

Solicitud para servicios de Take Charge (planificación familiar)

Envíe la solicitud completa por fax al 1-866-841-2267

Por favor lea cuidadosamente esta sección antes de llenar la solicitud

Si se encuentra en o debajo del 260% del Nivel de Pobreza Federal para el tamaño de su hogar, debe solicitar cobertura completa de Medicaid en www.wahealthplanfinder.org y ser rechazado antes de poder inscribirse en Take Charge.

¿Cuenta con seguro médico privado o con cobertura de Medicaid (es decir, Apple Health o Healthy Options)? Sí No

Si respondió Sí, usted no es elegible para TakeCharge a menos que aplique una de las siguientes condiciones:

- Tengo 18 años o menos, mis padres **no** saben que estoy buscando servicios de planificación familiar, y quiero mantener confidenciales los servicios que recibo; **O**
- Soy víctima de violencia doméstica y estoy cubierto por el seguro médico de mi agresor.

Nombre de la clínica	Número de teléfono de la clínica
----------------------	----------------------------------

1. Nombre (use su nombre legal completo)	Inicial intermedia	Apellido
--	--------------------	----------

2. Dirección en la que vive	No. Apt.	Ciudad	Estado	Código postal
-----------------------------	----------	--------	--------	---------------

3. Dirección postal (si es diferente a la arriba mencionada):	No. Apt.	Ciudad	Estado	Código postal
---	----------	--------	--------	---------------

4. Si desea que su correo se envíe a la clínica y no a su dirección postal, escriba sus iniciales aquí: _____

5. Número telefónico preferido de casa o celular	Número telefónico del trabajo o para mensajes	Dirección de correo electrónico
--	---	---------------------------------

6. ¿Tiene problemas para hablar, leer o escribir en inglés? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Necesita un intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Qué idioma habla?
--	---	--------------------

Información general

<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de nacimiento	¿Planea usar algún método anticonceptivo para evitar un embarazo no deseado? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si No, ¿para qué requiere Take Charge (por ejemplo, retiro de un DIU)? _____
---	---------------------	--

Número de seguro social	¿Es ciudadano estadounidense? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si No, proporcione sus documentos migratorios. Si no proporciona documentos migratorios, podría ser rechazado.
-------------------------	--

Ingreso por empleo/empleo independiente

Ganado por usted		Ganado por su cónyuge	
Nombre del negocio para el que trabaja actualmente (empleo primario)	Número de teléfono	Nombre del negocio para el que trabaja actualmente (empleo primario)	Número de teléfono
Ingreso bruto mensual antes de impuestos	¿Está autoempleado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ingreso bruto mensual antes de impuestos	¿Está autoempleado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre del negocio para el que trabaja actualmente (empleo secundario)	Número de teléfono	Nombre del negocio para el que trabaja actualmente (empleo secundario)	Número de teléfono
Ingreso bruto mensual antes de impuestos	¿Está autoempleado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ingreso bruto mensual antes de impuestos	¿Está autoempleado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Si usted o su cónyuge actualmente tienen más de dos empleadores, agregue la información adicional en una hoja de papel separada.

Otros ingresos del hogar

<input type="checkbox"/> Manutención conyugal, ingresos por rentas y/o regalías	Monto mensual: _____	Quién lo recibe: _____
<input type="checkbox"/> Ingreso por seguro social/Jubilación de trabajador ferroviario	Monto mensual: _____	Quién lo recibe: _____
<input type="checkbox"/> Desempleo	Monto mensual: _____	Quién lo recibe: _____
<input type="checkbox"/> Pensiones, anualidades y/o pagos de IRA	Monto mensual: _____	Quién lo recibe: _____
<input type="checkbox"/> Ingresos por intereses/dividendos, ganancias o pérdidas de capital, ganancias o pérdidas de granjas, otros ingresos por inversiones	Monto mensual: _____	Quién lo recibe: _____
<input type="checkbox"/> Fondos de desarrollo económico de tribus	Monto mensual: _____	Quién lo recibe: _____
<input type="checkbox"/> Otros ingresos gravables (es decir, incluidos en el ingreso Bruto ajustado en su declaración de impuestos):	Monto mensual: _____	Quién lo recibe: _____

