

Solicitud para beneficios de Apple Health for Kids
Application for Apple Health for Kids Benefits



Esta solicitud es sólo para cobertura médica para niños y adolescentes menores de 19 años. Si tiene alguna pregunta o desea ayuda para completar este formulario, sólo llame al 1-877-543-7669. ¡Estaremos felices de ayudarle! Envíe la solicitud completada por correo a MEDS, PO Box 45531, Olympia, WA 98504-5531.

(Anote el nombre del padre, tutor o persona de contacto que recibirá la información para el seguimiento).

1. PRIMER NOMBRE		INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE		APELLIDO	
2. DIRECCIÓN DONDE VIVE		CALLE		CIUDAD	ESTADO CÓDIGO POSTAL
3. DIRECCIÓN POSTAL (SI ES DIFERENTE)		CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL
4. NÚMERO TELEFÓNICO DE CASA ()	NÚMERO TELEFÓNICO DEL TRABAJO ()	NÚMERO TELEFÓNICO PARA DEJAR MENSAJES ()		DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	
5. ¿Todas las personas que solicitan beneficios son residentes del estado de Washington? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De no ser así, indique quién no es residente					
6. ¿Tiene problemas para hablar, leer o escribir en inglés y necesita un intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Qué idioma o formato alternativo necesita?					
7. ¿Necesita ayuda para pagar facturas médicas impagas dentro de los últimos 3 meses para cualquiera de los niños para los cuales presenta esta solicitud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
8. ¿Hay alguna mujer embarazada en su familia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "sí", ¿quién? Fecha de parto:					

Información general

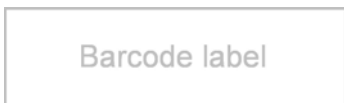
9. Enumere a los miembros de la familia **que viven juntos**. (Si es necesario, adjunte una hoja de papel aparte para incluir a más miembros de la familia).

NOMBRE (PRIMER NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO)	SEX O M/F	PARENTES CO CON USTED	FECHA DE NACIMIENTO O (MES/DÍA/A ÑO)	OPCIONAL PARA NO-SOLICITANTES				
				NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	MARQUE SI ES INMIGRA NTE DOCUME NTADO	MARQUE SI ES CIUDADA NO DE EE.UU.	RAZA *(VEA LOS EJ EMPLO S ABAJO)	NOMBRE DE TRIBU (Para indios americanos, nativos de Alaska)
A. Padre, tutor o sí mismo					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
B. Cónyuge u otro padre (si vive en el hogar)					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
C. Anote a niños y adolescentes menores de 19 años de edad (que deseen beneficios médicos)					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
D.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
E.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
F.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
G. Anote a cualquier adulto/niño en el hogar que no desee beneficios médicos.								

* La información de antecedentes étnicos y raza es voluntaria. Ejemplos de raza: blanco, negro o afroamericano, asiático, nativo de Hawai, isleño del Pacífico, indio americano, nativo de Alaska o cualquier combinación de razas. Esta información no será tomada en cuenta al considerar su elegibilidad para beneficios.

Gastos Esta información puede ayudar a que sus niños califiquen. ¿Paga usted los siguientes gastos?

10. ¿Paga por cuidado de niños o cuidado de adultos dependientes mientras trabaja o manutención para niños ordenada por el juzgado por un niño que no vive en su hogar? Sí No Si la respuesta es "sí", ¿cuánto paga al mes? \$ ¿Por quién?



