

PENNSYLVANIA

Solicitud de Asistencia Médica para Trabajadores con Discapacidades

El programa de Asistencia Médica para Trabajadores con Discapacidades (por sus siglas en inglés, MAWD) ofrece cobertura de salud para personas con discapacidades que están empleadas. Es posible que se aplique un cargo mínimo por esta cobertura.
Si tiene una discapacidad y necesita este formulario impreso con letras grandes o en otro formato, llame a nuestra línea de ayuda al número 1-800-692-7462. Para servicios de TDD, llame al número 1-800-451-5886.

This is an application for Medical Assistance benefits. If you need help translating it, please contact your county assistance office, CAO. Translation services will be provided free of charge.

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

Đây là mẫu đơn xin hưởng phúc lợi Bảo Trợ Y Tế. Nếu quý vị cần phiên dịch đơn này, xin liên lạc Văn Phòng Trợ Cấp Quận Hạt nơi quý vị cư ngụ. Dịch vụ phiên dịch sẽ được cung cấp miễn phí.

Настоящий документ является заявлением на получение обслуживания по программе Medical Assistance. Если вам нужна помощь в переводе данного заявления, обращайтесь в Окружное бюро помощи (County Assistance Office). Услуги по переводу предоставляются бесплатно.

នេះជាពាក្យដាក់សុំអនុវត្តប្រយោជន៍សុំបុត្រពេទ្យ។ បើលោកអ្នកត្រូវការជំនួយបកប្រែ រឺសូមទាក់ទងទៅការិយាល័យដីលវ៉ែរដែលនៅតាមតំបន់របស់លោកអ្នក។ ការបកប្រែនឹងផ្តល់អោយដោយឥតគិតថ្លៃ។

这是关于医疗协助福利的申请。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。可以免费提供翻译服务。

¿Cómo sé si califico?

1. Debe tener al menos 16 años de edad, pero menos de 65 años.
2. Sus recursos contables, tales como cuentas bancarias, acciones y bonos no pueden superar los \$10,000.
3. Sus ingresos contables, después de las deducciones permitidas, deben ser menos del 250% de los Lineamientos Federales sobre Ingresos de Nivel de Pobreza.
4. Debe enmarcarse dentro de la definición de una incapacidad estipulada por la Administración del Seguro Social. Para cumplir con la definición de una incapacidad, debe reunir los siguientes requisitos:
 - Deber recibir actualmente los beneficios del Seguro por Incapacidad del Seguro Social (por sus siglas en inglés, SSDI).
 - Debe haber recibido los beneficios de Seguridad de Ingreso Suplementario, SSI o SSDI, en los últimos 12 meses.
 - Si no reúne ninguna de las condiciones anteriores, el departamento examinará su incapacidad para determinar si cumple con los criterios para calificar.
5. También debe tener un empleo remunerado para poder recibir cobertura en calidad de trabajador con una discapacidad/incapacidad.

¿Cómo solicito este beneficio?

1. Complete la solicitud adjunta. (Si necesita ayuda, llame a la línea de ayuda al 1-800-842-2020 o TDD 1-800-451-5886 para personas con problemas auditivos). También puede contactar a la oficina de asistencia de su condado (por sus siglas en inglés, CAO) o consultar la página en Internet del DPW: www.dpw.state.pa.us. También puede solicitar el beneficio en línea en www.compass.state.pa.us.
2. Adjunte comprobantes de sus ingresos, gastos laborales relacionados con el impedimento, recursos, número de seguro social, dirección e identificación.
3. Lea la sección de "Derechos y responsabilidades" y firme la solicitud.
4. Envíe la solicitud a su CAO por correo postal. Un miembro del personal de la CAO se contactará con usted si se necesita información adicional. La CAO le informará si es elegible para recibir los beneficios.

Si necesita beneficios de asistencia monetaria o SNAP, debe llenar otra solicitud. Llame a la oficina de asistencia de su condado y ellos le enviarán el formulario correspondiente.

