

INSTRUCCIONES

Estimado Solicitante,

Gracias por su interés en los programas de Delaware Screening for Life (SFL) y Health Care Connection (HCC). Para poder determinar su elegibilidad para los programas de SFL y HCC, favor de completar y firmar la solicitud adjunta e incluir la información **requerida** debajo.

DOCUMENTOS REQUERIDOS

Solicitud de Inscripción Completada y Firmada (preguntas que no le pertenezcan, por favor escribir N/A)

Prueba de Exención ó Inelegibilidad del Mercado de Seguro Médico (Solamente HCC)

Prueba de Ingresos de la Familia* (proporcione una copia de todas las que apliquen)

- Si usted o/y su esposo(a) trabaja, proporcione prueba de las últimas 4 semanas de ingresos (talonarios)
- Si usted es autónomo, proporcione su más reciente declaración de impuestos con todas las secciones
- Si le han denegado Medicaid recientemente, por favor proporcione copia de la carta de denegación (todas las páginas)
- Si recibe desempleo, Seguro Social o Discapacidad, proporcione la carta de aprobación indicando su ingreso
- Si usted no tiene ingreso, por favor proporcione una carta ó declaración de apoyo del individuo que lo (a) está apoyando financieramente

**Un hogar consiste de usted (el cliente), su esposo(a), y niños menores de 18 años que estén bajo su tutela legal. Todos los demás que no cumplan con esta descripción no deberían incluirse en su aplicación.*

Prueba de Residencia del Estado de Delaware (por favor proporcione una copia de lo siguiente):

- Licencia de conducir de Delaware o tarjeta de Identificación de Delaware (las personas que no son ciudadanos pueden proveer esto pero también deben de proveer una copia de la visa)
- Factura de utilidad con su dirección física
- Contrato de arrendamiento ó alquiler
- Si tiene un apartado postal, por favor proporcione prueba de la dirección física
- Si vive con un miembro de su familia u otra persona que lo(a) está apoyando, por favor de proveer una carta o declaración que verifique su dirección

Prueba de Ciudadanía, Solamente para las personas que no son ciudadanos: (por favor proporcione copia de los siguientes):

- Su VISA y Pasaporte Extranjero (si el pasaporte está disponible), o
- Tarjeta de Residencia Permanente (Immigrant Visa)

Prueba de gastos de cuidado de niños, si es aplicable - proporcione una factura mensual de cuidado de niños ó copia de las últimas 4 semanas de cheques cancelados al proveedor de cuidado de niños

Para su conveniencia, incluimos un sobre prepagado y autodirigido a nuestra dirección. Si desea, puede enviarlo su solicitud y los documentos requeridos por fax al 302-741-9049 o por correo electrónico a:

DHSS_DPH_Healthaccessde@state.de.us.

Si usted tiene alguna pregunta, por favor de comunicarse con SFL/HCC al 302-744-1040, Lunes-Viernes 8:00am-4:30pm.

Gracias, Especialista de Inscripción de SFL/HCC