IOWA Health and Human Services

Solicitud para el Programa Pago de Prima del Seguro Médico

El programa HIPP le reintegra el costo de las primas del seguro médico si la relación costo-beneficio es buena para cubrir a los miembros de su grupo familiar que califiquen para Medicaid. Complete esta solicitud para averiguar si califica para recibir reintegro. Si desea hacer preguntas o necesita ayuda para llenar la solicitud, llame al teléfono 515-974-3282 o al 1-888-346-9562 (llamada gratuita).

Responda las preguntas sobre la persona a cuyo nombre está el seguro médico (el titular).

Nombre del titular	Teléfono particular Teléfono laboral
Calle	Ciudad, Estado, Código Postal
Dirección postal (si es diferente)	Ciudad, Estado, Código Postal

Nombre a todas las personas que viven en su hogar – comience con el titular.

Nombre (Apellido, primer nombre)	Fecha de nacimiento Mes/Día/Año	Parentesco con el titular	Número del Seguro Social	Nº. ident. estatal de Medicaid
		Titular		

Información sobre la compañía de seguro médico

Nombre de la compañía aseguradora	Número de la póliza

Marque el tipo de seguro médico que tiene:

☐ Plan del empleador – Nombre del empleador _____

☐ Póliza COBRA – Nombre del empleador _____

☐ Póliza personal o particular – Póliza que se contrata directamente con un agente de seguros y que cubre a los familiares elegibles para Medicaid.

Firma del solicitante	Fecha

HIPP Unit, PO Box 36476, Des Moines IA 50315
Fax: (515) 725-0725
Email: hipp@hhs.iowa.gov