

**CONTRA COSTA HEALTH SERVICES  
APPLICATION FOR HEALTH COVERAGE**

**BASIC HEALTH CARE • HEALTH COVERAGE INITIATIVE • MEDI-CAL EXPANSION • CHARITY • DISCOUNT**

LAST NAME		FIRST NAME		MIDDLE NAME	DATE OF BIRTH	AGE
SOCIAL SEC. - LEAVE BLANK IF NONE			GENDER		ETHNICITY	
HOME ADDRESS			CITY / STATE / ZIP		HOME PHONE (    )	
MAILING ADDRESS			CITY / STATE / ZIP		CELL PHONE (    )	
YOUR MAIDEN NAME		YOUR MOTHER'S MAIDEN NAME		NUMBER OF IMMEDIATE FAMILY MEMBERS LIVING IN YOUR HOME _____. (COUNT SELF, SPOUSE AND CHILDREN - IF APPLICANT IS A CHILD COUNT CHILD, PARENTS, AND BROTHERS AND SISTERS.)		
MARITAL STATUS <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Widowed <input type="checkbox"/> Separated <input type="checkbox"/> Domestic Partner			NAME OF SPOUSE OR DOMESTIC PARTNER		SPOUSE LIVES WITH YOU <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
U.S. CITIZEN _____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes - CITY & STATE WHERE BORN			IF NATURALIZED, CERT.#		PRIMARY LANGUAGE	
PERMANENT RESIDENT ALIEN CARD OR I-94 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes - <b>Card #:</b> _____ <b>Issue Date:</b> _____ <b>Exp. Date:</b> _____ IF YES, HAVE YOU LIVED IN THE UNITED STATES CONTINUOUSLY FOR THE PAST 5 YEARS? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No						
COUNTRY WHERE BORN			STUDENT OR VISITORS VISA <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes - <b>Exp. Date:</b> _____			

**ELIGIBILITY SCREENING FOR PUBLIC OR PRIVATE HEALTH INSURANCE**

Do you have any medical insurance?.....  **Yes**  **No**  
**If no**, have you had medical insurance in the past 3 months other than Medi-Cal? .....  **Yes**  **No**  
**If Yes**, is your insurance an HMO / PPO? .....  **Yes**  **No**

Name of Insurance \_\_\_\_\_ Group # \_\_\_\_\_ Policy # \_\_\_\_\_  
Billing Address \_\_\_\_\_ City/State/Zip \_\_\_\_\_  
Subscriber's Name \_\_\_\_\_ SS No. \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Are you now receiving Medi-Cal or Medicare? **MEDI-CAL OR MEDICARE #** \_\_\_\_\_  **Yes**  **No**  
Are you now receiving Social Security Disability or SSI? **DATE STARTED RECEIVING** \_\_\_\_\_  **Yes**  **No**  
Are you pregnant? .....  **N/A**  **Unknown**  **Yes**  **No**  
Are you a refugee living in the U.S. for less than 9 months?.....  **Yes**  **No**  
Are you now disabled? .....  **Yes**  **No**  
**If Yes**, have you been or do you expect to be disabled for 1 year or longer? .....  **Yes**  **No**  
Have you applied for Social Security Disability or SSI? **DATE APPLIED** \_\_\_\_\_  **Yes**  **No**  
Have you applied for Medi-Cal because you are disabled? **DATE APPLIED** \_\_\_\_\_  **Yes**  **No**

Do you have children living in your home who are under 21 years of age? .....  **Yes**  **No**  
**If Yes**, are both parents living in the home? .....  **Yes**  **No**  
If both parents live in the home, are both parents working full-time? .....  **Yes**  **No**  
Is either parent unemployed or temporarily unable to work for 30 days or more or working part-time?.....  **Yes**  **No**  
Is either parent legally blind or permanently disabled? .....  **Yes**  **No**  
If you are not the parent, are you a relative of the child(ren) and have legal custody? .....  **Yes**  **No**

**INCOME, ASSETS & REAL PROPERTY**

**IF THE APPLICANT IS A CHILD, USE PARENTS' INCOME/ASSETS FOR ALL FINANCIAL QUESTIONS ON THIS FORM**

**List employment information below for both you and your spouse (or for your parents).**

If you have more than one job, attach a separate piece of paper with that information.

