

Solicitud de Take Charge para los Servicios de Planificación Familiar

Take Charge Application for Family Planning Benefits

Envíe la solicitud completa por fax al 1-866-841-2267

Si ya tiene un seguro médico que cubre servicios de planificación familiar, usted no es elegible para Take Charge, **A MENOS que sea** (marque si es así):

Niño de 18 años o menos, cubierto por el seguro de salud de sus padres y no quiere que su padre sepa que está buscando los servicios de planificación familiar.

Víctima de violencia doméstica y cubierto bajo el seguro de salud del autor.

Si marcó uno de los bloques de arriba, ¿Cuál es el nombre de su seguro? Medicare Tricare

Servicios de Salud para indígenas Seguro de cuidado a largo plazo Otros seguros de salud: _____

NOMBRE DEL PROVEEDOR

NÚMERO DE TELÉFONO DEL PROVEEDOR

1. PRIMER NOMBRE

INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE

APELLIDO

2. DIRECCIÓN DONDE VIVE

CALLE

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

3. DIRECCIÓN DE CORREO POSTAL (Si es diferente a lo mencionado)

CALLE

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

4. NÚMERO(S) TELEFÓNICO(S)

NUMERO DE CASA, NÚMERO DE CELULAR, NÚMERO PREFERIDO

NÚMERO DE TRABAJO, NÚMERO PARA MENSAJES

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO

5. ¿Tiene problemas para hablar, leer o escribir en inglés? Sí No

¿Necesita un intérprete?
 Sí No

¿Qué idioma habla?

Información general

SEXO

Masculino Femenino

INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE

¿Tiene la intención de utilizar un método anticonceptivo para evitar embarazos no deseados? Sí No

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

¿CIUDADANO DE LOS EE.UU. O DE SUS COLONIAS?
 Sí No

Si no es ciudadano de los EE.UU. o de sus colonias, ¿se encuentra legalmente en el país? (Proporcione una copia de los documentos de inmigración) Sí No

6. Para determinar la elegibilidad para participar en este programa, necesitamos saber el tamaño de su familia (cónyuge y/o hijos dependientes que vivan con usted). Incluido usted, ¿cuál es el tamaño de su familia?

7. Si está casado y vive con su cónyuge, escriba el nombre del cónyuge y su Número de Seguro Social (SSN):
(primer nombre, segundo nombre, apellido): _____ SSN _____

Raza/antecedentes étnicos

8. Le solicitamos que nos informe voluntariamente sobre su raza o antecedentes étnicos. Esta información no será tomada en cuenta al considerar su elegibilidad para servicios.

Caucásico Negro o afroamericano Vietnamita/laosiano/camboyanos Otro asiático o isleño del Pacífico

Hispano Indio americano o nativo de Alaska; nombre de la tribu: _____

Otro: _____

Representante Autorizado opcional (AREP)

(Un AREP es alguien que tiene su permiso para hablar con el departamento sobre sus beneficios, y/o recibir el correo de Take Charge por usted). Para designar a un AREP, complete la siguiente información.

NOMBRE / ORGANIZACIÓN

NÚMERO DE TELÉFONO

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO

CALLE

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

Enviar mi correo de Take Charge a mi dirección.

Enviar mi correo de Take Charge a la dirección del AREP



13781

NOMBRE DEL CLIENTE	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
--------------------	-------------------------

Ingreso

¿Ha renunciado o perdido el trabajo en los últimos 90 días? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Último día trabajado		¿Su cónyuge ha renunciado o perdido el trabajo en los últimos 90 días? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Último día trabajado	
Su ingreso por empleo/empleo independiente		El ingreso de su cónyuge por empleo/empleo independiente	
NOMBRE DEL EMPLEADOR	NÚMERO DE TELÉFONO	NOMBRE DEL EMPLEADOR	NÚMERO DE TELÉFONO
Ingreso bruto antes de impuestos o gastos: \$ <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual Horas trabajadas cada semana:		Ingreso bruto antes de impuestos o gastos: \$ <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual Horas trabajadas cada semana:	
OTROS INGRESOS	MONTO	¿CON QUÉ FRECUENCIA OBTIENE ESTE INGRESO?	¿QUÉ PARIENTE OBTIENE ESTE INGRESO?
9. Manutención para niños o pensión alimenticia			
10. Pagos del Seguro Social			
11. Servicios de desempleo			
12. Servicios de veteranos/pensiones militares			
13 Trabajo e industrias			
14. Ingresos por inversiones			
15. Otros ingresos (Ejemplos: apoyo de los padres, préstamos estudiantiles):			

Gastos

16. ¿Paga por cuidados para niños o cuidado para adultos dependientes mientras trabaja?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si la respuesta es afirmativa, monto
17. ¿Paga manutención para niños para un niño que no vive en su hogar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Lea atentamente antes de firmar

Entiendo que:

- HCA podría pedirme que compruebe que la información brindada. HCA puede ayudarme a conseguir la prueba o contactarse con otras agencias o personas por esto.
- Mi información podría ser revisada por otras agencias estatales o federales. Esta información NO será compartida con los Servicios de Inmigración y Aduana de los Estados Unidos (USCIS)
- Al solicitar y obtener beneficios del cuidado de la salud, yo otorgo al Estado de Washington todos los derechos de asistencia médica y a todo pago de terceros por servicios del cuidado de la salud.
- Entiendo que esta solicitud es para servicios de planificación familiar para prevenir solamente el embarazo. Si mi familia necesita otros servicios médicos, ayuda financiera o cupones para alimentos, debemos solicitarlos a través de la Oficina de Servicios Comunitarios de DSHS.

Declaración y firma

He leído y comprendido la información en esta solicitud. Declaro, bajo pena de perjurio, que la información que he dado en esta solicitud es, a mi mejor entender, veraz, correcta y completa.

FIRMA DEL SOLICITANTE	FECHA
-----------------------	-------