

**¡Importante! NO necesita llenar esta planilla. Es opcional. Sólo llénela si desea ayuda para aplicar para seguro médico.**

**Estimado Padre/Madre:**

**Puede que su hijo/a sea elegible para COBERTURA DE SALUD GRATIS O DE BAJO COSTO a través de MassHealth o Children's Medical Security Plan ("Plan de Seguridad Médica para Niños"), (CMSP, según sus siglas en inglés).**

**Si le gustaría ayuda con cobertura de salud o tiene preguntas, por favor llene esta planilla y devuélvala a su escuela.**

**Por favor llene sólo una planilla para todos los miembros de la familia.**

**Gracias.**

**Marque todas las casillas que apliquen:**

- Me gustaría ayuda para obtener MassHealth o Children's Security Medical Plan para mi hijo/a.
- Mi hijo/a tiene MassHealth o CMSP y tengo preguntas acerca de eso (cómo conseguir un médico, cuáles servicios médicos están cubiertos y cómo mantener la cobertura).

**Llene la siguiente información:**

Estoy de acuerdo en que el personal de la escuela dé mi nombre, teléfono y dirección a Vineyard Health Care Access Program para ponerse en contacto conmigo y darme más información y/o ayuda con la solicitud para MassHealth/Children's Medical Security Plan.

Firma del padre/madre/guardián \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Nombre del padre/madre/guardián \_\_\_\_\_

Dirección (calle) \_\_\_\_\_ Número de Apto. \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_ / \_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nombre del niño                      Fecha de Nacimiento                      Escuela del niño

1) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_

4) \_\_\_\_\_

La mejor hora del día para ponerse en contacto conmigo (marque una):

Mañana

Tarde

Noche

**Si tiene preguntas, llame a Vineyard Health Care Access Program al (508) 696-0020.**