

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA SOLICITUD DEL PROGRAMA DE PAGO DE PRIMAS DE SEGURO MÉDICO

FORMULARIO DHCS 6172

Las siguientes instrucciones se deberán utilizar para completar la solicitud del Programa de Pago de Primas de Seguro Médico. POR FAVOR, ANOTE LA INFORMACIÓN CON LETRA DE MOLDE.

1. Anote su nombre completo.
2. Anote su número de Seguro Social de nueve dígitos.
3. Anote su número de teléfono completo durante el día, incluyendo el código del área. Si usted no tiene un número de teléfono, por favor anote un número de teléfono para dejarle recado en la casilla para el número de teléfono, e indique, "recado".
4. Anote su dirección completa, incluyendo la calle, ciudad, estado y zona postal.
5. Anote el nombre de su compañía de seguro médico actual.
6. Anote el número de teléfono, incluyendo el código del área, de su compañía de seguro médico.
7. Anote la dirección completa, incluyendo la calle, ciudad, estado y zona postal a donde se le envían por correo sus primas.
8. Anote su número de póliza de seguro médico.
9. Anote la cantidad de su prima de seguro médico actual.
10. Indique con qué frecuencia paga usted sus primas de seguro médico, marcando la casilla apropiada.
11. Indique si su seguro médico se está pagando por medio de *COBRA*, marcando la casilla de sí o no. Además, indique la fecha hasta la que se paga su póliza. Si su póliza ha caducado en los últimos 90 días, indique la fecha en que la póliza caducó.
12. Indique, poniendo una palomita en la(s) casilla(s) apropiada(s), los servicios médicos que cubre su póliza de seguro médico.
13. Anote el nombre completo de la persona asegurada/titular de la póliza. Éste es el nombre de la persona a quién se le expidió la póliza.
14. Anote el número de Seguro Social de nueve dígitos del titular de la póliza.
15. Anote la dirección completa, incluyendo la calle, ciudad, estado y zona postal del titular de la póliza.
16. Anote el número de teléfono durante el día del titular de la póliza, incluyendo el código del área. Si el titular de la póliza no tiene un número de teléfono, por favor anote un número de teléfono para dejarle recado en la casilla para el número de teléfono, e indique, "recado".
17. Indique si el titular de la póliza es ordenado por la corte proveer seguro de salud para el aplicante.
18. Indique si el póliza es un Medicare HMO póliza.
19. Indique, poniendo una palomita en la casilla apropiada, cómo se están pagando actualmente las primas de seguro.
20. Anote el nombre completo y el número de Seguro Social de nueve dígitos de otros familiares que están cubiertos por Medi-Cal Y la póliza de seguro médico que se indica en el inciso 5.
21. Anote el nombre completo del empleador del titular de la póliza.
22. Anote el número de teléfono del empleador del titular de la póliza, incluyendo el código del área.
23. Anote la dirección completa, incluyendo la calle, ciudad, estado y zona postal del empleador del titular de la póliza.
24. Anote el nombre y el tipo de enfermedad de las personas que se indican en el inciso 18, que padecen de una condición médica de alto costo.
25. Sección para la firma: Por favor, firme y anote la fecha en que usted completó este formulario.

Envíe este formulario por correo a: Department of Health Care Services, HIPP Program, MS 4719, PO Box 997422, Sacramento, CA 95899-7422. Si usted tiene alguna pregunta sobre cómo completar este formulario, llame gratuitamente al 1-866-298-8443 (sólo California), de 8:00 a.m.–5:00 p.m., de lunes a viernes.