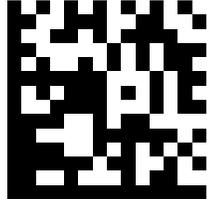




State of Utah
Department of Workforce Services
INFORMACIÓN SOBRE SEGURO Y TERCERA PARTES



D10819900590101

Favor de llenar este formulario si solicita o recibe asistencia médica.

Nombre: _____		Fecha de Nacimiento: _____		# de Caso: _____	
Marque la caja apropiada		Información de Seguro:			
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Tiene actualmente alguien en su hogar seguro médico (se incluye asistencia del Sistema de Cuidado Médico para Veteranos)? o: -¿Tiene alguien seguro médico disponible el cual no ha obtenido? -¿Ha tenido alguien seguro médico que terminó en los últimos 6 meses? Si marca sí, favor de llenar la próxima sección. (No incluya Medicaid, Medicare o CHIP.			
<input type="checkbox"/> Tiene seguro médico <input type="checkbox"/> No tiene, pero está disponible <input type="checkbox"/> Terminado, Fecha que terminó: _____		Nombre de la compañía de seguros _____ # Teléfono: _____ Dirección de la compañía de seguros: _____ # Grupo: _____ Nombre del asegurado: _____ # Póliza: _____ Fecha de Nacimiento del asegurado: _____ # Seguro Social del asegurado: _____ Si su seguro es por medio de su empleo, dé el nombre y teléfono: _____ Costo: \$ _____ Fecha de pago: _____ ¿Cada cuando paga su cuota? _____ Nombre de los individuos incluidos (Si no están en la tarjeta de seguro): _____			
<input type="checkbox"/> Tiene seguro médico <input type="checkbox"/> No tiene, pero está disponible <input type="checkbox"/> Terminado Fecha que terminó: _____		Nombre de la compañía de seguros _____ # Teléfono: _____ Dirección de la compañía de seguros: _____ # Grupo: _____ Nombre del asegurado: _____ # Póliza: _____ Fecha de Nacimiento del asegurado _____ # Seguro Social del asegurado: _____ Si su seguro es por medio de su empleo, dé el nombre y teléfono _____ Costo: \$ _____ Fecha de pago: _____ ¿Cada cuando paga su cuota? _____ Nombre de los individuos incluidos (Si no están en la tarjeta de seguro): _____			
Información sobre gran necesidad médica:					
¿Tiene alguien en su hogar una gran necesidad médica? * <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si marca sí, ¿Quién? _____ *Estar embarazada es una gran necesidad médica					
Indique el tipo de incidente		Accidente, Asalto, u Otra Obligación: Si alguien en su hogar ha sido herido en un accidente, asalto, o alguna otra persona fuera de su hogar está obligada a pagar gastos médicos, llene esta sección.			
<input type="checkbox"/> automovilístico <input type="checkbox"/> asalto <input type="checkbox"/> mordida de perro <input type="checkbox"/> de trabajo <input type="checkbox"/> caída <input type="checkbox"/> tratamiento erróneo <input type="checkbox"/> otro*		Nombre de la persona: _____ Fecha del incidente: _____ ¿Quién es responsable? _____ Departamento de policía: _____ # de reporte de la policía: _____ Nombre del abogado: _____ # teléfono: _____ *Explique otro: _____			