



**Solicitud para Seguro de Salud Para Beneficios Extendidos de Planificación Familiar**  
Un Programa Especial de Medicaid

**Sello oficial de fecha recibida:**

<b>Nombre:</b>	Primer	Inicial	Apellido	Nombre de Soltera	Código de Área	Número de teléfono
	( )				( )	
<b>Residencia:</b>	Número	Calle	Número Apartamento	Ciudad	Condado	Estado
						Código Postal
<b>Dirección Postal</b> (Requerida si es diferente a la arriba mencionada):					Si no tiene teléfono en la casa, número al que se le puede llamar ( )	

Favor conteste las siguientes preguntas:

1. En el pasado, ¿ha tenido uno o ambos de estos servicios? Histerectomía:  Si  No Esterilización (ligación tubal):  Si  No
2. ¿Cuándo fue su última menstruación? \_\_\_\_\_
3. Los beneficios que recibirá son con el objetivo de evitar un embarazo a través de servicios de planificación familiar. ¿Desea usted recibir dichos servicios?  Si  No
4. Enumere todas las personas que viven en su hogar (Escriba su nombre primero):

**\*\*SOLO la persona que solicita debe proveer su número de Seguro Social y prueba de ciudadanía e identidad.**

Nombre	Apellido	Relación con el Solicitante	**Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento	Raza	Sexo	¿Ciudadano americano?		** Si no es ciudadano, anote el número de identificación de INS	Fecha de entrada al país	¿Aplicó para Medicaid?	
							Si	No			Si	No
		(si mismo)										

5. **Entrada económica:** Complete la siguiente información de toda persona que tiene fuente de ingreso de dinero. (Incluya a sus padres si es menor de 21 y vive con ellos):

Nombre de persona Que recibe ingreso	Fuente de ingreso	Ingreso bruto (antes de deducciones)	¿Cuan frecuente recibe este dinero? (semanal, quincenal, mensual)	Información Adicional
	Empleo actual: Nombre de empleador			Dirección empleador/ Teléfono:
	Empleo actual: Nombre de empleador			Dirección empleador/ Teléfono:
	Manutención de menores			<b>Costo de guardería de niños:</b>
	Contribuciones de otras personas			Pagado a:
	Beneficios de desempleo			Pagado a:
	Seguro Social/SSI			Niño (s) que reciben pago:
	Mencione Otras entradas –			Cantidad: \$ Frecuencia:

6. ¿Tiene usted seguro médico?  Si  No Si contestó si, mencione el nombre del seguro: \_\_\_\_\_
7. Si usted es menor de 18, ¿está cubierto por el Programa de KidCare?  Si  No
8. Si tiene seguro ¿están cubiertos los servicios de planificación familiar?  Si  No
9. Por favor incluya prueba de ciudadanía Americana e identidad con esta aplicación. Evidencia de ciudadanía Americana incluye pero no se limita a: Pasaporte americano, Certificado de nacimiento, la forma FS-240, Reporte de nacimiento en el exterior de un ciudadano americano o Forma FS 545 o Forma DS1350, Certificado de Nacimiento en el exterior. Solo originales o copias certificadas serán aceptados.

**CERTIFICACION Y AUTORIZACION:** Yo certifico que la información provista en esta solicitud es verdadera y correcta a mi mejor entendimiento. Al firmar la misma, doy consentimiento al Departamento de Salud a obtener y revelar información confidencial de condiciones de salud y financieras con el propósito de determinar mi elegibilidad al Programa Extendido de Beneficios de Planificación Familiar. Por lo tanto, yo autorizo a los siguientes programas bajo Medicaid, MomCare, WIC, y Niños y Familia o sus agentes a contactar mi persona o a mis proveedores de salud con el propósito de coordinar cuidados, pagos de facturas por servicios, y mejoramiento de calidad de servicios concernientes a mi participación en el Programa extendido de Planificación Familiar. Mi autorización a revelar información incluye cualquier información médica, salud mental, abuso de alcohol/drogas, enfermedades de transmisión sexual, tuberculosis, VIH/SIDA, y abuso de adultos o niños. Entiendo que dicha información provista por mí será mantenida confidencial de acuerdo a las leyes federales y de la Florida. He leído y entendido mis derechos y responsabilidades tal y como se aplican al Programa Extendido de Planificación Familiar y que dicha autorización se mantendrá en vigencia a menos que lo ponga por escrito.

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del personal de Elegibilidad/ Fecha: \_\_\_\_\_ Fecha de terminación en FMMIS: \_\_\_\_\_

**Envíe por correo o traiga esta aplicación y cualquier otra carta recibida a su Departamento de Salud local del condado (vea lista incluida). NO ENVIE ESTA APLICACIÓN A MEDICAID.**