



DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES DE MISSOURI  
 DIVISIÓN DE APOYO A LA FAMILIA  
**SOLICITUD DE INFORMACIÓN**

<b>DE</b>	OFICINA DEL CONDADO	NÚMERO DE TELÉFONO	FECHA
	DIRECCIÓN DE LA OFICINA DEL CONDADO (CALLE, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL)		
<b>PARA</b>	NOMBRE	RESPONSABLE DE LA UNIDAD DE ELEGIBILIDAD	
	DIRECCIÓN (CALLE)	DCN	
	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

PROGRAMA  
 MO HealthNet Show-Me Babies

Los elementos u objetivos listados a continuación deben entregarse o cumplirse, respectivamente, en esta oficina para determinar si usted reúne los requisitos para recibir asistencia. Todo lo que se menciona a continuación aplica a usted y todos los miembros incluidos en su unidad de elegibilidad. **Si no proporciona la información solicitada podría afectar la decisión que se tome sobre su caso.**

**Para evitar demoras en el trámite de su caso, entregue los elementos y/o cumpla con los objetivos que se mencionan a continuación, a más tardar en la fecha ▶**

FECHA

COMPROBANTES DE LO QUE SE INDICA A CONTINUACIÓN

**Se requiere información sobre seguros para determinar si usted tiene posibilidades de ingresar al programa Show-Me Healthy Babies, en caso de que se le niegue el derecho de ingresar al programa MO HealthNet for Pregnant Women (MPW).**

**Consulte la sección "OTROS" en la parte inferior para conocer más información.**

¿CUENTA CON UN SEGURO FINANCIADO POR SU EMPLEADOR?

SÍ  NO

SI SU RESPUESTA ES "NO", ¿EXISTE UNO DISPONIBLE PARA USTED?

SÍ  NO

SI SU RESPUESTA ES "SÍ", ¿CUÁL ES SU COSTO MENSUAL?

\$ (escriba el costo mensual).

¿INCLUYE COBERTURA DE MATERNIDAD (ATENCIÓN PRENATAL, TRABAJO DE PARTO Y ALUMBRAMIENTO Y POSPARTO)?

SÍ  NO

¿CUENTA CON ALGÚN OTRO SEGURO, COMO SEGURO PRIVADO, O SEGURO A TRAVÉS DE UNA UNIVERSIDAD, COMO ESTUDIANTE DE TIEMPO COMPLETO?

SÍ  NO

SI SU RESPUESTA ES "SÍ", ¿QUÉ MONTO DEBE PAGAR AL MES?

\$

SI CUENTA CON UN SEGURO PRIVADO O UN SEGURO A TRAVÉS DE UN PLAN UNIVERSITARIO, ¿SU SEGURO OFRECE COBERTURA DE MATERNIDAD DE ACUERDO A LO DEFINIDO ANTERIORMENTE?

SÍ  NO

**OTROS**

**\*Su solicitud de MPW debe ser negada por razones específicas para tener la posibilidad de ingresar al programa Show-Me Healthy Babies mediante evaluación. Debemos evaluar su asegurabilidad para el programa Show-Me Healthy Babies. Las respuestas de las preguntas anteriores puede proporcionarlas de manera verbal o por escrito, al teléfono o el fax que se muestran a continuación, respectivamente. Si no responde las preguntas anteriores, su solicitud para ingresar al programa Show-Me Healthy Babies será rechazada por negarse a cooperar, una vez que venza el plazo en la fecha mencionada anteriormente. Este documento sirve para solicitarle la información necesaria, así como formulario para responder a las preguntas requeridas.**

**Si usted es aceptada en el programa MPW, puede ignorar esta solicitud.**

**La capacidad de pago del seguro será determinada por póliza de CHIP.**

**IMPORTANTE IMPORTANTE IMPORTANTE IMPORTANTE IMPORTANTE IMPORTANTE IMPORTANTE**

**Si tiene preguntas o le es imposible cubrir a tiempo alguno de los requisitos indicados anteriormente, contacte de inmediato a su trabajador.**

ESPECIALISTA EN ELEGIBILIDAD	LOAD	TELÉFONO	FAX
------------------------------	------	----------	-----