



FORMULARIO INFORMATIVO PARA COBERTURA DE SALUD

Información del cliente/familia:

Primer Nombre: _____ Inicial: _____ Apellido: _____
Domicilio: _____ Ciudad: _____ Código: _____
Teléfono: _____ Idioma: _____

1. ¿Por cuantos niños esta aplicando? # de niños: _____ Edades de los niños: _____
2. ¿Ha aplicado al programa de Medi-Cal? Si No Si respondió "Si", cuando? _____
3. ¿Actualmente sus hijos tienen cobertura de médica? Si No

Si respondió "Si", favor de circular el tipo de aseguranza y el numero de niños actualmente cubiertos:

- Healthy Families _____ Aseguranza Privada _____ Cobertura Patrocinada por Empleador _____
(Comprada) (a través del trabajo)
- Medi-Cal Sin Costo _____ Medi-Cal Con Costo _____ Medi-Cal de Emergencia _____
(Servicios de emergencia solamente)

Plan de Salud: _____
(Si niños adicionales están aplicando para Medi-Cal o Healthy Families)

3. ¿Hay alguien embarazada en casa? : Si No
4. Numero de padres en casa: _____
5. Ingresos Mensuales de la familia (antes de impuestos): \$ _____

Notas:

Proporcionando esta información usted da permiso a ser contactado por un Ayudante Certificado de Cover the Kids.

Firma de Padre o guardián: _____ Fecha: _____

INFORMACIÓN DE REFERENCIA

Organización: _____

Nombre de Contacto: _____ # de teléfono: _____

TO REFER FAMILY: FAX FORM TO **916-808-7276**,
Email to: CGayle@cityofsacramento.org or call **916-808-3838**.
(Spanish)