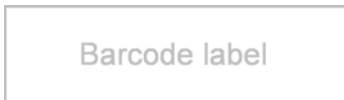


Solicitud para Beneficios médicos por embarazo Application for Pregnancy Medical Benefits

1. PRIMER NOMBRE	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO						
2. DIRECCIÓN DEL LUGAR DONDE VIVE	CALLE	CIUDAD						
		ESTADO						
		CÓDIGO POSTAL						
3. DIRECCIÓN DE CORREO (SI ES DIFERENTE)	CALLE	CIUDAD						
		ESTADO						
		CÓDIGO POSTAL						
4. NÚMEROS TELEFÓNICOS / DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	5. SÍ NO							
CASA / CELULAR / NÚMERO DE PREFERENCIA	¿Tiene problemas para hablar, leer o escribir en inglés? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>							
TRABAJO / MENSAJE	¿Necesita un intérprete? (Si es así, nos comunicaremos a través de un intérprete)..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>							
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	¿Qué idioma habla?							
6. Fecha aproximada del parto: _____ Si no la conoce, por favor calcúlela: _____ Cómo se verificó el embarazo: <input type="checkbox"/> Prueba de embarazo en casa <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Departamento de salud <input type="checkbox"/> Otro: _____								
7. ¿La mujer embarazada tiene una condición médica que necesite atención médica inmediata? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No								
Información general								
8. Enumere a todas las personas que viven en su dirección incluyendo usted. Utilice los nombres legales. No utilice sobrenombres. Si no conoce el número del Seguro Social, déjelo en blanco.								
NOMBRE (PRIMER NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO)	SEXO M o F	PARENTES- CO CON USTED	FECHA DE NACIMIENTO (MES/DÍA/AÑO)	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	CIUDA- DANO EE.UU. SÍ NO	LUGAR DE NACIMIENTO (CIUDAD/ESTADO)	COMPLETE SI NO ES CIUDADANO DE EE.UU.	
							INDIQUE LA FECHA EN QUE LLEGÓ A EE. UU.	¿TIENE UN PATROCINA- DOR? SÍ NO
A.		USTED MISMO			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
B.					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
C.					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
D.					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
E.					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
F.					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Por favor adjunte cualquier documento que demuestre su condición de inmigrante.								
Seguro de salud e información médica								
9. ¿Ya cuenta con un seguro de salud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es así, nosotros podemos pagar la prima. Si marcó "Sí", escriba el nombre de la compañía de seguros o el empleador, el número de póliza y el nombre del titular de la póliza además del número de seguro social. Aun cuando ya tenga un seguro de salud, todavía usted puede calificar para los beneficios médicos.								
EMPRESA DE SALUD O EMPLEADOR		NÚMERO DE PÓLIZA		NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA		NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL DEL TITULAR DE LA PÓLIZA		
10. ¿Alguien en la casa recibió servicios médicos en los últimos tres (3) meses, incluyendo Servicios de Asistencia de maternidad y/o Administración de caso de maternidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No								



Ingreso			
Su ingreso por empleo/empleo independiente		El ingreso de su cónyuge por empleo/empleo independiente	
11. Nombre y número telefónico de su empleador		13. Nombre y número telefónico de su empleador	
12. Ingreso bruto antes de impuestos o gastos: _____ <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual Horas trabajadas cada semana: _____		14. Ingreso bruto antes de impuestos o gastos: _____ <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual Horas trabajadas cada semana: _____	
OTROS INGRESOS	MONTO	¿CON QUÉ FRECUENCIA OBTIENE ESTE INGRESO?	¿QUÉ PARIENTE OBTIENE ESTE INGRESO?
15. Manutención para niños o pensión alimenticia			
16. Pagos del Seguro Social			
17. Beneficios de desempleo			
18. Beneficios de veteranos/pensiones militares			
19. Trabajo e industrias			
20. Ingresos por inversiones/otro (explicar):			
Gastos			
		SÍ	NO
9. ¿Paga por cuidados para niños o cuidado para adultos dependientes mientras trabaja?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Paga manutención para niños para un niño que no vive en su hogar?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			SI LA RESPUESTA ES "SÍ", MONTO

Raza/antecedentes étnicos			
Le solicitamos que nos informe voluntariamente sobre su la raza o antecedentes étnicos. Esta información no será tomada en cuenta al considerar su elegibilidad para beneficios.			
<input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Indio americano o Nativo de Alaska; nombre de la tribu: _____			
<input type="checkbox"/> Vietnamita/laosiano/Camboyanos <input type="checkbox"/> Otro isleño del Pacífico o Asia <input type="checkbox"/> Otro: _____			
Lea atentamente antes de firmar			
Entiendo que:			
<ul style="list-style-type: none"> • Debo informar inmediatamente al Departamento de Servicios Sociales y de Salud (DSHS, por sus siglas en ingles) por escrito o por teléfono, cualquier cambio en mi situación. Los informes tardíos pueden causar beneficios equivocados. • Mi situación está sujeta a verificación por parte de DSHS o de cualquier otro estado o agencia federal. • Debo brindar prueba de que soy elegible para obtener ayuda. DSHS puede ayudarme a obtener la prueba o contactar a otras personas o agencias para obtenerla. • Al solicitar y obtener beneficios del cuidado de la salud, yo otorgo al Estado de Washington todos los derechos de asistencia médica y a todo pago de terceros por servicios del cuidado de la salud. • DSHS puede divulgar el historial de inmunización de mi hijo con el Sistema de rastreo de perfil de inmunización infantil del Departamento de Salud para propósitos directamente relacionados con la administración de programas médicos. • Entiendo que esta solicitud es para beneficios médicos únicamente para la mujer embarazada. Si mi familia necesita ayuda financiera o cupones para alimentos, debemos solicitarlos a través de la Oficina de Servicios Comunitarios de DSHS. 			
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	

La discriminación está prohibida en todos los programas y actividades administrados por el Departamento de Servicios Sociales y de Salud. Nadie será excluido de estos programas y actividades en base a su raza, color, credo, creencias políticas, nacionalidad, religión, edad, sexo o discapacidad.