



Solicitud

Utilice pluma con tinta negra o azul para completar la solicitud

Sección A: Cuéntenos acerca de la persona que llena esta solicitud			
1	Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre ² Edad
3	Número de Seguro Social (opcional)		
4	Dirección postal		N.º de apartamento
	Ciudad	Código postal	5 Correo electrónico
6	Dirección de los padres (si es diferente)		N.º de apartamento
	Ciudad		Código postal
	Teléfono casa ()	Teléfono trabajo ()	Teléfono celular ()
7	¿Qué idioma prefiere leer el solicitante? <input type="checkbox"/> inglés <input type="checkbox"/> chino <input type="checkbox"/> español <input type="checkbox"/> otro		
8	¿Qué idioma prefiere hablar el solicitante? <input type="checkbox"/> inglés <input type="checkbox"/> chino <input type="checkbox"/> español <input type="checkbox"/> otro		

Sección B: Cuéntenos acerca del(los) niño(s) que solicita(n) cobertura				
	Niño(a) 1 (o nonato)	Niño(a) 2	Niño(a) 3	Niño(a) 4
9	Apellido			
	Nombre			
	Inicial del segundo nombre			
10	Relación o parentesco con el solicitante en la Sección A			
11	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
12	Fecha de nacimiento mes / día / año	mes / día / año	mes / día / año	mes / día / año
13	Apellido de la madre			
	Primer nombre de la madre			
14	¿Vive la madre 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

Sección B: continuación

	Niño(a) 1 (o nonato)	Niño(a) 2	Niño(a) 3	Niño(a) 4	
15 Apellido del padre					
Primer nombre del padre					
16 ¿Vive el padre en el hogar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
17 Código de etnia (opcional) Encierre uno con un círculo	1 Blanco 5B Nativo de Alaska J Japonés R Guamanó	2 Hispano 7 Filipino K Coreano T Laosiano	3 Afroamericano A Asiático americano M Samoano V Vietnamita	4 Asiático C Chino N Indígena asiático Z Otro	5A Indígena nativo americano H Camboyano P Hawaiano
18 Número de Seguro Social (opcional)					
19 Condición migratoria (marque una)	<input type="checkbox"/> Ciudadano, nacionalidad estadounidense <input type="checkbox"/> Residente legal <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Ciudadano, nacionalidad estadounidense <input type="checkbox"/> Residente legal <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Ciudadano, nacionalidad estadounidense <input type="checkbox"/> Residente legal <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Ciudadano, nacionalidad estadounidense <input type="checkbox"/> Residente legal <input type="checkbox"/> Otro	
20 Fecha de entrada	mes / día / año				
¿El niño o la niña tiene actualmente cobertura por un seguro patrocinado por el empleador?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				

Sección C: Ingreso familiar

21 Nombre de la persona con ingresos	22 Número de Seguro Social (opcional)	23 Fuente de ingresos	24 ¿Cuánto de ingreso bruto?	25 ¿Con qué frecuencia se recibe?
1.			\$	<input type="checkbox"/> una vez a la semana <input type="checkbox"/> cada dos semanas <input type="checkbox"/> una vez al mes <input type="checkbox"/> dos veces al mes
2.			\$	<input type="checkbox"/> una vez a la semana <input type="checkbox"/> cada dos semanas <input type="checkbox"/> una vez al mes <input type="checkbox"/> dos veces al mes
3.			\$	<input type="checkbox"/> una vez a la semana <input type="checkbox"/> cada dos semanas <input type="checkbox"/> una vez al mes <input type="checkbox"/> dos veces al mes
4.			\$	<input type="checkbox"/> una vez a la semana <input type="checkbox"/> cada dos semanas <input type="checkbox"/> una vez al mes <input type="checkbox"/> dos veces al mes

Sección D: Deducciones

26 Cuidado infantil o atención a dependientes (anote el nombre del niño o de la niña)	27 Edad del niño o de la niña	28 Monto mensual pagado
1.		
2.		
3.		
4.		

Sección E: Tamaño de la familia

Determinar el tamaño de la familia Los miembros de la familia que viven en el hogar y que no solicitan Healthy Kids o familiares en la declaración de los impuestos del contribuyente. Agregue los miembros adicionales al dorso de este formulario.

29	Miembro de la familia 1	Miembro de la familia 2	Miembro de la familia 3
Apellido			
Primer nombre			
Inicial del segundo nombre			
30 Fecha de nacimiento	mes / día / año	mes / día / año	mes / día / año
31 Relación o parentesco con el solicitante en la Sección A			
32 Número de Seguro Social (opcional)			

¿Hay alguien embarazada? Sí No Si la respuesta es "Sí", ¿cuál es el nombre?

33 ¿Hay alguien embarazada en el hogar? Fecha de parto: mes / día / año

Sección F: Elección de médico o clínica

34 Nombre del niño(a)	35 Nombre del médico/clínica	36 Código del médico/clínica
1.		
2.		
3.		
4.		

Sección G: Prima

37 Healthy Kids tiene dos categorías de pago de prima.

Categoría de prima	Costo anual por niño(a)	¿Su familia tienen dificultades financieras y solicita ayuda en las primas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "Sí", complete el Formulario de Ayuda en las Primas e inclúyalo con esta solicitud.
A	\$48	
B	\$117	
C	\$189	

Las tarifas de las primas se basan en su ingreso familiar. Si se determina que cumple con los requisitos, recibirá una factura con el monto de la prima del programa Healthy Kids. Las facturas deben pagarse a más tardar en la fecha de vencimiento para evitar la cancelación de la inscripción en el programa.

