

CaliforniaKids es: una organización caritativa no lucrativa que proporciona el acceso a servicios de cuidado de salud preventivos y primarios a niños sin seguro médico.

¿Quién Califica para el Programa?

- Niños entre 2 y 18 años de edad
- Vivir en áreas donde los proveedores de CaliforniaKids estén disponibles
- Si esta en edad escolar, estar matriculado y asistiendo a una escuela

¿Cuánto cuesta?

El costo es de 75 dólares por mes por cada niño inscrito.

¿Qué Servicios del Cuidado de la Salud se Cubren?

El programa de CaliforniaKids proporciona el acceso a servicios médicos de cuidados básicos y primarios, y ha sido diseñado para necesidades típicas de los niños. En este programa se debe cubrir un co-pago mínimo para las visitas al consultorio, medicamentos bajo receta médica, sala de emergencia y cirugía para pacientes externos, realizada el mismo día.

El Paquete de Beneficios de CaliforniaKids

Incluye:

- Asistencia médica preventiva que consta de exámenes físicos de rutina y vacunas
- Visitas médicas cuando el niño esté enfermo o lesionado
- Exámenes de laboratorio y rayos X
- Cirugía para pacientes externos, realizada el mismo día.
- Asistencia médica limitada en caso de emergencias
- Medicamentos bajo receta médica
- Servicios dentales preventivos
- Servicios para las alteraciones del comportamiento
- 24-horas de consejera de enfermera personal

Usted escogerá al médico primario para su niño, de la Guía de Proveedores del Cuidado de la Salud, de CaliforniaKids. Este médico primario será responsable de todas las necesidades del cuidado de la salud de su niño, inclusive de las autorizaciones en caso de una emergencia o de las referencias a un especialista. Todos los servicios médicos se deben obtener por medio, o a través, de un médico del cuidado de la salud que participe con CaliforniaKids.

IMPORTANTE

Si su niño tiene es una necesidad médica crónica o requiere del cuidado de un especialista, CaliforniaKids no es el programa adecuado.

El Programa de CaliforniaKids no cubre asistencia médica ni cirugía para pacientes internados en un hospital.

¿Cómo Completo el Formulario de Aplicación?

Si usted está interesado en una cobertura para su niño, complete por favor todas las secciones del formulario de aplicación de CaliforniaKids. Su aplicación no se procesará a menos que esté completa y sea legible.

Sección 1

- Liste a todos los niños elegibles en su familia. Escriba en mayúsculas claramente el apellido y el primer nombre.
- Anote la edad correcta de cada niño, seguida por su fecha de nacimiento y su número de Seguro Social. Si su niño no tiene un número de Seguro Social, no escriba nada por favor.
- Si su niño está matriculado en la escuela, escriba el nombre de la escuela en el espacio proporcionado para ello.
- Escoja por favor un Grupo Médico de la Guía de Proveedores de Cuidado de la Salud de CaliforniaKids e

indíquelo colocando el código del Médico del Grupo (3-dígitos) o el código del Médico IPA (6-dígitos) en el espacio proporcionado. Usted deberá vivir dentro de 30 millas del grupo que escoja.

Sección 2

- Por favor indique si su niño está matriculado en Medi-Cal o en el Programa Familias Saludables (por favor indique si su niño tiene solamente Medi-Cal de emergencia).

Sección 3

Para cada padre o tutor en la casa:

- Por favor señale claramente su apellido y primer nombre, e indique su estatus marital.
- Por favor señale claramente su dirección y los teléfonos de la casa y el trabajo. (Si usted vive en un apartamento, incluya por favor el número interior).
- Por favor complete la información solicitada acerca de su empleador.

Sección 4

- Opcional.

Sección 5

- Por favor lea la sección de autorización y firme con su nombre y la fecha al final de la forma. Toda la información que usted proporciona es confidencial, será tenida en confianza estricta y será usada únicamente para determinar la elegibilidad al programa de CaliforniaKids.

Costo por niño

El costo mensual es de 75 dólares por cada niño.

CaliforniaKids requiere que usted pague el primer y segundo mes de cobertura médica con anticipación y un solo cobro de 10 dólares por el proceso de su aplicación.

