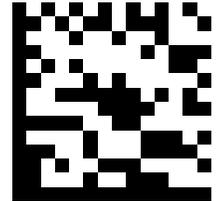




State of Utah  
Department of Workforce Services  
**INFORMACIÓN SOBRE SEGURO Y TERCERA PARTES**



D02914002010101

Favor de llenar este formulario si solicita o recibe asistencia médica.

**\*FAVOR DE USAR UN BOLÍGRAFO NEGRO PARA LLENAR ESTE FORMULARIO \***

Nombre: _____		Fecha de Nacimiento: _____		# de Caso _____	
<b>Marque la caja apropiada</b>		<b>Información de Seguro:</b>			
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Tiene actualmente alguien en su hogar seguro médico (se incluye asistencia del Sistema de Cuidado Médico para Veteranos)? o: -¿Tiene alguien seguro médico disponible el cual no ha obtenido? -¿Ha tenido alguien seguro médico que terminó en los últimos 6 meses? <b>Si marca sí, favor de llenar la próxima sección.</b> (No incluya Medicaid, Medicare, CHIP, o PCN.)			
<input type="checkbox"/> Tiene seguro médico <input type="checkbox"/> No tiene, pero está disponible <input type="checkbox"/> Terminado, Fecha que terminó: _____		Nombre de la compañía de seguros _____ # Teléfono: _____ Dirección de la compañía de seguros: _____ # Grupo: _____ Nombre del asegurado: _____ # Póliza: _____ Fecha de Nacimiento del asegurado _____ # Seguro Social del asegurado: _____ Si su seguro es por medio de su empleo, dé el nombre y teléfono _____ Costo: \$ _____ Fecha de pago: _____ ¿Cada cuando paga su cuota? _____ Nombre de los individuos incluidos (Si no están en la tarjeta de seguro): _____			
<input type="checkbox"/> Tiene seguro médico <input type="checkbox"/> No tiene, pero está disponible <input type="checkbox"/> Terminado Fecha que terminó: _____		Nombre de la compañía de seguros _____ # Teléfono: _____ Dirección de la compañía de seguros: _____ # Grupo: _____ Nombre del asegurado: _____ # Póliza: _____ Fecha de Nacimiento del asegurado _____ # de Seguro Social del asegurado: _____ Si su seguro es por medio de su empleo, dé el nombre y teléfono _____ Costo: \$ _____ Fecha de pago: _____ ¿Cada cuando paga su cuota? _____ Nombre de los individuos incluidos (Si no están en la tarjeta de seguro): _____			
<b>Información sobre gran necesidad médica:</b>					
¿Tiene alguien en su hogar una gran necesidad médica?* <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si marca sí, ¿Quién? _____ *Estar embarazada es una gran necesidad médica					
<b>Indique el tipo de incidente</b>		<b>Accidente, Asalto, u Otra Obligación:</b> Si alguien en su hogar ha sido herido en un accidente, asalto, o alguna otra persona fuera de su hogar está obligada a pagar gastos médicos, llene esta sección.			
<input type="checkbox"/> automovilístico <input type="checkbox"/> mordida de perro <input type="checkbox"/> asalto <input type="checkbox"/> caída <input type="checkbox"/> de trabajo <input type="checkbox"/> otro* <input type="checkbox"/> tratamiento erróneo		Nombre de la persona: _____ ¿Quién es responsable? _____ Fecha del incidente: _____ Departamento de policía: _____ # de reporte de la policía: _____ Nombre del abogado: _____ # teléfono: _____ *Explique otro: _____			

La información dada en este formulario es correcta, según mi conocimiento, y es dada como condición para recibir ayuda médica. Yo autorizo a cualquier persona u organización que tenga información relacionada con mi seguro o información en este formulario de dar dicha información al Department of Health, Division of Health Care Financing o a la persona designada.

Como condición de recibir la ayuda médica, yo le cedo al Department of Health todos mis derechos de recibir beneficios para servicios médicos o pagos de cualquier tercera parte, hasta alcanzar la cantidad de asistencia que haya pagado el Department of Health por dichos servicios. Yo autorizo al Department of Health para someter su demanda de pago directamente a la tercera parte. Yo autorizo que cualquier pago de beneficios de una tercera parte sea pagado directamente al Department of Health. Si yo recibo ayuda médica del Department of Health, yo le daré al Department cualquier dinero que reciba de una póliza de seguro o de cualquier otra tercera parte que esté obligado a pagar mis cuentas médicas. Yo acepto no hacer responsable a ningún otra persona u organización que haga pagos al Department a causa de este acuerdo. Yo acepto cooperar con el Department of Health en identificar y proveer información que ayude al Department en encontrar cualquier tercera parte obligada a pagar mis gastos médicos.

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Cónyuge

\_\_\_\_\_  
Fecha