**If you do not work, tell us where and when you worked last:**

**WHERE \_\_\_\_\_ WHEN \_\_\_\_\_**

	YOUR (OR PARENT'S) JOB INFORMATION	SPOUSE'S (OR PARENT'S) JOB INFORMATION
<b>EMPLOYER'S OR BUSINESS NAME</b>		
<b>EMPLOYER'S OR BUSINESS ADDRESS</b>		
<b>TYPE OF EMPLOYMENT</b>		
<b>GROSS EARNINGS PERPAY PERIOD (INCLUDE TIPS)</b>		
<b>HOW OFTEN PAID</b>	<input type="checkbox"/> Monthly <input type="checkbox"/> Twice a Month <input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> Every 2 Weeks	<input type="checkbox"/> Monthly <input type="checkbox"/> Twice a Month <input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> Every 2 Weeks

Complete this section if you are self-employed

ADJUSTED GROSS INCOME/LAST TAX STMT	INCOME CHANGE SINCE LAST TAX STATEMENT	ESTIMATED ANNUAL PROFIT	CHECKING/SAVINGS BUS. ACCT. BALANCE	AVERAGE ANNUAL CASH BUS. EXPENSES
\$ _____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	\$ _____	\$ _____	\$ _____

Please list the amount of income you or your spouse (parents of child) receive monthly from any of the following:

If you have no source of income or support, please enclose a written statement as to how you are supporting yourself.

- |   |  |                                      |
|---|--|--------------------------------------|
| <b>A.</b> \$ _____ Child Support          | <b>G.</b> \$ _____ Railroad Retirement   | <b>M.</b> \$ _____ Strike Benefits   |
| <b>B.</b> \$ _____ General Assistance     | <b>H.</b> \$ _____ Soc. Sec. Disability  | <b>N.</b> \$ _____ Training Payments |
| <b>C.</b> \$ _____ Interest Earned Income | <b>I.</b> \$ _____ Soc. Sec. Retirement  | <b>O.</b> \$ _____ Unemployment      |
| <b>D.</b> \$ _____ IRA                    | <b>J.</b> \$ _____ Spousal Support       | <b>P.</b> \$ _____ Workers Comp.     |
| <b>E.</b> \$ _____ Loans or Grants        | <b>K.</b> \$ _____ SSI / SSP             | <b>Q.</b> \$ _____ Other _____       |
| <b>F.</b> \$ _____ Pension                | <b>L.</b> \$ _____ State Disability Ins. |                                      |

Are you homeless? .....  **Yes**    **No**

Do you live with someone who provides you with free room and board? .....  **Yes**    **No**

**If Yes,** Name \_\_\_\_\_ Relationship \_\_\_\_\_  
 Address \_\_\_\_\_ City/State/Zip \_\_\_\_\_

Please list below the amount of all liquid assets for you & your spouse (parents of child):

- |   |                                      |   |
|---|--------------------------------------|---|
| <b>A.</b> \$ _____ Checking             | <b>E.</b> \$ _____ IRAs              | <b>I.</b> \$ _____ Mortgages            |
| <b>B.</b> \$ _____ Savings/Credit Union | <b>F.</b> \$ _____ 401K / Retirement | <b>J.</b> \$ _____ Whole Life Insurance |
| <b>C.</b> \$ _____ Stocks / Bonds       | <b>G.</b> \$ _____ Trust Deeds       | <b>K.</b> \$ _____ Other _____          |
| <b>D.</b> \$ _____ Cert. of Deposit     | <b>H.</b> \$ _____ Trust Funds       |   |

Do you own **more** than one vehicle for yourself and one for your spouse? .....  **Yes**  **No**  
**If Yes**, list cars, trucks, motorcycles, boats, trailers, etc. (not used as a home).

