



## Solicitud para el pago de los deducibles, coseguros y primas de Medicare

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. Las personas sordas, con problemas de audición o con discapacidades del habla que desean comunicarse con este centro de atención pueden llamar a los Servicios de Mensajes al llamar al 711.

This is an application for payment of your Medicare premiums, Coinsurance and Deductibles. If you need this application in a different language or someone to interpret, please contact your local county assistance office, CAO. Language assistance will be provided free of charge.

Esta es una solicitud para el pago de su Cobertura de Salud y/o primas de Medicare. Si necesita esta solicitud en otro idioma o servicios de interpretación, comuníquese con su oficina de asistencia del condado (CAO, por sus siglas en inglés) local. La asistencia para comunicarse en otro idioma se proporcionará gratuitamente.

Đây là một đơn xin thanh toán phí bảo hiểm, đồng bảo hiểm và các khoản khấu trừ của chương trình Medicare của quý vị. Nếu quý vị cần đơn xin này bằng một ngôn ngữ khác hoặc cần người phiên dịch, vui lòng liên hệ văn phòng hỗ trợ của hạt tại địa phương (CAO). Việc hỗ trợ về ngôn ngữ sẽ được cung cấp miễn phí.

هذا طلب لسداد أقساط الرعاية الطبية والتأمين والاقطاعات الخاصة بك. إذا كنت بحاجة إلى هذا الطلب بلغة مختلفة أو إلى شخص لترجمته فوري، يرجى الاتصال بمكتب المعونة المحلي في مقاطعتك CAO ستقدم المساعدة اللغوية مجانًا.

នេះគឺជាពាក្យសុំសំរាប់ការបង់ប្រាក់ចំណាយលើថ្លៃធានារ៉ាប់រង Medicare ធានារ៉ាប់រងអ្នកគ្មាន និង ការដកហូតយកធានារ៉ាប់រង ។ ប្រសិនបើ លោកអ្នកត្រូវការពាក្យសុំ នេះជាភាសាផ្សេង ឬ ត្រូវការនរណាម្នាក់ឱ្យជួយបកប្រែជូនលោកអ្នក សូមទាក់ទងមកករិយាល័យជំនួយប្រចាំប្រទេស, CAO ។ ចំពោះជំនួយខាងផ្នែកភាសានិងត្រូវបានផ្តល់ជូនលោកអ្នកដោយពុំគិតថ្លៃ ។

Данный документ является заявлением на оплату страховых премий программы Medicare, совместного страхования и нестрахуемого минимума. Если это заявление необходимо вам на другом языке, или если вам требуются услуги переводчика, обратитесь в местный окружной отдел поддержки в вопросах социального обеспечения (County assistance office, CAO). Услуги переводчика будут предоставлены вам бесплатно.

这是用于支付您医疗 (Medicare) 保险费用、共负保险额和自负额的申请书。如果您需要另一语言版本的申请书，或者需要他人加以解释，请与您当地的县援助办公室 (COA) 联

### Información sobre su cobertura de atención de salud

#### ¿Debería solicitar los beneficios?

Sí, los debería solicitar. Todas las personas tienen el derecho a solicitarlos y se les exhorta para que lo hagan.

#### ¿Cuáles son los beneficios?

Hay varios beneficios diferentes. Dependiendo de sus ingresos y recursos, puede ser apto para recibir beneficios en una de las siguientes categorías:

#### Beneficios para Personas Calificadas (por sus siglas en inglés, QI)

- Este beneficio paga su prima de Medicare Parte B. Los ingresos mensuales no pueden exceder el 135% de los Lineamientos Federales sobre Ingresos de Nivel de Pobreza. Los límites de recursos son más altos que en la mayoría de los otros programas de Asistencia Médica. Para informarse sobre los límites actuales, llame a la CAO local o al Centro de Servicio al Cliente (por sus siglas en inglés, CSC) al número 1-877-395-8930. Los residentes de Philadelphia deben llamar al número 1-215-560-7226.

#### Beneficiarios de Medicare de Bajos Ingresos Especificados (por sus siglas en inglés, SLMB)

- Este beneficio paga su prima de Medicare Parte A (si tiene que pagar la prima usted mismo), las primas de Medicare Parte B, los deducibles de Medicare y los costos de coseguros (copagos). Los ingresos mensuales no pueden exceder el 100% de los Lineamientos Federales sobre Ingresos de Nivel de Pobreza. Los límites de recursos son más altos que en la mayoría de los otros programas de Asistencia Médica. Para informarse sobre los límites actuales, llame a la CAO local o al Centro de Servicio al Cliente (por sus siglas en

inglés, CSC) al número 1-877-395-8930. Los residentes de Philadelphia deben llamar al número 1-215-560-7226.

#### Beneficiarios Aprobados por Medicare (por sus siglas en inglés, QMB)

- Este beneficio paga su prima de Medicare Parte A (si tiene que pagar la prima usted mismo), las primas de Medicare Parte B, los deducibles de Medicare y los costos de coseguros (copagos). Los ingresos mensuales no pueden exceder el 100% de los Lineamientos Federales sobre Ingresos de Nivel de Pobreza. Los límites de recursos son más altos que en la mayoría de los otros programas de Asistencia Médica. Para informarse sobre los límites actuales, llame a la CAO local o al Centro de Servicio al Cliente (por sus siglas en inglés, CSC) al número 1-877-395-8930. Los residentes de Philadelphia deben llamar al número 1-215-560-7226.
- Los Beneficiarios Aprobados por Medicare también pueden ser aptos para recibir los beneficios completos de Asistencia Médica (incluye el traslado a citas médicas) y el pago de las primas de Medicare. Los límites de recursos son \$2,000 para una persona/\$3,000 para una pareja casada.

Debido a que no se cuentan todos los ingresos, debería solicitar este beneficio aún cuando sus ingresos del trabajo, ingresos no derivados del trabajo y recursos excedan los límites. Determinados recursos, tales como la casa en la que vive, no se cuentan. Los límites de ingresos pueden cambiar cada año.

