



## SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE PAGO DE PRIMAS DE SEGURO DE SALUD (HEALTH INSURANCE PREMIUM PAYMENT, HIPP)

**DÍGANOS SOBRE LA PERSONA PARA QUIEN PRESENTA SU SOLICITUD Y SOBRE TODOS LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA QUE TIENEN LA MISMA PÓLIZA DE SEGURO MÉDICO**

MIEMBRO DE LA FAMILIA	NOMBRE ( <i>apellido, primer nombre, segundo nombre</i> ):	MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA:	¿CUBIERTO POR LA PÓLIZA?	TIPO DE PÓLIZA ( <i>marque uno, si corresponde</i> ):	INSCRITO EN ( <i>marque todo lo que corresponda</i> ):	MEDI-CAL BIC NO.
<b>USTED</b>		<input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Tiene una enfermedad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  <input type="checkbox"/> Tenedor de la póliza <input type="checkbox"/> Dependiente	<input type="checkbox"/> Tricare <input type="checkbox"/> MRMIP <input type="checkbox"/> Medicare HMO	<input type="checkbox"/> Healthy Families <input type="checkbox"/> AIM	
<b>MIEMBRO DE LA FAMILIA NO. 1</b>	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Tiene una enfermedad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  <input type="checkbox"/> Tenedor de la póliza <input type="checkbox"/> Dependiente	<input type="checkbox"/> Tricare <input type="checkbox"/> MRMIP <input type="checkbox"/> Medicare HMO	<input type="checkbox"/> Healthy Families <input type="checkbox"/> AIM	
<b>MIEMBRO DE LA FAMILIA NO. 2</b>	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Tiene una enfermedad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  <input type="checkbox"/> Tenedor de la póliza <input type="checkbox"/> Dependiente	<input type="checkbox"/> Tricare <input type="checkbox"/> MRMIP <input type="checkbox"/> Medicare HMO	<input type="checkbox"/> Healthy Families <input type="checkbox"/> AIM	
<b>MIEMBRO DE LA FAMILIA NO. 3</b>	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Tiene una enfermedad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  <input type="checkbox"/> Tenedor de la póliza <input type="checkbox"/> Dependiente	<input type="checkbox"/> Tricare <input type="checkbox"/> MRMIP <input type="checkbox"/> Medicare HMO	<input type="checkbox"/> Healthy Families <input type="checkbox"/> AIM	

**SI HAY MÁS MIEMBROS DE LA FAMILIA QUE TIENEN MEDI-CAL, LLENE ABAJO O ADJUNTE UNA HOJA SEPARADA CON LA INFORMACIÓN**

**Declaración:** Declaro bajo pena de perjurio de conformidad con las leyes del Estado de California que las respuestas que di en esta solicitud y los documentos provistos son verdaderos y correctos según mi mejor conocimiento.

Nombre del solicitante ( <i>en letra de molde</i> ):	Firma del solicitante o tutor:	Fecha:
Nombre del tenedor de la póliza ( <i>en letra de molde</i> ):	Firma del tenedor de la póliza:	Fecha: