

FREE OR LOW-COST *CHILDREN'S MEDICAL* COVERAGE

Your child may be eligible for **Free or Low-Cost** medical coverage. Even if you have been denied before, your children may qualify now.

If your family's **monthly** income is at or below the following standards, your children may qualify for medical coverage.

Total Number in Family (Including yourself)	Monthly Income limit for Free coverage	Monthly Income limit for Low-cost coverage*
1	\$1,734	\$2,167
2	\$2,334	\$2,917
3	\$2,934	\$3,667
4	\$3,534	\$4,417
5	\$4,134	\$5,167
6	\$4,734	\$5,917
7	\$5,334	\$6,667
8	\$5,934	\$7,417
9	\$6,534	\$8,167
10	\$7,134	\$8,917

***Low-cost coverage is \$15 per month, per child;
up to a maximum of \$45 per month, per family.**

- **Who can apply?**

Anyone who is (has) a dependent child under the age of 19.

- **Do the children have to be citizens?**

NO, you do not have to be a citizen to apply and/or qualify for children's medical.

- **What is needed to complete the application?**

General information from your household, such as: name, address, household members and employers.

- **What do I need to do or who do I need to contact to apply?**

You can contact the Region 4 Medical Call Center to get an application mailed or faxed to you. The phone number is:
206-341-7433 or 1-800-337-1835

You can also download an application or apply for services online at:

www.dshs.wa.gov

COBERTURA MÉDICA GRATUITA O DE BAJO COSTO PARA NIÑOS

Su niño puede ser elegible para la asistencia médica **gratuita o de bajo costo**. Aunque hayan sido denegados anteriormente, sus niños podrían calificar ahora.

Si los ingresos mensuales de su hogar están por debajo del límite de ingresos mensuales permitidos para estos programas, sus niños posiblemente podrán calificar para la asistencia médica.

Número total en familia (Incluyendo a sí mismo)	Límite de ingreso mensual para Cobertura Médica Gratuita	Límite de ingreso mensual para Cobertura de Bajo Costo*
1	\$1,734	\$2,167
2	\$2,334	\$2,917
3	\$2,934	\$3,667
4	\$3,534	\$4,417
5	\$4,134	\$5,167
6	\$4,734	\$5,917
7	\$5,334	\$6,667
8	\$5,934	\$7,417
9	\$6,534	\$8,167
10	\$7,134	\$8,917

*Cobertura de bajo costo es de \$15 por mes, por cada niño; con un máximo siendo de \$45 por mes, por familia.

- ¿Quién puede solicitar?

Cualquier persona quien tenga un dependiente menor a 19 años de edad.

- ¿Los niños tienen que ser ciudadanos estadounidenses?

NO, usted no tiene que ser ciudadano para poder solicitar o calificar para beneficios médicos para niños.

- ¿Qué se necesita para completar la solicitud?

Información general de su hogar, como por ejemplo, nombre, domicilio, miembros familiares en su casa y empleadores.

- ¿Qué necesito hacer o con quién me necesito comunicar para solicitar los beneficios médicos?

Puede comunicarse con the Region 4 Medical Call Center para que le envíen un formulario de solicitud para beneficios por correo o por fax. El número de teléfono es:

#206-341-7433 or 1-800-337-1835

Puede obtener el formulario de solicitud o completar el formulario de solicitud por Internet:

www.dshs.wa.gov