

**DEPARTAMENTO DE SALUD
PROGRAMA MEDICAID
SOLICITUD DE BENEFICIOS**

Fecha de Solicitud: _____

Nombre del Solicitante: _____

Dirección Postal: Dirección postal igual a dirección física

_____ Línea uno

_____ Línea dos

_____ Pueblo País Código postal

Dirección Física: Dirección postal igual a dirección física

_____ Línea uno

_____ Línea dos

_____ Pueblo País Código Postal

Teléfono Primario: _____ Teléfono Secundario: _____

Miembros de la unidad Familiar

Nombre	Seguro Social	Fecha de Nacimiento (D-M-A)
Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombre Inicial		
Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombre Inicial		
Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombre Inicial		
Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombre Inicial		
Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombre Inicial		
Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombre Inicial		

- Posee facturas por servicios médicos en sala de emergencia pendientes para pago
- Esta usted o algún miembro de sus unidad familiar embarazada.
- Posee plan médico privado – Favor de traer la tarjeta del plan.

_____ Firma del Solicitante Fecha

_____ Firma del Empleado de Medicaid Fecha

Entiendo que por reglamentación federal debo proveer mi número de Seguro Social y el de todos los miembros de mi unidad familiar como requisito de elegibilidad a los beneficios que otorga el Programa Medicaid de Puerto Rico. Autorizo al Programa Medicaid de Puerto Rico a utilizar toda la información provista en esta solicitud/re-certificación, incluyendo mi número de Seguro Social y el de los integrantes de mi unidad familiar, a los fines de intercambiar información con agencias públicas (estales/federales) o entidades privadas con el fin de corroborar los ingresos y recursos familiares. Certifico que toda la información ofrecida al Programa Medicaid de Puerto Rico para la obtención del Plan de Salud del Gobierno es correcta. Entiendo que ofrecer información falsa con el propósito de obtener los beneficios que otorga el Programa Medicaid de Puerto Rico constituye un acto ilegal y fraudulento que conlleva la obligación de restituir todos los fondos federales y estatales que se hayan desembolsado a mi favor. Además, conlleva la imposición de multas administrativas y otras penalidades que pudieran ser impuestas por los Tribunales de Puerto Rico.