

Solicitud para el Programa de Pago de la Prima del Seguro Médico (HIPP) de Texas

Escriba en letra de molde con tinta negra o azul.

Paso 1. Información sobre la persona de su familia que puede conseguir seguro médico por medio del trabajo (u otro lugar)				
Nombre	Apellido	Número de identificación de Medicaid (si corresponde)	Número de seguro social	Fecha de nacimiento
Dirección		Ciudad	Estado	Código postal
Dirección de correo electrónico			Código de área y número de teléfono	

Paso 2. Información sobre el seguro médico o los beneficios de COBRA que puede conseguir la persona mencionada en el Paso 1			
COBRA es un tipo de seguro médico que se puede conseguir al dejar un trabajo donde se tenía un plan médico.			
Nombre de la compañía de seguro médico privado		Fecha de inicio de la póliza (solo si ya tiene seguro).	
Dirección de la compañía de seguros			
Número de identificación de la póliza	Número del grupo	Prima mensual del seguro	¿Es un seguro de COBRA? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

Paso 3. Información sobre el empleador u otro lugar que ofrece seguro médico o COBRA			
Nombre del empleador o de la compañía		Código de área y número de teléfono	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal

Paso 4. Número de caso de Medicaid de su familia (Este número se encuentra en su tarjeta de Medicaid)
Número de caso de Medicaid

Paso 5. Miembros de la familia que reciben Medicaid			
1. Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento	Número de identificación de Medicaid
¿Está embarazada? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		Si contesta "Sí", ¿cuál es la fecha probable de parto?	
2. Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento	Número de identificación de Medicaid
¿Está embarazada? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		Si contesta "Sí", ¿cuál es la fecha probable de parto?	
3. Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento	Número de identificación de Medicaid
¿Está embarazada? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		Si contesta "Sí", ¿cuál es la fecha probable de parto?	
4. Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento	Número de identificación de Medicaid
¿Está embarazada? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		Si contesta "Sí", ¿cuál es la fecha probable de parto?	

Paso 6. Enviar las formas
Envíenos este formulario completo y adjunte el Resumen de beneficios y la Hoja de tarifas de su empleador con una copia de su tarjeta de seguro, si ya tiene seguro.
Para un servicio más rápido, envíe un fax: 866-409-1188
○
Por correo: HIPP Program, P.O. Box 201120, Austin, TX 78720-9774, 800-440-0493