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

FORMULARIO DE EMBARAZO
NUMERO DE CUENTA FAMILIAR: _____

Si alguien en su hogar está embarazada esta persona puede calificar para beneficios de Medicaid. Para solicitar Medicaid, por favor complete este formulario.

Usted necesita:

- Completar la sección de Mujer Embarazada.
- Asegúrese de que un trabajador del servicio médico o doctor complete la sección del Doctor.
- Envíe este formulario por fax o correo.

SECCION DE MUJER EMBARAZADA – Para ser completado por la mujer embarazada:

Nombre: _____ Número de Teléfono: (_____)_____-_____

¿Ciudadano de los Estados Unidos? ☐ Si ☐ No Número de Seguro Social: _____-_____-_____

¿Tiene Seguro? ☐ Si ☐ No Nombre de Compañía de Seguro: _____

Nombre de Póliza: _____ Número de Póliza: _____

Yo entiendo que esta es una solicitud para Medicaid para mi y mi(s) niño(s) no nacidos. Yo cerifico que he proporcionado información verdadera y exacta.

_____ _____/_____/_____
Firma de la Mujer Embarazada Fecha

SECCION DEL DOCTOR – Para ser completado por su doctor:

Certificación de Embarazo

Yo certifico que la mujer mencionada arriba tiene aproximadamente _____ semanas de embarazo con _____ niño(s) no nacidos. La fecha prevista de parto es _____/_____/_____.

_____ _____
Nombre de Proveedor Firma

_____ (_____)_____-_____ _____/_____/_____
Dirección Número de Teléfono Fecha

¿Dónde envío este formulario?

Por fax: 1-866-259-3404

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

¿Que pasa si tengo preguntas?

Nosotros podemos responder sus preguntas. Llame al 1-877 GA PEACH (427-3224). La llamada es gratis.