



pennsylvania
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES

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. 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.

¿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.

Puede ser elegible para la categoría Trabajadores con Éxito Laboral del programa de Asistencia Médica para Trabajadores con Discapacidades (MAWD) si recibió MAWD durante al menos los últimos 12 meses y sus ingresos aumentan por encima del 250% de los Lineamientos Federales de Ingresos de Pobreza y están en o por debajo del 600% de los Lineamientos Federales de Ingresos de Pobreza.

¿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 711 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 DHS: www.dhs.pa.gov. También puede solicitar el beneficio en línea en www.compass.state.pa.us.
2. **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.**
3. Adjunte comprobantes de sus ingresos, gastos laborales relacionados con el impedimento, recursos, número de seguro social, dirección e identificación.
4. Lea la sección de "Derechos y responsabilidades" y firme la solicitud.
5. 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.

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.

នេះជាពាក្យសុំអនុវត្តប្រយោជន៍សំបុត្រពេទ្យ។
បើលោកអ្នកត្រូវការជំនួយបកប្រែ
សូមទាក់ទងទៅការិយាល័យដែលជិតបំផុតរបស់លោកអ្នក។
ការបកប្រែនឹងផ្តល់ដោយឥតគិតថ្លៃ។

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。

هذا طلب للحصول على منافع المساعدة الطبية. إذا كنت بحاجة إلى
مساعدة في ترجمته، يرجى الاتصال بمكتب معونة مقاطعتك
سنتقدم خدمات الترجمة مجاناً.

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.

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.

SÓLO PARA USO DE LA OFICINA DE ASISTENCIA DEL CONDADO				AUTHORIZED	UNAUTHORIZED
☐ MAIL	☐ 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	☐ AM ☐ PM	REASON CODE

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.	
SU NOMBRE COMPLETO (nombre, inicial del segundo nombre, apellido, sufijo-Jr./Sr./etc.)	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN	ESTADO CÓDIGO POSTAL + 4
NÚMERO DE TELÉFONO	DISTRITO ESCOLAR MUNICIPIO (SUBDIVISIÓN CIVIL)
¿Recibe actualmente los beneficios de Seguro por Incapacidad del Seguro Social (SSDI)? ☐ SÍ ☐ NO ☐ NO SABE Si la respuesta es "No", cuéntenos sobre su incapacidad y proporcione la documentación correspondiente.	

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

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 ESTA SECCIÓN 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 ____/____/____

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

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? _____

CIUDADANÍA: Use uno de los siguientes códigos.	1. Ciudadano de los EE.	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 (nombre, inicial del segundo nombre, apellido, sufijo-Jr./Sr./etc.)	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO ☐ M ☐ F	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	NÚMERO DE RECLAMO DE MEDICARE
NOMBRE EN EL CERTIFICADO DE NACIMIENTO (apellido, nombre, inicial 2.º)	ESTADO DONDE NACÍÓ	CONDADO DONDE NACÍÓ	CIUDAD DONDE NACÍÓ	NÚMERO DE REGISTRO DE EXTRANJERO O INMIGRANTE
				¿ESTÁ SOLICITANDO BENEFICIOS PARA ESTA PERSONA? ☐ sí ☐ NO
NOMBRE DE SOLTERA DE LA MADRE (nombre, apellido)	CÓDIGO DE RAZA	CÓDIGO DE CIUDADANÍA	¿TIENE ESTA PERSONA UNA TARJETA PA ACCESS? ☐ sí ☐ NO	LICENCIA DE CONDUCIR (ESTADO Y NÚMERO) O NRO. DE ID ESTATAL
				RELACIÓN DEL SOLICITANTE CON USTED

NOMBRE (nombre, inicial del segundo nombre, apellido, sufijo-Jr./Sr./etc.)	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO ☐ M ☐ F	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	NÚMERO DE RECLAMO DE MEDICARE
NOMBRE EN EL CERTIFICADO DE NACIMIENTO (apellido, nombre, inicial 2.º)	ESTADO DONDE NACÍÓ	CONDADO DONDE NACÍÓ	CIUDAD DONDE NACÍÓ	NÚMERO DE REGISTRO DE EXTRANJERO O INMIGRANTE
				¿ESTÁ SOLICITANDO BENEFICIOS PARA ESTA PERSONA? ☐ sí ☐ NO
NOMBRE DE SOLTERA DE LA MADRE (nombre, apellido)	CÓDIGO DE RAZA	CÓDIGO DE CIUDADANÍA	¿TIENE ESTA PERSONA UNA TARJETA PA ACCESS? ☐ sí ☐ NO	LICENCIA DE CONDUCIR (ESTADO Y NÚMERO) O NRO. DE ID ESTATAL
				RELACIÓN DEL SOLICITANTE CON USTED

NOMBRE (nombre, inicial del segundo nombre, apellido, sufijo-Jr./Sr./etc.)	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO ☐ M ☐ F	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	NÚMERO DE RECLAMO DE MEDICARE
NOMBRE EN EL CERTIFICADO DE NACIMIENTO (apellido, nombre, inicial 2.º)	ESTADO DONDE NACÍÓ	CONDADO DONDE NACÍÓ	CIUDAD DONDE NACÍÓ	NÚMERO DE REGISTRO DE EXTRANJERO O INMIGRANTE
				¿ESTÁ SOLICITANDO BENEFICIOS PARA ESTA PERSONA? ☐ sí ☐ NO
NOMBRE DE SOLTERA DE LA MADRE (nombre, apellido)	CÓDIGO DE RAZA	CÓDIGO DE CIUDADANÍA	¿TIENE ESTA PERSONA UNA TARJETA PA ACCESS? ☐ sí ☐ NO	LICENCIA DE CONDUCIR (ESTADO Y NÚMERO) O NRO. DE ID ESTATAL
				RELACIÓN DEL SOLICITANTE CON USTED

