

Solicitud para Elegibilidad Presunta para Programa de Mujeres Embarazadas Si necesita ayuda para completar este formulario, por favor de avisarle a su proveedor.

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE			
Apellido	Nombre	Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento
Su número de Seguro Social (opcional)			
¿Vive en California? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿En que condado vive?	
Domicilio Particular (número y calle): (No. de apartamento)		Ciudad	Estado
Apartado Postal:		Ciudad	Código postal
Número de teléfono	Otro número de teléfono	Dirección de correo electrónico	
<input type="checkbox"/> Si se encuentra sin hogar, marque la casilla e indique el domicilio a dónde enviar cualquier correspondencia.		<input type="checkbox"/> Si es un participante de "Safe at Home" (seguro en Casa), marque la casilla y conteste las siguientes preguntas.	
¿Idioma preferido para comunicarse (si no es en español)?		1. ¿Cuál es su apartado postal (P. O. Box)?	
¿Idioma preferido para leer correspondencia (si no es en español)?		2. ¿Cuál es su identificador de Participante de "Safe At Home" (Seguro de Casa), si es que lo sabe?	
MEDI-CAL			
¿Tiene usted tarjeta de identificación de beneficios (BIC) ? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
¿Cuál es el número de tarjeta de identificación de beneficios?			
¿Ha recibido servicios de Elegibilidad Presunta durante su embarazo actual? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
INFORMACIÓN SOBRE MIEMBROS DE FAMILIA			
Favor de incluir todos los miembros de familia que viven en su hogar (incluya: cónyuge y cualquier hijo(a) menor de 21 años).			
Apellido	Nombre	Segundo Nombre	Parentesco con Usted
			Usted misma
No es necesario incluir los nombres de los bebés aún no nacidos			Si espera tener parto múltiple (más de un bebé), ¿cuántos bebés está esperando?
			cónyuge

			hijo(a)
			hijo(a)
Si necesita más espacio para contestar, por favor escriba en el reverso de este formulario o en una hoja de papel y marque esta casilla. <input type="checkbox"/>			Número total de miembros de familia.

INGRESO ANUAL O MENSUAL

Por favor incluya ingresos o dinero que usted y/o los miembros de familia mencionados en esta solicitud reciben a través de: empleos, propinas, comisiones, pensiones, Seguro Social, manutención de niños o apoyo conyugal, o beneficios por desempleo.	Ingreso Anual	Ingreso Mensual
	\$	\$

FIRMA Y DECLARACIÓN

Al firmar, declaro que la información que he proporcionado es verdadera, y correcta.

<ul style="list-style-type: none"> • He leído, y entiendo la solicitud de Elegibilidad Presunta para Programa de Mujeres Embarazadas de Medi-Cal. • He recibido la solicitud del Programa de Asequibilidad de Seguro. 	<ul style="list-style-type: none"> • Entiendo que debo completar y presentar la solicitud de Medi-Cal o solicitud de Asequibilidad de Seguro al finalizar mi periodo de elegibilidad presunta de embarazo para ser elegible para cobertura continua. • La información que proporcione es verdadera, correcta, y completa.
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Firma de solicitante	Fecha
Firma de testigo del solicitante	Fecha

PROVIDER USE ONLY

Did the patient self-attest to pregnancy? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Was a pregnancy test given today? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	If a test was given, what was the result? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Expected Date of Delivery?
-------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------

La persona tiene derecho a consultar los registros que contiene su información personal. La autoridad responsable de mantener la información contenida en esta solicitud es California Department of Health Care Services, MS 8100, P.O. Box 997413, Sacramento, CA 95899-7413. Esta información puede ser compartida con el County Departamento of Social Services en el condado en que reside la persona. La información médica de la persona será guardada por el proveedor de Presumptive Eligibility for Pregnant Women y Covered California.