



AHORA USTED PUEDE DARSE EL LUJO DE LA TRANQUILIDAD

Post Office Box 2583
Atlanta, GA 30301-2583
877 GA PEACH (427-3224)
Fax 866-259-3404
www.peachcare.org

SEGURO DE SALUD DE SU EMPLEADOR

NUMERO DE CUENTA FAMILIAR: _____

Usted debe completar este formulario si está enviando talonarios de pago, para verificación de ingresos, que muestran que su familia recibe algún beneficio de salud de su empleador. Así es como usted puede completar este formulario:

- Escriba su Número de Cuenta Familiar en la parte de arriba de estas dos páginas.
- Proporcione la información de usted y todas las personas en su familia. Indique si cada persona tiene seguro de salud privado actualmente y si él o ella lo tenían en el pasado
- Envíenos ambas páginas.

PeachCare for Kids® a veces puede pagar cuentas que su otro seguro de salud no cubre. Tener un seguro que solo cubra dentista o visión no impide la inscripción en el programa de PeachCare for Kids.

Para que este formulario se considere completo, usted debe completar todas las áreas requeridas y firmar y fechar la certificación. Debemos recibir este formulario dentro de 14 días para que su niño pueda obtener beneficios de salud.

1. ¿Alguien por quien usted esté aplicando tiene **otro seguro de salud actualmente**? Sí No

Si usted respondió "Sí", usted debe completar las preguntas desde la 2 hasta la 10 y firmar y fechar la certificación. Si usted respondió "no", solo tiene que firmar y fechar la certificación.

2. Si usted respondió "Sí", nombre la Compañía de Seguro/Asegurador: _____

3. Liste quién está cubierto y los servicios para los que esté cubierto:

NIÑO # 1: Primer Nombre: _____ Apellido: _____

Médicos Mayores Dental Medicamentos (prescripciones) Visión COBRA

Cuidado a Largo Plazo/Ancianato Medicare Otros _____

NIÑO # 2: Primer Nombre: _____ Apellido: _____

Médicos Mayores Dental Medicamentos (prescripciones) Visión COBRA

Cuidado a Largo Plazo/Ancianato Medicare Otros _____

NIÑO # 3: Primer Nombre: _____ Apellido: _____

Médicos Mayores Dental Medicamentos (prescripciones) Visión COBRA

Cuidado a Largo Plazo/Ancianato Medicare Otros _____

4. ¿Quién tiene esta póliza?

Primer Nombre: _____ Apellido: _____



AHORA USTED PUEDE DARSE EL LUJO DE LA TRANQUILIDAD

Post Office Box 2583
Atlanta, GA 30301-2583
1-877 GA PEACH (427-3224)
Fax 1-866-259-3404
www.peachcare.org

SEGURO DE SALUD DE SU EMPLEADOR - Continuación

NUMERO DE CUENTA FAMILIAR: _____

5. Número de Póliza: _____

6. Número de Grupo: _____

7. ¿Cuándo comenzó el seguro? ____/____/____

8. ¿Cuándo terminará este seguro? ____/____/____
(Déjelo en blanco si el seguro no está terminando)

9. ¿Terminará este seguro porque la persona asegurada en la póliza perdió el empleo? Sí No

a. Si su respuesta es "No", por favor explique otro motivo de la pérdida de su cobertura:

b. Si su motivo es porque "era demasiado caro", por favor díganos cuál era el costo mensual:

\$ _____.

10. Si usted respondió "Sí" a la pregunta 9, por favor díganos quien perderá la cobertura:

Primer Nombre: _____ Apellido: _____

Primer Nombre: _____ Apellido: _____

Primer Nombre: _____ Apellido: _____

¿Cómo puedo proporcionar esta información?

Por fax: 866-259-3404

O por Internet: En www.peachcare.org
Desde "Mi cuenta" elija "**Suministrar Documentos**" al lado izquierdo de la pantalla.

O por correo: PeachCare for Kids
PO Box 2583
Atlanta, GA 30301-2583

Certificación

Por favor firme y escriba la fecha de certificación abajo.

Yo certifico que la información que he proporcionado es verdadera y correcta.

Firma

_____/_____/_____
Fecha

¿Qué pasa si tengo preguntas?

Podemos contestar sus preguntas. Llámenos al 877 GA PEACH (427-3224). La llamada es gratis.