

Inscríbase llenando esta solicitud y el formulario de Necesidades de servicios de salud y envíelos por correo tan pronto como sea posible en el sobre con portes pagados incluido, a *HealthChoice*, P.O. Box 857, Lanham, MD 20703-0857



O, inscríbase llamando al número gratis de Maryland Health Connection, **1-855-642-8572**. Antes de llamar, tenga listos todos los números de asistencia médica y sus respuestas a las preguntas sobre necesidades de servicios de salud.

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

Para inscribirse por correo, complete la información siguiente de usted mismo como jefe de familia y de cada familiar elegible.

1. Información sobre usted y sus familiares	Jefe de la familia	Familiar 1	Familiar 2
Nombres			
Números del Seguro Social			
Números de asistencia médica			
Fechas de nacimiento			
2. Información sobre sus selecciones			
Médico o clínica elegidos			
Dirección del médico o clínica			
MCO elegida			
3. Información sobre otros seguros de salud ¿Usted o algún familiar tienen cobertura de algún otro seguro de salud o Medicare? Si es "Sí" ¿cuál es el nombre de la compañía aseguradora?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4. Información de idiomas Idioma principal del hogar (haga un círculo alrededor de uno) Inglés Español Vietnamita Francés Otro _____	6. Contacto de emergencia Nombre: _____ Apellido: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: (____) _____ - _____ Parentesco: _____		
5. Información del trabajador de casos de DSS Nombre: _____ Apellido: _____ Oficina: _____ Teléfono: (____) _____ - _____			

Si tiene dirección o número de teléfono nuevos, por favor escríbalos abajo.

Firma _____ Fecha _____

Mi firma dice que he leído y entiendo la Declaración de entendimiento de la parte de atrás de este formulario.

Inscríbase llenando esta solicitud y el formulario de Necesidades de servicios de salud y envíelos por correo tan pronto como sea posible en el sobre con portes pagados incluido, a *HealthChoice*, P.O. Box 857, Lanham, MD 20703-0857



The Maryland Department of Health

O, inscríbase llamando al número gratis de Maryland Health Connection, **1-855-642-8572**. Antes de llamar, tenga listos todos los números de asistencia médica y sus respuestas a las preguntas sobre necesidades de servicios de salud.

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

Para inscribirse por correo, complete la información siguiente de usted mismo como jefe de familia y de cada familiar elegible.

1. Información sobre usted y sus familiares	Familiar 3	Familiar 4	Familiar 5
Nombres			
Números del Seguro Social			
Números de asistencia médica			
Fechas de nacimiento			
2. Información sobre sus selecciones			
Médico o clínica elegidos			
Dirección del médico o clínica			
MCO elegida			
3. Información sobre otros seguros de salud ¿Usted o algún familiar tienen cobertura de algún otro seguro de salud o Medicare? Si es "Sí" ¿cuál es el nombre de la compañía aseguradora?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4. Información de idiomas Idioma principal del hogar (haga un círculo alrededor de uno) Inglés Español Vietnamita Francés Otro _____	6. Contacto de emergencia Nombre: _____ Apellido: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: (____) _____ - _____ Parentesco: _____		
5. Información del trabajador de casos de DSS Nombre: _____ Apellido: _____ Oficina: _____ Teléfono: (____) _____ - _____			

Si tiene dirección o número de teléfono nuevos, por favor escríbalos abajo.

Firma _____ Fecha _____

Mi firma dice que he leído y entiendo la Declaración de entendimiento de la parte de atrás de este formulario.