

**FLORIDA KIDCARE
DECLARACIÓN DE ACCESO A SEGURO**

Instrucciones generales: Llene este formulario y devuélvalo a:

Florida KidCare
P O Box 591
Tallahassee, FL 32302

Sección A - Información sobre los padres – Llene toda la información en blanco para cada padre que está trabajando.

Número de Cuenta Familiar: _____

Nombre del Padre Uno: _____

Número de Seguro Social del Padre Uno: _____

Nombre del empleador del Padre Uno: _____

Teléfono del empleador: (_____) _____

¿Ofrece el empleador del _____ seguro médico para sus hijos? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿cuánto le costaría cada mes agregar a sus hijos? \$_____ (Indique el monto en dólares)

¿Ha _____ cancelado voluntariamente un plan de seguro médico ofrecido para sus niños en los últimos 6 meses? Sí No

Nombre del Padre Dos:

Número de Seguro Social del Padre Dos:

Nombre del empleador del Padre Dos: _____ Teléfono del empleador: (_____) _____

¿Ofrece el empleador del _____ seguro médico para sus hijos? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿cuánto le costaría cada mes agregar a sus hijos? \$_____ (Indique el monto en dólares)

¿Ha _____ cancelado voluntariamente un plan de seguro médico ofrecido para sus niños en los últimos 6 meses? Sí No

Sección B –Llene para todos los niños solicitantes menores de 19 años que residan en la casa.

| Nombre del niño | Número de Seguro Social del niño | ¿Puede este niño estar cubierto bajo un plan de seguro médico que ofrezca el empleador del padre uno o el padre dos? |
|-----------------|----------------------------------|--|
| | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

DECLARACIÓN DEL PADRE: Lo que he escrito en este formulario es verdadero a mi mejor saber y entender. Sé que si proporciono información falsa a propósito, puedo estar sujeto a enjuiciamiento por fraude.

Firma del Padre

Fecha