Derechos y responsabilidades del cliente

Derecho a la no discriminación

De conformidad con las leyes federales y la política del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (por sus siglas en inglés, HHS), se prohíbe a esta institución discriminar en función de raza, color, nacionalidad, sexo o discapacidad. Para presentar una queja por discriminación, contacte al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Escriba a HHS, Director, Office of Civil Rights, Room 506-F, 200 Independence Avenue, S. W. Washington, D. C. 20201 o llame al número (202) 619-0403 (voz) o al número (202) 619-3257 (TTD). El Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.

Derecho a la confidencialidad

Mantenemos la confidencialidad de la información que nos provee y usamos esa información solamente para administrar los programas para los que usted presenta una solicitud y/o para los que pueda ser elegible.

Derecho a una notificación escrita

Le entregaremos una notificación escrita para explicarle sus beneficios. Si denegamos, cambiamos, suspendemos o finalizamos los beneficios, explicaremos la causa en la notificación. Tiene 30 días desde la fecha de la notificación para solicitar una audiencia si no estuviera de acuerdo con la medida tomada y/o las razones explicadas.

Derecho de apelación

Tiene derecho a solicitar una audiencia departamental para apelar una decisión u omisión de acción por parte del Departamento, que afecte sus beneficios o que usted considere injusta o incorrecta. Puede presentar la apelación ante la CAO. En la audiencia de apelación, puede representarse a sí mismo o puede representarlo otra persona, tal como un abogado, amigo o familiar. Puede tener una conferencia con la agencia antes de la audiencia.

Derecho a recibir un Certificado de Cobertura Acreditada

Usted tiene derecho a recibir un certificado de cobertura para verificar su cobertura médica. Las leyes federales limitan cuándo la cobertura de salud puede ser negada o limitada por una condición pre-existente. Si usted se inscribe en un plan de salud que permite condiciones pre-existentes, exclusiones o limitaciones, es posible que se le reconozca el tiempo que recibió Asistencia Médica.

Responsabilidad de proporcionar los números de seguro social

Debe proporcionar el número de seguro social (por sus siglas en inglés, SSN) de cada persona para la cual usted solicite un beneficio. Si no tiene un SSN, le ayudaremos a solicitar uno. Si no proporciona un SSN, o se niega a hacerlo, podría ser declarado no elegible para recibir los beneficios. También le solicitaremos que proporcione un SSN para verificar la identidad y para administrar nuestros programas. Usaremos su SSN para evitar la duplicación en los programas federales y estatales y para obtener información sobre los ingresos para determinar la elegibilidad para recibir beneficios.

Responsabilidad de proporcionar información

Debe proporcionar información verdadera, correcta y completa. Debe colaborar con la provisión de documentación de respaldo o con la verificación de la información que brinde. Si no pudiera presentar comprobantes, debe solicitar ayuda a la CAO. Debe colaborar plenamente con las personas o con los investigadores del Departamento de Bienestar Público (por sus siglas en inglés, DPW) o de la Oficina del Inspector General que conducen las investigaciones.

Responsabilidad de informar cambios

Debe informar los cambios en la cantidad de personas que componen su grupo familiar, dirección, nuevos ingresos no derivados del trabajo, bienes raíces u otros recursos (tales como cuentas bancarias o seguros de vida). Debe informarnos si tiene pensado irse del estado, aunque sea de manera temporaria. Debe informar si sus ingresos mensuales brutos del trabajo aumentan en más de \$100. Si tuviera ingresos no derivados del trabajo, debe informar si sus ingresos mensuales brutos no derivados del trabajo aumentan en más de \$50. Puede informar los cambios a la CAO en persona, por teléfono, por fax o por correo. **Los cambios deben informarse dentro de los primeros 10 días del mes posterior al mes del cambio.**

Responsabilidad de usar la tarjeta PA ACCESS de manera legal

Puede usar la tarjeta PA ACCESS para los servicios solamente durante el período en que usted es elegible. Debe usar la tarjeta solamente para la persona que es elegible y solamente puede obtener los servicios que sean necesarios y razonables.

