

**Important information about health care benefits.
Ask someone to read this to you.**

ព័ត៌មានសំខាន់អំពីអត្ថប្រយោជន៍ថែទាំសុខភាព។ សូមអ្នកណាម្នាក់អោយ
អានសំបុត្រនេះអោយលោកអ្នកស្តាប់។

关于卫生保健福利的重要通知。请人为你阅读此信息。

Важные сведения о медицинском обслуживании. Попросите
кого-нибудь прочесть вам.

Información importante sobre los beneficios médicos. Pídale a
alguien que le lea esto.

Thông tin quan trọng về phúc lợi bảo trợ y tế. Hãy nhờ một người
nào đó đọc thông tin này cho quý vị.



SOLICITUD DE LA Cobertura Médica

Esta solicitud puede ser usada por familias con niños o por mujeres embarazadas que solicitan el beneficio de atención de la salud bajo el Programa Medicaid o el Programa de Seguro de Salud para Niños (Children's Health Insurance Program, CHIP).

Puede presentar su solicitud en línea en: www.compass.state.pa.us



Atención de la salud en Pennsylvania
Protección simple y accesible para su familia

Información sobre la Cobertura Médica

Por favor, note: Si usted necesita beneficios Medicaid para familias sin niños, asistencia en efectivo o sellos alimenticios, usted debe completar una solicitud diferente. Por favor llame a su Oficina de Asistencia del Condado (County Assistance Office), y ellos le enviarán el formulario indicado.

Si necesita ayuda: Usted puede obtener ayuda para completar este formulario. Para obtener ayuda, llame a la línea telefónica de asistencia: 1-800-842-2020 o pida ayuda en la Oficina de Asistencia del Condado. Si tiene problemas auditivos, llame a TDD 1-800-451-5886.

Información sobre la cobertura médica:

- Revisiones médicas
- Vacunaciones
- Visitas por enfermedad y medicamentos recetados
- Pruebas de la visión y anteojos
- Atención en la sala de emergencia
- Análisis de laboratorio y radiografías
- Pruebas de audición y audifonos
- Tratamiento de enfermedades de salud mental y abuso de sustancias

Preguntas Comunes

P: ¿En qué programa pueden inscribirse mis niños?

R: *La inscripción de sus niños en Medicaid o CHIP depende en gran medida de su ingreso y de las edades de sus niños.*

Usted puede presentar una solicitud al programa que prefiera. Esta solicitud servirá para ambos programas.

- *Si usted presenta primero su solicitud a Medicaid, pero no cumple los requisitos, la solicitud será enviada a un programa CHIP para ver si cumple con los requisitos.*
- *Si usted presenta primero su solicitud a CHIP, pero no cumple los requisitos, la solicitud será enviada a la Oficina de Asistencia del Condado para ver si usted es elegible para recibir los beneficios de Medicaid.*
- *Si esto ocurre, usted recibirá una carta informándole sobre lo ocurrido con la solicitud y qué es lo que puede esperar.*

P: ¿Cómo me enteraré si mi familia cumple los requisitos?

R: *Usted debería recibir una carta del programa al que presentó la solicitud dentro de 30 días. Esta carta le informara quién es elegible para participar en el programa y quién no. Si alguna persona no logra ingresar al programa, la carta le indicara por qué y qué puede hacer.*

P: ¿Qué ocurre si algún miembro de mi familia tiene una discapacidad o alguna necesidad especial de atención de la salud?

R: *No se puede rechazar su solicitud por sufrir de una discapacidad o necesidad especial. Si usted o su niño sufre de una discapacidad o una necesidad especial, se puede usar un límite de ingreso más alto cuando usted presenta su solicitud ante Medicaid. También podría recibir servicios adicionales.*

Solicitud de la cobertura médica

Si necesita esta información en español, llame al teléfono: 1-800-842-2020

¿Qué idioma prefiere usted? Español Inglés Other (especifique) _____

Este formulario es para dos programas: **Medicaid** (también conocido como Asistencia Médica) y **CHIP** (Programa de seguro de salud para niños). Toda la información que usted indique en este formulario será compartida por los dos programas, si fuera necesario. Es confidencial.

Medicaid: Proporciona cobertura médica a niños menores de 21 años, mujeres embarazadas y otros adultos.

CHIP: Proporciona cobertura médica a niños menores de 19 de años, quienes además no tienen seguro de salud y quienes no son elegibles para participar en el programa Medicaid.

La participación de sus niños en CHIP o Medicaid dependerá principalmente de su ingreso y de las edades de sus niños.

