

Solicitud de inscripción a beneficios médicos y dentales

Enrollment Application Medical and Dental Benefits

Reglas de participación

Usted puede ser elegible para este beneficio de seguro de salud si es un proveedor de cuidado infantil familiar con licencia del estado de WA que brinda cuidados por lo menos a un niño cuya participación en los cuidados fue financiada por el programa de subsidios para cuidado de niños, cuidado de niños por temporada o bienestar infantil de Working Connections, y que haya recibido pagos a través del Sistema de Pagos de Servicios Sociales (SSPS, por sus siglas en inglés).

Elegibilidad inicial

Puede enviar su solicitud después de presentar su factura de servicios al SSPS por cuidado infantil familiar con licencia que haya brindado en uno de los últimos tres meses.

Esta cobertura es solamente para el titular de la licencia de cuidado infantil familiar (en el caso de copropietarios, un licenciario puede solicitar beneficios) y está vinculada a su número del SSPS. Los beneficios no cubren a otros miembros de su familia, como cónyuges o dependientes, ni a empleados del programa de cuidado infantil.

SI TIENE ALGUNA PREGUNTA SOBRE ESTE FORMULARIO DE SOLICITUD, O SOBRE SU ELEGIBILIDAD PARA BENEFICIOS DE SERVICIOS DE SALUD, ENVÍE UN CORREO ELECTRÓNICO A dcyf.healthcare@dcyf.wa.gov o puede llamar al 1-866-201-8343. Hay más información y recursos en el [sitio de internet](#) del programa de Beneficios de Salud para Cuidado Infantil.

ENVIAR POR CORREO POSTAL A:
Department of Children, Youth, and Families
Child Care Health Benefits Program
PO Box 40970
Olympia, WA 98504-0970

ENVIAR POR CORREO ELECTRÓNICO A:
dcyf.healthcare@dcyf.wa.gov

INFORMACIÓN PERSONAL – *Todos los campos son obligatorios.			
*NOMBRE	*INICIAL INTERMEDIA	*APELLIDO	
*NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (SSN) O Número de identificación de contribuyente individual (ITIN) <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin-top: 5px;"></div>	*NÚMERO DE SSPS (6 dígitos, se encuentra en su factura de SSPS, incluya los ceros) <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin-top: 5px;"></div>	*FECHA DE NACIMIENTO Mes/Día/Año <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin-top: 5px; display: flex; justify-content: space-between;">□□/□□/□□</div>	
*DOMICILIO DIRECCIÓN POSTAL (si es diferente):	*CIUDAD	*ESTADO	*CÓDIGO POSTAL
*NÚMERO DE TELÉFONO () - <input type="checkbox"/> MÓVIL <input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> TRABAJO	*CORREO ELECTRÓNICO (El DCYF se comunicará con usted usando la dirección de correo electrónico que escriba aquí.)		
*GÉNERO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/> PREFIERO NO DECIRLO			
PROVEEDOR DE ATENCIÓN DENTAL DE SU PREFERENCIA <input type="checkbox"/> DELTA <input type="checkbox"/> WILLAMETTE <i style="color: red;">Si no marca una casilla, se seleccionará Delta Dental para usted.</i>			

Recuerde: El proveedor de atención dental se determina de acuerdo con el código postal del solicitante.

Solicito los beneficios médicos y dentales que se indican en esta solicitud. Entiendo que el DCYF es responsable de determinar la elegibilidad para los beneficios, y que si en cualquier momento no cumplo los beneficios de elegibilidad, mis beneficios se cancelarán. Al firmar en la parte inferior, declaro que no soy elegible para otra cobertura médica, incluyendo a Medicaid, mientras estoy inscrito en el programa de beneficios de salud del DCYF, y que la información en esta solicitud es verdadera en la medida de mi conocimiento. Además acepto que se haga la deducción de mi parte de la prima mensual por el beneficio de salud a mi pago del SSPS.

*Firma

*Nombre en letra de molde

Fecha