Se revisará su solicitud para el pago de sus primas de Medicare Parte B de los tres meses anteriores.



# Solicitud para el pago de los deducibles, coseguros y primas de Medicare

## ¿Cómo solicito este beneficio?

Complete esta solicitud.

Revise cualquier información impresa en este formulario. Si alguna parte de su información que viene ya impresa es incorrecta o ha cambiado, tache esa información impresa y proporcione la información actualizada. Revise todas las preguntas que no tengan una respuesta impresa y respóndalas, a menos que las instrucciones le indiquen que puede elegir no contestar. Escriba sus respuestas en esta solicitud en letra de imprenta. Si necesita ayuda para responder las preguntas, llame a su oficina de asistencia del condado local, o CAO, o a la **LÍNEA DE AYUDA al número 1-800-842-2020 (si tiene dificultades auditivas, llame desde un dispositivo TDD al número 1-800-451-5886).**

Puede presentar su solicitud en línea en [www.compass.state.pa.us](http://www.compass.state.pa.us), por correo postal o personalmente en su oficina de asistencia del condado.

## ¿Adónde debo enviar la solicitud?

Una vez que haya completado la solicitud, envíela a su CAO. Llame al CSC al número **1-877-395-8930** para informarse sobre la dirección correcta. Los residentes de Philadelphia deben llamar al número 1-215-560-7226.

## ¿Cuánto tiempo pasará hasta que me informen si fui

**considerado como aprobado?** Este proceso debería demorar 30 días. Si se necesitara información adicional, podría demorarse hasta 45 días.

What language do you prefer? ¿Qué idioma prefiere usted?  English/Inglés  Spanish/Español  Other/Otro (specify/especifique) \_\_\_\_\_

Do you need an interpreter? ¿Necesita un intérprete?  Yes / Sí  No If yes, what language? En caso afirmativo, ¿de qué idioma? \_\_\_\_\_

PROVIDER USE ONLY				
PROVIDER NAME		PROVIDER NUMBER		
<input type="checkbox"/> INPATIENT	<input type="checkbox"/> OUTPATIENT	<input type="checkbox"/> EMERGENCY		
<input type="checkbox"/> NON-APPLICABLE				
COUNTY ASSISTANCE OFFICE USE				
<input type="checkbox"/> MAIL	<input type="checkbox"/> WALK-IN	FILE CLEAR BY DATE	SCREEN BY DATE	
COUNTY	DISTRICT	APPLICATION REG #	DATE STAMP	CAT
WORKER I.D.	CASELOAD	RECORD NUMBER	2ND DATE	CAT
NAME				
APPOINTMENT DATE/TIME				AM PM
<input type="checkbox"/> APPLICATION		<input type="checkbox"/> RENEWAL		
AUTHORIZED		NOT AUTHORIZED		
DATE				
BY				
CAT				
REASON CODE				

**Pregunta 1 - Información sobre usted, el solicitante:** Necesitamos reunir información sobre usted, la persona que solicita los beneficios.

Revise cualquier información impresa a continuación. Si esta información es incorrecta, táchela y escriba la información correcta.

Persona 1		Escriba toda la información en letra de imprenta			
Nombre (nombre, inicial del segundo nombre, apellido, sufijo-Jr./Sr./etc.):		¿Está solicitando los beneficios para usted mismo?		Número de seguro social:	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado civil ▶	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo		
Número de reclamo de Medicare:		¿Tiene una tarjeta PA Access? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Dirección particular (incluya calle, núm. de departamento, ciudad, estado y código postal+4):			Número de teléfono:		
Dirección postal (si fuera diferente a la dirección particular):		Distrito escolar:		Pueblo o municipalidad:	
¿Es ciudadano de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		ID de registro de extranjero:			
Raza (Opcional) (Marque todo lo que corresponda)	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano		<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Hispano	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico
	<input type="checkbox"/> Indígena norteamericano o nativo de Alaska		<input type="checkbox"/> Blanco (no hispano)		<input type="checkbox"/> Otra: _____

**Pregunta 2 - Información sobre su cónyuge e hijos menores de 21 años si viven con usted.**

Para determinar si cumplen con todos los requerimientos, debemos saber acerca de su cónyuge e hijos que viven con usted.

Revise cualquier información impresa a continuación. Si esta información es incorrecta, táchela y escriba la información correcta.

Persona 2		Escriba toda la información en letra de imprenta			
Nombre (nombre, inicial del segundo nombre, apellido, sufijo-Jr./Sr./etc.):		¿Está solicitando beneficios para esta persona?		Número de seguro social:	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	¿Qué relación o parentesco tiene con usted esta persona? <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo	Número de reclamo de Medicare:		¿Esta persona tiene una tarjeta PA ACCESS? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Esta persona vive con usted? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Es esta persona un ciudadano EE.UU. o nacional? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		ID de registro de extranjero:	
Raza (Opcional) (Marque todo lo que corresponda)	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano		<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Hispano	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico
	<input type="checkbox"/> Indígena norteamericano o nativo de Alaska		<input type="checkbox"/> Blanco (no hispano)		<input type="checkbox"/> Otra: _____

Persona 3		Escriba toda la información en letra de imprenta			
Nombre (nombre, inicial del segundo nombre, apellido, sufijo-Jr./Sr./etc.):		¿Está solicitando beneficios para esta persona?		Número de seguro social:	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	¿Qué relación o parentesco tiene con usted esta persona? <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo	Número de reclamo de Medicare:		¿Esta persona tiene una tarjeta PA ACCESS? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Esta persona vive con usted? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Es esta persona un ciudadano EE.UU. o nacional? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		ID de registro de extranjero:	
Raza (Opcional) (Marque todo lo que corresponda)	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano		<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Hispano	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico
	<input type="checkbox"/> Indígena norteamericano o nativo de Alaska		<input type="checkbox"/> Blanco (no hispano)		<input type="checkbox"/> Otra: _____

