



Información de Seguro Medico

NUMERO DE CASO California Children's Services (CCS): EQUIPO:

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Nombre: Fecha de Nacimiento
Apellido Nombre Inicial

I. SEGURO PRIVADO/PATROCINADO POR EL EMPLEADOR Si No (Si no, proceda al número II)

Nombre del Seguro Teléfono de la Compañía de Seguro

Nombre del Titular de la Póliza SS# del Titular de la Póliza

Empleador del Titular de la Póliza Numero de Póliza

Numero de Grupo Fecha efectiva de la Póliza

¿Cubre la Condición de CCS? Si No

Si recién nacido, fecha efectiva de cobertura

Tipo de Cobertura: PPO/IPA HMO EPO OTRA:

DEBE ADJUNTAR UNA COPIA DE LOS DOS LADOS DE SU TARJETA DE SEGURO

II. INFORMACIÓN DE MEDI-CAL

¿El cliente tiene Medi-Cal? Si No Número de Medi-Cal:

Si no, ha solicitado Medi-Cal? Si No Si respondió sí, seleccione uno:

No se ha determinado Elegibilidad de Medi-cal negada (proveer una copia de la Notificación de Acción)

Yo certifico que esta información está completa y correcta a lo mejor de mi conocimiento. He leído la Declaración del Acta de Practicas de Información que está detrás de este formulario.

Solicitante, Padre, o Guardián Legal Fecha

La información en este formulario es requerida por los Servicios para los Niños de California (CCS) del condado y el estado como parte de su solicitud para asistencia, ya que CCS no puede pagar por la porción de gastos que son un beneficio de los recursos de su seguro. La información es mantenida en conformidad con la sección 123800, y siguientes, del Código de Salud y Seguridad de California. Usted es requerido a proporcionar la información en este formulario. Si usted no proporciona esta información, la elegibilidad para los servicios pueden ser negados. Cualquier información que usted proporcione puede ser usada por las oficinas de CCS del condado y estado, el Departamento de Servicios de Cuidados de Salud de California, y proveedores de servicios. Usted tiene el derecho de revisar los registros relacionados con usted mantenidos por CCS. Si usted gusta revisar estos registros, contacte a la persona responsable de los registros de su oficina de CCS del condado. Después de revisar sus registros usted puede pedir por escrito que sean corregidos o enmendados para hacerlos precisos, pertinentes y completos.

Apelaciones pueden ser dirigidas a: Ken Adams, Program Manager at San Bernardino County California Children's Services - 150 E Holt Blvd, 3rd Floor, Ontario, CA 91761, 909-458-1616.