

Formulario para el programa Presumptive Eligibility for Pregnant People

Si ocupa ayuda para completar este formulario, por favor pida ayuda a su proveedor.

Información del Aplicante			
Apellido	Nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento (mm/dd/yyyy)
Número de Seguro Social (opcional)			
¿Vive en California? Si No		¿En cuál condado vive?	
Dirección de casa, nombre y número	Ciudad	Estado	Código Postal
Dirección postal, número y nombre de calle (si es diferente)	Ciudad	Estado	Código Postal
Número de teléfono	Otro número de teléfono	Dirección de correo electrónico email	
<input type="checkbox"/> Si no tiene hogar, marque la casilla y ponga la dirección postal de arriba.		<input type="checkbox"/> Si es un participante de "Safe at Home", marque la casilla y conteste las siguientes preguntas:	
¿Cuál idioma habla mejor?		1. ¿Cuál es su dirección P.O. Box, si lo sabe?	
¿Cuál idioma lee mejor?		2. ¿Cuál es su ID de Participante de Safe at Home, si lo sabe?	
Medi-Cal			
¿Tiene una tarjeta Benefits Identification Card (BIC)?		Si	No
¿Cuál es el número de identificación de la tarjeta BIC?			
¿Ha recibido servicios presumptive eligibility durante este embarazo?		Si	No
Miembros de Familia			
Enumere a todos los miembros de su familia que viven con usted, incluya a su esposo(a) y sus hijos menores de 21 años			

Apellido	Nombre	Inicial	Relación con usted	
			usted	
No enumere nombres de hijos no nacidos			¿Si espera un parto múltiple, cuantos hijos espera?	
			Esposo(a)	
			Hijo(a)	
			Hijo(a)	
Si ocupa más espacio, escriba detrás de este formulario. O use otra hoja de papel y marque esta casilla. <input type="checkbox"/>			Número total de miembros de familia, incluya hijos sin nacer	
Ingresos Anuales o Mensuales				
Incluya dinero que usted y miembros de su familia en este formulario reciben de trabajo, propinas, comisiones, pensiones, o beneficios de Seguro Social, manutención del cónyuge o desempleo.			Ingreso Anual	Ingreso Mensual
Firma y Declaración				
Al firmar, declaro que estas declaraciones son verdaderas y correctas:				
<ul style="list-style-type: none"> • He leído y comprendo esta solicitud de Medi-Cal para Presumptive Eligibility for Pregnant People. • He recibido la solicitud para el programa de seguros a bajo costo. 		<ul style="list-style-type: none"> • Entiendo que para tener derecho a la continuidad de la cobertura debo completar y presentar la solicitud de Medi-Cal o la solicitud para el programa de seguros a bajo costo antes de que finalice mi período de Presumptive Eligibility. • La información que he puesto en este formulario es verdadera, correcta, y completa. 		
Firma			Fecha	
Firma del Testigo			Fecha	

Provider Use Only			
Did the patient self-attest to pregnancy?	Was a pregnancy test given today?	If a test was given, what was the result?	Expected date of delivery (mm/dd/yyyy)
Yes No	Yes No	Positive Negative	

Un individuo tiene el derecho de revisar archivos que tienen su información personal. El California Department of Health Care Services y Covered California es la entidad oficial responsable de conservar la información de esta solicitud. Esta información puede ser compartida con el County Department of Social Services en el condado en donde el individuo vive. La información médica será guardada con el proveedor de Presumptive Eligibility for Pregnant People y Covered