



# Formulario para agregar una persona

Para agregar personas de su casa a Healthy Families

## Instrucciones

- Use este formulario para las personas de su casa que usted quiera agregar a Healthy Families. Copie este formulario para agregar más de 4 personas.
- Use este formulario para bebés por nacer a más tardar en 90 días. Envíe con este formulario una copia del certificado de embarazo que muestre la fecha estimada del parto. Después de nacido el bebé, envíe una copia del documento de nacimiento a Healthy Families a más tardar en 30 días. La cobertura del bebé comenzará 13 días después de que recibamos el documento.
- Debe **enviar una copia del acta de nacimiento** de cada persona con ciudadanía o nacionalidad estadounidense a **más tardar en 2 meses**. Debe enviar una **prueba de la situación migratoria** de las personas que no tengan ciudadanía o nacionalidad estadounidense a **más tardar en 2 meses**.

## ¿Preguntas?

Si tiene alguna pregunta llame a Healthy Families al:

**1-866-848-9166**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., los sábados de 8 a.m. a 5 p.m.

La llamada es gratuita.

Family Member Number



Personas para agregar ➔		Persona 1	Persona 2	Persona 3	Persona 4
Nombre ➔	Nombre				
	Segundo nombre				
	Apellido				
Apellido de nacimiento ➔ <i>(si es diferente al de arriba)</i>	Nombre				
	Segundo nombre				
	Apellido				
Dirección ➔ <i>(Si no es la misma del solicitante)</i>	Calle				
	Ciudad				
	Código postal				
Parentesco con el solicitante					
Sexo		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Fecha de nacimiento <i>(o fecha esperada)</i>					
Lugar de nacimiento Condado de California, otro estado u otro país)					

Hay más preguntas sobre estas personas en la página siguiente

**¿Preguntas? Llame al 1-866-848-9166**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. o los sábados de 8 a.m. a 5 p.m. La llamada es gratuita.



Personas para agregar, continuación ➔		Persona 1	Persona 2	Persona 3	Persona 4
<b>Etnicidad</b> ¿Cuál es el origen étnico (cultural) de cada persona?		<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Negro/Africano Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Asiático Americano <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Camboyano <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Indio asiático <input type="checkbox"/> Hawaiano <input type="checkbox"/> Guameño <input type="checkbox"/> Laosiano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Negro/Africano Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Asiático Americano <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Camboyano <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Indio asiático <input type="checkbox"/> Hawaiano <input type="checkbox"/> Guameño <input type="checkbox"/> Laosiano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Negro/Africano Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Asiático Americano <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Camboyano <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Indio asiático <input type="checkbox"/> Hawaiano <input type="checkbox"/> Guameño <input type="checkbox"/> Laosiano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Negro/Africano Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Asiático Americano <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Camboyano <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Indio asiático <input type="checkbox"/> Hawaiano <input type="checkbox"/> Guameño <input type="checkbox"/> Laosiano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Otro
¿Ciudadanía o nacionalidad estadounidense?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si no, escriba la fecha de entrada a EE.UU.					
Número de Seguro Social: <i>(No tiene que escribir esto)</i>					
Nombre de la madre ➔	Nombre				
<i>(requerido para los niños)</i>	Apellido				
¿La madre vive en el hogar?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre del padre ➔	Nombre				
	Apellido				
¿El padre vive en el hogar?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si la persona tiene ingresos ¿cuánto gana mensualmente?		\$	\$	\$	\$
<i>Vea en el folleto Familiares e ingresos para saber qué escribir.</i>					
¿De dónde?		¿De dónde?	¿De dónde?	¿De dónde?	¿De dónde?
¿Esta persona tiene Medi-Cal sin costo?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si así es, dé la fecha en que terminará la cobertura					

Hay preguntas sobre estas personas en la página siguiente.

**¿Preguntas? Llame al 1-866-848-9166, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. o los sábados de 8 a.m. a 5 p.m. La llamada es gratuita.**



**Personas para agregar, continuación ➔**

¿Esta persona tuvo seguro médico de algún patrón en los últimos 90 días?

Si así es, marque el motivo de cancelación del seguro.

Anote la fecha en que se canceló el seguro.