**Persona 4****Escriba toda la información en letra de imprenta**

Nombre (nombre, inicial del segundo nombre, apellido, sufijo-Jr./Sr./etc.):		¿Está solicitando beneficios para esta persona?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Número de seguro social:
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	¿Qué relación o parentesco tiene con usted esta persona? <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo	Número de reclamo de Medicare:	¿Esta persona tiene una tarjeta PA ACCESS? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Esta persona vive con usted? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Es esta persona un ciudadano EE.UU. o nacional? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	ID de registro de extranjero:	
<b>Raza (Opcional)</b> (Marque todo lo que corresponda) <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Indígena norteamericano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Blanco (no hispano) <input type="checkbox"/> Otra: _____				

**Persona 5****Escriba toda la información en letra de imprenta**

Nombre (nombre, inicial del segundo nombre, apellido, sufijo-Jr./Sr./etc.):		¿Está solicitando beneficios para esta persona?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Número de seguro social:
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	¿Qué relación o parentesco tiene con usted esta persona? <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo	Número de reclamo de Medicare:	¿Esta persona tiene una tarjeta PA ACCESS? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Esta persona vive con usted? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Es esta persona un ciudadano EE.UU. o nacional? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	ID de registro de extranjero:	
<b>Raza (Opcional)</b> (Marque todo lo que corresponda) <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Indígena norteamericano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Blanco (no hispano) <input type="checkbox"/> Otra: _____				

**Persona 6****Escriba toda la información en letra de imprenta**

Nombre (nombre, inicial del segundo nombre, apellido, sufijo-Jr./Sr./etc.):		¿Está solicitando beneficios para esta persona?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Número de seguro social:
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	¿Qué relación o parentesco tiene con usted esta persona? <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo	Número de reclamo de Medicare:	¿Esta persona tiene una tarjeta PA ACCESS? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Esta persona vive con usted? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Es esta persona un ciudadano EE.UU. o nacional? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	ID de registro de extranjero:	
<b>Raza (Opcional)</b> (Marque todo lo que corresponda) <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Blanco (no hispano) <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Indígena norteamericano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Otra: _____				

**Persona 7****Escriba toda la información en letra de imprenta**

Nombre (nombre, inicial del segundo nombre, apellido, sufijo-Jr./Sr./etc.):		¿Está solicitando beneficios para esta persona?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Número de seguro social:
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	¿Qué relación o parentesco tiene con usted esta persona? <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo	Número de reclamo de Medicare:	¿Esta persona tiene una tarjeta PA ACCESS? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Esta persona vive con usted? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Es esta persona un ciudadano EE.UU. o nacional? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	ID de registro de extranjero:	
<b>Raza (Opcional)</b> (Marque todo lo que corresponda) <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Blanco (no hispano) <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Indígena norteamericano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Otra: _____				

### Pregunta 3 - Servicio militar de los Estados Unidos.

¿Alguna de las personas está, o ha estado, en las Fuerzas Armadas de los EE. UU.?

sí  NO

¿Alguna de las personas es la viuda, cónyuge o hijo/a (menor de 18 años de edad) de alguien que esté o haya estado en las Fuerzas Armadas de los EE. UU.?

sí  NO

Revise cualquier información impresa a continuación. Si esta información es incorrecta, táchela y escriba la información correcta.

PERSONA QUE PRESTÓ SERVICIO	DIVISIÓN (Ejemplo: ejército, marina, cuerpo de infantería marina, fuerzas aéreas, servicio de guardacostas)	FECHAS DE SERVICIO

### Pregunta 4 - Inscripción de electores

## Inscripción de electores (opcional)

Si no está inscrito para votar en el lugar donde vive actualmente, ¿desea presentar una solicitud para inscribirse para votar aquí hoy?  Sí  No  
**SI NO MARCA NINGUNA CASILLA, CONSIDERAREMOS QUE DECIDIÓ NO INSCRIBIRSE PARA VOTAR EN ESTE MOMENTO.**

**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.**

**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)

#### EL PERSONAL DE LA OFICINA DE ASISTENCIA DEL CONDADO COMPLETARÁ ESTASECCIÓN SEGÚN LO QUE USTED HAYA RESPONDIDO MÁS ARRIBA

Given to Client \_\_/\_\_/\_\_

Sent to voter registration \_\_/\_\_/\_\_

Mailed to Client \_\_/\_\_/\_\_

Declined, not interested \_\_/\_\_/\_\_

Not a U.S. citizen \_\_/\_\_/\_\_

Declined, already registered \_\_/\_\_/\_\_

**Pregunta 5 - Ingresos.** Necesitamos saber sobre sus ingresos y los de su cónyuge. Incluya los ingresos de los hijos menores de 21 años de edad. No se cuentan todos los ingresos. Por ejemplo, excluimos \$20, como mínimo, de los ingresos y tenemos en cuenta otras deducciones que pueden hacerse. Indique la cantidad de los ingresos antes de descontar las deducciones (tales como impuestos o seguros). (Adjuntar hojas adicionales si es necesario).

Enumere todos los ingresos de su hogar que incluyan, entre otros: ingresos devengados (salario, trabajo por cuenta propia, dinero ganado por el cuidado de niños, dinero proveniente de inmuebles que da en alquiler, dinero que le pagan a usted por dar alojamiento y comida, comisiones, etc.) e ingresos no devengados (pensiones, beneficios para veteranos del Ejército de los EE. UU., beneficios de Seguridad Social, compensación por desempleo, compensación a trabajadores, beneficios por enfermedad, manutención o pensión alimenticia, dividendos o intereses, etc.)

¿Alguna persona, incluyendo al cónyuge o hijo, tiene ingresos?  SÍ  NO

Si la respuesta es afirmativa, indique cualquier ingreso que ya haya percibido, o que espere percibir, este mes.

Revise cualquier información impresa a continuación. Si esta información es incorrecta, táchela y escriba la información correcta.