1. Llene el formulario. **Por favor, con letra de molde.**
2. **Adjunte pruebas de todo el ingreso** que recibió su familia durante los últimos 30 días.
 - Las pruebas incluyen talones de cheques de sueldos, cartas de premios o cheques
 - Asegúrese de que los talones de cheques de sueldo muestren el sueldo de todo un mes y el período de pago. (Si recibe el pago semanalmente, adjunte cuatro talones de cheque. Si le pagan quincenalmente, adjunte dos talones de sueldo). Además, un empleador puede escribir una carta que indique cuál es el sueldo mensual si no tiene talones de cheques.
 - Si trabaja por cuenta propia, copias de los formularios impositivos o recibos u otros documentos cuentan como prueba de su ingreso.
 - La información que usted incluya deberá indicar cuánto es el ingreso antes de los impuestos y deducciones.
3. Si está solicitando asistencia para una persona que no es ciudadana de EE.UU., por favor adjunte prueba de su situación como extranjero. (No necesita adjuntar prueba de su situación como extranjero si esto es una solicitud de emergencia ante Medicaid.)
4. Envíe o lleve este formulario a la Oficina de Asistencia de su Condado. Llame al 1-800-842-2020 si no sabe dónde enviar su formulario.
5. Si necesita ayuda con esta solicitud, por favor llame al 1-800-842-2020 o si tiene dificultades para oír, llame al TDD 1-800-451-5886.

I. Díganos quién es usted y dónde vive.

Apellido (Padre/Custodia temporal)		Primer Nombre		Inicial del Segundo Nombre	
Número de seguro social *		Dirección			
Ciudad		Condado		Estado	Código postal
Teléfono particular		Teléfono comercial		Mejor hora para llamar	

*Si no está presentando una solicitud para usted mismo, deje este casillero en blanco.

II. Por favor, haga una lista de las personas que viven con usted.

Apellido, Primer nombre, Inicial del segundo nombre	¿Está usted solicitando asistencia para esta persona? Sí/No?	Sexo M o F	Es esta persona:	Fecha de nacimiento DD/MM/AA	Número de seguro social*	¿Es Esta persona un estudiante menor de 19 años? Sí/No	¿Cuál es la relación de esta persona con usted?	¿Es Esta persona ciudadana de EE.UU.? * Sí/No
Usted mismo			<input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a				Soy yo mismo	
Persona 2			<input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a				<input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Hijastro/a <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Persona 3			<input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a				<input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Hijastro/a <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Persona 4			<input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a				<input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Hijastro/a <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Persona 5			<input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a				<input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Hijastro/a <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Persona 6			<input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a				<input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Hijastro/a <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Persona 7			<input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a				<input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Hijastro/a <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Persona 8			<input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a				<input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Hijastro/a <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Otro: _____	

*Si no está presentando una solicitud para esta persona, deje este casillero en blanco.

¿Es usted o alguna persona que vive con usted padrastro o madrastra? **Sí** **No** (Si la respuesta es **no**, pase a la sección III)

¿Viven los hijastros(as) con usted? **Sí** **No** Si respondió **sí**, díganos:

Nombre del padrastro/madrastra: _____

Padrastro/madrastra de qué niños? _____

Nombre del padrastro/madrastra: _____

Padrastro/madrastra de qué niños? _____

III. Ingresos y gastos.

Por favor, incluya información sobre el ingreso de los niños y adultos listados en esta solicitud.

Recibe alguna persona ingreso de: <i>(Por favor, marque sí o no)</i>	SÍ	NO	¿De quién es este ingreso?	¿Cada cuánto se recibe el ingreso? <i>(semanalmente, quincenalmente, mensualmente etc.)</i>	Monto del ingreso mensual antes de los impuestos y las deducciones
Empleo	SÍ	NO			
Nombre del empleador:					
Empleo	SÍ	NO			
Nombre del empleador:					
Ingreso del seguro social	SÍ	NO			
Ingreso de Seguridad Suplementaria (SSI)	SÍ	NO			
Pensión / Jubilación	SÍ	NO			
Compensación del seguro laboral	SÍ	NO			
Beneficios por desempleo	SÍ	NO			
Dividendos / Intereses	SÍ	NO			
Trabajo por su cuenta <i>(Incluyendo niñeras y habitación y comida pagados a usted)</i>	SÍ	NO			
Apoyo para niños / Pensión alimenticia	SÍ	NO			
Asistencia pública	SÍ	NO			
Otro <i>(Especificar)</i>	SÍ	NO			
Otro <i>(Especificar)</i>	SÍ	NO			

Algunos de sus gastos pueden ayudar a que usted sea elegible. Por favor, indique cuánto paga por la atención de niños y adultos, y qué paga como gastos de transporte para ir a trabajar.

