



Healthcare for Uninsured Kids and Youth

HUSKY/Charter Oak



Solicitud de Inscripción para el Plan de Beneficios Médicos

Usted debe seleccionar un Plan de salud para los miembros de su familia cuidadosamente. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para llenar esta solicitud, por favor, llame al **1-800-656-6684**.

1. Información sobre el aspirante: Esta sección debe ser llenada por la persona que está inscribiendo a los miembros de su familia.

Nombre	Segundo Nombre	Apellido		N° de Teléfono (donde se le pueda localizar durante el día)	
Domicilio	N° de Apto.	Ciudad/Pueblo	Estado	Código Postal	N° de Teléfono (donde se le pueda localizar durante la noche)
Dirección Postal (si es distinta de la de arriba)	N° de Apto.	Ciudad/Pueblo	Estado	Código Postal	N° de Teléfono Alternativo
N° del Seguro Social del Solicitante (opcional)			Número de Cabecera		

2. Selección del Plan Médico: Estos son los planes médicos en los que puede inscribir a los miembros de su familia.

Por favor de circular su opción:

Aetna Better Health ♦ AmeriChoice by UnitedHealthcare ♦ Community Health Network

3. Por favor marque uno: Nueve Inscripción Cambio de Plan Médico *(provea la razón del cambio abajo)*

4. Selección de un Proveedor de Cuidados Primario: Incluya el nombre de cada miembro de su familia, y el nombre y la dirección del de Cuidados Primario (PCP) que seleccione para estos miembros. Asegúrese de que el Médico de Cuidados Primario que usted ha seleccionado está disponible bajo el plan médico HUSKY o Charter Oak. Utilice una hoja adicional si necesita más espacio.

Si tiene alguna pregunta, llame al **1-800-656-6684**.

Nombre del Niño Nombre, Inicial del Segundo. Nombre, Apellido	N° del Seguro Social del Niño	Nombre y Apellido del Proveedor de Cuidados Primario	Dirección o Pueblo del Proveedor de Cuidados Primario
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Esta solicitud no puede ser procesada sin su firma. Por favor, firmela y anote la fecha abajo.

5. Declaración/Firma: Accedo a pagar la prima del plan médico (de ser necesario) y los copagos aplicables, de conformidad con las reglas de pago del plan. Comprendo que si no pago la prima requerida, los beneficios del plan médico de los miembros de mi familia serán cancelados.

Firma del Solicitante

Envíe esta solicitud a: HUSKY/Charter Oak P.O. Box 280747 East Hartford, CT. 06128-0747