

STAFF USE ONLY:

Mother's MRN

Baby's MRN

HPF APP ID

FA CASE #



HEY MOM!

Were you enrolled on MEDICAID when your baby was born? If so...Your new baby is eligible for free medical coverage until their first birthday!

Mother's Information (Please Print)

First	Middle	Last
DOB	SSN	Phone #
What was the tax filing status of this person the last tax year? <input type="checkbox"/> Single filing taxes <input type="checkbox"/> Head of household <input type="checkbox"/> Married filing taxes separately <input type="checkbox"/> Married filing taxes jointly <input type="checkbox"/> Person has neither filed taxes nor was tax dependent		Is this person planning to have the same tax filing status as that of previous year for the next Tax year? <input type="checkbox"/> Single filing taxes <input type="checkbox"/> Head of household <input type="checkbox"/> Married filing taxes separately <input type="checkbox"/> Married filing taxes jointly <input type="checkbox"/> Person has neither filed taxes nor was tax dependent

Baby's Information (Please Print)

First	Middle	Last
DOB	*SSN	Male or Female (circle one)
Is this person an American Indian or Alaska Native?	Will this person be tax dependent of someone on the application for this tax year? <input type="checkbox"/> Tax dependent of someone on the application <input type="checkbox"/> Tax dependent of someone not on the application <input type="checkbox"/> Person will neither file taxes nor be a tax dependent	

***Please report the baby's SSN upon receiving**

Current Mailing Address	County
Mother's Provider One #	

By signing below, I hereby authorize Confluence Health Navigator to partner with and/or access my HealthPlanFinder application to report the changes listed above.

****Please Note** if current Managed Care Plan is not contracted w/Confluence Health I authorize to a plan change to one of the following Managed Care Plans.**

(Please circle one) *Molina* *Coordinated Care* *Amerigroup*

Date	Primary Applicant's Signature
------	-------------------------------

Please submit this form to your CH Navigator

[SM CH Navigators@ConfluenceHealth.org](mailto:SM_CH_Navigators@ConfluenceHealth.org)

Wenatchee f: 509.664.4864 East Wenatchee f: 509.665.5812 Moses Lake f: 509.764.6446

STAFF USE ONLY:

Mother's MRN

Baby's MRN

HPF APP ID

FA CASE #



¡Oiga Mamá!

Estabas recibiendo asistencia médica de MEDICAID cuando nació su bebé? Si es así...Su recién nacido es elegible para médica sin costo hasta que cumpla un año!

Información de Madre (Por favor imprimir)

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido
Fecha de Nacimiento	Numero de Seguro Social	Teléfono #
¿Cuál fue el estado civil de declaración de impuestos de esta persona el último año fiscal? <input type="checkbox"/> Soltera que declara impuestos <input type="checkbox"/> Jefa de familia (HOH) <input type="checkbox"/> Casado declarando por separado (MFS) <input type="checkbox"/> Casado declarando de manera conjunta <input type="checkbox"/> La persona no ha declarado impuestos ni era dependiente fiscal		¿Esta persona planea tener el mismo estado civil para fines de declaración de impuestos que el del año anterior para el próximo año fiscal? <input type="checkbox"/> Soltera que declara impuestos <input type="checkbox"/> Jefa de familia (HOH) <input type="checkbox"/> Casado declarando por separado (MFS) <input type="checkbox"/> Casado declarando de manera conjunta <input type="checkbox"/> La persona no ha declarado impuestos ni era dependiente fiscal

Información de Bebe (Por favor imprimir)

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido
Fecha de Nacimiento	*Numero de Seguro Social	Masculino / Femenino (marque uno)
¿Es esta persona un Indio-Americano o Indígena de Alaska?	¿Será esta persona dependiente fiscal de alguien en la solicitud para este año fiscal? <input type="checkbox"/> Dependiente fiscal de alguien en la solicitud <input type="checkbox"/> Dependiente fiscal de alguien que no está en la solicitud <input type="checkbox"/> La persona no ha declarado impuestos ni era dependiente fiscal	

***Por favor informe el numero de Seguro Social al recibir**

Dirección Actual de Correo	Condado
# de Provider One De Mamá	

Al firmar abajo, autorizo a Confluence Health Navegador que obtenga acceso a mi solicitud de HealthPlanFinder para reporter los cambios mencionados arriba.

****Tenga en cuenta** que si el plan de Cuidado Administrado actual no está contratado con Confluence Health, autorizo un cambio de plan a uno de los siguientes planes de Cuidado Administrado.**

(Por favor circule uno) *Molina* *Coordinated Care* *Amerigroup*

Fecha	Firma del solicitante principal
-------	---------------------------------

Por favor envíe a CH Navegador

SM_CH_Navigators@ConfluenceHealth.org

Wenatchee f: 509.664.4864 East Wenatchee f: 509.665.5812 Moses Lake f: 509.764.6446