

Solicitud para el plan SelectPlan for Women

This is an application for family planning services. If you need help translating it, please contact your County Assistance Office. Translation services will be provided free of charge.

Настоящий документ представляет собой заявление на получение обслуживания по планированию семьи. Если вам нужна помощь в его переводе, обращайтесь в Окружное бюро помощи (County Assistance Office). Переводческие услуги будут предоставлены вам бесплатно.

នេះជាពាក្យសុំសេវាកម្មគ្រប់គ្រងការផ្តល់ជំនួយសម្រាប់ស្ត្រី។ បើលោកអ្នកត្រូវការជំនួយបកប្រែ សូមទាក់ទងទៅការិយាល័យដីលំហែរសំណេរកម្ពុជា។ សេវាកម្មបកប្រែនឹងផ្តល់ឱ្យអោយឥតគិតថ្លៃ។

Esta es una solicitud de servicios de planificación familiar. Si necesita ayuda con la traducción comuníquese con la Oficina de Asistencia del Condado (CAO) que le corresponde. Los servicios de traducción son gratuitos.

这是关于家庭计划服务的申请。如果你需要翻译协助，请联络你所在地方的郡县援助办事处。可免费提供翻译服务。

Đây là mẫu đơn về các dịch vụ kế hoạch hoá gia đình. Nếu bạn cần phiên dịch mẫu này, xin tiếp xúc với Phòng Trợ Cấp Quận Hạt. Dịch vụ phiên dịch sẽ được cung cấp miễn phí.

Toda la información que proporcione en este formulario se mantendrá confidencial.

SelectPlan for Women proporciona servicios de planificación familiar para mujeres que:

- Tienen entre 18 y 44 años
- Son residentes de Pennsylvania
- Son ciudadanas de Estados Unidos o con situación migratoria satisfactoria para recibir Asistencia Médica
- No tienen cobertura médica para la planificación familiar
- No califican para ninguna otra categoría de Asistencia Médica
- No están embarazadas o esterilizadas
- Califican según su ingreso (su ingreso no excede el 185% de los límites de pobreza establecidos por el gobierno federal)

SelectPlan for Women proporciona:

- Examen médico para la mujer, estudios de rutina y métodos anticonceptivos.
- Información, asesoramiento en planificación familiar y remisiones a otros profesionales médicos y servicios sociales.

¿Está embarazada? Sí No (Si la respuesta es **Sí**, es posible que califique para recibir otra cobertura médica - vea el cuadro que aparece a continuación).

¿Le han hecho alguna operación para evitar el embarazo, como ligarle las trompas de falopio o una histerectomía? Sí No

Si respondió **SÍ** a alguna de las preguntas, **NO PROSIGA**. Usted no califica para el plan SelectPlan for Women.

Entiendo que quizás califique para recibir otra cobertura de Asistencia Médica, pero ahora solamente quiero solicitar el plan SelectPlan for Women. Iniciales: _____

1. Llene este formulario (con letra de imprenta) y firmelo.
2. Adjunte los comprobantes de sus ingresos indicados en la sección C de la página 3.
 - La información que adjunte deberá indicar su ingreso antes de la deducción de impuestos y otras deducciones.
 - Los comprobantes pueden ser talonarios de cheque, cartas de notificación de subsidios, cheques de paga o declaración actual de impuestos.
 - Asegúrese de que los talonarios de cheque representen el ingreso de un mes completo. Puede enviar un solo talonario de paga si es un periodo de paga típico. Una carta de su patrón que indica la cantidad de su paga mensual también es aceptable.
 - Si trabaja por cuenta propia, puede utilizar como comprobante copias de las declaraciones de impuestos u otros expedientes financieros.
3. Adjunte comprobante de su identidad y de que es ciudadana de Estados Unidos o que su situación migratoria es satisfactoria. (por ejemplo, acta de nacimiento o documentos de inmigración)
4. Adjunte comprobante de que es residente de PA (por ejemplo, licencia de conducir o ID estatal)
5. Envíe este formulario y la documentación requerida a:

DPW - Central Unit, 1401 N. 7th St. P.O. Box 2675, Harrisburg, PA 17105-2675

Si necesita ayuda para llenar esta solicitud, llame al **1-800-842-2020**, o si tiene discapacidad auditiva, llame a la línea **TDD 1-800-451-5886**.

También puede solicitar en línea en www.compass.state.pa.us. En este sitio web puede solicitar otros beneficios médicos, asistencia en efectivo y cupones de alimentos.

Sólo para uso del proveedor

Nombre del proveedor:	Núm. de proveedor de MA	Fecha
-----------------------	-------------------------	-------

A. Información de la solicitante

Apellido		Nombre		Inicial		Número de seguro social	
Sexo <i>FEMENINO</i>	Fecha de nacimiento <i>mm/dd/yyyy</i>	Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Casada		Núm. de licencia o ID (estado/número)		¿Es ciudadano de Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Lugar de nacimiento: <i>estado, condado, ciudad</i>		Nombre como aparece en el acta de nacimiento <i>Apellido, nombre, segundo nombre</i>		Nombre de soltera de su madre: <i>Apellido, nombre, segundo nombre</i>			
¿Tiene una copia de su acta de nacimiento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							
Verificación del acta de nacimiento - Para uso oficial							
Número de expediente estatal		Fecha de tramitación		Firma/Fecha			<input type="checkbox"/> No hay registro
Raza (marque todas las que correspondan) (Opcional)						Origen étnico (opcional)	
<input type="checkbox"/> Afroamericana		<input type="checkbox"/> Nativa de Alaska / indio americana		<input type="checkbox"/> Nativa de Hawai / Islas del Pacífico		<input type="checkbox"/> Hispana <input type="checkbox"/> No hispana	
<input type="checkbox"/> Asiática		<input type="checkbox"/> Caucásica		<input type="checkbox"/> Asiática (Subcontinente Índico)			
Dirección de su domicilio				Ciudad		Estado	Código postal
Dirección postal (<i>si la necesita para fines de confidencialidad</i>)				Ciudad		Estado	Código postal
Condado		Distrito escolar		Teléfono domicilio	Teléfono del trabajo	¿A qué hora podemos llamar?	

