

Solicitud para recibir únicamente servicios de planificación familiar

¿Está embarazada en este momento? Sí No Si ha respondido que sí, usted no podrá recibir servicios de planificación familiar. No obstante, es posible que pueda recibir cobertura médica. Haga su solicitud en línea en wahealthplanfinder.org

¿Está buscando servicios de planificación familiar? Sí No

1. Datos de la persona solicitante y de contacto

| | | | | |
|--|------------------------------|--------------------------|---|----------------------|
| Nombre (use su nombre legal completo) | | Inicial de 2.º nombre | Apellido(s) | |
| Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> | Fecha de nacimiento | Número del seguro social | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Reside en Washington? | |
| Dirección de residencia | | N.º de apt. | Población | Estado Código postal |
| Dirección postal | | N.º de apt. | Población | Estado Código postal |
| Número de casa, celular o preferido | Número del trabajo o mensaje | Dirección de e-mail | | |

¿Tiene algún problema a la hora de hablar, leer o escribir en inglés? Sí No

¿Necesita un intérprete? Sí No ¿Qué idioma habla? _____

¿Tiene la ciudadanía de los EE. UU? Sí No Si no es así, ¿está en situación legal? Sí No
Si es así, deberá proporcionar documentos de inmigración.

Durante los últimos 30 días, ¿se le ha denegado cobertura de Apple Health (Medicaid) a través de wahealthplanfinder.org?

Sí No

Si es así, deténgase aquí y vaya directamente a la sección (8) en la página 3 para finalizar la solicitud.

Si no es así, deberá solicitar cobertura en wahealthplanfinder.org (excepto si cumple con una de las excepciones indicadas más abajo).

¿Tiene seguro médico privado o cobertura de Apple Health (Medicaid)? Sí No

Si ha respondido que sí, usted no podrá recibir servicios de planificación familiar, excepto si cumple con una de las siguientes excepciones:

Estoy buscando servicios de planificación familiar confidenciales y tengo 18 años de edad o menos, O BIEN

Soy una víctima de una situación de violencia en el hogar y estoy cubierta por el seguro médico de la persona agresora.

2. Ingresos derivados de un empleo por cuenta ajena o por cuenta propia

Obtenidos por usted

Obtenidos por otros integrantes del hogar

| | | | |
|--|---|--|---|
| Nombre del empleador actual (1.er trabajo) | Número de teléfono | Nombre del empleador actual (1.er trabajo) | Número de teléfono |
| | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Ingresos mensuales brutos antes de impuestos | ¿Es autónomo/a? | Ingresos mensuales brutos antes de impuestos | ¿Es autónomo/a? |
| Nombre del empleador actual (2.º trabajo) | Número de teléfono | Nombre del empleador actual (2.º trabajo) | Número de teléfono |
| | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Ingresos mensuales brutos antes de impuestos | ¿Es autónomo/a? | Ingresos mensuales brutos antes de impuestos | ¿Es autónomo/a? |

Si un integrante del hogar tiene actualmente más de dos empleadores, indique estos datos en una hoja de papel aparte y adjúntela a esta solicitud.