Responsabilidad de pagar la prima mensual

Usted es responsable por el pago de su prima mensual. Si no paga su prima mensual a tiempo, es posible que pierda su cobertura de salud.

Si no puede pagar su prima

Se lo puede dispensar del pago de su prima mensual por razones tales como problemas de salud permanentes, "layoff" o pérdida del empleo, discriminación u otros factores fuera de su control. Deberá tener intención de regresar a su posición anterior o estar haciendo esfuerzos reales para conseguir otro trabajo.

Responsabilidad de contactar a los proveedores por reembolsos

Si paga alguna factura por gastos médicos durante el período comprendido entre la fecha de la solicitud y la de determinación de su elegibilidad, usted es responsable de contactar al proveedor para obtener un reembolso.

COUNTY ASSISTANCE OFFICE USE ONLY				AUTHORIZED	UNAUTHORIZED
<input type="checkbox"/> MAIL	<input type="checkbox"/> WALK IN	FILE CLEAR BY/DATE	SCREEN BY/DATE	DATE	
COUNTY	DISTRICT	APPLICATION REG. NUMBER	DATE STAMP	BY	
WORKER ID	CASE LOAD	RECORD NUMBER	CAT	CAT	
NAME			APPOINTMENT DATE/TIME <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	REASON CODE	

INFORMACIÓN SOBRE USTED, LA PERSONA QUE SOLICITA LOS BENEFICIOS			
SU NOMBRE COMPLETO (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)			NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN		ESTADO	CÓDIGO POSTAL + 4
NÚMERO DE TELÉFONO	DISTRITO ESCOLAR	MUNICIPIO (SUBDIVISIÓN CIVIL)	
<p>¿Recibe actualmente los beneficios de Seguro por Incapacidad del Seguro Social (SSDI)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe</p> <p>Si la respuesta es "No", cuéntenos sobre su incapacidad y proporcione la documentación correspondiente.</p>			

Al completar esta solicitud, adjunte hojas adicionales si necesita más espacio.

Inscripción de electores (opcional)
<p>Si no está inscrito para votar en el lugar donde vive actualmente, ¿desea presentar una solicitud para inscribirse para votar aquí hoy? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>SI NO MARCA NINGUNA CASILLA, CONSIDERAREMOS QUE DECIDIÓ NO INSCRIBIRSE PARA VOTAR EN ESTE MOMENTO.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <p>Para inscribirse, usted debe: 1) tener por lo menos 18 años de edad el día de la próxima elección; 2) ser ciudadano de los Estados Unidos por un mes como mínimo ANTES DE LA PRÓXIMA ELECCIÓN; 3) residir en Pennsylvania y en el distrito de votación al menos 30 días antes de la próxima elección.</p> </div> <p>Solicitar la inscripción o negarse a inscribirse para votar no afectará la cantidad de la asistencia que recibirá de parte de esta agencia. Si desea ayuda para completar el formulario de inscripción para votar, podemos ayudarlo. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Puede completar el formulario de solicitud en privado. Comuníquese con la oficina de asistencia del condado si desea ayuda. Si cree que alguna persona ha interferido con su derecho a inscribirse para votar, o de rechazar la inscripción para votar; su derecho a la privacidad para decidir si se inscribe, o para solicitar la inscripción para votar; o su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, usted puede presentar una queja ante la Secretaría de Estado en: Secretary of the Commonwealth, PA Department of State, Harrisburg, PA 17120. (Número de teléfono sin cargo 1-877-VOTESPA).</p>

EL PERSONAL DE LA OFICINA DE ASISTENCIA DEL CONDADO COMPLETARÁ ESTA SECCIÓN SEGÚN LO QUE USTED HAYA RESPONDIDO MÁS ARRIBA		
<input type="checkbox"/> Given to Client ___/___/___	<input type="checkbox"/> Sent to voter registration ___/___/___	<input type="checkbox"/> Mailed to Client ___/___/___
<input type="checkbox"/> Declined, not interested ___/___/___	<input type="checkbox"/> Not a U.S. citizen ___/___/___	<input type="checkbox"/> Declined, already registered ___/___/___