Gastos de atención de niños y adultos

Nombre del niño o adulto discapacitado	Monto del gasto mensual

Gastos de transporte

¿Cuánto le cuesta ir a trabajar cada semana si viaja con otra persona, toma un autobús, metro o trolebús?

Si maneja para ir a trabajar, ¿cuántas millas viaja cada semana?

Si tiene un automóvil, ¿cuánto paga por mes?

IV. Seguro de salud

Algunas veces, Medicaid puede pagar facturas que no están cubiertas por su seguro de salud. Si usted u otra persona en nombre de quien usted presenta esta solicitud tienen seguro de salud, por favor complete esta sección.

¿Tiene seguro de salud alguna persona en nombre de quien usted presenta esta solicitud? **Sí** **No**

Si respondió **si**, por favor complete la sección siguiente e incluya toda la información que pueda sobre el seguro.

Si respondió **no**, complete esta sección. Si tiene más de un tipo de seguro, por favor complete un casillero por cada póliza. Si más de una persona tiene seguro, por favor complete un casillero por cada persona.

Compañía de seguro	¿Quién es dueño de esta póliza?
¿Quién está cubierto?	¿Qué está cubierto? <input type="checkbox"/> Atención hospitalaria <input type="checkbox"/> Recetas <input type="checkbox"/> Visión <input type="checkbox"/> Visitas al médico <input type="checkbox"/> Dental
Número de póliza	Número / Nombre del Grupo
¿Cuándo comenzó este seguro?	¿Cuándo dejó de estar en vigencia este seguro? (Dejar en blanco si todavía está cubierto)

Compañía de seguro	¿Quién es dueño de esta póliza?
¿Quién está cubierto?	¿Qué está cubierto? <input type="checkbox"/> Atención hospitalaria <input type="checkbox"/> Recetas <input type="checkbox"/> Visión <input type="checkbox"/> Visitas al médico <input type="checkbox"/> Dental
Número de póliza	Número / Nombre del Grupo
¿Cuándo comenzó este seguro?	¿Cuándo dejó de estar en vigencia este seguro? (Dejar en blanco si todavía está cubierto)

Compañía de seguro	¿Quién es dueño de esta póliza?
¿Quién está cubierto?	¿Qué está cubierto? <input type="checkbox"/> Atención hospitalaria <input type="checkbox"/> Recetas <input type="checkbox"/> Visión <input type="checkbox"/> Visitas al médico <input type="checkbox"/> Dental
Número de póliza	Número / Nombre del Grupo
¿Cuándo comenzó este seguro?	¿Cuándo dejó de estar en vigencia este seguro? (Dejar en blanco si todavía está cubierto)

Seguro automotor

El seguro automotor a menudo paga por lesiones que ocurren en un accidente. Medicaid pagará solamente lo que el seguro automotor no cubra.

¿Tiene seguro automotor? **Sí** **No**

Si respondió **si**, por favor complete la sección siguiente. Si respondió **no**, puede dejarla en blanco.

Nombre de la compañía de seguro	¿Quién es el dueño de la póliza?
Número de la póliza	Fecha de vencimiento de la póliza

Seguro de salud de su empleador

Algunas veces, Medicaid puede comprar un seguro de salud para usted o sus niños a través de su empleador. Por favor, ayúdenos a decidir si esto es posible completando esta sección.

Por favor, marque sí o no	SÍ	NO
¿Puede conseguir seguro de salud para usted a través de su empleo?	SÍ	NO
Si respondió sí , ¿tiene que pagar por el seguro?	SÍ	NO
¿Puede obtener seguro de salud para sus niños a través de su empleo?	SÍ	NO
Si respondió sí , ¿tiene que pagar por el seguro?	SÍ	NO
En los últimos 30 días, ¿perdió algún miembro de su familia un trabajo que proporcionaba el seguro de salud?	SÍ	NO

V. Información especial calificadora

Si alguien en nombre de quien usted presenta la solicitud tiene una discapacidad o una necesidad especial de atención de la salud, se puede usar un límite más alto del ingreso cuando su familia solicita Medicaid. Hay servicios adicionales disponibles. Por favor, ayúdenos a determinar si alguna de las personas en nombre de quien usted solicita la asistencia es elegible para participar en estos programas.

