INFORME DE EXTENSIÓN MÉDICA
MEDICAL EXTENSION REPORT

FECHA DE VENCIMIENTO:

FECHA

DEVOLVER A:

NÚMERO DEL CASO

FECHA DE EXTENSIÓN DE LOS BENEFICIOS MÉDICOS

☐ Usted está recibiendo una extensión de los beneficios médicos hasta la fecha indicada arriba. Podría recibir seis (6) meses adicionales de servicios médicos si provee la información solicitada a continuación. Se les puede exigir a los miembros adultos de una familia que paguen una prima para continuar recibiendo los beneficios médicos en el segundo período de seis meses de la extensión de los beneficios médicos.

☐ Para poder continuar recibiendo los beneficios de la extensión de servicios médicos, debe proveer la información solicitada abajo.

Escriba "0" en los recuadros de los meses en los que no tuvo ingresos o costos de cuidado de niños relacionados con su trabajo.

	MES/AÑO	MES/AÑO	MES/AÑO	
Ingresos ganados por trabajo (Ambos padre y madre)				
Costos de cuidado de niños relacionados con su trabajo.				
FOR OFFICE USE ONLY	**TOTAL**	**TOTAL**	**TOTAL**	**ADJUSTED MONTHLY GROSS** ÷ 3 =

¿Ayuda alguien más a pagar los gastos de cuidado de los niños? ☐ Sí ☐ No

Sí, ¿quién? _____ Monto mensual $ _____

¿Vive un niño con usted? ☐ Sí ☐ No Si no, escriba la fecha en que el último niño dejó su casa _____

¿Tiene ahora usted o un miembro de su familia cobertura de seguro médico que es nueva o no informada previamente al Departamento? ☐ Sí ☐ No

¿Hay algún miembro adulto de su familia que esté embarazada? ☐ Sí ☐ No

IMPORTANTE

FECHA REQUERIDA

Envíe esta información antes del .....

FECHA EN QUE LOS BENEFICIOS CESARÁN

Si la información solicitada no es recibida, su beneficio médico cesará el

VEA EL REVERSO PARA OBTENER INFORMACIÓN SOBRE EL VENCIMIENTO DE LA EXTENSIÓN DE LOS BENEFICIOS MÉDICOS

CANCELACIÓN DE LA EXTENSIÓN DE LOS SERVICIOS MÉDICOS
MEDICAL EXTENSION TERMINATIONS

SU EXTENSIÓN DE BENEFICIOS MÉDICOS SERÁ CANCELADO Y SU COBERTURA TERMINARÁ SI:

- No provee la información solicitada en el frente de este formulario antes del día ventiuno (21) del cuarto o séptimo mes del período de la extensión,
- Se muda a otro estado,
- No tiene niños dependientes en su unidad familiar, o
- No ha pagado la prima requerida.

SI TIENE ALGUNA PREGUNTA sobre este formulario, por favor llame al funcionario de Finanzas encargado de su caso, en la oficina de Servicios Comunitarios (CSO) que aparece en el frente de este formulario.