

## Centro de Recursos de Beneficios de Salud Formulario de evaluación de la solicitud

### Información del solicitante

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_  M  F  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
Teléfono de casa): \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Estado civil  Soltero  Casado legalmente  Legalmente separado  Divorciado  Viudo

¿Trabaja actualmente?  Sí  No Tipo de Trabajo: \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia le pagan?  Semanal  Quincenal  Mensual

Cantidad de pago: \_\_\_\_\_ Tipo de pago:  Efectivo  Nómina

Fecha del último cheque recibido: \_\_\_\_\_ ¿Continuará el empleo?  Sí  No

¿Tiene algún otro ingreso?  SSI  Jubilación  Discapacidad  Otro \_\_\_\_\_

¿Cuánto recibe? \_\_\_\_\_

Si no tiene ingresos, ¿cuándo fue su último empleo? \_\_\_\_\_

¿Alguien le apoya económicamente?  Sí  No

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Su estatus legal:  Ninguno  Ciudadano  Residente permanente  Ciudadano naturalizado  Permiso de trabajo  Visa de estudiante

Fecha de ingreso a Estados Unidos: \_\_\_\_\_ ¿Presenta impuestos?  Sí  No

Planea presentar impuestos este año:  Sí  No

Estado de declaración de impuestos: \_\_\_\_\_ Última declaración: \_\_\_\_\_

Declaración con ITN:  Sí  No

### Información del cónyuge

Nombre del cónyuge/pareja: \_\_\_\_\_  M  F

Lugar de nacimiento del Cónyuge/pareja \_\_\_\_\_ Está empleado el cónyuge/pareja:  Sí  No

Tipo de trabajo \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia le pagan?  Semanal  Quincenal  Mensual

Cantidad de pago: \_\_\_\_\_

Tipo de pago:  Efectivo  Nómina Fecha del último cheque recibido: \_\_\_\_\_

¿Continuará el empleo?  Sí  No ¿Algún otro ingreso?  SSI  Jubilación  Discapacidad  Otro \_\_\_\_\_

¿Cuánto recibe? \_\_\_\_\_ Si no tiene ingresos, ¿cuándo fue su último empleo? \_\_\_\_\_

¿Alguien le apoya económicamente?  Sí  No Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Estatus legal del cónyuge/pareja:  Ninguno  Ciudadano  Residente permanente  Ciudadano naturalizado  Permiso de trabajo  Visa de estudiante \_\_\_\_\_ ¿Presenta impuestos su cónyuge/pareja?  Sí  No

Planea presentar impuestos este año:  Sí  No Estado de la declaración de impuestos: \_\_\_\_\_

Última declaración: \_\_\_\_\_ Declaración con ITN:  Sí  No

¿Algún hijo menor de 21 años que viva en casa?  Sí  No ¿Tienen Medi-Cal?  Sí  No

Nombre(s): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

¿Son dependientes fiscales?  Sí  No

### Si es mayor de 65 años

¿Tiene Medicare?  Sí  No Identificador de Beneficiario de Medicare (MBI): \_\_\_\_\_

Si la respuesta es No, ¿ha presentado una solicitud o planea presentar una solicitud?  Sí  No

¿Tiene alguna propiedad?  Sí  No Tipo de propiedad: \_\_\_\_\_

¿Cuentas bancarias?  Sí  No De qué tipo:  Cheques  Ahorros  Negocios

Cantidad en cada cuenta: \_\_\_\_\_

¿Tiene Medicare su cónyuge/pareja?  Sí  No Identificador de Beneficiario de Medicare (MBI): \_\_\_\_\_

Si la respuesta es No, ¿ha presentado una solicitud o planea presentar una solicitud?  Sí  No

¿Tiene alguna propiedad?  Sí  No De qué tipo: \_\_\_\_\_

¿Cuentas bancarias?  Sí  No De qué tipo:  Cheques  Ahorros  Negocios

Cantidad en cada cuenta: \_\_\_\_\_

### Si no tiene casa

¿Desde cuando? \_\_\_\_\_ En qué condado: \_\_\_\_\_

### Preguntas adicionales

¿Algún Servicio Militar?  Sí  No

¿Ha estado hospitalizado en los últimos 3 meses?  Sí  No Mes Retro Necesario: \_\_\_\_\_

¿Va a la escuela?  Sí  No

¿Alguna discapacidad?  Sí  No De qué tipo: \_\_\_\_\_

¿Estaba en cuidado de crianza?  Sí  No

¿Usted o alguien en su familia está embarazada?  Sí  No

¿Quién? \_\_\_\_\_ Fecha de parto prevista: \_\_\_\_\_

¿Está interesado en Covered California?  Sí  No

**Guarde y envíe su solicitud completa por correo electrónico  
al Centro de recursos de beneficios de salud**

[sfmc-hbrcenrollment@primehealthcare.com](mailto:sfmc-hbrcenrollment@primehealthcare.com)

Al recibir su solicitud, uno de nuestros especialistas en inscripción de beneficios de salud se comunicará con usted dentro de los próximos 7 días.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda con su solicitud, comuníquese con nosotros al (310) 900-7444.

¡Gracias!