



LISTA DE VERIFICACIONES PARA COVERED CALIFORNIA Y MEDI-CAL

IMPORTANTE: Se invita a las personas sin documentos migratorios a que soliciten un seguro médico para sus hijos o dependientes que sean ciudadanos estadounidenses. Toda la información será CONFIDENCIAL, no afectará su estatus migratorio o su solicitud de ciudadanía y no será compartida con agencias de inmigración.

Traiga la siguiente información a su cita:

1. Cuantos miembros de la familia viven en el hogar.
2. Identificación para cada miembro de la familia que solicita el seguro médico (por ejemplo; licencia o tarjeta de identificación, acta de nacimiento, identificación escolar, documentos de inmigración (como la mica o un certificado de naturalización, etc.)
3. Números de Seguro Social para los miembros de la familia que solicitan seguro médico.

IMPORTANTE: No se requiere su número de seguro social si solo está solicitando el seguro para su familia.

4. Los dos últimos talones de pago, la declaración de impuestos federales del año pasado, o algún otro comprobante de ingresos de cada miembro de la familia que solicita el seguro.
5. Información sobre el seguro médico actual o anterior de los miembros de la familia; tales como Medi-Cal, Medicare o un seguro privado.

También tendrá que crear un nombre único y una contraseña para establecer una cuenta:

6. Nombre único (mínimo de 8 caracteres. Por ejemplo: johnsmith12, marialopez07, etc.)

7. Contraseña (mínimo de 8 caracteres –que incluya letras y números, sin símbolos especiales)

8. Cifra de cuatro dígitos que utilizara para acceder a su cuenta: _____

Favor de traer la información de la parte delantera y trasera de esta forma a su cita:

Citas al 619-600-3000

Persona #1 Díganos del adulto que será el contacto principal.			
Nombre y Sufijos completo (<i>ejemplos: Sr., Jr., III, IV</i>)			
Si usted tiene in número de Seguro Social, Cual es? (Usted no necesita para aplicar)			
Género:		<input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Nunca Casado/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Pareja Domestica Registrada <input type="checkbox"/> Viudo/a	
Fecha de Nacimiento (<i>Mes/Día/Año</i>):		¿Estás embarazada? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿Cuántos bebés se esperan? ____ ¿Cuál es la fecha probable de parto? _____	
Domicilio particular (Incluir Apartamento #)			
Ciudad	Estado	Código Postal	Condado
<input type="checkbox"/> Marque aquí si usted no tiene un domicilio particular. Usted debe darnos una dirección postal a continuación			
<input type="checkbox"/> Marque aquí si su dirección postal es la misma que la dirección de su casa. Si no es lo mismo, Usted debe de facilitarnos su dirección de Correo:			
Dirección Postal o P.O. box (<i>Si es diferente a la dirección de casa</i>)			
Ciudad	Estado	Código Postal	County
Mejor número de teléfono para comunicarse con usted:		Otro número de teléfono:	
¿Cómo le gustaría obtener información acerca de esta aplicación?			
<input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Correo Electrónico Dirección De Correo Electrónico: _____			

Persona #2

Nombre y Sufijos completo (<i>ejemplos: Sr., Jr., III, IV</i>)	Parentesco con usted (esposa, esposo, hija, etc.)
Género:	Fecha de Nacimiento (<i>Mes/Día/Año</i>):
Numero de Seguro Social:	¿Estás embarazada? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿Cuántos bebés se esperan? ____ ¿Cuál es la fecha probable de parto? _____

Persona #3

Nombre y Sufijos completo (<i>ejemplos: Sr., Jr., III, IV</i>)	Relación con usted (esposa, esposo, hija, etc.)
Género:	Fecha de Nacimiento (<i>Mes/Día/Año</i>):
Numero de Seguro Social:	¿Estás embarazada? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿Cuántos bebés se esperan? ____ ¿Cuál es la fecha probable de parto? _____