

Departamento de Medicaid de Ohio
LISTA DE VERIFICACIÓN DE HEALTHY START/ HEALTHY FAMILIES
[INICIO SALUDABLE/ FAMILIAS SALUDABLES]

Nombre	Representante Autorizado
Dirección	No. de Caso
Ciudad, Estado, Zona Postal	Fecha de Solicitud

Presente los artículos que se indican a continuación para que podamos completar su solicitud. Por favor, envíelos por correo en el sobre para el _____ o no podremos finalizar su solicitud.

Si usted no puede obtener los artículos indicados a continuación o si tiene preguntas, podemos ayudarle.

- Ingresos** - Envíe comprobantes que indiquen cuanto dinero recibe usted:
 - Manutención de hijos
 - Compensación por desempleo
 - Ingresos por incapacidad
 - Ingresos del seguro social
 - Talones de cheques
 - Planilla C de su declaración de impuestos
 - Declaración del empleador
 - Otro _____

- Ciudadanía de los Estados** - Para todas las personas que deseen Healthy Start/ Healthy Families [Inicio Saludable/ Familias Saludables], nosotros necesitamos:

- Condición de Extranjero** - Para todas las personas que deseen Healthy Start/ Healthy Families [Inicio Saludable/ Familias Saludables], nosotros necesitamos:

- Embarazo** - Envíe una nota de su doctor o enfermera con: Cantidad de niños que espera Para cuando espera

- Seguro de Salud** - Envíe una copia de la tarjeta de su seguro de salud (de adelante y de atrás).

- Otro** _____

Si hay algún cambio en cuanto a su dirección o número de teléfono, por favor indíquelo aquí.

Trabajador de Elegibilidad	Distrito/ Identificación	Teléfono
----------------------------	--------------------------	----------