¿Quién percibe este ingreso?	Tipo de Ingreso	Fuente de Ingresos	Frecuencia (semanal, quincenal, mensual, anual)	Promedio de horas trabajadas por semana:	¿Monto bruto? (Monto de los ingresos antes de impuestos y deducciones)	Comentarios

**Pregunta 6 - Gastos por ingresos.** Algunas personas tienen gastos por los cuales deben pagar para recibir sus ingresos. Esta pregunta hace referencia a si alguna persona tuvo que pagar por conceptos tales como gastos laborales relacionados con una discapacidad, honorarios de abogados, costas judiciales o gastos de traslado para percibir los ingresos indicados en la pregunta nro. 5.

¿Alguna persona, incluyendo al cónyuge o hijo, paga gastos tales como honorarios de abogados, gastos bancarios, gastos judiciales, gastos de traslado y gastos laborales relacionados con una discapacidad para percibir sus ingresos?  SÍ  NO

Si alguien paga tales gastos, indíquelos a continuación.

PERSONA QUE TIENE EL GASTO	TIPO DE GASTO	CANTIDAD	FRECUENCIA
		\$	
		\$	
		\$	

**Pregunta 7 - Recursos.** Enumere cualquier recurso de las personas incluidas en la solicitud.

Los recursos incluyen: cuentas bancarias (entre ellos, cuentas de cheques, ahorros, ahorros para vacaciones); certificados de depósito (CD); planes de jubilación (entre ellos, IRA, KEOGH); acciones; bonos (entre ellos, bonos de ahorro de los EE. UU.); anualidades; fideicomisos; fondos mutuos y dinero en efectivo.

Revise cualquier información impresa a continuación. Si esta información es incorrecta, táchela y escriba la información correcta.

NOMBRE DEL PROPIETARIO	RECURSOS	VALOR ACTUAL	CUENTA BANCARIA/ NÚMERO DE CUENTA	PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN	COMENTARIOS

**Pregunta 8 - Vehículos.** En esta pregunta, necesitamos saber sobre cualquier vehículo que tenga. Es importante que sepa que para determinar la elegibilidad no se cuentan todos los vehículos. Por ejemplo, no contamos el automóvil principal.

Revise cualquier información impresa a continuación. Si esta información es incorrecta, táchela y escriba la información correcta.

¿Alguna persona, incluyendo al cónyuge o hijo, tiene o comprará un automóvil, camión o motocicleta?  sí  NO

PERSONA DUEÑA DEL VEHÍCULO	AÑO, MARCA Y MODELO	¿MATRÍCULA/ PLACA/TABLILLA?	CANTIDAD ADEUDADA	PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN	COMENTARIOS
		<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> NO	\$		
		<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> NO	\$		
		<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> NO	\$		
		<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> NO	\$		
		<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> NO	\$		
		<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> NO	\$		



**Pregunta 9 - Seguro de vida.** En esta pregunta, necesitamos saber sobre las pólizas de seguro de vida y sus valores nominales y en efectivo, en la medida en que usted conozca esta información.

Revise cualquier información impresa a continuación. Si esta información es incorrecta, táchela y escriba la información correcta.

¿Alguna persona, incluyendo al cónyuge o hijo, tiene una póliza de seguro de vida?  Sí  NO  
Si la tiene, complete esta sección a su leal saber y entender.

¿A QUIÉN CUBRE?	TITULAR DE LA PÓLIZA	COMPAÑÍA DE SEGURO	NÚMERO DE PÓLIZA	VALOR NOMINAL	VALOR EN EFECTIVO	BENEFICIARIO
				\$	\$	
				\$	\$	
				\$	\$	
				\$	\$	
				\$	\$	
				\$	\$	

**Pregunta 10 - Seguro de salud.** En esta pregunta, necesitamos saber qué otra cobertura médica tiene, en caso de que tuviera alguna.

¿Alguna persona, incluyendo al cónyuge o hijo, tiene otro seguro de salud, incluyendo Medicare o una cobertura comprada por alguien más? Si lo tiene, complete la siguiente tabla y proporcione una copia de la tarjeta y/o notificación de la prima.  sí  NO

COMPAÑÍA DE SEGURO	NÚMERO DE PÓLIZA	¿QUIÉN TIENE COBERTURA?	PRIMA	FRECUENCIA

**Pregunta 11 - Cambios en los ingresos o recursos.** Si usted o su cónyuge pagaron las primas de Medicare Parte B en cualquiera de los tres meses anteriores, podría recibir un reembolso por esos pagos.

Díganos si hubo un cambio en los ingresos o recursos en los últimos tres meses.

NO, no hubo cambios.

Sí, hubo un cambio en los ingresos o recursos. Explique:

---



---

**Pregunta 12 - Verificación.** 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

<b>ENVÍE COPIAS - NO ENVÍE LOS ORIGINALES</b>	
<b>Identificación</b> (Solamente una fuente)	Licencia de conducir, pasaporte, identificación con fotografía.
<b>Condición de persona extranjera</b> (Solamente si no es ciudadano de los EE. UU.)	Documentos de inmigración más actuales.
<b>Ingresos</b>	Recibo de sueldo o nómina actual correspondiente a un mes, comprobante de pensión, 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.
<b>Recursos</b>	Resúmenes de cuentas bancarias, pólizas de seguro, notificaciones de valoración impositiva.

