

SOLICITUD PARA RECIBIR SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN MISSISSIPPI



MISSISSIPPI DIVISION OF
MEDICAID

(Esta solicitud está destinada a hombres y mujeres de 13 a 44 años de edad que no se hayan sometido a ninguna cirugía que impida la reproducción. Es solo para servicios de planificación familiar).

1. Nombre del solicitante _____
(Nombre) (Segundo nombre o apellido de soltera) (Apellido)

2. Número de Seguro Social _____ - _____ - _____ 3. Fecha de nacimiento _____

4. Género Femenino Masculino 5. Raza _____

6. Dirección _____
(Calle y número) (Ciudad) (Estado) (Código postal) (Condado)

7. Dirección postal (si es diferente): _____
(Calle y núm. o apartado postal) (Ciudad) (Cód. postal) (Condado)

8. Teléfono(s) _____
(Residencial) (Celular) (Laboral)

9. ¿Tiene una discapacidad? Sí No 10. Si es mujer, ¿está embarazada? Sí No

11. ¿Se ha sometido a una histerectomía, ligadura de trompas (mujer) o vasectomía (hombre)? Sí No

12. ¿Tiene seguro médico? Sí No Si tiene seguro médico, complete lo siguiente:

Nombre del titular de la póliza _____

Aseguradora _____ Núm. de póliza o grupo _____

¿Su seguro cubre servicios de planificación familiar? Sí No

13. ¿Es ciudadano de los Estados Unidos? Sí No En caso negativo, ¿es residente legal permanente que llegó a los Estados Unidos antes de los 5 años previos a la fecha de esta solicitud? Sí No

14. ¿Está casado? Sí No En caso afirmativo, nombre del cónyuge: _____

Número de Seguro Social del cónyuge* _____ - _____ - _____

Fecha de nacimiento _____

(No es necesario que nos facilite el número de Seguro Social (SSN) de su cónyuge, pero esto acelerará el proceso de solicitud. Usamos el SSN para verificar ingresos y su elegibilidad).

15. Integrantes del grupo familiar: indique los integrantes de su grupo familiar, su edad y su parentesco con usted.
NOTA: los solicitantes menores de 19 años de edad no tienen que completar esta sección.

Nombre del integrante del grupo familiar	Edad	Parentesco con usted

16. Ingresos: facilite información sobre ingresos respecto a usted y/o su cónyuge. Incluya todo tipo de ingresos provenientes del trabajo o de cualquier otra fuente.
NOTA: los solicitantes menores de 19 años de edad no tienen que completar esta sección.

Fuente de ingresos (nombre del empleador u otra fuente)	Monto (antes de deducciones o impuestos)	¿Con qué frecuencia se recibe?	Si trabaja, promedio de horas trabajadas por semana
	\$		
	\$		
	\$		

Si usted y/o su cónyuge trabajan por cuenta propia, indique los ingresos netos totales (ganancia después de gastos permitidos por el IRS). \$ _____ ¿Con qué frecuencia se recibe? _____

17. **Lea y firme esta solicitud.** Firmo esta solicitud bajo pena de perjurio, lo que significa que, según mi leal saber y entender, he facilitado respuestas verdaderas a todas las preguntas de este formulario. Sé que puedo estar sujeto a sanciones civiles y penales de conformidad con la ley federal si facilito información falsa o incorrecta.

_____ (Firma del solicitante) _____ (Fecha)

Para obtener ayuda, llame a la Oficina de Elegibilidad al 800-421-2408.
 Envíe la solicitud de la siguiente manera:

Correo postal: División de Medicaid de MS
 A LA ATENCIÓN DE: Oficina de Elegibilidad
 550 High Street, Suite 1000 Jackson, MS 39201-1399

Fax: (601) 576-4164

En persona: en cualquier oficina regional de Medicaid

La información que usted facilita es confidencial. Su información médica solo puede divulgarse si es necesaria para administrar el Programa de Exención de Planificación Familiar. Si recibe servicios de planificación familiar bajo esta exención, usted autoriza a su proveedor de planificación familiar a divulgar información a Medicaid relacionada con su examen y tratamiento de planificación familiar.