1. INFORMACIÓN SOBRE EL GRUPO FAMILIAR, CIUDADANÍA E IDENTIDAD

Liste todas las personas que viven con usted, incluido usted. Antes de completar esta sección de la solicitud, asegúrese de ver a continuación el Código de raza (el código de raza es opcional, para ser usado con fines estadísticos únicamente, y no tiene ningún impacto sobre su elegibilidad para recibir los beneficios) y el Código de ciudadanía. Adjunte hojas adicionales si es necesario.

¿Entiende el idioma inglés? Sí No Si la respuesta es "No", ¿qué idioma(s) entiende?

CIUDADANÍA: Use uno de los siguientes códigos: **1.** Ciudadano de los EE. UU **2.** Extranjero permanente **3.** Extranjero temporario
4. Refugiado **5.** Extranjero indocumentado **6.** Refugiado menor de edad no acompañado

PARA RAZA (opcional): Use cualquiera de los códigos que se apliquen. Sus beneficios no se verán afectados si no responde.
Una persona puede encuadrarse dentro de más de un grupo.

1. Negro **2.** Hispano **3.** Indígena norteamericano o nativo de Alaska **4.** Asiático **5.** Blanco (no hispano) **6.** Otro **7.** Nativo de Hawai o de las Islas del Pacífico

NOMBRE (apellido, nombre, inicial segundo nombre)	Jr./Sr., etc.	Fecha de nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Número de seguro social	Número de reclamo de Medicare
NOMBRE EN EL CERTIFICADO DE NACIMIENTO (apellido, nombre, inicial 2.º)	Estado donde nació	Condado donde nació	Ciudad donde nació	Número de registro de extranjero o inmigrante	¿Está solicitando beneficios para esta persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
NOMBRE DE SOLTERA DE LA MADRE (nombre, apellido)	Código de raza	Código de ciudadanía	¿Tiene esta persona una tarjeta PA Access? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Licencia de conducir (estado y número) o nro. de ID estatal	Relación del solicitante con usted

NOMBRE (apellido, nombre, inicial segundo nombre)	Jr./Sr., etc.	Fecha de nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Número de seguro social	Número de reclamo de Medicare
NOMBRE EN EL CERTIFICADO DE NACIMIENTO (apellido, nombre, inicial 2.º)	Estado donde nació	Condado donde nació	Ciudad donde nació	Número de registro de extranjero o inmigrante	¿Está solicitando beneficios para esta persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
NOMBRE DE SOLTERA DE LA MADRE (nombre, apellido)	Código de raza	Código de ciudadanía	¿Tiene esta persona una tarjeta PA Access? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Licencia de conducir (estado y número) o nro. de ID estatal	Relación del solicitante con usted

NOMBRE (apellido, nombre, inicial segundo nombre)	Jr./Sr., etc.	Fecha de nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Número de seguro social	Número de reclamo de Medicare
NOMBRE EN EL CERTIFICADO DE NACIMIENTO (apellido, nombre, inicial 2.º)	Estado donde nació	Condado donde nació	Ciudad donde nació	Número de registro de extranjero o inmigrante	¿Está solicitando beneficios para esta persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
NOMBRE DE SOLTERA DE LA MADRE (nombre, apellido)	Código de raza	Código de ciudadanía	¿Tiene esta persona una tarjeta PA Access? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Licencia de conducir (estado y número) o nro. de ID estatal	Relación del solicitante con usted

NOMBRE (apellido, nombre, inicial segundo nombre)	Jr./Sr., etc.	Fecha de nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Número de seguro social	Número de reclamo de Medicare
NOMBRE EN EL CERTIFICADO DE NACIMIENTO (apellido, nombre, inicial 2.º)	Estado donde nació	Condado donde nació	Ciudad donde nació	Número de registro de extranjero o inmigrante	¿Está solicitando beneficios para esta persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
NOMBRE DE SOLTERA DE LA MADRE (nombre, apellido)	Código de raza	Código de ciudadanía	¿Tiene esta persona una tarjeta PA Access? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Licencia de conducir (estado y número) o nro. de ID estatal	Relación del solicitante con usted

