

POR FAVOR ENVÍE UNO DE LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS: Una copia de sus dos talones de cheque más recientes, copia de la primera página de la declaración de impuestos sobre la renta del año pasado (IRS 1040, 1040A o 1040 EZ) o copia de su Declaración de Ingresos (Formulario W-2) del año pasado. **LAS COPIAS DEBEN ANEXARSE A LA SOLICITUD PARA SU PROCESAMIENTO.**

Requisitos de Elegibilidad:

1. El hijo es un menor de edad soltero, ya sea hijo biológico, hijastro, hijo adoptado o hijo con representante legal designado.
2. El ingreso anual de la vivienda no puede exceder los límites de ingreso que aparecen en el recuadro de la derecha.
3. El hijo debe tener 17 años de edad o menos.
4. El hijo debe residir en Utah or Idaho.
5. El hijo no puede estar inscrito en ningún plan dental privado o público, incluyendo Medicaid o CHIP.

Acuerdo de la Solicitud:

Por la presente, solicito cobertura a través de Regence Caring Foundation for Children para mis hijos dependientes, cuyos nombres aparecen al otro lado de esta pagina. Comprendo que esta solicitud se aceptará sólo si mis dependientes satisfacen los requisitos de elegibilidad. De aceptarlos:

- Comprendo que se proporcionarán beneficios sólo para los servicios cubiertos disponibles a través de Regence Caring Foundation (con un beneficio máximo anual de \$1,000 por hijo) y que soy responsable por cualquier servicio proporcionado a mis dependientes que no esté cubierto por este programa.
- Comprendo que debo notificarle a Regence Caring Foundation, en un lapso de 30 días, sobre cualquier cambio en el estado financiero o dirección mío o de mis dependientes o si mis dependientes reciben otro tipo de seguro dental.
- **Comprendo que se proporcionarán beneficios solamente por un año.** Los beneficios pueden terminarse en cualquier momento con un aviso anticipado de 30 días.
- Comprendo que la inscripción es limitada y que está disponible por orden de llegada.
- Comprendo que de aceptarse esta solicitud y si necesitan más cobertura, mis hijos deberán volver a solicitarla dentro de un período de un año, contado a partir de la fecha de inscripción, basándose en su necesidad médica y que él o ella está limitado a una cobertura máxima de dos años bajo el programa.

Por la presente autorizo que se le proporcione, a Regence Caring Foundation for Children, cualquier información financiera, médica o de otro índole para la determinación de elegibilidad o para pagar reclamos para mi hijo inscrito en el programa de Regence Caring Foundation. He leído el acuerdo expresado arriba y certifico que la información proporcionada en esta solicitud es correcta.

Firma del Padre, Madre o Representante Legal del Menor

Fecha

Marque aquí si está dispuesto a compartir su información con Regence Caring Foundation. (En ocasiones, los medios de comunicación nos solicitan que compartamos el testimonio de personas o familias que han participado en el programa.) Esto nos ayudaría a recaudar más fondos que nos permitan proporcionar asistencia básica a más niños.

CUESTIONARIO DE INFORMACIÓN PERSONAL (Padre, Madre o Tutor – Información Voluntaria – No se Requiere que Llene esta Porción)

A Regence Caring Foundation for Children le gustaría tener información sobre los miembros del plan. Podemos recibir donaciones especiales para niños con cierto historial y afiliaciones. Aunque agradecemos su cooperación al proporcionarnos esta información, no se requiere que conteste a este cuestionario. Toda información provista se considera como privada y confidencial y no afectará la elegibilidad de su hijo para inscribirse en el programa.

1. ¿Cómo se enteró de Regence Caring Foundation? _____
 2. Estado Civil de los Padres (marque una opción): Divorciados o Separados Casados Soltero Viudo
 3. Origen Étnico (marque una opción): Indio Americano u Oriundo de Alaska Asiático o de las Islas del Pacífico Afroamericano Hispano Blanco Otro
 4. Afiliación Religiosa (marque una opción): Bautista Católico Iglesia de Jesucristo de los Santos del Último Día Episcopal
- Judío Luterano Metodista Presbiteriano Iglesia Unida de Cristo Otro

Regence Caring Foundation for Children es una fundación benéfica y sin fines de lucro, creada de conformidad con la Sección 501 (c) (3) del Código de Impuestos Internos, la cual está patrocinada y administrada por Regence BlueCross BlueShield of Utah y Regence BlueShield of Idaho, filiales independientes y certificadas de la Blue Cross and Blue Shield Association.

Límites de Ingreso (Vigente el 1/1/09)	
Familia*	Límites de Ingreso Bruto**
2	\$29,140 o menos
3	\$36,620 o menos
4	\$44,100 o menos
5	\$51,580 o menos
6	\$59,060 o menos
7	\$66,540 o menos
8 ♦	\$74,020 o menos
* Incluye padres e hijos	
** Ingreso Máximo Anual de la Vivienda	
♦ Súmele \$7,480 para cada miembro adicional de la familia después del 8vo.	