

SAN BERNARDINO COUNTY DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH
CALIFORNIA CHILDREN SERVICES
Información de Seguro de Salud

I. INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Número de CCS _____

II. SEGURO PRIVADO PATROCINADO POR EL EMPLEADOR Si No **(Si su respuesta es no, proceda al número III).**

Nombre del Poseedor de la Póliza _____ Domicilio de la Compañía de Seguros _____

Empleador del Poseedor de la Póliza _____ # De Seguro Social del Poseedor de la Póliza ____ / ____ / ____

Nombre de la Compañía de Seguros _____ # De Teléfono de la Compañía de Seguros (____) _____

Número de Póliza _____ Número de Grupo _____

Fecha Efectiva de la Póliza _____ Le Cubre La Condición del CCS? _____

Tipo de cobertura PPO/IPA HMO Medical Mayor EPO OTRO _____

Si es un recién nacido, fecha efectiva de cobertura _____

PACIENTES CON COBERTURA DE SEGURO MÉDICO PRIVADO

1. CCS NO CUBRE PAGOS ADICIONALES. Pagos adicionales son la responsabilidad del paciente/familia.

2. “Co-seguro” tal vez no sea completamente cubierto por el programa del CCS.

3. Se requiere una negación de su seguro medico de HMO.

ES IMPERATIVO QUE ADJUNTE UNA COPIA DEL FRENTE Y REVERSO DE SU TARJETA DE SEGURO

En mi mejor conocimiento, yo certifico que esta información es completa y está correcta. Yo leí el Acto de Declaración de Practicas en el reverso de esta forma.

Solicitante, Padre/Madre, o Guardián Legal _____ **Fecha** _____

III. MEDI-CAL/MEDICARE

Tiene el paciente Medi-Cal? Si No Tiene el paciente HEALTHY FAMILIES Si No

Si tiene, fecha efectiva _____ Si tiene, Nombre del Plan _____

Número de Medi-Cal _____

Tipo de Medi-Cal: IEHP Molina/Maxi Care Otro _____

Comparte el costo mensual? Si No Si tiene costo mensual, \$ _____ Al mes

Tiene el niño/a Medicare Si No Numero de Declaración del Medicare _____

POR FAVOR DE VUELTA A LA PAGINA Y COMPLETE EL LADO 2, SECCIÓN IV

IV. LISTA DE SELECCIÓN PARA LA SOLICITUD

(Favor de marcar los renglones que apliquen a su familia)

A. MEDI-CAL	
1. _____	Nosotros aplicaremos para los beneficios del Medi-Cal si esto es solicitado por el Programa del CCS y entendemos que si no completamos el proceso de aplicación, nosotros no seremos elegibles para los beneficios del CCS.
2. _____	Aplicamos para los beneficios del Medi-Cal en _____(Fecha) pero no hemos sido entrevistados por el trabajador/a de elegibilidad.
3. _____	Nosotros hemos completado el proceso de aplicación para el Medi-Cal.
_____	No ha sido determinado
_____	Elegibilidad para el Medi-Cal fue negada (Favor de proveer una copia de la Notificación de la Acción).
4. _____	Nosotros nos negamos a aplicar para los beneficios del Medi-Cal y entendemos que negarnos a aplicar resultará en la negación de elegibilidad o terminación del Program del CCS. La familia tiene el derecho de apelar la decisión del Programa.

B. SEGURIDAD DE INGRESOS SUPLEMENTAL (SSI)	
1. _____	Nosotros entendemos que seremos referidos para Beneficios del SSI si es indicado y estamos de acuerdo en completar la solicitud para beneficios si es solicitado.
2. _____	Hemos solicitado los Beneficios del SSI en (Fecha).
_____	No se ha hecho la determinación.
_____	Elegibilidad para el SSI fue negada (Por favor proveer una copia de la Notificación).

Firma del Solicitante, Padres, Guardián Legal que completó forma

Fecha

INFORMACIÓN DEL ACTO DE DECLARACIÓN DE PRÁCTICAS
<p>El Condado y el Estado de Servicios para Niños de California (CCS) como parte de su solicitud requiere la información en esta forma, pues el CCS no puede pagar por una porción de sus gastos, los cuales son beneficios por medio de su seguro. La información es mantenida conforme a la Sección 123800 et seq. de Salud y Código de Seguridad de California. Es requerido que usted de la información en esta forma. Si usted no da esta información, elegibilidad para los servicios le pueden ser negados. Las oficinas del Condado, CCS, Departamento del Estado de Servicios para la Salud, y proveedores de servicios pueden usar cualquier información que usted ha dado. Usted tiene el derecho de revisar el expediente mantenido por el CCS con respecto a usted. Si usted desea revisar su expediente, póngase en contacto con la persona responsable de su expediente en la oficina del CCS de su condado. Después de revisar su expediente usted puede hacer una petición por escrito para corregirlos y sean exactos, pertinentes y estén completos. Apelaciones pueden ser dirigidas a: Ken Adams, Program Manager at California Children Services, 150 E. Holt Blvd, 3rd Floor, Ontario, CA 91762 (Teléfono 909-458-1637).</p>