

# INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO MÉDICO

DCSS 0054 (27/04/2005)

Condado: Teléfono: Número de Caso de LCSA:

Progenitor no custodio:

Nombre completo (nombre, segundo nombre, apellido, sufijo)	Soy el <input type="checkbox"/> Progenitor con custodia <input type="checkbox"/> Progenitor no custodio <input type="checkbox"/> Empleador
Dirección (física)	Ciudad, Estado Código postal
Teléfono	Número de Seguro Social
Empleador (Nombre, calle, ciudad, estado, código postal, teléfono)	

**INSTRUCCIONES: Rellene la SECCIÓN I si el progenitor no custodia o el empleador proporcionan o tienen disponible un seguro médico. La SECCIÓN II corresponde al seguro del otro progenitor. Los empleadores deben rellenar solo las Secciones I y III. Firme y feche el formulario relleno.**

## SECCIÓN I: SU SEGURO MÉDICO

### SEGURO MÉDICO

¿Cuenta actualmente con un Seguro Médico?  Sí  No En caso afirmativo, rellene lo siguiente.

Compañía de seguros médicos o sindicato (indique el número de local del sindicato)	Proporcionado por: <input type="checkbox"/> Progenitor con custodia <input type="checkbox"/> Progenitor no custodio <input type="checkbox"/> Empleador <input type="checkbox"/> Otro: Relación:
Dirección de la compañía de seguros: Calle, No. apartamento o No. unidad ( <i>dirección a la que se envían las reclamaciones</i> )	Número de Tlf. ( <i>incluya el prefijo</i> )
Ciudad, Estado Código postal	Número de póliza
Cantidad de la prima \$	Marque uno: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bisemanal <input type="checkbox"/> Semi-Mensual
Cantidad que paga usted \$	Marque uno: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bisemanal <input type="checkbox"/> Semi-Mensual
Cantidad que paga el empleador \$	Marque uno: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bisemanal <input type="checkbox"/> Semi-Mensual
Cantidad de la deducción aplicada a la parte del empleado del Seguro Médico \$	Cantidad de la deducción aplicada a la parte del dependiente del Seguro Médico \$ <span style="float: right;">Costo de añadir un hijo adicional \$</span>

### Dependiente(s) actualmente cubierto(s) por el seguro médico

Nombre (Primer, Segundo, Apellido)	Número de Seguridad Social	Sexo	Fecha de Nacimiento	Número de póliza(s)	Fecha de inicio	Fecha de finalización
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

- Marque esta casilla si los nombres y números de póliza de los dependientes adicionales cubiertos por su Seguro Médico figuran en una hoja aparte. Adjunte la hoja.
- No disponible para dependientes

La póliza cubre lo siguiente (Marque todas los que correspondan)

- Visitas al médico     Complemento de Medicare     Enfermedad específica     Medicamentos con receta
- Cuidados de larga duración     Estancias hospitalarias     Hospitalización ambulatoria     Otro (especifique):  
(p. ej., análisis de laboratorio, fisioterapia)

### SEGURO DENTAL

¿Tiene actualmente cobertura de seguro dental?     Sí     No    En caso afirmativo, rellene lo siguiente.

Compañía de seguros dentales

Dirección de la compañía de seguros dentales: Calle, No. apartamento o No. unidad (dirección a la que se envían las reclamaciones)

Ciudad, Estado Código postal			Número de póliza		
Cantidad de la prima \$	Marque uno: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bisemanal <input type="checkbox"/> Semi-Mensual				
Cantidad que paga usted \$	Marque uno: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bisemanal <input type="checkbox"/> Semi-Mensual				
Cantidad que paga el empleador \$	Marque uno: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bisemanal <input type="checkbox"/> Semi-Mensual				
Cantidad de la deducción aplicada a la parte del empleado del Seguro Médico \$	Cantidad de la deducción aplicada a la parte del dependiente del Seguro Médico \$	Costo de añadir un hijo adicional \$			

### Dependiente(s) cubierto(s) por el seguro dental

Nombre (Primer, Segundo, Apellido)	Número de Seguridad Social	Sexo	Fecha de Nacimiento	Número de póliza(s)	Fecha de inicio	Fecha de finalización
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

- Marque esta casilla si los nombres y números de póliza de los dependientes adicionales cubiertos por su Seguro Médico Dental figuran en una hoja aparte. Adjunte la hoja.  
 No disponible para dependientes

### SEGURO DE VISIÓN:

¿Tiene actualmente cobertura de seguro Visión?     Sí     No    En caso afirmativo, rellene lo siguiente.

