

INFORMACIÓN DEL SEGURO MEDICO DE BADGERCARE PLUS / MEDICAID

BADGERCARE PLUS / MEDICAID HEALTH INSURANCE INFORMATION

1. No escriba en las áreas sombreadas (para uso de la oficina solamente).
2. El asegurado debe completar este formulario. Responda a TODAS las preguntas. Escriba "NO APLICA" si la pregunta no aplica a usted.
3. El asegurado debe indicar todas las personas en la Sección A que están solicitando o recibiendo asistencia, y que están cubiertas bajo otro seguro medico, aún si el asegurado vive o no en esta casa.
4. Los asegurados que estén completando este formulario que no viven con niños a cargo inscritos deben indicar en la Sección A todos los niños a cargo que reciben *Medicaid* o *BadgerCare Plus*.
5. Utilice un formulario aparte para cada asegurado / póliza. Pida formularios adicionales.
6. Una vez que el formulario esté completo envíelo a su agencia local del condado o tribal.

Proporcionar o solicitar un Número de Seguro Social (*Social Security Number - SSN*) es voluntario. Sin embargo, cualquier persona que desee recibir los beneficios del *Medicaid* de Wisconsin pero que no proporcione un SSN o solicite uno no será elegible para recibir beneficios. Los SSNs y la información personal identificable se usarán sólo para la administración directa de los programas de *Medicaid* y *BadgerCare Plus*.

FOR OFFICE USE ONLY

Casehead Name		Case Number
TPL Transaction – Information Being <input type="checkbox"/> Added <input type="checkbox"/> Changed or Ended <input type="checkbox"/> Deleted		Agency Code Worker Code

SECCIÓN A – Miembro

Número de Identificación de <i>BadgerCare Plus</i> o <i>Medicaid</i>	Nombre (Apellido, Nombre, Inicial) Indique todas las personas que están solicitando <i>Medicaid</i> o <i>BadgerCare Plus</i> cubiertas por la póliza descrita en la Sección C.	Fecha de Nacimiento (mes/día/año)	Relación con el asegurado (marque una) 1 – Yo, 2 – Espos(a), 3 – Hijo(a), 4 – Hijastro(a), 5 - Otra
			<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
			<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
			<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
			<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5

SECCIÓN B – Información sobre el Asegurado

Tipo de póliza <input type="checkbox"/> Major Medicaid <input type="checkbox"/> HMO / HMP / PPO <input type="checkbox"/> Medicare Supplement <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Otra		¿Es el asegurado un padre/madre ausente? (Padre/madre que está continuamente fuera de la casa.) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nombre del Asegurado	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento (mes/día/año)	
Dirección Postal del Asegurado	Ciudad	Estado	Código Postal

SECCIÓN C – Información sobre el Seguro

Nombre de la Compañía de Seguro

Dirección Postal de la Compañía de Seguro		Ciudad		Estado	Código Postal
Número de Póliza	Fecha Inicio de la Póliza (mes/día/año)	Fecha Término de la Póliza (mes/día/año)	Nombre del Grupo	Número del Grupo	

SECCIÓN D- Información sobre el Empleador (Complete si el Asegurado está Empleado)

Nombre del Empleador			Número de Teléfono		
Dirección Postal del Empleador		Ciudad		Estado	Código Postal
¿Se deben enviar los Reclamos de Seguro al empleador? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce esta información		BadgerCare Plus/Medicaid Program Use Only – Insurance Company or Employer Billing Code			

Entiendo que como condición para la inscripción en *Medicaid* o *BadgerCare Plus*, debo informar a la agencia sobre cualquier otra persona(s) que pueda ser responsable de pagar por mi cuidado médico y el de mi familia. También debo cooperar con proveer información que ayude a la agencia local en la búsqueda de pago proveniente de cualquier otra persona(s). Entiendo que cualquier beneficio para costo de cuidado médico que esté disponible bajo una póliza será asignado al Estado por la ley (s. 632.72, WI Statutes.) durante cualquier período de inscripción de *Medicaid* o *BadgerCare Plus*. Entiendo que, en un plazo de 10 días, debo reportar cualquier cambio surgido en toda la información anterior. La información anteriormente proporcionada es verdadera y completa de acuerdo con mi leal saber y entender.

FIRMA – Asegurado	Número de Teléfono	Fecha de la Firma
--------------------------	--------------------	-------------------