

Programa Well Woman HealthCheck Formulario de Reconocimiento

A partir del 1 de enero del 2014, se requiere que residentes de los estados unidos tengan un seguro de salud. Es en su mejor interés que usted adquiera un seguro de salud para cubrir sus necesidades médicas. El seguro de salud está disponible para compra a través del Mercado de Seguros Médicos. Usted se puede inscribir en español a través de www.cuidadodesalud.gov.

	Iniciales
Yo elijo no comprar el seguro de salud a través del Mercado de Seguros Médicos.	

<i>Al hacer esto, yo entiendo que:</i>		Iniciales
El programa Well Woman HealthCheck sólo cubre la detección y procedimientos para diagnosticar el cáncer de mama y de cuello uterino.		
Al no comprar un seguro de salud, entiendo que voy a pagar una multa de impuestos.		
Cada año que no tenga seguro de salud, mi sanción de impuestos aumentará.		
Yo soy responsable de pagar todas mis necesidades de salud fuera de los servicios que ofrece el programa HealthCheck.		
Me inscribiré en el programa Well Woman HealthCheck por un año a partir de la fecha que me inscriba. Tendré que volver a inscribirme en el WWHP en un año o volver a evaluar mis opciones por obtener seguro de salud.		

He considerado las opciones de seguro de salud a través del Seguro de Salud del mercado. Me niego inscribirme en un plan de seguro médico a través del mercado, y estoy eligiendo inscribirme en el programa Well Woman HealthCheck.

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

Nombre del solicitante (por favor escriba claramente)	
---	--

Firma del navegador o consejero del consejero que ha sido certificado	Fecha
---	-------