

**MEDICAL INSURANCE INFORMATION**

<b>For Worker's Use Only:</b>	<input type="checkbox"/> New Insurance	HOH Name _____	Client ID # _____
	<input type="checkbox"/> Change in Insurance	<input type="checkbox"/> Attached is a copy of the Medical Insurance Card (front and back)	
Client Approved for Coverage Group S05 Medicaid For Working Disabled <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
Premium purchase requested? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
Premium currently being paid by DSS? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If Yes, to whom? _____			

This form asks questions about medical insurance coverage for you and your family. This information is required for our computer file. We also need this information to determine whether we can pay for medical insurance premiums on your behalf.

**Fill out a separate form for each policy.** Please provide as much information as you can and return it to the local Department of Social Services office no later than \_\_\_\_\_.

Client Name \_\_\_\_\_ Customer Service Phone \_\_\_\_\_

Insurance Company Name \_\_\_\_\_

Insurance Company Address \_\_\_\_\_

What medical services are covered by this policy? Check all that apply:

Hospital  Doctor/Medical/Surgical  Prescription  Vision/Optical  Dental  Long Term Care

Policy Number \_\_\_\_\_ Group Number \_\_\_\_\_

Is this a Long-Term Care Partnership Policy?  Yes  No

Policy Effective Dates: Start \_\_\_\_\_ Stop \_\_\_\_\_

Premium Amount \$ \_\_\_\_\_ per \_\_\_\_\_ Premium Effective Date \_\_\_\_\_

**IF THE INSURANCE IS HELD BY SOMEONE OTHER THAN YOURSELF, PLEASE FILL IN THE FOLLOWING:**

Policy Holder's Name \_\_\_\_\_ Social Security Number \_\_\_\_\_

Policy Holder's Date of Birth \_\_\_\_\_

Policy Holder's Address \_\_\_\_\_

**IF THE INSURANCE IS THROUGH EMPLOYMENT, COMPLETE BELOW:**

Employer \_\_\_\_\_ Phone # \_\_\_\_\_

Employer's Address \_\_\_\_\_

**LIST ALL PERSONS COVERED BY THIS MEDICAL INSURANCE POLICY BELOW:**

Name	Date of Birth	Sex	List any major illness/injury within last year
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

Worker's Use Only: Client ID #

I give permission to the Department of Social Services, the Connecticut Medicaid Agency, or any health insurer, provider, or any other entity providing services to me or my family under the Medicaid program to release information about me or my family as necessary for the delivery of Medicaid program services and the administration of the Medicaid program, as permissible by federal or state law.

Client Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**INFORMACION SOBRE SEGURO MEDICO**

<b>Para uso del trabajador solamente:</b>	<input type="checkbox"/> New Insurance	HOH Name _____	Client ID # _____
	<input type="checkbox"/> Change in Insurance	<input type="checkbox"/> Attached is a copy of the Medical Insurance Card (front and back)	
Client Approved for Coverage Group S05 Medicaid For Working Disabled <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
Premium purchase requested? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
Premium currently being paid by DSS? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If Yes, to whom? _____			

Esta forma hace preguntas sobre protección de seguro médico para usted y su familia. Esta información es requerida para nuestro archivo de computadora. También necesitamos esta información para determinar si podemos pagar la prima de seguro médico para usted.

**Llenar una forma separada para cada póliza.** Sírvase darnos toda la información como posible, y devuélvala a la oficina local del Departamento de Servicios Sociales oficina no más tarde de \_\_\_\_\_.

Nombre del cliente \_\_\_\_\_ Teléfono de la compañía \_\_\_\_\_

Nombre de la compañía de seguros \_\_\_\_\_

Dirección de la compañía de seguros \_\_\_\_\_

¿Cuáles son los servicios médicos cubiertos por esta póliza? Marque todas las que apliquen:  
 Hospital  Doctor/Médico/quirúrgico  Prescripción  Vista/óptico  Dental  Cuidado a Largo Plazo

Número de póliza \_\_\_\_\_ Número de grupo \_\_\_\_\_

¿Es esto una Póliza de Sociedad de Cuidado a Largo-Plazo?  Sí  No

Fechas de vigencia de la póliza: Comienza \_\_\_\_\_ Termina \_\_\_\_\_

Cantidad de la prima \$ \_\_\_\_\_ per \_\_\_\_\_ Fecha de vigencia de la prima \_\_\_\_\_

**SI EL SEGURO ESTA EN NOMBRE DE OTRO APARTE DE USTED MISMO, SIRVASE LLENAR LA SIGUIENTE INFORMACION:**

Nombre del tenedor de la póliza \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del tenedor de la póliza \_\_\_\_\_

Dirección del tenedor de la póliza \_\_\_\_\_

**COMPLETE ABAJO SI EL SEGURO ES POR MEDIO DEL EMPLEO:**

Patrón \_\_\_\_\_ # de Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección del Patrón \_\_\_\_\_

**AUNTE ABAJO TODAS LAS PERSONAS QUE ESTAN PROTEGIDAS POR ESTA POLIZA MEDICA:**

Nombre y Apellido	Fecha de Nacimiento	Sexo	Apunte cualquier enfermedad/herida mayor dentro del año pasado	Para uso del trabajador solamente: Client ID#
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

Yo doy permiso al Departamento de Servicios Sociales, la Agencia de Medicaid de Connecticut, o cualquier otra aseguradora de salud, proveedor, o cualquier otra entidad proveedora de servicios a mi o a mi familia bajo el programa de Medicaid a revelar información sobre mi o mi familia como sea necesario para la entrega de servicios del programa de Medicaid y la administración del programa de Medicaid, como es permitido por la ley federal o la ley del estado.

Firma del Cliente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_