MAKE/MODEL	YEAR	CLASS	AMT. OWED	USED AS TRANSPORTATION / EXPLAIN "NO" ANSWER
			\$	<input type="checkbox"/> <b>Yes</b> <input type="checkbox"/> <b>No:</b>
			\$	<input type="checkbox"/> <b>Yes</b> <input type="checkbox"/> <b>No:</b>
			\$	<input type="checkbox"/> <b>Yes</b> <input type="checkbox"/> <b>No:</b>

Do you or your spouse own any real property (for example, house, land, building, trailer, mobile home) that you do not live in? .....  **Yes**  **No**

**If Yes**, Description \_\_\_\_\_ Full Value FROM TAX STATEMENT \$ \_\_\_\_\_  
 Address \_\_\_\_\_ City/State/Zip \_\_\_\_\_  
 Amount Owed \$ \_\_\_\_\_ Rent collected each month \$ \_\_\_\_\_

Do you or your spouse **pay** court-ordered child / spousal support? .....  **Yes**  **No**

**If Yes**,  self  spouse paid \$ \_\_\_\_\_ this month to \_\_\_\_\_

***If I deliberately make false statements or withhold information, I may lose my coverage, be billed for all services received and be prosecuted for fraud. I declare under penalty of perjury that all the answers that I have given are true and correct. I have read, signed and received a copy of the "Rights and Responsibilities" for the Contra Costa Health Coverage program. I understand that a Financial Counselor will determine which program I qualify for and will notify me in writing.***

\_\_\_\_\_  
 SIGNATURE OF APPLICANT (PARENT)

\_\_\_\_\_  
 DATE OF APPLICATION

\_\_\_\_\_  
 IF APPLYING FOR A CHILD, PRINT NAME OF PARENT

**SERVICIOS DE SALUD DE CONTRA COSTA  
SOLICITUD PARA COBERTURA DE SALUD  
DE EL PROGRAMA DE CUIDADO BASICO DE SALUD/  
INICIATIVA DE COBERTURA DE SALUD/EXPANSIÓN DE MEDI-CAL/CARIDAD/DESCUENTO**

APELLIDO	PRIMER NOMBRE	2° NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD
NUMERO DEL SEGURO SOCIAL (Si no tiene, dejar en blanco)		SEXO	GRUPO ETNICO/RAZA	
DOMICILIO		CIUDAD/ESTADO/CODIGO POSTAL	TELEFONO DE SU CASA ( )	
DIRECCION DE CORREO		CIUDAD/ESTADO/CODIGO POSTAL	TELEFONO CELULAR ( )	
SU APELLIDO DE SOLTERA	SU APELLIDO MATERNO	NUMERO DE PERSONAS DE SU FAMILIA INMEDIATA, VIVIENDO EN LA CASA _____ (Incluya usted, esposo(a), e hijos. Si el solicitante es menor de edad, incluya al joven, sus padres y hermanos)		
ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Union Libre		NOMBRE DE SU ESPOSO(A) O PAREJA	VIVA EL/ELLA CON USTED <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
CIUDADANO _____ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI		# DE CERTIFICADO DE CIUDADANIA	SU IDIOMA PRINCIPAL ES	
RESIDENTE PERMANENTE O I-94 <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI - NUMERO DE LA TARJETA		FECHA DE EMISION	FECHA DE VENCIMIENTO	
SI CONTESTO "SI" - HA VIVIDO EN LOS ESTADOS UNIDOS CONTINUAMENTE LOS ULTIMOS 5 AÑOS? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
PAIS DONDE NACIO		TIENE VISA DE ESTUDIANTE O TURISTA <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI - FECHA DE VENCIMIENTO _____		

**PREGUNTAS PARA CALIFICAR A UNA A SEGURANZA MEDICA PUBLICA O PRIVADA**

¿Tiene aseguranza médica? .....  *Si*  *No*  
**Si no tiene** - ¿Ha tenido seguro médico en los últimos 3 meses, aparte de Medi-Cal? .....  *Si*  *No*  
**Si usted tiene** - ¿Es su seguro médico un "HMO/PPO" (cobertura asignada a un plan de salud)? .....  *Si*  *No*  
 Nombre de la Aseguranza Médica \_\_\_\_\_ Grupo \_\_\_\_\_ Póliza \_\_\_\_\_  
 Dirección para cobros \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado/Código Postal \_\_\_\_\_  
 Nombre del Miembro \_\_\_\_\_ Número del Seguro Social \_\_\_\_\_