B. Miembros de la familia (Incluya solamente a su esposo, si es casada, a sus hijos y a sus hijastros si viven con usted.)

*El número de seguro social es opcional para los miembros de la familia que no son la solicitante

Apellido, nombre, inicial Persona 2	Sexo M o F	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social*	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijastro
Apellido, nombre, inicial Persona 3	Sexo M o F	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social*	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijastro
Apellido, nombre, inicial Persona 4	Sexo M o F	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social*	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijastro
Apellido, nombre, inicial Persona 5	Sexo M o F	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social*	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijastro

C. Ingresos y gastos

(Recuerde que debe enviar comprobantes.)

Indique si usted o los miembros de su familia indicados en la sección "B" tienen algunos de los siguientes tipos de ingresos. <i>(Marque sí o no)</i>	Sí	No	¿De quién es el ingreso?	¿Con qué frecuencia recibe el ingreso? <i>(semanalmente, quincenalmente, mensualmente, etc)</i>	Cantidad que recibe en cada periodo de pago, antes de la deducción de impuestos y otras deducciones
Empleo	Sí	No			
Nombre del empleador					
Empleo	Sí	No			
Nombre del empleador					
Trabajo por cuenta propia <i>(Incluya el dinero que recibe por cuidar niños o por alojamiento y comidas)</i>	Sí	No			
Ingreso del Seguro Social	Sí	No			
Pensión/jubilación	Sí	No			
Compensación al Trabajador	Sí	No			
Beneficios de desempleo	Sí	No			
Dividendos/Intereses	Sí	No			
Pensión alimenticia para sus hijos o para usted	Sí	No			
Otro <i>(especifique)</i>	Sí	No			

Indique cuánto paga en cuidado infantil o cuidado de adultos para poder trabajar.

(Lo puede usar como deducción para ayudarlo a calificar. Quizás necesite proporcionar comprobantes.)

Nombre del niño/adulto	Gasto mensual	Nombre del niño/adulto	Gasto mensual

D. Seguro de gastos médicos

¿Tiene seguro de gastos médicos? Sí No

Si la respuesta es sí, proporcione información sobre el seguro. Si la respuesta es no, sáltese esta sección.

¿Qué cubre la póliza?

Servicios de planificación familiar Medicamentos, incluidos los anticonceptivos

Si la respuesta es sí, si llena un reclamo de ese seguro, ¿le causará daño físico, emocional o de otro tipo a su cónyuge, a sus padres o a alguna otra persona? Sí No

Si la respuesta es Sí, explique:

Si tiene información adicional o comentarios que cree que es importante incluir, utilice la SECCIÓN E – INFORMACIÓN ADICIONAL.

Derechos y responsabilidades

Entiendo que la información que proporcione en este formulario se mantendrá confidencial y solamente se utilizará para administrar los beneficios.

Yo autorizo la divulgación de información personal, financiera y médica para determinar si califico para recibir beneficios del programa **SelectPlan for Women**.

Entiendo que debo reportar todos los cambios que se produzcan en mi hogar o en mi situación económica a la oficina central o al centro de cambios de la Oficina de Asistencia del Condado (County Assistance Office) en un plazo de 10 días.

Entiendo que puedo solicitar una audiencia si no estoy conforme con la decisión que se tome en cuanto a esta solicitud.

Entiendo que la información reportada en esta solicitud está sujeta a verificación de empleadores, medios financieros y otros terceros.

Entiendo que las solicitantes del plan **SelectPlan for Women** tienen que proporcionar su Número de Seguro Social (42 U.S.C. § 1320b-7). El número de seguro social podría sea utilizado para verificar la información proporcionada en esta solicitud.

Yo declaro bajo pena de perjurio que toda la información incluida en esta solicitud es verídica.

Yo declaro que soy ciudadana de Estados Unidos o mi situación migratoria es satisfactoria para recibir Asistencia Médica.

Yo declaro que a mi leal saber y entender, entiendo mis derechos y obligaciones.

Firma de la solicitante:

o de la persona que solicita en nombre de la solicitante: _____ Fecha: _____

Envíe este formulario y la documentación requerida a:

DPW - Central Unit, 1401 N. 7th St. P.O. Box 2675, Harrisburg, PA 17105-2675

E. Información adicional

Utilice este espacio para agregar a otros miembros de la familia o proporcionar información o comentarios que piensa que debemos saber.

F. For Office Use Only

Date Received	Category	File Cleared By/Date
Screened By/Date	AP Registration Number	Provider Number
County	District	Record Number
<input type="checkbox"/> Eligible <input type="checkbox"/> Not Eligible		Reason Code