

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

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!