¿Recibe beneficios de Medi-Cal o Medicare? Número del Medi-Cal o Medicare \_\_\_\_\_  *Si*  *No*  
 ¿Recibe beneficios del Seguro Social por Incapacidad o "SSI"? Fecha que comenzó \_\_\_\_\_  *Si*  *No*  
 ¿Está embarazada? .....  *No es aplicable*  *No sé* .....  *Si*  *No*  
 ¿Es refugiado viviendo en los Estados Unidos por menos de 9 meses? .....  *Si*  *No*  
 ¿Está incapacitado actualmente? .....  *Si*  *No*  
**Si contesto "SI"** - ¿Ha estado o piensa que estará incapacitado(a) por un año o más? .....  *Si*  *No*  
 ¿Ha solicitado Seguro Social de Incapacidad o "SSI"? ..... Fecha que solicitó \_\_\_\_\_  *Si*  *No*  
 ¿Ha solicitado el Medi-Cal porque está incapacitado(a)? ..... Fecha que solicitó \_\_\_\_\_  *Si*  *No*  
 ¿Tiene menores de 21 años de edad viviendo en su casa? .....  *Si*  *No*  
**Si contesto "SI"** - Viven los dos padres en la casa? .....  *Si*  *No*  
 Si los dos padres viven en la casa - ¿trabajan los dos tiempo completo, 40 horas por semana? .....  *Si*  *No*  
 ¿Está cualquiera de los padres incapacitado(a) para trabajar por 30 días o más? .....  *Si*  *No*  
 ¿Está cualquiera de los padres desempleado(a) o temporariamente sin poder trabajar por 30 días o más o trabajando sólo medio tiempo? .....  *Si*  *No*  
 ¿Está cualquiera de los padres legalmente ciego(a) o tiene alguna incapacidad permanente? .....  *Si*  *No*  
 Si usted no es el padre/la madre, ¿es pariente de el(los) niño(s) o es el/la tutor legal? .....  *Si*  *No*

**INGRESOS, PROPIEDADES & BIENES**

**SI EL SOLICITANTE ES UN MENOR DE EDAD, USE LOS INGRESOS Y BIENES DE LOS PADRES PARA CONTESTAR LAS PREGUNTAS EN ESTE FORMULARIO**

Indique información de trabajo para usted y su esposo(a) - (o de sus padres).

Si tiene mas de un trabajo, escriba la información en una pagina separada, y agréguela a esta solicitud

Si usted no trabaja, proporcione información de su último trabajo:

Dónde trabajó \_\_\_\_\_ Cuando \_\_\_\_\_

	SU/(O PADRES) INFORMACIÓN DE EMPLEO	INFORMACIÓN DEL EMPLEO DE SU ESPOSO(A) (O PADRES)
NOMBRE DEL EMPLEADOR O NEGOCIO		
DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR O NEGOCIO		
OCCUPACIÓN		
INGRESO BRUTO POR PERÍODO DE PAGO		
¿CADO CUANTO RECIBE SU PAGO?	<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada Dos Semanas	<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada Dos Semanas

Complete solamente si trabaja por su cuenta

INGRESO BRUTO AJUSTADO SEGUN SU ULTIMA DECLARACION DE IMPUESTOS	CAMBIO EN INGRESO DESDE SU ULTIMA DECLARACION DE IMPUESTOS	ESTIMACION DE GANANCIA ANUAL	SALDO DE CUENTAS DE CHEQUES, AHORRO Y NEGOCIO	PROMEDIO ANUAL DE GASTOS DE NEGOCIO EN EFECTIVO
\$ _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	\$ _____	\$ _____	\$ _____

Por favor apunte el ingreso que recibe usted o su esposo(a) cada mes proveniente de:

