

**SOLICITUD DE EXENCIÓN DE HMO DEL PROGRAMA BIRTH TO 3**  
**BIRTH TO 3 PROGRAM HMO EXEMPTION REQUEST**

**CONDADO DE** \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES:** Tiene que completar este formulario si desea solicitar que un niño elegible para el programa Birth to 3 de Wisconsin sea exento de la inscripción en una organización para el mantenimiento de la salud (HMO) de BadgerCare Plus. Se requiere el número de Seguro Social (si está disponible) según DHS 103.03 (4), Wis. Admin. Code. La información de identificación personal sobre los solicitantes y los destinatarios de BadgerCare Plus es confidencial y se usa solo para la administración del programa BadgerCare Plus. Si no se completa toda la información solicitada en el formulario, se podría denegar la solicitud de exención.

Complete todas las páginas del formulario y escriba o imprima claramente. Para preguntas sobre una exención, llame al Especialista de inscripción de la HMO al **800-291-2002**. Las copias de los resultados de la evaluación y el Plan de Servicio Familiar Individualizado (IFSP por sus siglas en inglés) tienen que ponerse a disposición del Department of Health Services de ser solicitados.

**Envío del formulario**

Envíe su formulario completo por correo electrónico:

Wisconsin HMO Enrollment Broker Maximus

[Birthtothree@maximus.com](mailto:Birthtothree@maximus.com)

**SECCIÓN 1**

**Información sobre la persona que solicitó la exención**



Nombre del miembro a ser exento (Nombre, Apellido, Inicial )		Fecha de nacimiento del miembro	
Identificación de Medicaid / número de Seguro Social del miembro			
Nombre del jefe de familia		Identificación de Medicaid / número de Seguro Social del jefe de familia	
Dirección del jefe de familia		Número de teléfono del jefe de familia	
Ciudad		Estado	Código postal
Nombre de la agencia que completa la evaluación del programa Birth to 3		Fecha de la evaluación	

**SECCIÓN 2**

**Declaraciones de entendimiento y firmas**



Me gustaría que el programa BadgerCare Plus exima al miembro mencionado anteriormente de la inscripción en una HMO. Al firmar a continuación, estoy indicando, bajo pena de perjurio y juramento falso, que la información que proporcioné en este formulario es verdadera.

	<b>FIRMA</b> – Jefe de familia	Fecha de la firma
Nombre y apellido en letra de molde		Número de teléfono
	<b>FIRMA</b> – Representante de la agencia que completa el formulario	Fecha de la firma
Nombre y apellido en letra de molde		Número de teléfono
	<b>FIRMA</b> – Coordinador del programa Birth to 3 del condado	Fecha de la firma
Nombre y apellido en letra de molde		Número de teléfono