Nombre del cliente		Número de seguro social del cliente	
Deducciones del hogar:			
<input type="checkbox"/> Colegiaturas, cuotas y libros de educación superior	Monto mensual: _____	Quién lo paga: _____	
<input type="checkbox"/> Contribuciones a cuentas de ahorros de salud/IRA	Monto mensual: _____	Quién lo paga: _____	
<input type="checkbox"/> Intereses de préstamos estudiantiles y pagos de manutención conyugal	Monto mensual: _____	Quién lo paga: _____	
<input type="checkbox"/> Costos de mudanza desde el 1 de enero de este año	Monto mensual: _____	Quién lo paga: _____	
<input type="checkbox"/> Otras deducciones AGI (es decir, usadas para calcular el ingreso bruto ajustado (por sus siglas en inglés, "AGI") en su declaración de impuestos): _____	Monto mensual: _____	Quién lo paga: _____	
Estatus de declaración de impuestos			
¿Cuál será su estatus este año en lo referente a su declaración de impuestos? <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado declarando por separado			
<input type="checkbox"/> Casado declarando de manera conjunta <input type="checkbox"/> Dependiente de alguien en el hogar <input type="checkbox"/> Dependiente de alguien fuera del hogar			
<input type="checkbox"/> No declara			
¿Está legalmente casado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si sí, el nombre legal completo de su cónyuge (nombre, inicial intermedia, apellido): _____			
Número de seguro social del cónyuge _____			
Si presenta declaración de impuestos, ¿cuántos dependientes declara? _____			
Si no presenta declaración de impuestos, ¿cuántos hijos tiene? _____			
Pérdida de empleo reciente			
¿Ha usted renunciado o perdido un empleo en los últimos 90 días? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si sí, nombre del negocio: _____		¿Su cónyuge ha renunciado o perdido un empleo en los últimos 90 días? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si sí, nombre del negocio: _____	
Fecha de finalización del empleo: _____		Fecha de finalización del empleo: _____	
Raza/antecedentes étnicos			
Le solicitamos que nos informe voluntariamente sobre su raza o antecedentes étnicos. Esta información no se usará para considerar su elegibilidad para beneficios.			
<input type="checkbox"/> Caucásico	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano	<input type="checkbox"/> Vietnamita/Laosiano/Camboiano	
<input type="checkbox"/> Hispano	<input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska:	<input type="checkbox"/> Otro asiático o isleño del Pacífico	
<input type="checkbox"/> Otro: _____	Nombre de tribu: _____		
Lea atentamente antes de firmar			
Entiendo que:			
<ul style="list-style-type: none"> HCA podría pedirme que demuestre la información proporcionada. HCA puede ayudarme a obtener la evidencia o comunicarse con otras personas o agencias para hacerlo. Mi información podría ser revisada por otras agencias estatales o federales. Esta información NO será compartida con los Servicios de Inmigración y Aduana de los Estados Unidos (USCIS). Al solicitar y recibir asistencia para cobertura médica, yo otorgo al estado de Washington todos los derechos a cualquier asistencia médica y a todo pago de terceros por atención médica. Entiendo que esta solicitud solamente es para servicios de planificación familiar para prevenir el embarazo. Si necesito otro tipo de asistencia para cobertura médica, puedo solicitarla en Washington Healthplanfinder (https://www.wahealthplanfinder.org). Si necesito ayuda financiera o cupones para alimentos, puedo solicitarlos a través de la Oficina de Servicios Comunitarios de DSHS o de Washington Connection (https://www.washingtonconnection.org). Debo responder a cualquier petición de información adicional de la oficina de elegibilidad de Take Charge dentro de un plazo de 10 días hábiles o mi solicitud será rechazada y yo podría ser responsable de todos los costos incurridos por la oficina de mi proveedor de Take Charge. 			
Nombre del representante autorizado opcional (AREP)			
(Un representante autorizado, o AREP, es alguien a quien usted autoriza para hablar con HCA acerca de sus beneficios y/o para recibir su correo de Take Charge). Nombro a la siguiente persona u organización como mi representante autorizado: Iniciales del cliente _____			
Nombre / Organización			Número de teléfono
Dirección postal	Calle	Ciudad	Estado Código postal
Declaración y firma			
He leído y comprendido la información en esta solicitud. Declaro, bajo pena de perjurio, que la información que he dado en esta solicitud es, a mi mejor entender, veraz, correcta y completa.			
Firma del solicitante			Fecha