# Sus derechos y responsabilidades

## Asistencia Médica

- Entiendo que Pennsylvania recibe información del Sistema de Verificación de Elegibilidad de Ingresos (IEVS), instituciones financieras, informes de consumidores y agencias estatales y federales para verificar la información que proporciono. La información disponible a través del IEVS y otras entidades será solicitada, utilizada y puede ser verificada a través de contacto colateral cuando la agencia estatal encuentre datos contradictorios, y tal información puede afectar la elegibilidad y el nivel de beneficios de mi familia.
- Entiendo que, al firmar esta solicitud, autorizo a cualquier institución financiera a divulgar, a través de medios electrónicos o cualquier otro medio, la información financiera parcial o total que posee dicha institución, al Departamento de Servicios Humanos o a su agente designado o contratista con la finalidad de identificar y verificar los activos cuando sea necesario para determinar y redeterminar la elegibilidad para Asistencia Médica. Entiendo que la información financiera incluye depósitos, retiros, cierres de cuentas y otra información relevante solicitada o recibida de la institución financiera, incluidas otras transacciones realizadas por la institución financiera con respecto a la cuenta o activo. Entiendo que esta autorización estará vigente hasta que la elegibilidad de Asistencia Médica sea denegada o termine, o si decido revocarla por notificación escrita al Departamento, lo que suceda primero. Entiendo que, si revoco esta autorización, esto puede hacer que mi familia o yo dejemos de ser elegibles para Asistencia Médica.
- Entiendo que, si tergiverso, oculto o retengo hechos que pueden afectar mi elegibilidad para beneficios, se me puede exigir que pague mis beneficios y puedo ser procesado y descalificado de recibir algunos beneficios en el futuro.
- Entiendo que puedo designar a un representante autorizado completando la sección Representante autorizado y enviándola con esta solicitud.
- Entiendo y acepto que soy responsable de cualquier declaración fraudulenta hecha en esta solicitud, aun cuando la solicitud sea presentada por alguien que actúe en mi nombre.
- Entiendo que la información ingresada en esta solicitud será confidencial y utilizada únicamente para administrar los beneficios. Autorizo la divulgación de la información personal, económica y médica con el propósito de determinar la elegibilidad.
- Entiendo que, para cualquier cambio que esté obligado a informar, deberé hacerlo dentro de los 10 primeros días del mes posterior al mes en que se produzca el cambio.
- Entiendo que recibiré una notificación por escrito donde se explican los beneficios. Si se deniegan, cambian, suspenden o interrumpen los beneficios, la notificación por escrito explicará los motivos.
- Entiendo que tendré 30 días desde la fecha de la notificación para solicitar una audiencia si no estoy de acuerdo con la decisión tomada con respecto a esta solicitud.
- Entiendo que mi situación está sujeta a verificación por parte de empleadores, fuentes financieras y terceros.
- Entiendo que los solicitantes deben proporcionar su número de Seguro Social o solicitar uno si no lo tienen. Este número puede ser utilizado para verificar la información ingresada en esta solicitud.
- Entiendo que debo utilizar la tarjeta de Transferencia Electrónica de Beneficios (Electronic Benefit Transfer, o EBT) o la tarjeta PA ACCESS, únicamente durante el período en que soy elegible. Debo usar la tarjeta EBT o PA ACCESS únicamente para la persona que es elegible y sólo puedo recibir los beneficios que son necesarios y razonables.
- Entiendo que no tengo que proporcionar el número de Seguro Social de ninguna persona que no esté solicitando los beneficios de Asistencia Médica. Si proporciono su número de Seguro Social, podrá ser utilizado para verificar la información ingresada en esta solicitud.
- Certifico que toda la información ingresada es verídica bajo pena de falso testimonio.
- Entiendo que tengo derecho a recibir un certificado de cobertura meritosa para verificar mi cobertura médica. Las leyes federales limitan cuándo la cobertura de salud puede ser denegada o limitada por una condición preexistente. Si me inscribo en un plan de salud grupal que tenga una cláusula en la cual se estipule que se excluye el tratamiento por una condición preexistente, puedo obtener crédito por el período de tiempo en el que recibí Asistencia Médica.
- Entiendo que si se determina que reúno los requisitos para recibir Asistencia Médica, seré inscrito en el paquete de beneficios de atención de salud más completo que esté disponible para mí.
- Entiendo que si algunas o todas las personas solicitantes no reúnen los requisitos para recibir Asistencia Médica, es posible que sean elegibles para el programa CHIP. En ese caso, autorizo al Departamento de Servicios Humanos a proporcionar mi nombre y la información contenida en esta solicitud al Departamento de Seguros o al proveedor del programa CHIP. Entiendo cuáles son mis derechos y responsabilidades según el programa CHIP.
- Entiendo que si todas, o algunas de las personas solicitantes, no son elegibles para recibir cobertura de atención de salud a través del departamento, podrían ser elegibles para recibir beneficios federales, y/o explorar opciones de cobertura privada de atención de salud a través del Mercado de Seguros de Salud (Health Insurance Marketplace). En ese caso, autorizo al Departamento a proporcionar mi nombre y la información contenida en esta solicitud al Mercado de Seguros de Salud. Entiendo cuáles son mis derechos y responsabilidades según el Mercado de Seguros de Salud.

## CHIP

### Usted tiene derecho a:

- Confidencialidad - Toda la información en esta solicitud será confidencial. Esta solicitud será compartida solamente con los programas gubernamentales que usted solicite, y/o para los que sea elegible, tales como Asistencia Médica, y la asistencia para primas del Mercado de Seguros de Salud (Health Insurance Marketplace).
- Designación de representante personal - Mediante el formulario de Designación de Representante Personal, puede elegir a otra persona para que reciba la información de salud concerniente a usted o a sus hijos menores.
- Certificado de cobertura meritosa - Cuando usted abandone el programa, recibirá un certificado de cobertura meritosa para verificar la cobertura médica si usted es elegible.

## Sus derechos y responsabilidades (continuación)

- Notificación escrita - Recibirá una notificación por escrito con explicaciones sobre su elegibilidad.
- Apelación - Podrá solicitar una revisión imparcial si no está de acuerdo con alguna de las decisiones concernientes a esta solicitud, siempre y cuando el pedido se haga dentro de un plazo de 30 días a partir de la decisión.

### Usted tiene la responsabilidad de:

- Leer y comprender por completo esta solicitud.
- Proporcionar información verdadera, correcta y completa, teniendo en cuenta que proporcionar información falsa de manera intencional implica ciertas penalizaciones: es un delito grave y se considera delito de defraudación al seguro.
- Colaborar con la revisión de esta solicitud, que puede incluir entrevistas y la revisión de expedientes de salud.
- Comprender que cierta información puede estar sujeta a verificación por parte de empleadores, fuentes financieras y terceros.
- Proporcionar prueba de identidad y de ciudadanía estadounidense si esa información no se obtiene a través de este proceso de solicitud.
- Proporcionar comprobante de condición o estatus migratorio legal mediante la presentación de documentación del Servicio de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos si usted está presentando una solicitud para alguien que no sea ciudadano estadounidense.
- Comunicar todos los cambios correspondientes a su grupo familiar, entre ellos: ingresos, dirección y número de teléfono en cuanto se produzcan.

