

Formulario de Confirmación de Solicitud de Elegibilidad

Para cumplir con los nuevos requisitos de CMS, debo revisar sus resultados de elegibilidad antes de enviar la solicitud y revisar toda la información y los requisitos y asegurarme de que los comprenda.

Fecha de Solicitud/Revisión: _____

Problemas en la Comparación de Datos Encontrado en la Solicitud de Elegibilidad (si corresponde):

Verificar Ciudadanía:	Fecha de Vencimiento:_____
Verificar Estatus Migratorio:	Fecha de Vencimiento:_____
Verificar Ingreso Familiar:	Fecha de Vencimiento:_____
Verificar Antecedentes Penales:	Fecha de Vencimiento:_____
Verificar el Estatus de Indio Americano/Nativo de Alaska:	Fecha de Vencimiento:_____
Verificar Que No Haya Cobertura Laboral Mínima Esencial:	Fecha de Vencimiento:_____
Verificar el Número de Seguro Social	Fecha de Vencimiento:_____

Solicitantes que califican para otra cobertura (Medicaid o C.H.I.P.):

Nombre	Fecha de Nacimiento	SSN	Medicaid or C.H.I.P	
			Medicaid	C.H.I.P

Yo _____ (**Nombre del cliente**) verifico que mi agente _____ (**Nombre del agente**) revisó mi documento de resultados de elegibilidad conmigo presente y leyó todas las certificaciones necesarias. También verifico que los montos de mi prima mensual y subsidio sean correctos y que fui informado de cualquier acción necesaria que deba tomarse una vez presentada la solicitud para mantener la póliza vigente. Entiendo toda la información que se me proporcionó y comprendo que se me enviará por correo electrónico una copia de los resultados de elegibilidad junto con los detalles de mi plan una vez que finalice esta reunión.

Firma del Agente: _____

Fecha: _____

Firma del Cliente _____

Fecha: _____