¿Está usted, o alguna persona que vive con usted, embarazada? **Sí** **No** Si respondió **sí**, indique quién:

Nombre: _____ Fecha de espera: _____

Nombre: _____ Fecha de espera: _____

¿Sufre usted o alguna persona que vive con usted una discapacidad o necesidad especial de atención de la salud? **Sí** **No**

Si respondió **sí**, indíquenos quién y detalle sus necesidades.

Nombre: _____Cuál es la discapacidad o condición? *(opcional)*: _____

Nombre: _____Cuál es la discapacidad o condición? *(opcional)*: _____

Nombre: _____Cuál es la discapacidad o condición? *(opcional)*: _____

¿Recibió alguna persona Ingreso de Seguridad Suplementaria (SSI) en el pasado? **Sí** **No**

*(Si respondió **no**, no complete esta sección)*

Si respondió **sí**, quién? _____

Nombre: _____Cuál es la discapacidad o condición? *(opcional)*: _____

Nombre: _____Cuál es la discapacidad o condición? *(opcional)*: _____

Nombre: _____Cuál es la discapacidad o condición? *(opcional)*: _____

Ayuda con facturas médicas vencidas

Es posible que reciba ayuda de Medicaid para pagar facturas médicas vencidas de los últimos 3 meses.

¿Tiene facturas médicas vencidas de alguna de las personas en nombre de quienes usted presenta la solicitud? **Sí** **No**

Si respondió **sí**, por favor incluya copias de las facturas y pruebas del ingreso recibido durante esos meses.

- Las pruebas incluyen talones de cheques de sueldos, cartas de premios o cheques.
- Asegúrese de que los talones de cheques de sueldo muestren el sueldo de todo un mes y el período de pago. (Si recibe el pago semanalmente, adjunte cuatro talones de cheque. Si le pagan quincenalmente, adjunte dos talones de sueldo). Además, un empleador puede escribir una carta que indique cuál es el sueldo mensual si no tiene talones de cheques.
- Si trabaja por cuenta propia, copias de los formularios impositivos o recibos, u otros documentos cuentan como prueba de su ingreso.
- La información que usted incluya deberá indicar cuánto es el ingreso antes de los impuestos y deducciones.

VI. Información opcional

Ninguna de estas respuestas afectará el resultado de su solicitud para recibir la cobertura médica.

Ayuda con apoyo para niños y seguro de salud

Si usted es elegible para recibir Medicaid, podría obtener ayuda para recibir los pagos de la ayuda para niños y con el seguro de salud para su niño si él o ella tiene un padre que no vive con usted. Por favor, complete la sección que sigue. Sus niños todavía pueden recibir la cobertura de la atención de la salud si usted no completa esta sección.

Nombre del padre/madre ausente: _____ <input type="checkbox"/> Marque aquí si falleció		
Dirección del padre/madre ausente		Ciudad Estado Código postal
Fecha de nacimiento:	Número de seguro social:	¿Por qué niño(s) es/fue responsable este padre/madre?

Nombre del padre/madre ausente: _____ <input type="checkbox"/> Marque aquí si falleció		
Dirección del padre/madre ausente		Ciudad Estado Código postal
Fecha de nacimiento:	Número de seguro social:	¿Por qué niño(s) es/fue responsable este padre/madre?

Nombre del padre/madre ausente: _____ <input type="checkbox"/> Marque aquí si falleció		
Dirección del padre/madre ausente		Ciudad Estado Código postal
Fecha de nacimiento:	Número de seguro social:	¿Por qué niño(s) es/fue responsable este padre/madre?

Nombre del padre/madre ausente: _____ <input type="checkbox"/> Marque aquí si falleció		
Dirección del padre/madre ausente		Ciudad Estado Código postal
Fecha de nacimiento:	Número de seguro social:	¿Por qué niño(s) es/fue responsable este padre/madre?

Información opcional (continuación)

Por favor, ayúdenos a ayudar a otras familias respondiendo a estas preguntas.

