

**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