Sección 2: Información Acerca de los Niños (Cont.)

Favor incluir todos los niños que residen el la casa, aunque no este aplicando para ese niño. Si usted tiene mas de 3 niños, favor de añadir una pagina adicional con la información similar a las preguntas que aparecen debajo.

Cuarto Niño(a): Nombre: Primero Inicial Apellido Sufijo (III, IV, Jr. or Sr.)

Fecha de: Nacimiento MM/DD/AAAA Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino (seleccione uno) Numero de Seguro Social

Raza/Antecedente Étnico: (seleccione uno) ❑ Indio Americano/Nativos de Alaska ❑ Asiáticos ❑ Negro/Africa-Americano ❑ Hispano/Latino ❑ Nativo Hawaiano(a)/Otra Isla del Pacifo ❑ Blanco/Americano ❑ Otro_____

¿Usted esta Aplicando para CoverKids para este niño(a)? ❑ Si ❑ No (Si contesto "No", por favor no incluye en numero de Seguro Social del niño(a))

Relación con el Padre #1: ❑ Hijo(a) ❑ Hijastro(a) ❑ Nieto(a)/Sobrino(a) ❑ Otro

Relación con el Padre #2: ❑ Hijo(a) ❑ Hijastro(a) ❑ Nieto(a)/Sobrino(a) ❑ Otro

Nombre de la madre: Primer Inicial Apellido

Nombre de la padre: Primer Inicial Apellido

Quinto Niño(a): Nombre: Primero Inicial Apellido Sufijo (III, IV, Jr. or Sr.)

Fecha de: Nacimiento MM/DD/AAAA Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino (seleccione uno) Numero de Seguro Social

Raza/Antecedente Étnico: (seleccione uno) ❑ Indio Americano/Nativos de Alaska ❑ Asiáticos ❑ Negro/Africa-Americano ❑ Hispano/Latino ❑ Nativo Hawaiano(a)/Otra Isla del Pacifo ❑ Blanco/Americano ❑ Otro_____

¿Usted esta Aplicando para CoverKids para este niño(a)? ❑ Si ❑ No (Si contesto "No", por favor no incluye en numero de Seguro Social del niño(a))

Relación con el Padre #1: ❑ Hijo(a) ❑ Hijastro(a) ❑ Nieto(a)/Sobrino(a) ❑ Otro

Relación con el Padre #2: ❑ Hijo(a) ❑ Hijastro(a) ❑ Nieto(a)/Sobrino(a) ❑ Otro

Nombre de la madre: Primer Inicial Apellido

Nombre de la padre: Primer Inicial Apellido

Sexto Niño(a): Nombre: Primero Inicial Apellido Sufijo (III, IV, Jr. or Sr.)

Fecha de: Nacimiento MM/DD/AAAA Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino (seleccione uno) Numero de Seguro Social

Raza/Antecedente Étnico: (seleccione uno) ❑ Indio Americano/Nativos de Alaska ❑ Asiáticos ❑ Negro/Africa-Americano ❑ Hispano/Latino ❑ Nativo Hawaiano(a)/Otra Isla del Pacifo ❑ Blanco/Americano ❑ Otro_____

¿Usted esta Aplicando para CoverKids para este niño(a)? ❑ Si ❑ No (Si contesto "No", por favor no incluye en numero de Seguro Social del niño(a))

Relación con el Padre #1: ❑ Hijo(a) ❑ Hijastro(a) ❑ Nieto(a)/Sobrino(a) ❑ Otro

Relación con el Padre #2: ❑ Hijo(a) ❑ Hijastro(a) ❑ Nieto(a)/Sobrino(a) ❑ Otro

Nombre de la madre: Primer Inicial Apellido

Nombre de la padre: Primer Inicial Apellido

Sección 2: Información Acerca de los Niños (Cont.)