Compañía de seguros visión

Dirección de la compañía de seguros visión: Calle, No. apartamento o No. unidad (dirección a la que se envían las reclamaciones)

Ciudad, Estado Código postal			Número de póliza		
Cantidad de la prima \$	Marque uno: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bisemanal <input type="checkbox"/> Semi-Mensual				
Cantidad que paga usted \$	Marque uno: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bisemanal <input type="checkbox"/> Semi-Mensual				
Cantidad que paga el empleador \$	Marque uno: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bisemanal <input type="checkbox"/> Semi-Mensual				
Cantidad de la deducción aplicada a la parte del empleado del Seguro Médico \$	Cantidad de la deducción aplicada a la parte del dependiente del Seguro Médico \$	Costo de añadir un hijo adicional \$			

### Dependiente(s) cubierto(s) por el seguro visión

Nombre (Primer, Segundo, Apellido)	Número de Seguridad Social	Sexo	Fecha de Nacimiento	Número de póliza(s)	Fecha de inicio	Fecha de finalización
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

- Marque esta casilla si los nombres y números de póliza de los dependientes adicionales cubiertos por su Seguro Médico de visión figuran en una hoja aparte. Adjunte la hoja.  
 No disponible para dependientes

---

## SECCIÓN II: SEGURO DEL OTRO PROGENITOR

---

### SEGURO MÉDICO:

¿El otro progenitor actualmente proporciona cobertura de seguro médico a los hijos o a usted?  Sí  No  
En caso afirmativo, rellene lo siguiente.

Compañía de seguro médico

Dirección de la compañía de seguro médico: Calle, No. apartamento o No. unidad (*dirección a la que se envían las reclamaciones*)

Ciudad, Estado Código postal

### SEGURO DENTAL:

¿El otro progenitor actualmente proporciona cobertura de seguro dental a los hijos o a usted?  Sí  No  
En caso afirmativo, rellene lo siguiente.

Compañía de seguros dentales

Dirección de la compañía de seguros dentales: Calle, No. apartamento o No. unidad (*dirección a la que se envían las reclamaciones*)

Ciudad, Estado Código postal

### SEGURO DE VISIÓN:

¿El otro progenitor actualmente proporciona cobertura de seguro visión los hijos o a usted?  Sí  No  
En caso afirmativo, rellene lo siguiente.

Compañía de seguros visión

Dirección de la compañía de seguros visión: Calle, No. apartamento o No. unidad (*dirección a la que se envían las reclamaciones*)

Ciudad, Estado Código postal

## SECCIÓN III: (DEBE COMPLETARSE)

---

- Adjunté la(s) tarjeta(s)/información sobre la cobertura de los hijos.
- En este momento no tengo las tarjetas de seguro/información sobre la cobertura para hijo(s). Le enviaré la información cuando la reciba de la compañía de seguros.
- En este momento no hay cobertura de seguro médico disponible. Entiendo que, en caso de que esté disponible, tendré que añadir a mis hijos al plan y notificar la cobertura al organismo local de manutención de menores. La cobertura no está disponible porque:
- No se ofrece  Temporero  A tiempo parcial  Afiliación rechazada  Costo no razonable  Período de prueba/fecha elegible

---

## DECLARACIÓN DE PRIVACIDAD

La Ley de Prácticas de Información de 1997 (Código Civil, artículo 1798.17) y la Ley Federal de Privacidad de 1974 (Ley Pública 93-579) exigen que se facilite este aviso cuando se recojan datos personales de particulares. El Departamento de Servicios de Manutención de Menores (DCSS) utiliza la información solicitada en este formulario, incluido el número de la Seguridad Social, con fines de identificación y comunicación con usted. El DCSS está obligado, en virtud del artículo 466 (a)(13) de la Ley de la Seguridad Social, a recabar el número de la Seguridad Social de toda persona que sea objeto de una sentencia de divorcio, una orden de manutención o una determinación o reconocimiento de paternidad.

La información sobre el número de la Seguridad Social es obligatoria y se mantendrá archivada en el organismo local de manutención de menores para localizar e identificar a personas y bienes con el fin de establecer, modificar y hacer cumplir las obligaciones de manutención de menores. La afiliación de un hijo en un Seguro Médico puede requerir la comunicación del número de la Seguridad Social y la dirección postal del hijo al empleador del otro progenitor o la comunicación del número de la Seguridad Social del hijo al otro progenitor.

La información de su caso puede ser discutida o facilitada al Estado, a otros organismos que puedan recibir legalmente dicha información y al otro progenitor o a su abogado en la medida en que lo exija la ley.

---

FIRMA

---

FECHA

---

NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA

---

TELÉFONO (incluya el prefijo)

---

CARGO