NOMBRE (apellido, nombre, inicial segundo nombre)	Jr./Sr., etc.	Fecha de nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Número de seguro social	Número de reclamo de Medicare
NOMBRE EN EL CERTIFICADO DE NACIMIENTO (apellido, nombre, inicial 2.º)	Estado donde nació	Condado donde nació	Ciudad donde nació	Número de registro de extranjero o inmigrante	¿Está solicitando beneficios para esta persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
NOMBRE DE SOLTERA DE LA MADRE (nombre, apellido)	Código de raza	Código de ciudadanía	¿Tiene esta persona una tarjeta PA Access? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Licencia de conducir (estado y número) o nro. de ID estatal	Relación del solicitante con usted

2. INGRESOS

Indique si alguna de las personas listadas en esta solicitud tienen, o esperan recibir, cualquier tipo de ingresos. Indique la cantidad de los ingresos antes de descontar las deducciones (tales como impuestos o seguros). Como ingresos se incluyen, entre otros, los siguientes:

- Salario Cuidado de niños Alquiler Beneficios para veteranos Beneficios por enfermedad Dividendos o intereses
 Trabajo por cuenta propia Alojamiento y comida Seguro Social/SSI Manutención de hijos o pensión alimenticia
 Compensación a trabajadores o por desempleo Pensiones o jubilaciones Comisiones Dinero para la universidad o para capacitación

NOMBRE		EMPLEADOR O FUENTE DEL INGRESO	DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR	TELÉFONO
HORAS TRABAJADAS POR SEMANA	SALARIO POR HORA	FRECUENCIA CON QUE SE RECIBEN LOS INGRESOS (MARCAR CON UN CÍRCULO UNA DE LAS OPCIONES)		CANTIDAD BRUTA ANTES DE LAS DEDUCCIONES
		Semanalmente / Cada dos semanas / Mensualmente / Otra (explicar)		
		Semanalmente / Cada dos semanas / Mensualmente / Otra (explicar)		
		Semanalmente / Cada dos semanas / Mensualmente / Otra (explicar)		
		Semanalmente / Cada dos semanas / Mensualmente / Otra (explicar)		
		Semanalmente / Cada dos semanas / Mensualmente / Otra (explicar)		

3. GASTOS

Es posible que haya tenido que gastar dinero para poder percibir los ingresos. De ser así, liste los gastos a continuación:

- Honorarios de abogados o costas judiciales Transporte
 Gastos laborales relacionados con el impedimento (tales como dispositivos médicos o atención de cuidador)

NOMBRE	TIPO DE GASTO	CANTIDAD	FRECUENCIA DE PAGO

4. RECURSOS

¿Alguna de las personas listadas en esta solicitud tiene alguno de los siguientes recursos?

- | | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No Dinero en efectivo (01) | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No Fondo de fideicomiso (06) |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No Cuenta de ahorros (02) | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No Depósito a plazo fijo (26) |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No Cuenta corriente (03) | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No IRA, KEOGH u otro plan de jubilación (27) |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No Cuenta de ahorros para Navidad o vacaciones (04) | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No Reservas o fideicomisos para servicios funerarios (97) |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No Acciones o bonos (05) | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No Propiedad de no residencia (98) |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No Bonos de ahorro de los EE. UU. (05) | | |

NOMBRE	DESCRIBIR EL TIPO/NÚMERO DE CUENTA/UBICACIÓN DEL RECURSO	VALOR ACTUAL

Sí No ¿Alguna de las personas que se listan en esta solicitud está esperando recibir dinero o algún tipo de recurso, como por ejemplo compensación por un juicio por accidente, una herencia, un fondo de fideicomiso u otro recurso? En caso afirmativo, tipo de recurso: _____ Valor: _____ Fecha en que se espera recibir: _____