Persona 1	Persona 2	Persona 3	Persona 4
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> perdió o cambió de trabajo <input type="checkbox"/> cambió de dirección, no hay seguro <input type="checkbox"/> el patrón terminó los beneficios para todos los empleados <input type="checkbox"/> terminó la cobertura COBRA <input type="checkbox"/> alcanzó el máximo de la cobertura de beneficios <input type="checkbox"/> muerte, separación legal o divorcio <input type="checkbox"/> otro: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> perdió o cambió de trabajo <input type="checkbox"/> cambió de dirección, no hay seguro <input type="checkbox"/> el patrón terminó los beneficios para todos los empleados <input type="checkbox"/> terminó la cobertura COBRA <input type="checkbox"/> alcanzó el máximo de la cobertura de beneficios <input type="checkbox"/> muerte, separación legal o divorcio <input type="checkbox"/> otro: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> perdió o cambió de trabajo <input type="checkbox"/> cambió de dirección, no hay seguro <input type="checkbox"/> el patrón terminó los beneficios para todos los empleados <input type="checkbox"/> terminó la cobertura COBRA <input type="checkbox"/> alcanzó el máximo de la cobertura de beneficios <input type="checkbox"/> muerte, separación legal o divorcio <input type="checkbox"/> otro: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> perdió o cambió de trabajo <input type="checkbox"/> cambió de dirección, no hay seguro <input type="checkbox"/> el patrón terminó los beneficios para todos los empleados <input type="checkbox"/> terminó la cobertura COBRA <input type="checkbox"/> alcanzó el máximo de la cobertura de beneficios <input type="checkbox"/> muerte, separación legal o divorcio <input type="checkbox"/> otro: _____

**Adultos en la casa**

Nombre del adulto	Parentesco con el solicitante	Parentesco con los niños	Ingresos brutos (ingresos antes de descontar impuestos)	¿Qué tan seguido recibe dinero esta persona?
	Solicitante		\$ Envíe prueba de ingresos	<input type="checkbox"/> una vez a la semana <input type="checkbox"/> cada dos semanas <input type="checkbox"/> dos veces al mes <input type="checkbox"/> una vez al mes
			\$ Envíe prueba de ingresos	<input type="checkbox"/> una vez a la semana <input type="checkbox"/> cada dos semanas <input type="checkbox"/> dos veces al mes <input type="checkbox"/> una vez al mes

**¿Preguntas? Llame al 1-866-848-9166, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. o los sábados de 8 a.m. a 5 p.m. La llamada es gratuita.**



**Gastos**

Gastos de guardería infantil que paga mensualmente por <u>niños menores de 2 años</u> . La cantidad máxima permitida es \$200 por niño.	\$ Envíe prueba de gastos
Gastos de guardería infantil que paga mensualmente por <u>niños de 2 años y mayores</u> . La cantidad máxima permitida es \$175 por niño.	\$ Envíe prueba de gastos
Gastos de cuidado que paga mensualmente por un dependiente incapacitado. La cantidad máxima permitida es \$175 por niño.	\$ Envíe prueba de gastos
Pensión por alimentos que paga mensualmente por orden de un juez.	\$ Envíe prueba de gastos
Mantenimiento infantil que paga mensualmente por orden de un juez.	\$ Envíe prueba de gastos
Por cada padre que trabaje deduciremos (restaremos) hasta \$90 de gastos de trabajo.	
¿Está embarazada la solicitante o alguien más de su casa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si así es ¿quién? _____	

Yo, el solicitante, certifico que la información proporcionada es verdadera y correcta. Entiendo que agregar familiares puede significar un aumento en la prima (cuota) mensual.

**Firma del solicitante:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Permiso para enviar el formulario para agregar una persona a Medi-Cal:** Si esta persona/niño no reúne los requisitos para Healthy Families, solicito que este formulario sea enviado al condado y tratado como solicitud de Medi-Cal. Declaro bajo pena de perjurio que la información de este formulario es verdadera y correcta hasta lo mejor de mi creer y entender. Por favor dé los números del Seguro Social de todos los solicitantes de todo el conjunto de beneficios de Medi-Cal.

**Firma del solicitante:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Permiso para compartir información con la persona siguiente:**

Doy mi permiso para que Healthy Families Program y Medi-Cal Program den información por teléfono acerca de la situación de esta solicitud al Asistente de solicitudes certificado de la organización o Entidad de afiliación nombrada. Este permiso terminará en la fecha en que el programa envíe por correo los resultados de la determinación de requisitos de esta solicitud.

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**CAA#:** \_\_\_\_\_ **EE#:** \_\_\_\_\_

**Firma del solicitante:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

*¿Preguntas? Llame al 1-866-848-9166, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. o los sábados de 8 a.m. a 5 p.m. La llamada es gratuita.*