarle un nivel de elegibilidad más alto.**

Nombre Nombre, inicial del segundo nombre, apellido	Fecha de nacimiento	Ciudad y estado de nacimiento	Sexo F/M	¿Esta persona está embarazada?	¿Esta persona es padre o madre de uno de los niños solicitantes?	Parentesco con el jefe de familia	¿Esta persona desea seguro médico?	OPCIONAL PARA NO SOLICITANTES	
								Número de Seguro Social (si lo tiene) <i>No es necesario para embarazadas</i>	Raza o grupo étnico (ver los códigos a continuación)
06 Nombre de soltera, si lo tiene: Nombre completo de soltera de la madre:			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
07 Nombre de soltera, si lo tiene: Nombre completo de soltera de la madre:			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
08 Nombre completo de soltera de la madre:			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Códigos de afiliación racial o étnica: (opcional): **A-** Asiático, **B-** Negro o afroamericano, **H-** Hispano o latino, **I-** Indio americano o nativo de Alaska, **P-** Nativo de Hawai o de otra isla del Pacífico, **W-** Blanco, **U-** Desconocido

Sección C

Seguro médico Usted o su familia pueden ser elegibles aunque tengan otro seguro médico.

1. ¿Hay alguien en el núcleo familiar que ya tenga Medicaid, Family Health Plus, Child Health Plus o PCAP? Sí NO

SI	Nombre	N° de CIN/ID	Nombre	N° de CIN/ID
----	--------	--------------	--------	--------------

2. ¿Alguno de los solicitantes tiene Medicare? Sí No N° de Medicare

3. ¿Alguno de los solicitantes tiene otro seguro médico? Sí NO

SI	Nombre del titular de la póliza de seguro			
	Nombre de la compañía de seguros	N° de Grupo/Póliza		Costo mensual \$
	Persona(s) cubierta(s)	Fecha en que caduca la cobertura		

Sección D

Ciudadanía No es necesario que las mujeres embarazadas completen esta sección. Se requiere esta información solamente de las personas que solicitan seguro médico. Casi todos los niños son elegibles para el seguro médico, sin importar su condición de inmigración.

¿Son todos los solicitantes ciudadanos de EE.UU.? (si responde "sí" pase a la Sección E) Sí NO

Si responde NO, por favor anote la siguiente información de todos los que solicitan seguro médico que no son ciudadanos de EE.UU. Sus respuestas a estas preguntas se mantendrán en estricta confidencia.

Nombre	inicial del segundo nombre	Apellido	¿Pertenece esta persona a alguna de las categorías que se indican a continuación? <i>Marque la casilla correspondiente.</i>	Si marca la casilla A, ingrese la fecha de condición (DOS) (mm/dd/aaaa)	Si marca la casilla A o la B, ingrese la fecha en la que la persona ingresó a los EE.UU. (DEC) (mm/dd/aaaa)
			<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> Ninguno		
			<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> Ninguno		
			<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> Ninguno		

A: Marque la casilla "A" si la persona pertenece a una de las siguientes categorías: Residente legal permanente (tiene tarjeta de inmigrante "green card"), Asilado, Refugiado, Asiático estadounidense, Entrante cubano o haitiano, En proceso de deportación, En libertad condicional de por lo menos un año, Entrante condicional, Indio norteamericano nacido en Canadá y con por lo menos el 50% de indio norteamericano, Algunos inmigrantes o niños maltratados o abusados. Esta lista no es exhaustiva. Ingrese la fecha en la que se adquirió dicha condición (DOS).

B: Marque la casilla "B" si la persona pertenece a una de las siguientes categorías: Bajo orden de supervisión, Deportación pospuesta, Salida voluntaria, Estado de acción diferida, Suspensión de

la deportación, En libertad condicional por menos de un año, Cubierto por la solicitud de un pariente cercano autorizado, Presentó o se le concedió la solicitud de arreglo de su estado, Ha vivido continuamente en EE.UU. desde antes del 1 de enero de 1972, Vive en EE.UU. con conocimiento y consentimiento de la agencia federal de inmigración y la agencia federal de inmigración no intenta exigir su salida.

C: Marque la casilla C si la persona no es inmigrante (extitulares de visa a corto plazo como visitantes extranjeros, estudiantes, trabajadores temporarios).