

Katie Hobbs
Governor



Michael Wisehart
Director

RE: _____ y
AZCARES No.: _____

Confirmación de Cobertura de Salud

La División de Servicios de Sustento para Menores (DCSS, por sus siglas en inglés) debe asegurarse de que se brinde cobertura de seguro médico a su(s) hijo(s). Le enviamos esta carta para obtener información sobre la cobertura de seguro médico de su(s) hijo(s) en orden para actualizar nuestros registros.

Por favor, verifique que su(s) hijo(s) tenga(n) cobertura de seguro médico completando el formulario adjunto. Por favor, complete la mayor cantidad de información posible sobre la cobertura de seguro médico. **Debe** firmar con fecha y devolver el formulario adjunto a DCSS dentro de los 10 días a partir de la fecha de esta carta.

Si no responde y usted es la persona a quien el tribunal ha ordenado que proporcione la cobertura de seguro médico y no asegura a su(s) hijo(s), se enviará un aviso a su empleador para indicarle que inscriba a sus hijos en un plan de seguro médico disponible.

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/dcass.

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, llame al 602-542-4248; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1 • Available in English online or at the local office.



Información sobre Seguros Médicos

RE: _____ y _____

AZ CARES Número de Caso: _____

Tienen sus hijos cobertura de seguro médico? Sí No

Nombre de la Compañía de Seguros: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Nombre del Titular de la Póliza: _____

Número de Póliza/Miembro: _____ Número de Grupo: _____

Plazos de cobertura: Desde: _____ Hasta: _____

Qué servicios cubre esta Póliza? (Marque todas las opciones que correspondan):

Salud Dental Visión Todos

Niños Cubiertos por este Seguro Médico

1. Nombre del Niño (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____

Número del Censo Tribal: _____

1. Nombre del Niño (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____

Número del Censo Tribal: _____

1. Nombre del Niño (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____

Número del Censo Tribal: _____

1. Nombre del Niño (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____

Número del Censo Tribal: _____

1. Nombre del Niño (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____

Número del Censo Tribal: _____

1. Nombre del Niño (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____

Número del Censo Tribal: _____

Esta Política la proporciona AHCCCS? (marque una) Sí No

Esta Póliza se proporciona a través del empleador? (marque una) Sí No

(Si es así, ingrese el nombre y la dirección del empleador)

Nombre del Empleador: _____

Dirección del Empleador: _____

Número de teléfono del Empleador: _____

Fecha: _____ Su Firma: _____

Nombre en Letra de Imprenta: _____