Sí No Desde el 8 de febrero de 2006, ¿usted o alguna de las personas listadas en la solicitud han cedido, vendido o transferido algún activo, tales como: una casa, terreno, propiedad personal, pólizas de seguro de vida, anualidades, cuentas bancarias, depósitos a plazo fijo (CDs), acciones, IRA, bonos o un derecho a ingresos? En caso afirmativo, describa el tipo de propiedad: _____ Valor: _____ Fecha en que se vendió, transfirió o cedió: _____

¿Alguna de las personas listadas en esta solicitud es propietaria de o está haciendo pagos por algún vehículo (automóvil, camión, motocicleta)? Sí No

NOMBRE	AÑO	MARCA	MODELO	¿MATRÍCULA/ PLACA/TABLILLA?	CANTIDAD ADEUDADA
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

¿Alguna de las personas listadas en esta solicitud tiene una póliza de seguro de vida? Sí No

TITULAR DEL SEGURO	NOMBRE DE LA EMPRESA ASEGURADORA/ NÚMERO DE PÓLIZA	VALOR NOMINAL	VALOR EN EFECTIVO	¿A QUIÉN CUBRE?

¿Alguna de las personas listadas en esta solicitud tiene cobertura de seguro de salud aparte de Asistencia Médica? Sí No

TITULAR DEL SEGURO	NOMBRE DE LA EMPRESA ASEGURADORA/NÚMERO DE PÓLIZA	¿A QUIÉN CUBRE?

5. BENEFICIOS PARA MUJERES EMBARAZADAS

Hay otros beneficios que pueden estar disponibles para las mujeres embarazadas. Complete esta sección si desea hacer un referido para alguna persona en su grupo familiar que está embarazada.

NOMBRE	DIRECCIÓN	FECHA DEL PARTO

8. ADJUNTAR COMPROBANTES

Necesitaremos comprobantes de la información provista para procesar su solicitud. Su CAO lo ayudará en el caso de que no pueda obtener los comprobantes de la información.

Marque aquí si necesita ayuda para obtener los comprobantes de su dirección, ingresos y/o recursos.

¿Tiene copias de la información que proporcionó? Sí No

ENVÍE COPIAS - NO ENVÍE LOS ORIGINALES

Identificación (sólo una fuente)	Licencia de conducir, pasaporte, identificación con fotografía
Ciudadanía	Certificado de nacimiento o pasaporte
Condición de extranjero (sólo si no es ciudadano de los EE. UU.)	Documentos de inmigración más actuales
Dirección (sólo una fuente)	Recibo de alquiler, factura por servicios públicos, licencia para conducir (con la dirección actual), recibo o factura de la hipoteca, registros de la oficina de correo postal, registros impositivos, etc.
Ingresos	Recibo de sueldo o nómina actual correspondiente a un mes, comprobante de pensión o jubilación, notificación de elegibilidad económica para recibir compensación por desempleo, formularios de impuestos u otros registros de ingresos provenientes del empleo independiente, copias de talones de cheques o declaraciones de la fuente de los ingresos.
Recursos	Resúmenes de cuentas bancarias, pólizas de seguro, notificaciones de valoración impositiva

La oficina de asistencia del condado lo ayudará en el caso de que no pueda obtener los comprobantes de la información que presentó. Adjunte una nota explicando por qué no puede proporcionar los comprobantes.

9. ¿CUÁNDO COMENZARÁN LOS BENEFICIOS?

Usted puede elegir en qué mes desea que comiencen los beneficios de Asistencia Médica. Marque (✓) una de las casillas a continuación:

Marque (✓) esta casilla y su elegibilidad comenzará el mes de la solicitud. Usted deberá comenzar a pagar la prima el mismo mes de la solicitud.

Marque (✓) esta casilla y su elegibilidad comenzará el mes posterior al mes de la solicitud. Usted deberá comenzar a pagar la prima a partir del mes siguiente al mes de la solicitud.

