

## SOLICITUD DE REGISTRO PARA WISCONSIN MEDICAID, BADGERCARE PLUS Y FAMILY PLANNING ONLY SERVICES

### WISCONSIN MEDICAID, BADGERCARE PLUS, AND FAMILY PLANNING ONLY SERVICES REGISTRATION APPLICATION

Complete y envíe este formulario para establecer la fecha de presentación de su solicitud para Wisconsin Medicaid, BadgerCare Plus o Family Planning Only Services. La fecha de presentación de la solicitud ayuda a determinar cuándo puede comenzar a recibir beneficios si se decide que usted cumple con las reglas del programa. Ciertas personas pueden obtener beneficios hasta tres meses antes del mes en que presentan la solicitud. Esto se llama cobertura retroactiva. Puede solicitar una cobertura retroactiva en la solicitud completa.

Después de enviar este formulario, debe completar una solicitud completa para ver si cumple con las reglas del programa y puede obtener beneficios. Puede hacer esto solicitando en línea en [access.wi.gov](https://access.wi.gov), completando un paquete de solicitud en papel, o llamando o yendo en persona a su agencia local. Para obtener la información de contacto de su agencia, vaya a [www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/imagency/index.htm](https://www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/imagency/index.htm) o llame a servicios para miembros al 1-800-362-3002.

Se tomará una decisión sobre si puede o no obtener beneficios dentro de los 30 días posteriores a la recepción de este formulario por parte de su agencia.

Si tiene un tutor legal, conservador o apoderado, esa persona puede completar y enviar este formulario en su nombre. Esa persona también deberá presentar documentos sobre su nombramiento junto con este formulario.

También puede hacer que un representante autorizado complete y envíe este formulario en su nombre. Para nombrar a un representante autorizado, complete y envíe el [Appoint, Change, or Remove an Authorized Representative: Person form, F-10126A](#), o el [Appoint, Change, or Remove an Authorized Representative: Organization form, F-10126B](#), junto con este formulario.

La información de identificación personal proporcionada en este formulario solo se utilizará para la administración directa de Wisconsin Medicaid, BadgerCare Plus y Family Planning Only Services. Proporcionar o solicitar un número de Seguro Social es voluntario; Sin embargo, si quiere recibir beneficios, debe proporcionar o solicitar uno. Su número de Seguro Social se utilizará para recopilar información de otras agencias gubernamentales, como Social Security Administration y el Wisconsin Department of Workforce Development. También se usará para ver si usted tiene otro seguro de salud.

Si necesita ayuda para completar este formulario o necesita el formulario en un idioma o formato diferente, comuníquese con su agencia.

Si desea obtener más información sobre Medicaid de Wisconsin, BadgerCare Plus y Family Planning Only Services, incluidos sus derechos y deberes, consulte el [ForwardHealth Enrollment and Benefits Handbook, P-00079](#). Se le enviará el manual después de que envíe este formulario.

### INSTRUCCIONES PARA PRESENTAR EL FORMULARIO

Si vive en el **condado de Milwaukee**, haga uno de los siguientes:

- Envíe el formulario por fax al 1-888-409-1979.
- Envíe el formulario por correo a:  
MDPU  
6055 N. 64th St.  
Milwaukee, WI 53218

Si **no** vive en el **condado de Milwaukee**, haga uno de los siguientes:

- Envíe el formulario por fax al 1-855-293-1822.
- Envíe el formulario por correo a:  
CDPU  
P.O. Box 5234  
Janesville, WI 53547

Nombre – Solicitante (Apellido, Nombre, Inicial)

Número de Seguro Social

Fecha de nacimiento

Sexo

Masculino

Femenino

Número de teléfono (incluya el código de área)

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal



**FIRMA** – Solicitante o Representante

Fecha de la firma