

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) 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 porque, según su orden judicial, se le ordena proporcionar cobertura médica para su(s) hijo(s).

Para ayudarnos a mantener actualizados nuestros registros de cobertura médica, por favor confirme con nosotros que su(s) hijo(s) tienen cobertura proporcionando la información solicitada en la segunda página. Complete la mayor cantidad de información posible, firme con fecha este formulario y devuélvalo a la dirección indicada anteriormente, dentro de 10 días hábiles. Si una respuesta no es recibida, emitiremos un aviso de asistencia médica nacional 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/dcscs](http://www.azdes.gov/dcscs).

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 De Salud

Nombre De La Compañía De Seguros \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Número De Fax \_\_\_\_\_

Dirección De La Compañía De Seguros (No., Calle, Ciudad, Estado, Código Postal) \_\_\_\_\_

Política/Número De Miembro \_\_\_\_\_ Grupo No. \_\_\_\_\_

Cobertura: Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_

Qué Servicios Cubre Esta Póliza? (Marque todas las opciones que correspondan):

Salud      Odontología      Visión      Todos

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

Nombre del Niño (Apellido, Nombre, Inicial del Segundo Nombre) \_\_\_\_\_

Cumpleaños: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_      Sexo \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social del Niño \_\_\_\_\_      Censo Tribal No. \_\_\_\_\_

Nombre del Niño (Apellido, Nombre, Inicial del Segundo Nombre) \_\_\_\_\_

Cumpleaños: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_      Sexo \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social del Niño \_\_\_\_\_      Censo Tribal No. \_\_\_\_\_

Nombre del Niño (Apellido, Nombre, Inicial del Segundo Nombre) \_\_\_\_\_

Cumpleaños: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_      Sexo \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social del Niño \_\_\_\_\_      Censo Tribal No. \_\_\_\_\_

Nombre del Niño (Apellido, Nombre, Inicial del Segundo Nombre) \_\_\_\_\_

Cumpleaños: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_      Sexo \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social del Niño \_\_\_\_\_      Censo Tribal No. \_\_\_\_\_

Nombre del Niño (Apellido, Nombre, Inicial del Segundo Nombre) \_\_\_\_\_

Cumpleaños: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_      Sexo \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social del Niño \_\_\_\_\_      Censo Tribal No. \_\_\_\_\_

Nombre del Niño (Apellido, Nombre, Inicial del Segundo Nombre) \_\_\_\_\_

Cumpleaños: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_      Sexo \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social del Niño \_\_\_\_\_      Censo Tribal No. \_\_\_\_\_

¿La Póliza la Proporciona AHCCCS?      Sí      No

¿La Póliza se Proporciona a Través del Empleador?      Sí      No

Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_

Dirección del Empleador: \_\_\_\_\_

Fecha : \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