Ingresos Indique su sueldo BRUTO (antes de impuestos o gastos). (Por favor adjunte prueba de sus ingresos recientes)					
11. NOMBRE DEL EMPLEADOR DEL PADRE			NÚMERO TELEFÓNICO ()	FECHA DE INICIO	
12. Monto que recibió mensualmente antes de descontar los impuestos y gastos: \$					
13. NOMBRE DEL EMPLEADOR DEL CÓNYUGE (U OTRO PADRE QUE VIVE EN EL HOGAR)			NÚMERO TELEFÓNICO ()	FECHA DE INICIO	
14. Monto que su cónyuge (u otro padre que vive en el hogar) recibió mensualmente antes de descontar los impuestos y gastos: \$					
* Si es un trabajador independiente, puede verificar los ingresos y gastos con su declaración de impuestos más reciente, incluyendo todos los cronogramas y anexos si representa los ingresos actuales/previstos.					
Otros ingresos del hogar	Monto promedio recibido mensualmente	¿Qué miembro de la familia gana este ingreso?	Otros ingresos del hogar	Monto promedio recibido mensualmente	¿Qué miembro de la familia gana este ingreso?
15. Manutención para niños/Pensión alimenticia	\$		16. Pagos del Seguro Social	\$	
17. Beneficios por desempleo	\$		18. Beneficios para veteranos	\$	
19. Trabajo e industrias	\$		20. Ingresos por inversiones Interés/Dividendos	\$	
21. Otro (Por favor explique):				\$	
Información de seguro de salud Cuéntenos acerca de cualquier seguro de salud que sus hijos ya tengan.					
22A. ¿Alguno de los niños para los cuales está presentando esta solicitud ya tiene seguro de salud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	22B. Si la respuesta es "sí", ¿dicho seguro de salud cubre servicios de médico, hospital, rayos x (radiología) y laboratorio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		23A. ¿Han recibido sus niños cobertura de un seguro de salud relacionado con el trabajo en los últimos 4 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	23B. Si la respuesta es "sí", indique el monto mensual de la prima para los niños: \$	
24. Si marcó "Sí" para cualquiera de las preguntas anteriores (22 A o B o 23 A o B), por favor indique el nombre de la compañía de seguros o del empleador que provee el seguro de salud para sus hijos.					
COMPAÑÍA DE SEGUROS O EMPLEADOR		NÚMERO DE PÓLIZA	NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL TITULAR DE LA PÓLIZA (OPCIONAL)	
Representante autorizado opcional (alguien a quien usted autoriza para hablar con el departamento acerca de sus beneficios/recibir cartas).					
Si desea nombrar a un representante, elija una de las siguientes opciones y complete la información del representante.					
<input type="checkbox"/> Hablar con el departamento acerca de sus beneficios; no recibir ninguna carta. <input type="checkbox"/> Hablar con el departamento acerca de sus beneficios y recibir cartas.					
NOMBRE/ORGANIZACIÓN				NÚMERO TELEFÓNICO	
DIRECCIÓN POSTAL		CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL
Lea atentamente antes de firmar					
Esta solicitud es únicamente para beneficios médicos para niños. Si cualquier persona en su familia ya recibe o desea solicitar beneficios en efectivo, alimentos básicos u otros beneficios, por favor hable con su Oficina de Servicios Comunitarios (CSO, por sus siglas en inglés) de DSHS local.					
<ul style="list-style-type: none"> • DSHS podría pedirle que compruebe la información que le está entregando para determinar si es elegible. Puede pedir ayuda a DSHS para obtener pruebas. • Su información podría ser revisada por otras agencias estatales o federales. Esta información NO será compartida con los Servicios de Inmigración y Naturalización (INS, por sus siglas en inglés). • Al solicitar y obtener beneficios del cuidado de la salud, usted le da derecho al Estado de Washington a toda asistencia médica y a todo pago de terceros por servicios del cuidado de la salud. • DSHS podría divulgar el historial de inmunización de su hijo con el Sistema de rastreo de perfil de inmunización infantil. 					
DECLARACIÓN Y FIRMA					
He leído y comprendido la información en esta solicitud. Declaro, bajo pena de perjurio, que la información que he dado en esta solicitud es, a mi mejor entender, veraz, correcta y completa.					
FIRMA DEL SOLICITANTE				FECHA	