



El programa de seguro médico para niños (CHIP) formulario de selección del plan de salud

Una vez elegido el plan de salud, envíe este formulario por correo o por fax a su representante local del programa de salud. O vía email a chiphpr@utah.gov con su elección sobre el plan y la siguiente información. (Por favor escriba con letra clara.)

Número de caso		
Nombre del padre, madre o guardián legal	(nombre y apellido)	fecha de nacimiento
Nombre/s del niño/s	(nombre y apellido)	fecha de nacimiento
	(nombre y apellido)	fecha de nacimiento
	(nombre y apellido)	fecha de nacimiento
	(nombre y apellido)	fecha de nacimiento
	(nombre y apellido)	fecha de nacimiento
	(nombre y apellido)	fecha de nacimiento
	(nombre y apellido)	fecha de nacimiento
	(nombre y apellido)	fecha de nacimiento
Información de contacto	(dirección, ciudad, estado, código postal)	
	(número de teléfono durante el día)	(celular)
	(dirección de e-mail o de correo electrónico)	
Plan de Salud elegido	<input type="checkbox"/> Select Health <input type="checkbox"/> Molina <input type="checkbox"/> Healthy U	

Nótese: Usted debe quedarse con el plan de salud que eligió hasta el 30 de junio de cada año.

Envíe el formulario a:

BMHC CHIP HPR, PO Box 143108

SLC, UT 84114-3108

Fax: 801-538-6099

Email: chiphpr@utah.gov