



## Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program Application (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 (      )<br>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<br>(Apellido, primer nombre) | Fecha de nacimiento<br>Mes/Día/Año | Parentesco con<br>el titular | Número del<br>Seguro Social | Nº. ident. estatal<br>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 |
|-----------------------|-------|