

## Renovación de beneficios médicos para familias y Niños Family and Children's Medical Benefits Renewal

**Este formulario sirve únicamente para la renovación de beneficios médicos. Para solicitar asistencia financiera o alimenticia hable con su Oficina de Servicios Comunitarios (CSO, por sus siglas en inglés) local de DSHS.**

**Para continuar con la cobertura médica, usted debe completar una renovación anual mediante una de las siguientes opciones:**

- Llame al número que aparece en la carta adjunta para completar su renovación por teléfono; o
- Complete este formulario y envíelo por correo a esta oficina con un comprobante de **ingresos actual**.

Por favor escriba en letra imprenta.

			NÚMERO DE ID DEL CLIENTE
PRIMER NOMBRE	APELLIDO	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO
DOMICILIO		CIUDAD	ESTADO CÓDIGO POSTAL
DIRECCIÓN POSTAL (SI ES DIFERENTE)		CIUDAD	ESTADO CÓDIGO POSTAL
NÚMERO TELEFÓNICO DEL HOGAR (INCLUYENDO EL CÓDIGO DE ÁREA)	NÚMERO DE TELÉFONO CELULAR INCLUYENDO EL CÓDIGO DE ÁREA	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	
<b>HOGAR</b>			
¿Alguien se ha mudado a su casa durante los últimos 12 meses?		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
CIUDADANO Estadounidense.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Relación con usted	
¿Se ha mudado alguien de su casa durante los últimos 12 meses?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
NOMBRE	FECHA EN LA QUE SE MUDÓ DE LA CASA		
¿Empezó alguien en su casa a recibir un seguro de salud privado durante los últimos 12 meses?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es "sí", ¿quién es?			
Nombre de la compañía privada de seguro de salud			
<b>Todos los ingresos mensuales derivados y no derivados de la labor personal en su hogar.</b>			
<b>Nombre de la persona que aporta el ingreso</b>	Empleador (Nombre/Teléfono) o fuente del ingreso	Ingreso mensual (previo al pago de impuestos o gastos)	
<b>Nota: Proporcione comprobante de su ingreso actual. Un comprobante de ingreso ganado puede ser una copia de un recibo de sueldo o una declaración por parte de su empleador. Si es autónomo, puede proporcionar una copia de las declaraciones de impuestos del año pasado. No espere para llamar o devolver este formulario porque no tiene prueba de sus ingresos.</b>			
<b>Gastos pagados por su hogar</b>			
Costo total mensual del cuidado de sus niños que usted paga para poder trabajar	\$		
Manutención total para niños ordenada por el juzgado que usted paga cada mes	\$		