Cuestionario—Favor de Seleccionar uno (Si o No)

	Niño(a) 4	Niño(a) 5	Niño(a) 6
1. ¿La dirección donde reside el niño la misma de los Padres/ Adultos? (Cada Niño o Mujer Embarazada deberá aplicar con la dirección de su casa).	❑ Si ❑ No	❑ Si ❑ No	❑ Si ❑ No
2. ¿Este niño(a) es ciudadano de los Estados Unidos? (Si No lo es, deberá enviar copia de documentos indicando estado legal del niño(a) en los estados Unidos).	❑ Si ❑ No	❑ Si ❑ No	❑ Si ❑ No
3. ¿Este niño(a) vive en Tennessee?	❑ Si ❑ No	❑ Si ❑ No	❑ Si ❑ No
4. ¿Este niño(a) tiene Seguro Medico? (Si respondió "Si", favor de enviar copia del frente y parte altrás de la tarjeta de Seguro Medico de cada niño(a) con su aplicación).	❑ Si ❑ No	❑ Si ❑ No	❑ Si ❑ No
5. a. ¿Alguno de estos niños (as) han perdido cobertura medica en los pasados tres meses? (Si contesto "Si", necesitara enviar con su aplicación una notificación, indicando su numero de Póliza, Nombre de la Compañia de Seguro y la razón por la que perdió cobertura).	❑ Si ❑ No	❑ Si ❑ No	❑ Si ❑ No
b. Fecha de vencimiento:	☐☐/☐☐/☐☐☐☐ MM/DD/AAAA	☐☐/☐☐/☐☐☐☐ MM/DD/AAAA	☐☐/☐☐/☐☐☐☐ MM/DD/AAAA
6. ¿Este niño(a) recibe servicios de "Cuidados Especiales para Niños?	❑ Si ❑ No	❑ Si ❑ No	❑ Si ❑ No
7. Nosotros queremos asegurarnos que su niño(a) reciba la cobertura que sea especialmente para ellos. Favor de contestar las siguientes preguntas:			
a. ¿Este niño(a) esta diagnosticado con alguna condición medica (incluyendo Embarazo) o Incapacidad? (Si la niña esta embarazada favor de llenar el cuestionario de "HealthyTNBabies").	❑ Si ❑ No	❑ Si ❑ No	❑ Si ❑ No
b. Si contesto "Si", ¿Que tipo de Condición o Incapacidad?	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
c. ¿Alguna vez le han negado ayuda económica de "Seguro Social Complementario (SSI) para este niño(a)?	❑ Si ❑ No	❑ Si ❑ No	❑ Si ❑ No
8. ¿Algunos de los Padres de este niño trabaja para el Estado o Gobierno Local?	❑ Si ❑ No	❑ Si ❑ No	❑ Si ❑ No
9. a. ¿Usted recibe "Manutención para este niño(a)?	❑ Si ❑ No	❑ Si ❑ No	❑ Si ❑ No
b. ¿Si respondió "Si", Que cantidad recibe al mes por cada niño(a)?	☐☐☐☐☐☐.☐☐	☐☐☐☐☐☐.☐☐	☐☐☐☐☐☐.☐☐
10. a. ¿Este niño(a) tiene "TennCare" o "Tenncare Standard"?	❑ Si ❑ No	❑ Si ❑ No	❑ Si ❑ No
b. Si contesto "Si", ¿Cual?	❑ TennCare ❑ Tenncare Standard	❑ TennCare ❑ Tenncare Standard	❑ TennCare ❑ Tenncare Standard
c. Fecha de vencimiento de TennCare	☐☐/☐☐/☐☐☐☐ MM/DD/AAAA	☐☐/☐☐/☐☐☐☐ MM/DD/AAAA	☐☐/☐☐/☐☐☐☐ MM/DD/AAAA
d. ¿Ha usted llenado una apelación o planea llenar una?	❑ Si ❑ No	❑ Si ❑ No	❑ Si ❑ No

Si usted necesita ayuda para llenar la apllicación, favor llamar al 1.866.620.8864

(La llamada es gratis.)

◆ Fax 1-866-913-1046 ◆ TTY 1-866-447-0272 (Estas llamadas son gratis.)

Nosotros ofrecemos servicio de traducción en diferentes idiomas incluyendo Español.

Horario: Lunes a Viernes de 7 AM to 6 PM (Hora Centro)