



SOLICITUD PARA ELEGIBILIDAD
 P.O. Box 3007, Modesto, CA 95353



ESCRIBA CON LETRA DE IMPRENTA LAS RESPUESTAS A CADA PREGUNTA.
 Solamente escriba los niños menores de seis años si requieren cobertura

Persona responsable APEDILLO, NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO Mes Día Año			NÚMERO DE MEDI-CAL O SEGURO	SEXO	Esta usted o su hijo aplicando para HCUBS
					M F	Y N
(Niño 1 MENOR DE 6 AÑOS)					M F	Y N
(Niño 2 MENOR DE 6 AÑOS)					M F	Y N
(Niño 3 MENOR DE 6 AÑOS)					M F	Y N
Dirección (Número y Calle) NO USE apartado postal	Apto#	Ciudad	Código Postal	Teléfono durante el Día		
APARTADO POSTAL	Ciudad	Código Postal	Teléfono de mensaje			
Persona Responsable (solamente si el nombre es diferente de la Madre)	Teléfono		Relación con el paciente		<i>(Uso Oficial UPI)</i>	
¿Cómo escuchó usted sobre este programa? <input type="checkbox"/> Centro De Recursos <input type="checkbox"/> Televisión <input type="checkbox"/> Periódico <input type="checkbox"/> Amigo/Familiar <input type="checkbox"/> Feria de Salud <input type="checkbox"/> Oficina de Médico <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Radio						
POR FAVOR MARQUE SU ORIGEN ÉTNICO:						
<input type="checkbox"/> 1-Blanco <input type="checkbox"/> 2-Negro/Afro Americano <input type="checkbox"/> 3-Hispano <input type="checkbox"/> 4-Indigena Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> 5-Asiático/Islandés						

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| | Sí | No |
| 1. ¿Está embarazada? (Si la respuesta es sí adjunte verificación del doctor. EDC: _____) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Son estos servicios <u>CONFIDENCIALES</u> ? (solo menores de 21) el número de contacto: _____) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Está recibiendo Medi-Cal ahora? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Tiene <u>otra</u> cobertura médica? Que aseguranza? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Cuántos son en su familia? (Una mujer embarazada cuenta como 2 personas): _____ # de personas | | |
| 6. ¿Ingresos en bruto de la familia de los últimos 2 meses (antes de impuestos)? \$ _____ Tipo de empleo _____ | | |
| 7. Idioma Preferido: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro | | |

Yo entiendo los requisitos del programa de Healthy Cubs y estoy de acuerdo en cooperar con los otros programas si parece que mi hijo o yo somos elegibles.

FIRMA (del Padre/Guardian o Mujer/Menor Emancipado) Letra de **IMPRENTA** – (Relación con el Solicitante) **FECHA**

Employee (PRINT FULL NAME) Phone _____ *I have reviewed this application for accuracy and attached the required documents.*

For official use only		
State ID _____	CIN# _____	Active RML <u>Yes</u> / No
Term date _____ Term Reason _____		