

**MEDICAID, BADGERCARE PLUS Y FAMILY PLANNING SERVICES  
SOLICITUD DE REGISTRO  
REGISTRATION APPLICATION**

Al completar este formulario se establecerá la fecha de su solicitud para obtener los beneficios de Medicaid, BadgerCare Plus y Family Planning Waiver. Para fijar dicha fecha, sólo debe completar la parte inferior del formulario. No obstante, para poder recibir beneficios, es necesario completar todo el proceso de solicitud de Medicaid, BadgerCare Plus y Family Planning Waiver. Le notificaremos en 30 días si reúne o no los requisitos de inscripción.

Es importante fijar la fecha de la solicitud lo antes posible, ya que si usted reúne los requisitos de inscripción, recibirá beneficios a partir de dicha fecha solamente. Los beneficios de Medicaid para algunos de los planes de BadgerCare Plus pueden ser retroactivos hasta tres meses antes de la fecha de solicitud, si usted está inscrito. Algunos beneficios de BadgerCare Plus y Family Planning Waiver **no pueden** ser retroactivos.

Usted puede solicitar por Internet en [access.wi.gov](http://access.wi.gov), por correo, por teléfono o personalmente. Si decide hacerlo por correo, puede obtener la solicitud de Medicaid o BadgerCare Plus de Wisconsin de su agencia local. Si desea concertar una cita para solicitar los beneficios personalmente o por teléfono, comuníquese con la agencia.

Si necesita un intérprete u otro tipo de asistencia para completar este formulario, no dude en pedirla. Puede designar a otro adulto para que actúe como un representante autorizado y complete el proceso de solicitud. Usted será responsable de toda información suministrada, incluso si un representante autorizado completa el proceso de solicitud en su nombre.

Familiarícese con la información general acerca de Medicaid, BadgerCare Plus o Family Planning Waiver como también con sus derechos y deberes en el "ForwardHealth Enrollment and Benefits Handbook" (Formulario P-00079S). Si no tiene uno, solicítelo en su agencia. Si tiene alguna duda sobre sus derechos y deberes, pida información al respecto a ellos.

-----  
**Instrucciones para el solicitante:** Utilice sólo tinta azul o negra. No complete el área sombreada. Conforme a la ley de Wisconsin, artículo 49.45 (4), la información personal identificable se emplea solamente para la administración de los programas Medicaid y BadgerCare Plus.

\*Solicitar o proporcionar el número de *Social Security* (SSN) es voluntario. Sin embargo, quienes deseen acceder a los beneficios de Medicaid y/o BadgerCare Plus de Wisconsin pero no proporcionen ni soliciten un SSN, no podrán ser elegibles para obtener dichos beneficios, conforme a la ley de Wisconsin, artículo 49.82(2). El SSN permite realizar una verificación computarizada de la información que usted suministra con entidades gubernamentales, tales como el *Internal Revenue Service* (IRS), la *Social Security Administration* (SSA) federal y el *Department of Workforce Development* de Wisconsin. Además, los programas BadgerCare Plus y Medicaid compararan su nombre y SSN con la información provista por proveedores de seguros de salud para determinar si usted tiene otro seguro.

RFA / Case Number	Número de <i>Social Security</i> *	Fecha de nacimiento (mm/dd/aa)	Sexo (marque una opción) <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Nombre del solicitante (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)		Número de teléfono	
Domicilio (calle, ciudad, estado, código postal)			
FIRMA del solicitante		Fecha de la firma	

**Conserve la parte superior de la página como constancia. Envíe la parte inferior de este formulario de solicitud a:** (La agencia debe poner aquí un sello o escribir la dirección adonde debe enviar el formulario.)

--