10. CÓMO PAGAR LA PRIMA

Para participar en este programa, debe pagar una prima mensual. El método de pago preferido es la deducción salarial. Con este método, su empleador deducirá la cantidad de la prima mensual directamente de su sueldo o nómina. Marque la casilla a continuación si desea usar el método de deducción salarial.

Sí, quiero usar el método de deducción salarial
Si trabaja por cuenta propia, no desea usar la deducción salarial, o su empleador no ofrece esta opción, se le enviará un resumen mensual. Usted será responsable de enviar por correo dicho resumen junto con su pago todos los meses. Marque la casilla a continuación si desea recibir un resumen mensual y no desea usar el método de deducción salarial

NO, no quiero que se use el método de deducción salarial.

NOTA: En algunos casos, es posible que no tenga que pagar una prima.

11. SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

DERECHO A LA NO DISCRIMINACIÓN

De conformidad con las leyes federales y la política del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (por sus siglas en inglés, HHS), se prohíbe a esta institución discriminar en función de raza, color, nacionalidad, sexo o discapacidad. Para presentar una queja por discriminación, contacte al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Escriba a HHS, Director, Office of Civil Rights, Room 506-F, 200 Independence Avenue, S. W. Washington, D. C. 20201 o llame al número (202) 619-0403 (voz) o al número (202) 619-3257 (TTD). El Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.

DERECHO A LA CONFIDENCIALIDAD

Mantenemos la confidencialidad de la información que nos provee y usamos esa información solamente para administrar los programas para los que usted presenta una solicitud y/o para los que pueda ser elegible.

DERECHO A UNA NOTIFICACIÓN ESCRITA

Le entregaremos una notificación escrita para explicarle sus beneficios. Si denegamos, cambiamos, suspendemos o finalizamos los beneficios, explicaremos la causa en la notificación. Tiene 30 días desde la fecha de la notificación para solicitar una audiencia si no estuviera de acuerdo con la medida tomada y/o las razones explicadas.

DERECHO DE APELACIÓN

Tiene derecho a solicitar una audiencia departamental para apelar una decisión u omisión de acción por parte del Departamento, que afecte sus beneficios o que usted considere injusta o incorrecta. Puede presentar la apelación ante la CAO. En la audiencia de apelación, puede representarse a sí mismo o puede representarlo otra persona, tal como un abogado, amigo o familiar. Puede tener una conferencia con la agencia antes de la audiencia.

DERECHO A RECIBIR UN CERTIFICADO DE COBERTURA ACREDITADA

Usted tiene derecho a recibir un certificado de cobertura para verificar su cobertura médica. Las leyes federales limitan cuándo la cobertura de salud puede ser negada o limitada por una condición pre-existente. Si usted se inscribe en un plan de salud que permite condiciones pre-existentes, exclusiones o limitaciones, es posible que se le reconozca el tiempo que recibió Asistencia Médica.

RESPONSABILIDAD DE PROPORCIONAR LOS NÚMEROS DE SEGURO SOCIAL

Debe proporcionar el número de Seguro Social (por sus siglas en inglés, SSN) de cada persona para la cual usted solicite un beneficio. Si no tuviera un SSN, le brindaremos ayuda para solicitarlo. Si no proporciona un SSN, o se niega a hacerlo, podría ser declarado no elegible para recibir los beneficios. También le solicitaremos que proporcione un SSN para verificar la identidad y para administrar nuestros programas. Usaremos su SSN para evitar la duplicación en los programas federales y estatales y para obtener información sobre los ingresos para determinar la elegibilidad para recibir beneficios.

RESPONSABILIDAD DE PROPORCIONAR INFORMACIÓN

Debe proporcionar información verdadera, correcta y completa. Debe colaborar con la provisión de documentación de respaldo o con la verificación de la información que brinde. Si no pudiera presentar comprobantes, debe solicitar ayuda a la CAO. Debe colaborar plenamente con las personas o con los investigadores del DPW o de la Oficina del Inspector General que conducen las investigaciones.

