

**INFORMACIÓN DE SEGURO DE SALUD**

DCSS 0054 SPA (04/27/05)

Condado:	Teléfono:	Número de Caso CSE:
Padre sin la Custodia:		
Nombre completo ( <i>Primer nombre, Segundo, Apellido, Sufijo</i> )	Soy: <input type="checkbox"/> La Parte con la Custodia <input type="checkbox"/> El Padre sin la Custodia <input type="checkbox"/> Empleador	
Dirección (Calle)	Ciudad, Estado, Código Postal	
Teléfono	Número de Seguro Social	
Empleador (Nombre, calle, ciudad, estado, código postal, teléfono)		

**INSTRUCCIONES:** Por favor, complete la SECCIÓN I si el seguro de salud lo brinda o lo hace disponible el Padre sin la Custodia o el empleador. La SECCIÓN II es sobre el seguro del otro padre. Los empleadores sólo deberán completar las Secciones I y III. Por favor firme y coloque la fecha en el formulario completo.

**SECCIÓN I: SU SEGURO DE SALUD****SEGURO DE SALUD:**

¿Tiene actualmente una cobertura de Seguro de Salud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si la respuesta es Sí, por favor, complete a continuación.	
Compañía o Sindicato de Seguro de Salud (suministre el número Local del Sindicato)		Suministrado por: <input type="checkbox"/> La Parte con la Custodia <input type="checkbox"/> El Padre sin la Custodia <input type="checkbox"/> Empleador <input type="checkbox"/> Otro: Relación:	
Dirección de la Compañía de Seguros: Calle, Número de Departamento o Número de Unidad (Dirección a donde se envían por correo los reclamos)		Número de teléfono (incluir el Código de Área)	
Ciudad	Estado	Código Postal	Número de Póliza
Cantidad de Prima \$	Marque Uno: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bi-Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal		
Cantidad que Paga \$	Marque Uno: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bi-Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal		
Cantidad que Paga el Empleador \$	Marque Uno: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bi-Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal		
Cantidad de la deducción aplicada a la porción de Seguro de Salud del empleado \$	Cantidad de la deducción aplicada a la porción de Seguro de Salud del dependiente \$	Costo para agregar un hijo adicional \$	

**Dependiente/s Actualmente Cubierto/s por el Seguro de Salud**

Nombre (Primer nombre, Segundo, Apellido)	Número de Seguro Social	Sexo	Fecha de Nacimiento	Número/s de Póliza	Fecha de Inicio	Fecha de Finalización
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

- Por favor marque esta casilla si los nombres y números de póliza de los dependientes cubiertos por su Seguro de Salud se enumeran en una hoja separada. Por favor, adjunte la hoja.
- No disponible para dependientes.

La Póliza cubre lo siguiente: (Marque todo lo que aplique)

- |   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Visitas al Médico      | <input type="checkbox"/> Medicare Suplementario | <input type="checkbox"/> Enfermedades específicas   | <input type="checkbox"/> Medicamentos con Receta |
| <input type="checkbox"/> Atención a Largo Plazo | <input type="checkbox"/> Estadía en Hospital    | <input type="checkbox"/> Paciente Ambulatorio de Hospital<br>(por ejemplo, análisis de laboratorio, terapia física) | <input type="checkbox"/> Otros (Especificar)     |

**INFORMACIÓN DE SEGURO DE SALUD**

DCSS 0054 SPA (04/27/05)

**SEGURO DENTAL:**¿Tiene actualmente una cobertura de Seguro de Dental?  Sí  No Si la respuesta es Sí, por favor, complete a continuación.

Compañía de Seguro Dental

Dirección de la Compañía de Seguro Dental: Calle, Número de apartamento o Número de Unidad  
(dirección a dónde se envían por correo los reclamos)

Ciudad	Estado	Código Postal	Número de Póliza
Cantidad de Prima \$	Marque Uno: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bi-Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal		
Cantidad que Paga \$	Marque Uno: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bi-Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal		
Cantidad que Paga el Empleador \$	Marque Uno: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bi-Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal		
Cantidad de la deducción aplicada a la porción de Seguro de Salud del empleado \$	Cantidad de la deducción aplicada a la porción de Seguro de Salud del dependiente \$	Costo para agregar un hijo adicional \$	

**Dependiente/s Actualmente Cubierto/s por el Seguro Dental**

Nombre (Primer nombre, Segundo, Apellido)	Número de Seguro Social	Sexo	Fecha de Nacimiento	Número/s de Póliza	Fecha de Inicio	Fecha de Finalización
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

 Por favor marque esta casilla si los nombres y números de póliza de los dependientes cubiertos por su Seguro Dental se enumeran en una hoja separada. Por favor, adjunte la hoja. No disponible para dependientes.**SEGURO DE VISIÓN:**¿Tiene actualmente una cobertura de Seguro de Visión?  Sí  No Si la respuesta es Sí, por favor, complete a continuación.

