

Solicitud para el Programa de pago de seguro médico privado de Texas (HIPP por sus siglas en inglés)

PONTE HIPP

Complete en letra de molde y solamente con tinta negra o azul.

Paso 1. Díganos acerca de la persona de su familia que puede obtener seguro médico a través de su trabajo (u otro lugar).		
Nombre	Apellido	
Número de identificación de Medicaid (si esta persona tiene Medicaid)	Número de seguro social ____-____-____	Fecha de nacimiento ____/____/____
Dirección	Ciudad	Estado Código postal
Dirección de correo electrónico	El mejor número de teléfono para llamarlo	

Paso 2. Díganos acerca de los beneficios de seguro médico o COBRA que la persona del paso 1 puede obtener. (COBRA es un tipo de seguro médico que puede obtener si deja un trabajo donde tenía seguro médico privado.)		
Nombre de la compañía de seguro médico privado	Dirección de la compañía de seguros	
Identificación de póliza	Número de grupo	Fecha en que comenzó la póliza ____/____/____ (Sólo necesitamos esta información si ya tiene seguro médico.)
Costo del seguro cada mes	¿Está el seguro médico bajo la ley COBRA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Paso 3. Díganos acerca de su empleador o algún otro lugar que le ofrezca seguro médico o COBRA.		
Nombre de la compañía o del empleador	Teléfono	
Dirección	Ciudad	Estado Código postal

Paso 4. Díganos el número de caso de Medicaid de su familia. (Este número se encuentra en su tarjeta de identificación de Medicaid.)	
Número de caso de Medicaid de su familia	

Paso 5. Mencione los miembros de su familia que reciben beneficios de Medicaid.		
1. Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento ____/____/____
Número de identificación de Medicaid	¿Está esta persona embarazada? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si la respuesta es sí, ¿cuál es la fecha del parto? ____/____/____	
2. Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento ____/____/____
Número de identificación de Medicaid	¿Está esta persona embarazada? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si la respuesta es sí, ¿cuál es la fecha del parto? ____/____/____	
3. Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento ____/____/____
Número de identificación de Medicaid	¿Está esta persona embarazada? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si la respuesta es sí, ¿cuál es la fecha del parto? ____/____/____	
4. Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento ____/____/____
Número de identificación de Medicaid	¿Está esta persona embarazada? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si la respuesta es sí, ¿cuál es la fecha del parto? ____/____/____	

Paso 6. Envíenos las formas.	
Envíenos esta forma completamente llena. También necesitaremos el resumen de beneficios de su empleador y la hoja de tarifas . Si ya tiene seguro médico, envíenos copia de su tarjeta de seguro .	Envíelas por fax para servicio rápido al 1-866-409-1188. ○ Envíelas por correo a la dirección escrita debajo.