

**ESTADO DE NUEVA YORK  
OFICINA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDADES DEL DESARROLLO**

**CUESTIONARIO SOBRE EL SEGURO DE SALUD  
PARA PROGRAMAS NO RESIDENCIALES**

Para:

Fecha \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_  
N.º TABS \_\_\_\_\_  
Establecimiento \_\_\_\_\_

La información solicitada es necesaria para determinar la posible procedencia de los reembolsos para el pago de los servicios prestados a la persona.

Compare todas las secciones marcadas. Si el espacio no es suficiente, utilice otra hoja.

¿CUENTA CON UN SEGURO DE SALUD?  Sí  No

Si la respuesta es afirmativa, ponga la información para los ítems seleccionados:

Si la casilla está marcada, envíe una copia del contrato de seguro u otra documentación donde se detalle la cobertura.

Asegurado (titular de la póliza)

Nombre	Dirección
--------	-----------

Empleador del asegurado

Nombre	Dirección
--------	-----------

Asegurado  MASCULINO  FEMENINO Relación del individuo con la persona asegurada  ASEGURADO   
CÓNYUGE  HIJO  OTRO

	Nombre y dirección de la compañía de seguros	N.º póliza	N.º de grupo
<input type="checkbox"/> Blue Cross			
<input type="checkbox"/> Seguro médico importante			
<input type="checkbox"/> Plan para empleados			
<input type="checkbox"/> Plan sindical			
<input type="checkbox"/> Individual			
<input type="checkbox"/> Otro			

<input type="checkbox"/> MEDICARE	Nombre del beneficiario de Medicare	Reclamación de Medicare N.º	Fecha de vigencia del seguro de Medicare

LA VERACIDAD Y EXACTITUD DE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA ESTÁ CERTIFICADA.  
Teléfono: Domicilio particular \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_  
Domicilio laboral \_\_\_\_\_  
SI FIRMAN AMBOS PADRES  
Fecha: \_\_\_\_\_  
INDICAR LA RELACIÓN CON EL INDIVIDUO