- |                                       |  |  |
|---------------------------------------|--|--|
| A. \$ _____ Mantenimiento de Niños    | G. \$ _____ Pensión de Ferrocarril           | M. \$ _____ Beneficios de Huelga           |
| B. \$ _____ Asistencia General        | H. \$ _____ Incapacidad de Seguro Social     | N. \$ _____ Pagos de Entrenamiento         |
| C. \$ _____ Ingreso de Interés Ganado | I. \$ _____ Retiro del Seguro Social         | O. \$ _____ Desempleo                      |
| D. \$ _____ IRA                       | J. \$ _____ Mantenimiento de Ex-Cónyugue     | P. \$ _____ Compensación para trabajadores |
| E. \$ _____ Préstamos o Becas         | K. \$ _____ SSI / SSP (Seguro Social)        | Q. \$ _____ Otro _____                     |
| F. \$ _____ Pensión                   | L. \$ _____ Seguro de incapacidad del Estado |  |

Está usted sin hogar? .....  Si     No

Vive con alguien que le proporciona alojamiento y/o comida gratis? .....  Si     No

Si la respuesta es **Si**, Nombre del proveedor \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado/Código \_\_\_\_\_

Por favor anote la cantidad de valores liquidos que tiene en las siguientes cuentas:

- |                                      |                                    |                            |
|--------------------------------------|------------------------------------|----------------------------|
| A. \$ _____ Cheques                  | E. \$ _____ IRA                    | I. \$ _____ Hipotecas      |
| B. \$ _____ Ahorros/Union de Crédito | F. \$ _____ 401K / Retiro          | J. \$ _____ Seguro de Vida |
| C. \$ _____ Acciones/Bonos           | G. \$ _____ Escrituras Fiduciarias | K. \$ _____ Otros _____    |
| D. \$ _____ Cert. de Depósito        | H. \$ _____ Fondo Fiduciarios      |                            |

Usted o su esposo(a), ¿son dueños de más de un vehículo cada uno? .....  **Si**     **No**  
 Si la respuesta es **Si**, anote los autos, camionetas, motocicletas, barcos, trailers, etc. (que no se usen como hogar).

MARCA/MODELO	AÑO	CLASE	CUANTO DEBE	SI USA PARA TRANSPORTE/EXPLIQUE SI RESPONDE "NO"
			\$	<input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No:</b>
			\$	<input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No:</b>
			\$	<input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No:</b>

Usted o su esposo(a) ¿son dueños de propiedades o inmuebles (por ejemplo, casa, terreno, edificio, trailer) en los cuales ustedes no viven? .....  **Si**     **No**

Si la respuesta es **Si**, Descripción \_\_\_\_\_ Valor Completo SEGUN LA DECLARACION DE IMPUESTOS \$ \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado/Código Postal \_\_\_\_\_  
 ¿Cuánto debe \$ \_\_\_\_\_ La renta que recibe cada mes \$ \_\_\_\_\_

Usted o su esposo(a) ¿hacen pagos de mantenimiento para niños/conyuge ordenados por la corte?     **Si**     **No**

Si la respuesta es **Si**, ¿quién paga     Usted     Esposo(a)    ¿Cuánto pagaron este mes? \$ \_\_\_\_\_  
 ¿A quién? \_\_\_\_\_

**Si yo hago declaraciones falsas deliberadamente o si retengo información, puedo perder mi cobertura, me pueden cobrar por todos los servicios recibidos y me pueden procesar por fraude. Declaro bajo pena de perjurio que todas las respuestas que he dado son verdaderas y correctas. Yo he leído, firmado y recibido una copia de los "Derechos y Responsabilidades" del programa para Cobertura de Salud de Contra Costa. Entiendo que un Consejero Financiero determinará a que programa califico y me informará por escrito.**

\_\_\_\_\_  
 FIRME DEL SOLICITANTE

\_\_\_\_\_  
 FECHA DE LA SOLICITUD

\_\_\_\_\_  
 SI LA SOLICITUD ES PARA UN MENOR DE EDAD,  
 ESCRIBA EL NOMBRE DEL PADRE Ó MADRE.