Lo siguiente se deberá incluir con la solicitud:

- Solicitud firmada
- Constancia de ingresos (si hubiese)
- Declaración de la renta más reciente (si aplica)
- Constancia de residencia en San Francisco
- Constancia de edad
- Constancia de estatus estudiantil (si aplica)
- Formulario de Ayuda en las Primas (si aplica)
- Constancia de ciudadanía (por ejemplo, certificado de nacimiento, pasaporte, etc.)

Declaraciones de Healthy Kids

Declaro que el solicitante para quien estoy completando esta solicitud:

- Es menor de 19 años.
- Reside en el condado de San Francisco.
- No es elegible para el alcance completo de Medi-Cal.
- No es un estudiante de tiempo completo que viaja a una escuela ubicada fuera de cualquiera de los nueve condados en el Área de la Bahía de SF.

Cada persona enumerada en esta solicitud deberá cumplir con las normas de participación, proceso de utilización y el proceso de resolución de disputa del programa Healthy Kids.

- Acepto pagar la prima anual. Si no pago la prima, presentaré una solicitud de ayuda en las primas mediante el Fondo de Ayuda en Primas de Healthy Kids, o entiendo que a mi(s) hijo(s) se les retirará del programa.
- Otorgo autorización a San Francisco Health Plan/Healthy Kids de revisar todos los hechos incluidos en esta solicitud, incluidos el ingreso, empleo y la historia de cobertura médica.
- Acepto avisar a San Francisco Health Plan y al programa Healthy Kids en un plazo de 30 días sobre cualquier cambio de residencia y/o dirección de facturación de cualquier persona que sea aceptada en el programa Healthy Kids.

Notificación de Privacidad

Las leyes federales y estatales obligan a San Francisco Health Plan a proporcionar el siguiente aviso a las personas a quienes San Francisco Health Plan solicite proporcionar información:

- La información personal y médica solicitada es solo para fines de identificación del miembro y administración del programa. La información de los miembros puede compartirse con agencias locales que participan en la administración de programas de salud.
- La información acerca de las personas que no se vuelven miembros será utilizada únicamente para fines de determinación de elegibilidad y administración del programa. No proporcionar esta información podría resultar en la devolución de la solicitud como incompleta.
- La siguiente información en la solicitud NO es obligatoria:
 - a. Número de Seguro Social
 - b. Información étnica
 - c. Elementos marcados como "voluntario" u "opcional"
- Una persona tiene derecho de acceder a los registros que incluyan su información personal que mantiene San Francisco Health Plan.
- Si se inscribe al programa Healthy Kids, su información médica se podría compartir con su médico u otras personas que provean o se encarguen de los servicios de atención médica para usted, con fines de pago, tratamiento u operaciones del plan de salud. San Francisco Health Plan pone a su disposición su política en cuanto a la forma en que se divulga su información médica. Comuníquese con el Plan para obtener información adicional.

Resolución de Disputas

Si se inscribe en Healthy Kids, usted está de acuerdo con que algunos reclamos (que podrían incluir reclamos por mala práctica médica) sean decididos a través de un arbitraje vinculante neutral, por lo tanto cede su derecho a un jurado o juicio ante un tribunal. La Evidencia de Cobertura de Healthy Kids contiene información acerca de los requisitos de arbitraje. Puede llamar a San Francisco Health Plan para obtener información adicional.

Elegibilidad

A discreción del programa Healthy Kids se determinará la elegibilidad de la persona para Healthy Kids dentro de un período razonable después de haber recibido una solicitud debidamente completada y toda la documentación necesaria. La inscripción entra en vigencia cuando el programa Healthy Kids le notifique su fecha de inicio de cobertura. Las personas que se determine que califican para Medi-Cal no calificarán para Healthy Kids.

Información de la Prima

La membresía en Healthy Kids se basa en la disponibilidad de fondos públicos y privados de la ciudad y el condado de San Francisco, la Comisión de Niños y Familias de San Francisco y otras fuentes. Además, el programa Healthy Kids tiene derecho de incrementar las primas del programa. Para obtener información adicional, consulte la sección "Inscripción, fecha de inicio de cobertura y responsabilidad financiera del miembro" de su Evidencia de Cobertura de Healthy Kids.

Firma y certificación

Certifico que he leído y comprendido la información anterior. También certifico que la información que he proporcionado en este formulario es verdadera y correcta

38

Firma

39

Fecha

Información del asistente del solicitante

45

Firma del AA

HKAA#

EE#

Nombre en letra de molde del AA

Número de teléfono del AA ()

Enviar la formulario lleno a
San Francisco Health Plan Service Center
Attn: Healthy Kids Enrollment
P.O. Box 194247
San Francisco, CA 94119-4327

www.sfhealthykids.org
Para obtener ayuda, llame al 1(415) 777-9992

Healthy Kids está administrado por San Francisco Health Plan