¿Cómo se enteró de Medicaid y CHIP? *(Puede marcar más de una respuesta)*

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> En la Oficina de Asistencia del Condado | <input type="checkbox"/> A través de una organización comunitaria local | <input type="checkbox"/> A través de la escuela de mis hijos |
| <input type="checkbox"/> A través de CHIP | <input type="checkbox"/> En el consultorio de mi médico | <input type="checkbox"/> A través de un miembro de la familia |
| <input type="checkbox"/> Le línea telefónica de ayuda 1-800-986-KIDS | <input type="checkbox"/> En el hospital | <input type="checkbox"/> A través de un amigo o vecino |
| <input type="checkbox"/> Por televisión | <input type="checkbox"/> En mi trabajo | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Por radio | | |

¿Tuvieron seguro de salud sus niños durante los últimos seis meses? Sí No

Si respondió **sí**, por favor díganos si perdieron el seguro de salud debido a:

- Mi trabajo dejó de ofrecer seguro de salud para mis niños
- Mi trabajo aumentó el costo del seguro de salud para mis niños
- El seguro de salud era demasiado caro
- Mis niños dejaron de obtener seguro de salud a través de una orden de apoyo para niños
- He perdido mi trabajo
- Otra razón: _____

¿En qué distrito escolar vive usted? _____

Información racial y étnica

Información racial y étnica sobre la gente que vive con usted. Comience con usted mismo.

Nombre	Raza <i>(marque todas las que correspondan)</i>	Grupo étnico
Usted mismo	<input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Amerindio/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii/Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Asiático (subcontinente indio)	<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano
Persona 2	<input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Amerindio/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii/Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Asiático (subcontinente indio)	<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano
Persona 3	<input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Amerindio/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii/Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Asiático (subcontinente indio)	<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano
Persona 4	<input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Amerindio/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii/Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Asiático (subcontinente indio)	<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano
Persona 5	<input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Amerindio/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii/Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Asiático (subcontinente indio)	<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano
Persona 6	<input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Amerindio/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii/Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Asiático (subcontinente indio)	<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano
Persona 7	<input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Amerindio/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii/Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Asiático (subcontinente indio)	<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano
Persona 8	<input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Amerindio/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii/Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Asiático (subcontinente indio)	<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano

VII. Usted tiene ciertos derechos y responsabilidades. Ellos son:

MEDICAID:

Entiendo que la información incluida en este formulario será tratada con absoluta reserva.

Autorizo la entrega de información personal, financiera y médica con el propósito de determinar la elegibilidad y para evaluar los programas CHIP y Medicaid.

Entiendo que debo informar a la Oficina de Asistencia del Condado de todos los cambios ocurridos en mi familia o situación financiera dentro de una semana.

Entiendo que puedo solicitar una audiencia si no estoy de acuerdo con la decisión tomada sobre esta solicitud.

Entiendo que mi situación está sujeta a la verificación de empleadores, organizaciones financieras y de terceros.

Entiendo que los solicitantes de Medicaid deben proporcionar su número de seguro social. Este número puede usarse para verificar la información de esta solicitud.

Entiendo que tengo el derecho a un certificado de cobertura acreditable para verificar mi cobertura médica. La ley federal limita cuándo se puede negar o limitar la cobertura del seguro de salud como resultado de una condición preexistente. Si me inscribo en un plan de salud grupal que tiene una condición preexistente, puedo recibir crédito por el tiempo que he recibido Medicaid.

Certifico que toda la información de esta solicitud es verdadera bajo pena por falso testimonio.

Certifico que, según mi mejor conocimiento, entiendo mis derechos y responsabilidades.

CHIP:

He leído y entiendo completamente esta solicitud. La información que he incluido es veraz y correcta.

Entiendo que pueden existir multas por brindar información falsa a propósito.

Entiendo que si alguno o todos mis niños no cumplen con los requisitos de CHIP, ellos pueden cumplir con los requisitos de Medicaid. Si éste fuera el caso, permitiré que CHIP entregue mi nombre y la información de esta solicitud al Departamento de Bienestar Público.

Estoy de acuerdo con ayudar en la evaluación del programa CHIP. Entiendo que esto puede incluir entrevistas y una revisión de los antecedentes médicos de mis niños y el formulario de solicitud.