### Entiendo que:

- Si todas o algunas de las personas solicitantes no son elegibles para CHIP, podrían ser elegibles para recibir Asistencia Médica. En ese caso, autorizo al Departamento de Seguros a proporcionar toda la información —o parte de ella— contenida en esta solicitud al Departamento de Servicios Humanos. Entiendo cuáles son mis derechos y responsabilidades según el programa de Asistencia Médica.
- Si algunas o todas las personas solicitantes no califican para participar en el programa CHIP, es posible que sean elegibles para recibir beneficios federales o para consultar las opciones de asistencia de salud privada a través del Mercado de Seguros de Salud. En ese caso, autorizo al Departamento a proporcionar toda la información —o parte de ella— contenida en esta solicitud al Mercado de Seguros de Salud. Entiendo cuáles son mis derechos y responsabilidades según el Mercado de Seguros de Salud.
- Si se determina que mi hijo/a es elegible —o está inscrito/a— para recibir beneficios de asistencia de salud para empleados estatales provistos por una agencia pública y la agencia pagara incluso una pequeña parte del costo del beneficio o de la prima, entonces mi hijo/a no es elegible para participar en el programa CHIP. Si así fuera y mi hijo/a hubiera recibido beneficios del programa CHIP, es posible que dichos beneficios sean dados de baja de manera retroactiva.

### Mercado de Seguros de Salud:

- Certifico que toda la información ingresada es verídica bajo pena de falso testimonio. Sé que puedo estar sujeto a las penalidades estipuladas por las leyes federales si proporciono información falsa y/o incorrecta de manera intencional.
- Sé que debo informarle al Mercado de Seguros de Salud si algo de lo que escribí en esta solicitud cambia o es diferente de la información brindada. Puedo visitar [HealthCare.gov](http://HealthCare.gov) o llamar al 1-800-318-2596 para informar cualquier cambio. Entiendo que un cambio en mi información podría afectar la elegibilidad de uno o varios miembros de mi grupo familiar.
- Sé que bajo la ley federal, no se permite la discriminación en base a la raza, color, origen nacional, sexo, edad, orientación sexual, identidad de género o discapacidad. Puedo presentar una queja por discriminación, visitando [www.hhs.gov/ocr/office/file](http://www.hhs.gov/ocr/office/file).
- Confirmando que ninguno de los solicitantes de seguro médico en esta solicitud se encuentra encarcelado (detenido o en la cárcel).

Si no es así, \_\_\_\_\_ está encarcelado.  
(Nombre y apellido de la persona)

- **Renovación de la cobertura en años futuros:** Para facilitar la determinación de mi elegibilidad para recibir ayuda para la cobertura médica en el futuro, acepto permitir que el Mercado de Seguros de Salud use los datos de mis ingresos, incluyendo la información de las declaraciones de impuestos. El Mercado de Seguros de Salud me enviará una notificación, me permitirá hacer los cambios necesarios y yo podré dejar de participar en cualquier momento.

### Sí, acepto que se renueve mi elegibilidad automáticamente en el/(los) próximo(s):

(marque una opción)

- 5 años (el número máximo de años permitidos)
- 4 años
- 3 años
- 2 años
- 1 año
- No deseo que se utilice mi información de las declaraciones de impuestos para renovar mi cobertura.

- Certifico que, a mi leal saber y entender, comprendo mis derechos y responsabilidades y que la información ingresada en esta solicitud es completa y verdadera, bajo pena de falso testimonio. También certifico que el proporcionar información falsa o incompleta de manera intencional en esta solicitud constituye defraudación al seguro.
- Entiendo que puedo designar a un representante autorizado completando la sección Representante autorizado y enviándola con esta solicitud.
- Entiendo y acepto que soy responsable de cualquier declaración fraudulenta hecha en esta solicitud, aún cuando la solicitud sea presentada por alguien que actúe en mi nombre.
- Entiendo que a todas las personas solicitantes se les brindará acceso a la cobertura según el programa para el cual sean elegibles, si se determina que son elegibles para participar en el programa de Asistencia Médica, CHIP o beneficios federales a través del Mercado de seguros médicos.
- Le permitiré al Departamento de Servicios Humanos proporcionar mi nombre y la información contenida en esta solicitud al Departamento de Seguros o al proveedor del programa CHIP, si alguno de los solicitantes fuera elegible para recibir los beneficios de CHIP.
- Le permitiré al Departamento de Seguros proporcionar toda la información —o parte de ella— contenida en esta solicitud al Departamento de Servicios Humanos, si alguno de los solicitantes fuera elegible para recibir los beneficios de Asistencia Médica.
- Les permitiré al Departamento de Servicios Humanos de Pennsylvania y al Departamento de Seguros de Pennsylvania proporcionar toda la información —o parte de ella— contenida en esta solicitud al Mercado de seguros médicos, si alguno de los solicitantes fuera elegible para recibir beneficios federales y/o deseara consultar opciones de asistencia de salud privada.
- Autorizo la divulgación de la información personal, económica y médica con el propósito de determinar la elegibilidad y para la revisión de los programas CHIP, de Asistencia Médica, y del Mercado de Seguros de Salud.
- Certifico que la persona o las personas por las que estoy presentado la solicitud son ciudadanos de los EE. UU. o extranjeros con estatus migratorio legal.

**X**

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante o de la persona que presenta la solicitud en nombre del solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

Usted puede firmar aquí si es un representante autorizado, siempre que se proporcione la información requerida en la sección de Representante autorizado.

