

## Programa de Vacunación Infantil de Costo Reducido

*“Las vacunación infantil es uno de los grandes triunfos de la medicina moderna. De hecho, los padres cuyos hijos están vacunados ya no tienen que preocuparse por la muerte de su hijo o por discapacidad física a consecuencia de la tos ferina, el polio, la difteria, el hepatitis, o otra serie de infecciones”.*

*- Ezequiel Emanuel*



**Public Health**  
Prevent. Promote. Protect.

Hunterdon County Department of Health  
Division of Public Health Nursing  
Physical address:  
6 Gauntt Place  
Flemington, NJ 08822  
Mailing address:  
PO Box 2900  
Flemington, NJ 08822

## Hunterdon County Programa de Vacunación Infantil



**Vacunas gratis para niños del Condado de Hunterdon que no tienen seguro médico o una cobertura médica insuficiente y cumplan con los requisitos de ingresos requeridos**

Revised 03/2019



Para apoyar y estimular la inmunización infantil, el Departamento de Seguridad Pública del Condado de Hunterdon ofrece vacunas gratis a niños menores de 18 años de edad que cumplan con los requisitos. Los niños que califican para el programa serán elegibles para un examen físico anual y las vacunas apropiadas para su edad; por los proveedores de atención primaria seleccionados por el Sistema de Salud del Condado de Hunterdon válidos por un año.

**Este programa no incluye servicio a niños enfermos ni análisis del laboratorio.**

Por favor tome nota que este programa **no** es para niños que están calificados o actualmente inscritos en NJ Family Care, Medicaid, u otras opciones de seguro médico. Los niños inscritos en los ya mencionados programas, pueden recibir la vacuna a través del programa VFC.

Preguntas?

Llame a Salud Pública y Enfermería

(908) 806 4570

(908) 806-4548 (Español)



Su niño puede ser elegible para este programa con fondos del Condado si:

- Su familia no tiene seguro medico.
- Usted vive en el Condado de Hunterdon y tiene los siguientes requisitos

Tamaño de la familia	Máximo Ingreso Anual
2	\$41,150
3	\$51,950
4	\$62,750
5	\$73,550

**PARA PARTICIPAR:**



1. Llene este formulario, (debe usar su nombre legal).



2. Adjunte comprobante de ingresos (colilla de cheque, declaración de impuestos, u otro comprobante de ingreso).



3. Adjunte una prueba de dirección (licencia de conducir, factura de tarjeta de crédito, o talonario de consumo de luz, agua o gas)..



4. Provea una copia de identificación del padre/guardián del niño y el acta de nacimiento del niño.



5. Registro de vacunación anterior (si aplica)



6. Devuelva la aplicación a nuestro oficina para el procesamiento.

\*\*\*Si la aplicación está completada será procesada en una semana.

**APLICACION: Por favor escriba claramente)**

**Nombre del padre/madre o guardian del niño:**

Apellido: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
(dirección)

(ciudad) \_\_\_\_\_ código postal) \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Teléfono celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Las siguientes preguntas DEBEN SER contestadas (No se considerará la forma si esta incompleta)**

- ¿Tiene seguro de salud su niño? **SI NO**
- ¿Su seguro de salud cubre las vacunas? **SI NO**
- ¿Se cumplen las condiciones de ingreso? **SI NO**
- ¿Cuántas personas hay en su familia ?

**Nombres de los niños que necesitan la asistencia del programa. Por favor escriba el mismo nombre exacto que su hijo usa cuando va al médico.**

Apellido: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (mes/dia/año): \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (mes/dia/año): \_\_\_\_\_

Entiendo que la información que he presentado está sujeto a verificación y certifico que la información con respecto a mi tamaño de la familia y de los ingresos es exacta.

\_\_\_\_\_  
(Firma) (Fecha)