



- HSA
- Golden Valley
- Oakdale CHC
- Riverbank CHC
- Online

Por favor escriba con letra de imprenta las respuestas a todas las preguntas. Las preguntas acerca del tamaño de familia, ingreso y aseguranza médica son para determinar si usted o su hijo son elegibles para el programa de Healthy Cubs. El programa Healthy Cubs es para niños menores de 6 años y para mujeres embarazadas. Unavez que la aplicación sea completada usted puede entregarla a un Departamento de la Elegibilidad de HSA o enviarla por correo a Healthy Cubs, P.O. Box 3007, Modesto, CA 95353-3007.

INFORMACION DE LA FAMILIA

Apellido	Nombre	Inicial	Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año)	Edad	Numero de Seguro Social	Sexo	Elegible? (Para uso del Condado solamente)
(Niño 1 MENOR DE 6 AÑOS)							
(Niño 2 MENOR DE 6 AÑOS)							
(Niño 3 MENOR DE 6 AÑOS)							
(Niño 4 MENOR DE 6 AÑOS)							
NOMBRE DE LA MADRE			FECHA DE NACIMIENTO		NUMERO DE SEGURO SOCIAL		
Persona Responsable (En caso de que el nombre sea diferente al mencionado arriba)			Teléfono de Casa		Teléfono Alternativo		
Dirección (Numero y Calle) No use P.O. BOX			Ciudad		Codigo Postal		Teléfono de Casa
Dirección Postal (Si es diferente de la anterior) o P.O. BOX			Ciudad		Codigo Postal		Teléfono del Trabajo
¿Cómo escuchó usted sobre este programa?			<input type="checkbox"/> Periódico <input type="checkbox"/> Amigo/Familiar <input type="checkbox"/> Empleado		<input type="checkbox"/> Televisión <input type="checkbox"/> Oficina de Médico <input type="checkbox"/> Radio		Teléfono para Mensajes

INFORMACION DEL PACIENTE

El paciente:

- | | | | |
|----|--|--------------------------|--------------------------|
| | | Sí | No |
| a. | ¿Está embarazada? (Adjunte verificaciÓn del doctor) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. | ¿Está recibiendo Medi-Cal ahora? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | ¿Si la respuesta fue SÍ , que tipo de Medi-Cal tiene? | | |
| | <input type="checkbox"/> Beneficios Completos? <input type="checkbox"/> Parte de Costo? <input type="checkbox"/> Beneficios Limitados? <input type="checkbox"/> Caso Pendiente | | |
| c. | ¿Está en Healthy Families u otra aseguranza ahora? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. | ¿Cuántos son los miembros en su familia? _____ | | |
| 3. | ¿Cuánto dinero gana su familia antes de considerar los impuestos? \$ _____ por mes | | |
| 4. | ¿En que condado vive usted? _____ | | |
| 5. | Idioma Primario quq habla _____ Escribe _____ | | |

Nota: El programa de acceso de Healthy Cubs no es un programa de salud. Un representante de Health Services Agency se comunicará con usted para asistirlo con su aplicación de Medi-Cal o Healthy Families. El incumplimiento a acceder con la aplicación de estos programas afectará la continuidad de elegibilidad bajo Healthy Cubs.

Yo autorizo al programa de Indigent Health Care para enviar esta información a Medi-Cal o Healthy families. Sí No

Yo declaro bajo pena de perjurio que lo dicho anteriormente es correcto y verdadero. Entiendo que perjurio es una ofensa criminal con pena de encarcelamiento en una prisión estatal y que puedo ser enjuiciado por proveer deliberadamente información falsa.

Firma del Padre/Guardian o Menor emancipado

Fecha

Relación con el paciente

Aplicacion tomada por numero de telefono

Por favor cheque su origen étnico:
 (1) Blanco (2) Negro (3) Hispanico (4) Indio Americano/Eskimo/Aleutian (5) Asiatico/ Islas del Pacifico (6) Otro especifique _____