## Representante autorizado

Usted puede autorizar a una persona de confianza para que hable con nosotros sobre esta solicitud, para que vea su información y para que actúe en su nombre en los asuntos relativos a esta solicitud, incluyendo obtener información sobre su solicitud y firmar su solicitud en su nombre. A esta persona se la denomina “representante autorizado”. Cuando necesite cambiar su representante autorizado deberá contactar a la oficina de asistencia del condado de su área.

Si usted es un representante legalmente designado del solicitante, puede presentar la evidencia correspondiente en lugar de la firma del solicitante a continuación. En dicho caso, presente la evidencia junto con la solicitud.

¿Desea nombrar a alguien como su representante autorizado?  Sí  No

Nombre del representante autorizado:

Número de teléfono:

(     )

Tipo de teléfono (✓):

Teléfono particular

Teléfono del trabajo  Celular

Dirección (incluya calle, núm. de apartamento, ciudad, estado y código postal+4):

Papel del representante autorizado:

Cuidador

Tutor legal

Contacto principal

Albacea/Ejecutor del testamento en vida

Miembro del equipo de apoyo

Representante

Apoderado

Con su firma a continuación, usted autoriza a esta persona para que pueda firmar su solicitud, obtener información oficial acerca de esta solicitud y actuar en su nombre por cualquier tema que pueda surgir en el futuro con esta agencia.

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

**ASEGÚRESE DE FIRMAR Y FECHAR ESTA SOLICITUD Y DE INCLUIR LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS.**



## Sus derechos y responsabilidades

### Asistencia Médica

- Entiendo que Pennsylvania recibe información del Sistema de Verificación de Elegibilidad de Ingresos (IEVS), instituciones financieras, informes de consumidores y agencias estatales y federales para verificar la información que proporciono. La información disponible a través del IEVS y otras entidades será solicitada, utilizada y puede ser verificada a través de contacto colateral cuando la agencia estatal encuentre datos contradictorios, y tal información puede afectar la elegibilidad y el nivel de beneficios de mi familia.
- Entiendo que, al firmar esta solicitud, autorizo a cualquier institución financiera a divulgar, a través de medios electrónicos o cualquier otro medio, la información financiera parcial o total que posee dicha institución, al Departamento de Servicios Humanos o a su agente designado o contratista con la finalidad de identificar y verificar los activos cuando sea necesario para determinar y redeterminar la elegibilidad para Asistencia Médica. Entiendo que la información financiera incluye depósitos, retiros, cierres de cuentas y otra información relevante solicitada o recibida de la institución financiera, incluidas otras transacciones realizadas por la institución financiera con respecto a la cuenta o activo. Entiendo que esta autorización estará vigente hasta que la elegibilidad de Asistencia Médica sea denegada o termine, o si decido revocarla por notificación escrita al Departamento, lo que suceda primero. Entiendo que, si revoco esta autorización, esto puede hacer que mi familia o yo dejemos de ser elegibles para Asistencia Médica.
- Entiendo que, si tergiverso, oculto o retengo hechos que pueden afectar mi elegibilidad para beneficios, se me puede exigir que pague mis beneficios y puedo ser procesado y descalificado de recibir algunos beneficios en el futuro.
- Entiendo que puedo designar a un representante autorizado completando la sección Representante autorizado y enviándola con esta solicitud.
- Entiendo y acepto que soy responsable de cualquier declaración fraudulenta hecha en esta solicitud, aun cuando la solicitud sea presentada por alguien que actúe en mi nombre.
- Entiendo que la información ingresada en esta solicitud será confidencial y utilizada únicamente para administrar los beneficios. Autorizo la divulgación de la información personal, económica y médica con el propósito de determinar la elegibilidad.
- Entiendo que, para cualquier cambio que esté obligado a informar, deberé hacerlo dentro de los 10 primeros días del mes posterior al mes en que se produzca el cambio.
- Entiendo que recibiré una notificación por escrito donde se explican los beneficios. Si se deniegan, cambian, suspenden o interrumpen los beneficios, la notificación por escrito explicará los motivos.
- Entiendo que tendré 30 días desde la fecha de la notificación para solicitar una audiencia si no estoy de acuerdo con la decisión tomada con respecto a esta solicitud.
- Entiendo que mi situación está sujeta a verificación por parte de empleadores, fuentes financieras y terceros.
- Entiendo que los solicitantes deben proporcionar su número de Seguro Social o solicitar uno si no lo tienen. Este número puede ser utilizado para verificar la información ingresada en esta solicitud.

- Entiendo que debo utilizar la tarjeta de Transferencia Electrónica de Beneficios (Electronic Benefit Transfer, o EBT) o la tarjeta PA ACCESS, únicamente durante el período en que soy elegible. Debo usar la tarjeta EBT o PA ACCESS únicamente para la persona que es elegible y sólo puedo recibir los beneficios que son necesarios y razonables.
- Entiendo que no tengo que proporcionar el número de Seguro Social de ninguna persona que no esté solicitando los beneficios de Asistencia Médica. Si proporciono su número de Seguro Social, podrá ser utilizado para verificar la información ingresada en esta solicitud.
- Certifico que toda la información ingresada es verídica bajo pena de falso testimonio.
- Entiendo que tengo derecho a recibir un certificado de cobertura meritosa para verificar mi cobertura médica. Las leyes federales limitan cuándo la cobertura de salud puede ser denegada o limitada por una condición preexistente. Si me inscribo en un plan de salud grupal que tenga una cláusula en la cual se estipule que se excluye el tratamiento por una condición preexistente, puedo obtener crédito por el período de tiempo en el que recibí Asistencia Médica.
- Entiendo que si se determina que reúno los requisitos para recibir Asistencia Médica, seré inscrito en el paquete de beneficios de atención de salud más completo que esté disponible para mí.
- Entiendo que si algunas o todas las personas solicitantes no reúnen los requisitos para recibir Asistencia Médica, es posible que sean elegibles para el programa CHIP. En ese caso, autorizo al Departamento de Servicios Humanos a proporcionar mi nombre y la información contenida en esta solicitud al Departamento de Seguros o al proveedor del programa CHIP. Entiendo cuáles son mis derechos y responsabilidades según el programa CHIP.
- Entiendo que si todas, o algunas de las personas solicitantes, no son elegibles para recibir cobertura de atención de salud a través del departamento, podrían ser elegibles para recibir beneficios federales, y/o explorar opciones de cobertura privada de atención de salud a través del Mercado de Seguros de Salud (Health Insurance Marketplace). En ese caso, autorizo al Departamento a proporcionar mi nombre y la información contenida en esta solicitud al Mercado de Seguros de Salud. Entiendo cuáles son mis derechos y responsabilidades según el Mercado de Seguros de Salud.