Firma del solicitante o persona que solicita la asistencia en nombre del solicitante: _____

Fecha: _____

Certificación de ciudadanía o situación de extranjero

Al firmar mi nombre a continuación, certifico que las personas en nombre de quienes solicito asistencia son ciudadanos/as de EE, UU, o extranjeros/as legales. Reconozco que según la ley, debo firmar esta certificación para poder recibir beneficios de Medicaid. *(Un extranjero que solicita solamente beneficios para atención de emergencia de la salud bajo Medicaid no tiene que firmar esta certificación.)*

Firme aquí: _____

Para uso de oficina solamente / For Office Use Only

Source of Application: Helpline CAO CHIP Contractor (*specify*) _____ Other (*specify*) _____

Date Received: _____ / _____ / _____

Categories: _____

File Cleared By/Date: _____ / _____ / _____

Screened By/Date: _____ / _____ / _____

AP Registration#: _____

Provider #: _____

County: _____ District: _____ Record #: _____

Authorized Not Authorized Reason Code _____

Información sobre la Cobertura Médica

Información sobre la cobertura médica:

- Revisiones médicas
- Vacunaciones
- Visitas por enfermedad y medicamentos recetados
- Pruebas de la visión y anteojos
- Atención en la sala de emergencia
- Análisis de laboratorio y radiografías
- Pruebas de audición y audifonos
- Tratamiento de enfermedades de salud mental y abuso de sustancias

Preguntas Comunes

P: ¿En qué programa pueden inscribirse mis niños?

R: *La inscripción de sus niños en Medicaid o CHIP depende en gran medida de su ingreso y de las edades de sus niños.*

Usted puede presentar una solicitud al programa que prefiera. Esta solicitud servirá para ambos programas.

- *Si usted presenta primero su solicitud a Medicaid, pero no cumple los requisitos, la solicitud será enviada a un programa CHIP para ver si cumple con los requisitos.*
- *Si usted presenta primero su solicitud a CHIP, pero no cumple los requisitos, la solicitud será enviada a la Oficina de Asistencia del Condado para ver si usted es elegible para recibir los beneficios de Medicaid.*
- *Si esto ocurre, usted recibirá una carta informándole sobre lo ocurrido con la solicitud y qué es lo que puede esperar.*

P: ¿Cómo me enteraré si mi familia cumple los requisitos?

R: *Usted debería recibir una carta del programa al que presentó la solicitud dentro de 30 días. Esta carta le informará quién es elegible para participar en el programa y quién no. Si alguna persona no logra ingresar al programa, la carta le indicará por qué y qué puede hacer.*

P: ¿Qué ocurre si algún miembro de mi familia tiene una discapacidad o alguna necesidad especial de atención de la salud?

R: *No se puede rechazar su solicitud por sufrir de una discapacidad o necesidad especial. Si usted o su niño sufre de una discapacidad o una necesidad especial, se puede usar un límite de ingreso más alto cuando usted presenta su solicitud ante Medicaid. También podría recibir servicios adicionales.*

VII. Usted tiene ciertos derechos y responsabilidades. Ellos son:

MEDICAID:

Entiendo que la información incluida en este formulario será tratada con absoluta reserva.

Autorizo la entrega de información personal, financiera y médica con el propósito de determinar la elegibilidad y para evaluar los programas CHIP y Medicaid.

Entiendo que debo informar a la Oficina de Asistencia del Condado de todos los cambios ocurridos en mi familia o situación financiera dentro de una semana.

Entiendo que puedo solicitar una audiencia si no estoy de acuerdo con la decisión tomada sobre esta solicitud.

Entiendo que mi situación está sujeta a la verificación de empleadores, organizaciones financieras y de terceros.

Entiendo que los solicitantes de Medicaid deben proporcionar su número de seguro social. Este número puede usarse para verificar la información de esta solicitud.

Entiendo que tengo el derecho a un certificado de cobertura acreditable para verificar mi cobertura médica. La ley federal limita cuándo se puede negar o limitar la cobertura del seguro de salud como resultado de una condición preexistente. Si me inscribo en un plan de salud grupal que tiene una condición preexistente, puedo recibir crédito por el tiempo que he recibido Medicaid.

Certifico que toda la información de esta solicitud es verdadera bajo pena por falso testimonio.

Certifico que, según mi mejor conocimiento, entiendo mis derechos y responsabilidades.

CHIP:

He leído y entiendo completamente esta solicitud. La información que he incluido es veraz y correcta.

Entiendo que pueden existir multas por brindar información falsa a propósito.

Entiendo que si alguno o todos mis niños no cumplen con los requisitos de CHIP, ellos pueden cumplir con los requisitos de Medicaid. Si éste fuera el caso, permitiré que CHIP entregue mi nombre y la información de esta solicitud al Departamento de Bienestar Público.

Estoy de acuerdo con ayudar en la evaluación del programa CHIP. Entiendo que esto puede incluir entrevistas y una revisión de los antecedentes médicos de mis niños y el formulario de solicitud.

**Guarde esta página
en sus archivos.**

 Corte sobre la línea punteada y conserve en su expediente personal.