Por favor refiérase a la tabla siguiente para la suma correcta de pago que incluirá con su aplicación:

Número de niños	Dos-meses de cobertura	Cobro para procesar aplicación	Cantidad total
1	150	\$10	\$160
2	300	\$10	\$310
3	450	\$10	\$460

Después usted recibirá una factura mensual de 75 dólares por cada niño.

Para su conveniencia se incluye un sobre dirigido para el regreso. Si tiene preguntas acerca del programa o desea recibir ayuda para completar el formulario de aplicación, llame por favor a un representante al 1 (818) 755-9700.

Las aplicaciones serán procesadas siguiendo el orden en que se reciban. El completar el formulario de aplicación no constituye necesariamente la obtención de la cobertura. Su niño sólo podrá recibir los Servicios del Cuidado de la Salud bajo el programa de CaliforniaKids, cuando usted reciba la Tarjeta de Identificación para su niño. Por favor llame al 1 (818) 755-9700 para verificar la fecha de cobertura.

Duración de la Cobertura

Una vez inscrito, cada niño se cubrirá en el Programa de CaliforniaKids a menos que:

- El niño cumpla 19 años de edad
- Si usted no paga su cuota mensual
- Si el programa se cancela

Recuerde

- ✓ Un cheque personal, giro postal o cheque bancario a orden de CaliforniaKids. por la cantidad correcta de pago mensual. (Por favor refiérase a la tabla siguiente para la suma correcta de pago)

Número de niños	Dos-meses de cobertura	Cobro para procesar aplicación	Cantidad total
1	\$150	\$10	\$160
2	\$300	\$10	\$310
3	\$450	\$10	\$460

Este pago cubrirá los primeros dos meses de cobertura médica. Después recibirá una factura mensual de 75 dólares por cada niño.

- ✓ La selección de un proveedor del cuidado de la salud.
- ✓ Use la cantidad de estampillas correcta.

Su aplicación no se procesará si está incompleta y no incluye la información requerida.

El programa de CaliforniaKids no cubre asistencia médica ni cirugía para pacientes internados en un hospital.

Si su niño tiene una necesidad médica crónica o requiere el cuidado de un especialista, CaliforniaKids no es el programa adecuado.

Si su niño es elegible y aprobado, recibirá una Tarjeta de Identificación de CaliforniaKids y un paquete de información sobre los beneficios.

Si por el contrario, su aplicación es negada, CaliforniaKids le devolverá su formulario junto con su pago.

La dirección de envío es: **CaliforniaKids Healthcare Foundation
PO Box 680
North Hollywood, CA 91603**

La Forma de la Aplicación de Californiakids

Por favor escriba toda la información con letra de imprenta o a máquina
ESTA NO ES UNA TARJETA TEMPORARIA DE IDENTIFICACION

SECCION 1 Liste a todos los niños elegibles de la familia. Si es seleccionado para el Programa de Californiakids, cada persona que se indique a continuación deberá recibir toda la atención médica a través del Grupo Médico o de la Asociación de Consultorios Independientes (Independent Practice Association, o IPA) que sea escogido, deberá tener entre 2 y 18 años de edad y deberá vivir a menos de 30 millas de distancia del grupo seleccionado. Consulte sus Materiales de Inscripción de Californiakids cuando seleccione un Grupo Médico o IPA. SI SELECCIONA A UN IPA, USTED DEBE SELECCIONAR A UN MEDICO DE ATENCION PRIMARIA DETRO DE ESE IPA e indicar el código del médico correspondiente. Si necesita ayuda, llame al 1 (818) 755-9700.

