



FAMIS Select - Solicitud

¿Qué es FAMIS Select? FAMIS Select es un programa voluntario que da a familias con hijos aprobados en FAMIS más flexibilidad y opciones de cobertura de atención médica familiar. FAMIS Select puede ayudar a familias a pagar parte del costo del seguro de salud laboral o privado, en lugar de inscribir a los hijos en FAMIS.

INSTRUCCIONES: Esta solicitud debe ser completada por el beneficiario de la póliza o la persona titular del plan de seguro. Escriba toda la información en letra de imprenta y asegúrese de que la solicitud esté completa. La inscripción en FAMIS Select entrará en vigencia el mes después de que su solicitud haya sido aprobada. Lea las instrucciones detalladas en el reverso de esta solicitud. **Para que se procese la solicitud, debe adjuntar un comprobante de pago del seguro.** Cuando haya respondido a todas las preguntas, firme la solicitud y envíela a: **FAMIS Select Unit, DMAS, Suite 1300, 600 East Broad Street, Richmond, VA. 23219.** Teléfono: (804) 786-7024 (área de Richmond), 1- 888-802-5437 (resto del Estado) o por fax al (804) 225-3961.

SECCIÓN 1: Información Personal del Solicitante (Beneficiario)

Nombre:		Número de Seguro Social (No obligatorio):		
Dirección (calle, casilla postal, etc.):				
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Nº de teléfono de la Casa () Nº de teléfono del Trabajo ()	

SECCIÓN 2: Información sobre la póliza de seguro de salud

Nombre y dirección de la compañía de seguros:	Plan Laboral <input type="checkbox"/> Plan de seguro privado <input type="checkbox"/> Fecha que entro en vigencia: / / Nº de Póliza
Marque los beneficios que cubre su plan:	
<input type="checkbox"/> Visitas al médico <input type="checkbox"/> Controles de rutina para niño <input type="checkbox"/> Atención dental <input type="checkbox"/> Atención de hospital y de emergencia <input type="checkbox"/> Vacunas <input type="checkbox"/> Atención de la vista <input type="checkbox"/> Laboratorio y rayos X <input type="checkbox"/> Medicamentos con receta <input type="checkbox"/> Atención de la Salud Mental <input type="checkbox"/> Otro (Explique si la póliza tiene algún beneficio especial o limitado, por ejemplo, sólo en caso de accidentes o sólo para cáncer)	

Nota: El empleado debe solicitar la contribución total de la prima completa del empleador.

SECCIÓN 3: Escriba TODOS los miembros de su familia que están cubiertos por el plan. Marque si están aprobados en FAMIS

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	PARENTESCO	INSCRITOS EN FAMIS
			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

SECCIÓN 4: Información sobre la prima del seguro (el monto que paga el beneficiario no incluye la contribución del empleador)

Monto pagado por el seguro de salud Por cheque de pago \$	Monto pagado por el seguro dental Por cheque de pago \$	Monto pagado por el seguro de la visión Por cheque de pago \$	Número de períodos de pago 24 <input type="checkbox"/> 26 <input type="checkbox"/> 52 <input type="checkbox"/> 10 meses de empleado <input type="checkbox"/>
Planes de Seguro Privados Monto pagado por el seguro de salud Por mes \$	Monto pagado por el seguro dental Por mes \$	Monto pagado por el seguro de la visión Por mes \$	

Descargo de responsabilidad: El programa FAMIS Select no proveerá asistencia con el pago de las primas a padres sin custodia que han sido ordenados por la corte a proveer asistencia médica.

Firma del beneficiario:	Fecha:
Firma del Padre que posee la Custodia: (si no es el beneficiario)	Fecha:

FAMIS *Select* – Instrucciones para la Solicitud

¿Cómo presento mi solicitud?

Para empezar, sólo llene la solicitud. Si tiene alguna duda, comuníquese con FAMIS *Select* al teléfono (804) 786-7024 o al número gratuito 1-888-802-5437

Sección 1: Información Personal del Solicitante (Beneficiario): El beneficiario es la persona

que tiene el plan de seguro. Complete esta sección con su nombre, dirección, número de seguro social (SSN) (no obligatorio), ciudad/condado de residencia y números de teléfono (de su casa y su trabajo).

Sección 2: Información sobre la Póliza de Seguro de Salud:

Complete esta sección con el nombre y la dirección de su compañía/plan de seguro de salud, verifique si su plan es un plan por empleo o privado, e incluya la fecha que entro en vigencia y el número de póliza. En la casilla siguiente, marque los beneficios que cubre su plan.

Nota: El solicitante que complete este formulario y reciba el seguro de salud por su empleo debe solicitar la contribución completa disponible del empleador.

Sección 3: Escriba TODOS los miembros de su familia que están cubiertos por el plan y marque si están aprobados en FAMIS:

Proporcione la información sobre todos los miembros de su familia, incluyendo los adultos, que serán cubiertos por el plan de salud del empleo del solicitante o plan privado. Escriba el nombre de cada persona, la fecha de nacimiento,

su parentesco con esa persona y si es un hijo, marque si está aprobado en FAMIS.

Sección 4: Prima de seguro para la cobertura de salud y dental: Escriba en la sección “monto pagado” por el beneficiario por cada cheque el seguro de salud y dental. A continuación, marque la casilla que indica el número de periodos de pago por año. *Para que se procese la solicitud, debe adjuntar un comprobante de pago del seguro.*

Firma: Si usted es el beneficiario, firme en la primera línea. Si el beneficiario no es el padre que posee la custodia, en la primera línea debe firmar el padre que tiene la custodia.

NOTA: Si el niño tiene actualmente un plan de cobertura de seguro, adjunte a la solicitud el talón de pago o comprobante de pago del seguro. Si el niño no tiene cobertura, envíe un comprobante de pago tan pronto como reciba la aprobación de FAMIS *Select* y obtenga cobertura ya sea del empleador o plan privado.

Lista de verificación final:

- ¿Respondió a todas las preguntas?
- ¿Adjuntó el talón de pago o comprobante de pago del plan de seguro? (si su hijo está inscrito a un plan de salud)
- ¿Firmó la solicitud?

**Envíe por correo a FAMIS *Select*
600 East Broad Street, Suite 1300
Richmond, VA 23219, o por fax al (804) 225-3961.**

Envíe todos los meses a FAMIS *Select* el talón de pago indicando el pago del seguro o el comprobante de pago del seguro de salud privado. Es muy importante que informe INMEDIATAMENTE cualquier cambio en su cobertura de atención médica a FAMIS *Select*. El hecho de no hacerlo podría causar que se realicen pagos duplicados al Departamento de Virginia de Servicio de Asistencia Médica.

AYÚDENOS A MANTENER A SUS NIÑOS CUBIERTO. INFÓRMENOS SI CAMBIA DE TRABAJO, RENUNCIA A SU PLAN DE SEGURO O CAMBIA DE DOMICILIO (LOS CHEQUES NO PUEDEN SER REENVÍADOS), O ADQUIERE UN NUEVO PLAN.