

Equipo de Asistencia de Acceso a la Salud (HAAT) - Programa de Cuidado Médico para Niños (MCCP)

Date Received: _____

Dirección Actual: _____ Marque lo que corresponda: refugio sin hogar vivienda pública otro: _____
{Número, calle, y número de apartamento}

_____ Teléfono: _____ Indique la mejor hora para llamar: AM PM Anytime
{Ciudad, Estado y Código Postal} *Casa* *Celular*

¿Habla usted inglés? Si No Si su respuesta es no, por favor escribir su idioma: _____ *Correo electrónico:* _____

Por favor, escriba *su nombre* primero en la lista. Luego escriba el de su esposa(o)/pareja e hijos **que viven en su dirección actual**. Continúe en otro papel de ser necesario.

<i>Nombre</i>	<i>Relación</i>	<i>Fecha de Nacimiento</i>	<i>¿Qué escuela atiende este niño(a)?</i>	<i>Género</i>	<i>Número de Seguro Social</i>	<i>Ciudadanía/ Estatus Migratorio</i>	<i>Embarazada</i>
	<i>Aplicante</i>			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Ciudadano <input type="checkbox"/> Residente Permanente <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
			Nombre de la Escuela:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Ciudadano <input type="checkbox"/> Residente Permanente <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
			Nombre de la Escuela:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Ciudadano <input type="checkbox"/> Residente Permanente <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
			Nombre de la Escuela:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Ciudadano <input type="checkbox"/> Residente Permanente <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Está algún miembro de su familia arriba mencionado en el país con un permiso temporal o VISA? Sí No Si su respuesta es sí, escriba el/los nombre/s: _____

Es alguno de ustedes elegible o miembro del seguro de salud conocido como Medicaid? Sí N

Si su respuesta es sí, por favor escriba debajo el nombre de la persona/s y del seguro Nombre/s: _____ Seguro: _____

¿Ha hecho usted y/o su pareja la declaración de impuestos del año pasado? Si No Si marcó "Si," escriba el nombre/s: _____

Por favor indique cualquier dinero recibido por algún miembro de la familia, mayor de 18 años. Incluya dinero por trabajo, empleo por su cuenta, negocio propio, jornalero, manutención de niños, y beneficios de discapacidad, retiro, o desempleo, etc. (Se considera trabajo actividades tales como cuidado de niños, aseo de casas y venta de comida, etc.)

¿Quién recibe este dinero?	Cantidad antes de las deducciones	Fuente de Ingreso (nombre de la compañía/empleador, desempleo, empleo por su cuenta, manutención de niños, etc.)	Frecuencia (diaria, semanal, cada dos semanas, dos veces al mes, mensual)
_____	\$ _____	_____	_____
_____	\$ _____	_____	_____

Entiendo que para recibir servicios de Cuidado Médico para Niños, mis niños no deben ser elegibles para ningún otro programa de seguros médicos como ser Medicaid, deben ser residentes del Condado de Fairfax y que el ingreso familiar no debe sobrepasar el límites de ingreso. Yo entiendo y estoy de acuerdo en

reportar cambios de dirección, ingreso, aumento o disminución de los familiares, o cobertura médica a la oficina de matrículas dentro de los **DIEZ (10)** días del cambio. Yo autorizo al Departamento de Servicios de Familia a obtener cualquier verificación necesaria para revisar y establecer mi elegibilidad para asistencia médica incluyendo información de agencias estatales y federales. Firmando este documento yo certifico que he leído la información arriba indicada y estoy de acuerdo con todas las condiciones y términos. También estoy asegurando que toda la información dada en esta solicitud por mí es verdadera y correcta de acuerdo a mi conocimiento y entendimiento.

Yo autorizo (nombre) _____ y/o (organización) _____ al teléfono _____ celular _____ a contestar cualquier pregunta acerca de la información indicada en esta aplicación o a recibir cualquier información sobre el estado de la inscripción de mis niños.

Firma: _____ Fecha: _____

Por favor use esta página para anotar miembros adicionales de su familia.

<i>Nombre</i>	<i>Relación</i>	<i>Fecha de Nacimiento</i>	<i>¿Qué escuela atiende este niño(a)?</i>	<i>Género</i>	<i>Número de Seguro Social</i>	<i>Ciudadanía/ Estatus Migratorio</i>	<i>Embarazada</i>
			Nombre de la Escuela:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Ciudadano <input type="checkbox"/> Residente Permanente <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
			Nombre de la Escuela:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Ciudadano <input type="checkbox"/> Residente Permanente <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
			Nombre de la Escuela:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Ciudadano <input type="checkbox"/> Residente Permanente <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
			Nombre de la Escuela:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Ciudadano <input type="checkbox"/> Residente Permanente <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
			Nombre de la Escuela:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Ciudadano <input type="checkbox"/> Residente Permanente <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
			Nombre de la Escuela:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Ciudadano <input type="checkbox"/> Residente Permanente <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
			Nombre de la Escuela:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Ciudadano <input type="checkbox"/> Residente Permanente <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
			Nombre de la Escuela:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Ciudadano <input type="checkbox"/> Residente Permanente <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
			Nombre de la Escuela:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Ciudadano <input type="checkbox"/> Residente Permanente <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No