Niños Elegibles	Apellido	Nombre	Inicial	Edad	Fecha de Nacimiento	Nombre de la escuela a la que asiste	Numero de Seguro Social	¿Ciudadano Americano o residente legal?	Grp. Médico No o IPA	Código del IPA del Médico de Atención Primaria
<input type="checkbox"/> niño					MES DIA AÑO			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		0
<input type="checkbox"/> niña					MES DIA AÑO			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		0
<input type="checkbox"/> niño					MES DIA AÑO			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		0
<input type="checkbox"/> niña					MES DIA AÑO			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		0

SECCION 2 ¿ALGUNOS DE LOS NIÑOS ANTES MENCIONADOS SON ELEGIBLES PARA MEDI-CAL, FAMILIAS SALUDABLES, O CCS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD? EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE QUIENES DE LOS NIÑOS SON ELEGIBLES Y CON CUAL PROGRAMA

Nombre: Medi-Cal Medi-Cal de Emergencia Familias Saludables CCS Otro:
 Programa: Medi-Cal Medi-Cal de Emergencia Familias Saludables CCS Otro:
 Nombre: Programa: Medi-Cal Medi-Cal de Emergencia Familias Saludables CCS Otro:

SECCION 3 Información sobre los padres / guardián legal (Marque una:) Soltero(a) Casado(a) Viudo(a) Divorciado(a) Separado(a)

Apellido Madre: Nombre: Número de Teléfono: ()) Empleado: Teléfono del Empleado: ())
 Apellido Padre: Nombre: Número de Teléfono: ()) Empleado: Teléfono del Empleado: ())

Dirección del hogar: No. Unidad/Dpto.: Ciudad: Estado: Código Postal:

SECCION 4 Los ingresos mensuales totales de la casa antes de impuestos: \$ _____ + otros ingresos: \$ _____ = \$ _____ ingresos mensuales totales
 El número total de miembros en la familia _____

SECCION 5 I. EXPLICACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN PARA OBTENER O DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA. La compañía de Blue Cross esta autorizada para obtener y divulgar información médica conforme al Decreto de Protección de Seguros y Carácter Confidencial, Sección 791 en adelante del Código de Seguros de California. Por el presente autorizo a cualquier médico, profesional de la salud, hospital, clínica o otra instalación médica o relacionada con cuidados de la salud a suministrar a un agente, designado o representante de Blue Cross de California cualquiera y todos los documentos relacionados con el historial médico, los servicios prestados o el tratamiento administrado a cualquier persona inscrita bajo el presente o agregada en lo sucesivo, para fines de revisión, investigación o evaluación de una solicitud o un reclamo. También autorizo a Blue Cross de California o a sus agentes, designados o representantes a divulgar a un hospital o plan de servicio para cuidados de la salud, autoasegurador o asegurador toda la información médica obtenida, si dicha divulgación es necesaria para permitir el procesamiento de un reclamo. Si mi cobertura está bajo un Acuerdo Maestro Colectivo de mi empleador, un fideicomiso, un sindicato o una entidad similar, esta autorización también permite la divulgación a ellos para fines de revisión de utilización o auditoría financiera. La fecha de entrada en vigencia esta sujeta a la aprobación de Blue Cross de California. Esta autorización entrará en vigencia inmediatamente y permanecerá vigente el tiempo necesario para permitir que Blue Cross procese los reclamos. Una fotocopia de esta autorización tendrá la misma validez que el documento original. **II. ACUERDO DE ARBITRAJE.** Comprendo que cualquier litigio o controversia que podría originarse bajo el acuerdo entre Blue Cross de California y mi persona (yo cualquiera de los miembros inscritos de mi familia), o cualquier consultor médico participante, deben presentarse para arbitraje obligatorio en lugar de un juicio por jurado o tribunal si la cantidad en litigio supera los límites de jurisdicción de un juzgado de demandas menores. Si cualquiera de estos litigios está bajo los límites de jurisdicción de un juzgado de demandas menores, entones el caso se resolverá en dicho juzgado. **III. Yo (nosotros) certifico (certificamos) que toda la información que se indica en este formulario de solicitud es verdadera, completa y exacta. Yo (nosotros) comprendo (comprendemos) que cualquier declaración falsa o alteración de los hechos será la exclusión del miembro en este Programa. IV. Yo (nosotros) entiendo (entendemos) que nuestro hijo(s) será (serán) cubierto (s) mientras pague la cuota mensual.**

USTE TIENE DERECHO A UNA COPIA DE ESTA AUTORIZACIÓN FIRMADA PARA SUS ARCHIVOS, SI LA SOLICITA

FIRMA DEL PADRE/ GUARDIAN LEGAL _____ FECHA DE LA FIRMA _____