

## Formulario de inscripción para bebés de Healthy Families

Llene este formulario inmediatamente después del nacimiento de su bebé y envíelo por correo a Healthy Families. La cobertura de Healthy Families Program para su bebé no comenzará sino hasta que recibamos este formulario. Para obtener más información acerca de Healthy Families, incluyendo las opciones de servicios dentales y de cuidado de la vista, visite [www.healthyfamilies.ca.gov](http://www.healthyfamilies.ca.gov) o llame al 1-800-880-5305. Puede reunir los requisitos para Medi-Cal gratuito, si los ingresos de su familia han bajado.

Nombre de la afiliada: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento de la afiliada: \_\_/\_\_/\_\_

Family Member Number de AIM: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

### 1. Información del bebé:

¿Actualmente está el bebé afiliado a un seguro patrocinado por el patrón? \_\_\_No \_\_\_ Sí

Si sí, proporcione la fecha en que la cobertura del bebé entra en vigencia: \_\_/\_\_/\_\_ (mes/día/año)

**Nota: Si responde que sí, su bebé no es elegible para la afiliación en Healthy Families Program.**

¿Estuvo el bebé afiliado a un seguro patrocinado por el patrón en los últimos tres meses? \_\_\_No \_\_\_ Sí

Nombre del bebé \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Sexo: Masculino \_\_\_ Femenino \_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_/\_\_/\_\_ Peso al nacer: \_\_\_ libras \_\_\_ onzas

Proveedor personal *opcional*: \_\_\_\_\_

Selección de plan de atención dental (consulte el Manual de Healthy Families) *opcional*: \_\_\_\_\_

Plan de cuidado de la vista (consulte el Manual de Healthy Families) *opcional*: \_\_\_\_\_

Cambio de dirección/teléfono: \_\_\_\_\_

### 2. ¿Tiene hijos que estén o que hayan estado inscritos en Healthy Families Program? Si es así, por favor anote los nombres y Family Member Numbers más abajo:

Nombre: \_\_\_\_\_ Family Member Number: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Family Member Number: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Family Member Number: \_\_\_\_\_

Nota: Si actualmente tiene otros niños afiliados a Healthy Families, su bebé será afiliado en los mismos planes de atención dental y de la vista que sus otros niños. Al tercer mes de haber nacido, su bebé será transferido al mismo plan de salud que sus otros niños.

### Declaro que cada una de las personas que estoy inscribiendo:

- Es residente de California.
- No reúne los requisitos para Medicare Parte A y parte B.

### Además, declare que:

- Todas las personas de este formulario cumplirán con las reglas de participación, el proceso de revisión de utilización y el proceso de resolución de disputas de los planes participantes en los que las personas estén afiliadas.
- He leído y entiendo el Manual de Healthy Families. Entiendo lo que dice acerca de cada plan de seguro médico, atención dental y de cuidado de la vista y los beneficios que ofrecen.
- Doy permiso para que Healthy Families compruebe mis ingresos familiares, cobertura médica, situación migratoria de las personas que estoy inscribiendo y todos los demás datos de esta solicitud.
- Acepto avisar al programa a más tardar 30 días después de todo cambio de dirección de cualquier persona afiliada en el programa y cualquier cambio en la dirección de facturación de la solicitante.
- Entiendo que si mi embarazo termina después de mi fecha efectiva de cobertura, seré dada de baja 60 días después de que termine mi embarazo. AIM no cubrirá cualquier servicio médico que yo reciba después de los 60 días de cuando mi embarazo terminó. Entiendo que de cualquier modo tendré que pagar cualquier pago pendiente a AIM, aún si elijo pagar la contribución de afiliada durante el periodo de 12 meses.

**Certifico** que he leído y entendido la información anterior. **También certifico** que la información que he dado en este formulario es verdadera y correcta.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Envíe este formulario lleno a: Healthy Families Program, P.O. Box 138005, Sacramento, CA 95813-8005