RESPONSABILIDAD DE INFORMAR CAMBIOS

Debe informar los cambios en la cantidad de personas que componen su grupo familiar, dirección, nuevos ingresos no derivados del trabajo, bienes raíces u otros recursos (tales como cuentas bancarias o seguros de vida). Debe informarnos si tiene pensado irse del estado, aunque sea de manera temporaria. Debe informar si sus ingresos mensuales brutos del trabajo aumentan en más de \$100. Si tuviera ingresos no derivados del trabajo, debe informar si sus ingresos mensuales brutos no derivados del trabajo aumentan en más de \$50. Puede informar los cambios a la CAO en persona, por teléfono, por fax o por correo. Los cambios deben informarse dentro de los primeros 10 días del mes posterior al mes del cambio.

RESPONSABILIDAD DE USAR LA TARJETA PA ACCESS DE MANERA LEGAL

Puede usar la tarjeta PA ACCESS para los servicios solamente durante el período en que usted es elegible. Debe usar la tarjeta solamente para la persona que es elegible y solamente puede obtener los servicios que sean necesarios y razonables.

RESPONSABILIDAD DE PAGAR LA PRIMA MENSUAL

Usted es responsable por el pago de su prima mensual. Si no paga su prima mensual a tiempo, es posible que pierda su cobertura de salud.

SI NO PUEDE PAGAR SU PRIMA MENSUAL

Se lo puede dispensar del pago de su prima mensual por razones tales como problemas de salud permanentes, "layoff" o pérdida del empleo, discriminación u otros factores fuera de su control. Deberá tener intención de regresar a su posición anterior o estar haciendo esfuerzos reales para conseguir otro trabajo.

RESPONSABILIDAD DE CONTACTAR A LOS PROVEEDORES POR REEMBOLSOS

Si paga alguna factura por gastos médicos durante el período comprendido entre la fecha de la solicitud y la de determinación de su elegibilidad, usted es responsable de contactar al proveedor para obtener un reembolso.

12. CONVENIO Y ACUERDO

AL MOMENTO DE FIRMAR ESTE FORMULARIO, ACEPTO QUE:

- He leído esta solicitud en su totalidad, o alguien me la ha leído, y comprendo las preguntas realizadas.
- Recibí una copia de mis derechos y responsabilidades, los leí o alguien me los ha leído, y los comprendo.
- Proporcionaré o colaboraré para obtener cualquier información necesaria para verificar mis declaraciones.
- Debo informar sobre cualquier cambio en mi situación dentro de los primeros 10 días del mes posterior al mes del cambio.
- Soy responsable de cualquier declaración fraudulenta hecha en esta solicitud, aún cuando la solicitud sea presentada por alguien que actúe en mi nombre.
- Certifico que, sujeto a las penalidades previstas por ley, la información que brindé es, a mi leal saber y entender, verdadera, correcta y completa.

FIRMA DEL CLIENTE O DEL REPRESENTANTE

Firma del cliente/Representante

Dirección del cliente/Representante

Teléfono

Fecha

AL MOMENTO DE FIRMAR ESTE FORMULARIO, ACEPTO QUE:

- Si no informo sobre cambios ocurridos, según lo requerido, mis beneficios se podrán reducir o cancelar. Si intencionalmente no proporciono la información correcta o no informo sobre los cambios ocurridos, puedo ser multado o puesto en prisión.
- El estado dirige un programa de control de fraude según el cual los funcionarios federales, estatales y locales pueden verificar la información que proporcioné.
- El estado puede obtener información sobre mi situación a través de otras personas u organizaciones, incluso a través de datos coincidentes en sistemas de computación y a través del Servicio de Inmigración y Naturalización.
- Mi número de Seguro Social se usará para obtener información para verificar mi situación y elegibilidad.
- Comprendo que, al firmar a continuación, certifico que las personas por las que estoy presentado la solicitud son ciudadanos de los EE. UU. o extranjeros con condición de inmigración legal.

Firma del testigo (si se usó una "x")

Dirección del testigo

Teléfono

Fecha