

Iowa Department of Human Services

MEDICAID REFERRAL
(DERIVACIÓN A MEDICAID)

Condado No. _____

Asistente No. _____

Fecha de derivación _____

Cliente (Niño/a) _____

S.S. No. _____

A cargo de/Familiar _____

Domicilio _____

Para garantizar que se continúe con la prestación de servicios a los niños de Iowa, invitamos a usted y a su familia a solicitar su inclusión en el programa Medicaid (programa de asistencia médica del gobierno para personas de pocos recursos).

Su cooperación nos ayudará a optimizar la utilización del dinero del estado y los fondos federales para la provisión de servicios.

Si se determina que es elegible para participar en dicho programa, Medicaid cubrirá no solo el costo de los servicios sociales sino también los servicios médicos para su familia (es decir, médico, hospital, farmacia, odontología, etc.).

Por favor, complete la solicitud adjunta y entréguela en la oficina del Department of Human Services del condado dentro del plazo de diez días. Posteriormente se programará una entrevista. Usted deberá presentar comprobantes de sus ingresos y recursos familiares como así también los números de seguridad social de todos los integrantes de su familia.

El domicilio y el número telefónico de la oficina de DHS de su condado es el siguiente:

()
()
()
()

Sello del condado

Copia 1: Cliente Copia 2: Unidad IM del condado Copia 3: Expediente del caso