Compañía de Seguro de Visión

Dirección de la Compañía de Seguro de Visión: Calle, Número de apartamento o Número de Unidad  
(Dirección a dónde se envían por correo los reclamos)

Ciudad	Estado	Código Postal	Número de Póliza
Cantidad de Prima \$	Marque Uno: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bi-Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal		
Cantidad que Paga \$	Marque Uno: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bi-Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal		
Cantidad que Paga el Empleador \$	Marque Uno: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bi-Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal		
Cantidad de la deducción aplicada a la porción de Seguro de Salud del empleado \$	Cantidad de la deducción aplicada a la porción de Seguro de Salud del dependiente \$	Costo para agregar un hijo adicional \$	

**Dependiente/s Actualmente Cubierto/s por el Seguro Dental**

Nombre (Primer nombre, Segundo, Apellido)	Número de Seguro Social	Sexo	Fecha de Nacimiento	Número/s de Póliza	Fecha de Inicio	Fecha de Finalización
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

 Por favor marque esta casilla si los nombres y números de póliza de los dependientes cubiertos por su Seguro de Visión se enumeran en una hoja separada. Por favor, adjunte la hoja. No disponible para dependientes.

**INFORMACIÓN DE SEGURO DE SALUD**

DCSS 0054 SPA (04/27/05)

**SECCIÓN II: SEGURO DEL OTRO PADRE****SEGURO DE SALUD:**

¿El otro padre actualmente brinda cobertura de Seguro de Salud para el / los niño/s o usted?  Sí  No  
Si la respuesta es Sí, por favor complete la información a continuación.

Compañía de Seguro de Salud

Dirección de la Compañía de Seguro de Salud: Calle, Número de apartamento o Número de Unidad (*Dirección a dónde se envían por correo los reclamos*)

Ciudad	Estado	Código Postal
--------	--------	---------------

**SEGURO DENTAL:**

¿El otro padre actualmente brinda cobertura de Seguro Dental para el / los niño/s o usted?  Sí  No  
Si la respuesta es Sí, por favor complete la información a continuación.

Compañía de Seguro Dental

Dirección de la Compañía de Seguro Dental: Calle, Número de apartamento o Número de Unidad *reclamos* (*Dirección a dónde se envían por correo los reclamos*)

Ciudad	Estado	Código Postal
--------	--------	---------------

**SEGURO DE VISIÓN:**

¿El otro padre actualmente brinda cobertura de Seguro de Visión para el / los niño/s o usted?  Sí  No  
Si la respuesta es Sí, por favor complete la información a continuación.

Compañía de Seguro de Visión

Dirección de la Compañía de Seguro de Visión: Calle, Número de apartamento o Número de Unidad (*Dirección a dónde se envían por correo los reclamos*)

Ciudad	Estado	Código Postal
--------	--------	---------------

**SECCIÓN III: (SE TIENE QUE COMPLETAR)**

- He adjuntado la información de la/las tarjeta/s de seguro sobre la cobertura para el / los niño/s.
- En este momento, no tengo tarjetas/información de seguro sobre la cobertura para el / los niño/s. Le enviaré la información cuando la reciba de la compañía de seguros.
- En este momento no tenemos disponible cobertura de seguro. Entiendo que al momento de tenerla disponible, tendré que agregar a mi/s hijo/s al plan y luego notificar a la organización de sustento al niño local sobre la cobertura. La cobertura no está disponible porque:
- No se ofrece  Temporal  Medio Tiempo  Inscripción Rechazada  Costos no razonables
- Período de prueba/fecha elegibilidad

**DECLARACIÓN DE PRIVACIDAD**

La Ley de Prácticas de Información de 1997 (Código Civil Sección 1798.17) y la Ley Federal de Privacidad de 1974 (Ley de Orden Público 93-579) requieren que se dé este aviso siempre que se solicite información personal sobre las personas. La información requerida en este formulario, incluyendo el Número de Seguro Social, es utilizada por el Departamento de Servicios de Sustento al Niño (DCSS) para identificación y comunicación con usted. Según la Sección 466 (a) (13) de la Ley de Seguridad Social, se requiere que el DCSS solicite el Número de Seguro Social de una persona que esté sujeta a una sentencia de divorcio, orden de sustento al niño, o determinación o reconocimiento de paternidad.

La información del Número de Seguro Social es obligatoria y se mantendrá en el archivo en la organización de sustento al niño local para ubicar e identificar a las personas y activos para establecer, modificar y aplicar las obligaciones de sustento al niño. La inscripción de un hijo en el seguro de salud puede requerir la divulgación del Número de Seguridad Social del niño y la dirección de correo al empleador del otro padre o la divulgación del Número de Seguro Social del niño al otro padre.

La información en su caso puede ser analizada u otorgada al Estado, otra organización que pueda legalmente recibir dicha información, y al otro padre o a su abogado dentro del límite permitido por ley.

FIRMA

FECHA

NOMBRE EN IMPRENTA

TELÉFONO (incluir el Código de Área)

TÍTULO