

Katie Hobbs  
Governor



Michael Wisehart  
Director

RE: y  
Núm. de AZCARES:

### Confirmación de Cobertura de Salud

La División de Servicios de Sustento para Menores (DCSS, por sus siglas en inglés) está autorizada por las Regulaciones Federales (45 C.F.R. §§ 303.30 y 303.31) y A.R.S. § 25-534, para garantizar que se proporcione cobertura de seguro médico para su(s) hijo(s). Le enviamos este aviso para obtener información de usted para actualizar nuestros registros médicos.

Por favor confirme que su(s) hijo(s) tiene(n) cobertura proporcionando la información solicitada en el formulario adjunto. Complete la mayor cantidad de información posible, firme con fecha este formulario y devuélvalo a la dirección indicada arriba, dentro de diez (10) días hábiles. Si una respuesta no es recibida y usted es el partido ordenado a brindar cobertura médica, emitiremos un aviso Nacional de Asistencia Médica a su empleador actual. Este aviso le indicará al empleador que inscriba a su(s) hijo(s) en un plan de salud disponible.

Si usted no es el partido ordenado, puede solicitar una revisión administrativa. La solicitud debe ser por escrito, firmada por el partido solicitante e incluir la dirección residencial y postal del solicitante. La solicitud también debe indicar la base de la disputa y debe incluir cualquier información relevante que ayude a DCSS, incluyendo una copia de la orden judicial más reciente emitida.

Si usted tiene alguna pregunta sobre este aviso, puede comunicarse con el servicio al cliente de DCSS al (602) 252-4045 (dentro de Condado de Maricopa), o gratis a nivel nacional al 1-800-882-4151, ó Servicios de TTY/TDD: 7-1-1. También puede ponerse en contacto con nosotros por correo electrónico en el sitio web de DCSS en [www.azdes.gov/dcss](http://www.azdes.gov/dcss)

Programa y Empleador con Igualdad de Oportunidades • Servicios y ayudantes auxiliares para personas con discapacidades están disponibles a petición • Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, comuníquese con la División de Servicios de Sustento para Menores al 602-252-4045; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1 • Available in English online or at the local office.

Núm. de caso AZCARES:

**Información Sobre Seguros De Salud**

Nombre De La Compañía De Seguros		Teléfono	Número De Fax
Dirección De La Compañía De Seguros (Núm., Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)			
Política/Número De Miembro.	Núm de Grupo	Cobertura: Desde:	Hasta:
¿Qué Servicios Cubre Esta Póliza? (Marque todas las opciones que correspondan)			
<input type="checkbox"/> Salud <input type="checkbox"/> Odontología <input type="checkbox"/> Visión <input type="checkbox"/> Todos			

**Niño(s) Cubierto(s) Por Seguro Médico**

Nombre del Niño (Apellido, Nombre, Inicial del Segundo Nombre)	Cumpleaños	Sexo	Núm. de Seguro Social del Niño	Núm. de Censo Tribal
Nombre del Niño (Apellido, Nombre, Inicial del Segundo Nombre)	Cumpleaños	Sexo	Núm. de Seguro Social del Niño	Núm. de Censo Tribal
Nombre del Niño (Apellido, Nombre, Inicial del Segundo Nombre)	Cumpleaños	Sexo	Núm. de Seguro Social del Niño	Núm. de Censo Tribal
Nombre del Niño (Apellido, Nombre, Inicial del Segundo Nombre)	Cumpleaños	Sexo	Núm. de Seguro Social del Niño	Núm. de Censo Tribal
Nombre del Niño (Apellido, Nombre, Inicial del Segundo Nombre)	Cumpleaños	Sexo	Núm. de Seguro Social del Niño	Núm. de Censo Tribal
Nombre del Niño (Apellido, Nombre, Inicial del Segundo Nombre)	Cumpleaños	Sexo	Núm. de Seguro Social del Niño	Núm. de Censo Tribal
¿La Póliza la Proporciona AHCCCS? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿La Póliza se Proporciona a Través del Empleador? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
	Nombre del Empleador:			
	Dirección del Empleador:			
Fecha	Firma			