### CHIP

#### Usted tiene derecho a:

- Confidencialidad - Toda la información en esta solicitud será confidencial. Esta solicitud será compartida solamente con los programas gubernamentales que usted solicite, y/o para los que sea elegible, tales como Asistencia Médica, y la asistencia para primas del Mercado de Seguros de Salud (Health Insurance Marketplace).
- Designación de representante personal - Mediante el formulario de Designación de Representante Personal, puede elegir a otra persona para que reciba la información de salud concerniente a usted o a sus hijos menores.
- Certificado de cobertura meritosa - Cuando usted abandone el programa, recibirá un certificado de cobertura meritosa para verificar la cobertura médica si usted es elegible.



## Sus derechos y responsabilidades (continuación)

- Notificación escrita - Recibirá una notificación por escrito con explicaciones sobre su elegibilidad.
- Apelación - Podrá solicitar una revisión imparcial si no está de acuerdo con alguna de las decisiones concernientes a esta solicitud, siempre y cuando el pedido se haga dentro de un plazo de 30 días a partir de la decisión.

### Usted tiene la responsabilidad de:

- Leer y comprender por completo esta solicitud.
- Proporcionar información verdadera, correcta y completa, teniendo en cuenta que proporcionar información falsa de manera intencional implica ciertas penalizaciones: es un delito grave y se considera delito de defraudación al seguro.
- Colaborar con la revisión de esta solicitud, que puede incluir entrevistas y la revisión de expedientes de salud.
- Comprender que cierta información puede estar sujeta a verificación por parte de empleadores, fuentes financieras y terceros.
- Proporcionar prueba de identidad y de ciudadanía estadounidense si esa información no se obtiene a través de este proceso de solicitud.
- Proporcionar comprobante de condición o estatus migratorio legal mediante la presentación de documentación del Servicio de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos si usted está presentando una solicitud para alguien que no sea ciudadano estadounidense.
- Comunicar todos los cambios correspondientes a su grupo familiar, entre ellos: ingresos, dirección y número de teléfono en cuanto se produzcan.

### Entiendo que:

- Si todas o algunas de las personas solicitantes no son elegibles para CHIP, podrían ser elegibles para recibir Asistencia Médica. En ese caso, autorizo al Departamento de Seguros a proporcionar toda la información —o parte de ella— contenida en esta solicitud al Departamento de Servicios Humanos. Entiendo cuáles son mis derechos y responsabilidades según el programa de Asistencia Médica.
- Si algunas o todas las personas solicitantes no califican para participar en el programa CHIP, es posible que sean elegibles para recibir beneficios federales o para consultar las opciones de asistencia de salud privada a través del Mercado de Seguros de Salud. En ese caso, autorizo al Departamento a proporcionar toda la información —o parte de ella— contenida en esta solicitud al Mercado de Seguros de Salud. Entiendo cuáles son mis derechos y responsabilidades según el Mercado de Seguros de Salud.
- Si se determina que mi hijo/a es elegible —o está inscrito/a— para recibir beneficios de asistencia de salud para empleados estatales provistos por una agencia pública y la agencia pagara incluso una pequeña parte del costo del beneficio o de la prima, entonces mi hijo/a no es elegible para participar en el programa CHIP. Si así fuera y mi hijo/a hubiera recibido beneficios del programa CHIP, es posible que dichos beneficios sean dados de baja de manera retroactiva.

### Mercado de Seguros de Salud:

- Certifico que toda la información ingresada es verídica bajo pena de falso testimonio. Sé que puedo estar sujeto a las penalidades estipuladas por las leyes federales si proporciono información falsa y/o incorrecta de manera intencional.
- Sé que debo informarle al Mercado de Seguros de Salud si algo de lo que escribí en esta solicitud cambia o es diferente de la información brindada. Puedo visitar [HealthCare.gov](http://HealthCare.gov) o llamar al 1-800-318-2596 para informar cualquier cambio. Entiendo que un cambio en mi información podría afectar la elegibilidad de uno o varios miembros de mi grupo familiar.
- Sé que bajo la ley federal, no se permite la discriminación en base a la raza, color, origen nacional, sexo, edad, orientación sexual, identidad de género o discapacidad. Puedo presentar una queja por discriminación, visitando [www.hhs.gov/ocr/office/file](http://www.hhs.gov/ocr/office/file).
- Confirmando que ninguno de los solicitantes de seguro médico en esta solicitud se encuentra encarcelado (detenido o en la cárcel).

Si no es así, \_\_\_\_\_ está encarcelado.  
(Nombre y apellido de la persona)

- **Renovación de la cobertura en años futuros:** Para facilitar la determinación de mi elegibilidad para recibir ayuda para la cobertura médica en el futuro, acepto permitir que el Mercado de Seguros de Salud use los datos de mis ingresos, incluyendo la información de las declaraciones de impuestos. El Mercado de Seguros de Salud me enviará una notificación, me permitirá hacer los cambios necesarios y yo podré dejar de participar en cualquier momento.

### Sí, acepto que se renueve mi elegibilidad automáticamente en el/(los) próximo(s):

(marque una opción)

- 5 años (el número máximo de años permitidos)
- 4 años
- 3 años
- 2 años
- 1 año
- No deseo que se utilice mi información de las declaraciones de impuestos para renovar mi cobertura.