NOMBRE (nombre, inicial del segundo nombre, apellido, sufijo-Jr./Sr./etc.)	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO ☐ M ☐ F	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	NÚMERO DE RECLAMO DE MEDICARE
NOMBRE EN EL CERTIFICADO DE NACIMIENTO (apellido, nombre, inicial 2.º)	ESTADO DONDE NACÍÓ	CONDADO DONDE NACÍÓ	CIUDAD DONDE NACÍÓ	NÚMERO DE REGISTRO DE EXTRANJERO O INMIGRANTE
				¿ESTÁ SOLICITANDO BENEFICIOS PARA ESTA PERSONA? ☐ sí ☐ NO
NOMBRE DE SOLTERA DE LA MADRE (nombre, apellido)	CÓDIGO DE RAZA	CÓDIGO DE CIUDADANÍA	¿TIENE ESTA PERSONA UNA TARJETA PA ACCESS? ☐ sí ☐ NO	LICENCIA DE CONDUCIR (ESTADO Y NÚMERO) O NRO. DE ID ESTATAL
				RELACIÓN DEL SOLICITANTE CON USTED

NOMBRE (nombre, inicial del segundo nombre, apellido, sufijo-Jr./Sr./etc.)	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO ☐ M ☐ F	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	NÚMERO DE RECLAMO DE MEDICARE
NOMBRE EN EL CERTIFICADO DE NACIMIENTO (apellido, nombre, inicial 2.º)	ESTADO DONDE NACÍÓ	CONDADO DONDE NACÍÓ	CIUDAD DONDE NACÍÓ	NÚMERO DE REGISTRO DE EXTRANJERO O INMIGRANTE
				¿ESTÁ SOLICITANDO BENEFICIOS PARA ESTA PERSONA? ☐ sí ☐ NO
NOMBRE DE SOLTERA DE LA MADRE (nombre, apellido)	CÓDIGO DE RAZA	CÓDIGO DE CIUDADANÍA	¿TIENE ESTA PERSONA UNA TARJETA PA ACCESS? ☐ sí ☐ NO	LICENCIA DE CONDUCIR (ESTADO Y NÚMERO) O NRO. DE ID ESTATAL
				RELACIÓN DEL SOLICITANTE CON USTED

NOMBRE (nombre, inicial del segundo nombre, apellido, sufijo-Jr./Sr./etc.)	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO ☐ M ☐ F	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	NÚMERO DE RECLAMO DE MEDICARE
NOMBRE EN EL CERTIFICADO DE NACIMIENTO (apellido, nombre, inicial 2.º)	ESTADO DONDE NACÍÓ	CONDADO DONDE NACÍÓ	CIUDAD DONDE NACÍÓ	NÚMERO DE REGISTRO DE EXTRANJERO O INMIGRANTE
				¿ESTÁ SOLICITANDO BENEFICIOS PARA ESTA PERSONA? ☐ sí ☐ NO
NOMBRE DE SOLTERA DE LA MADRE (nombre, apellido)	CÓDIGO DE RAZA	CÓDIGO DE CIUDADANÍA	¿TIENE ESTA PERSONA UNA TARJETA PA ACCESS? ☐ sí ☐ NO	LICENCIA DE CONDUCIR (ESTADO Y NÚMERO) O NRO. DE ID ESTATAL
				RELACIÓN DEL SOLICITANTE CON USTED

2. Ingresos:

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, lotería/juegos de azar, etc.)

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

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

Nombre	Tipo de Gasto	Cantidad	Frecuencia de Pago

4. Resources:

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; dinero en efectivo; reservas para servicios funerarios y propiedades que no incluyen la casa donde vive.

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

Nombre del Propietario (nombre, inicial del segundo nombre, apellido, sufijo-Jr./Sr./etc.)	Recursos	Valor Actual (\$)	Nombre del Banco/Número de Cuenta	Porcentaje de Participación

- ☐ 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

En los últimos 60 meses, ¿usted o alguien incluido en la solicitud cedió, vendió o transfirió bienes tales como una casa, un terreno, bienes personales, pólizas de seguro de vida, pensiones anuales, cuentas bancarias, certificados de depósito, acciones, cuentas individuales de retiro, bonos o un derecho a ingresos?

En caso afirmativo, describa el tipo de propiedad: _____ Valor: _____

Fecha en que se vendió, transfirió o cedió: _____

5. Vehículos:

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

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

Nombre	Año, marca y modelo	Matrícula/ placa/tabllilla?	Cantidad adeudada	Porcentaje de participación	Comentarios
		☐ Sí ☐ NO	\$		
		☐ Sí ☐ NO	\$		
		☐ Sí ☐ NO	\$		
		☐ Sí ☐ NO	\$		
		☐ Sí ☐ NO	\$		
		☐ Sí ☐ NO	\$		

6. Seguro de Vida:

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

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

¿A quién cubre?	Titular del seguro	Nombre de la empresa aseguradora/número de póliza	Valor nominal	Valor en efectivo	Beneficiario	Comentarios
			\$	\$		
			\$	\$		
			\$	\$		
			\$	\$		
			\$	\$		
			\$	\$		

7. Seguro Médico:

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

Compañía de seguros	Número de póliza	¿A quién cubre?	Prima	Frecuencia de pago

8. 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

9. Servicio militar de los EE. UU.:

¿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 (ejército, marina, cuerpo de infantería marina, fuerzas aéreas, Servicio de guardacostas)	Fechas de servicio

10. Si tiene facturas médicas sin pagar:

Si tiene facturas por servicios médicos sin pagar de hasta tres meses antes de la fecha de la solicitud, es posible que esas facturas estén cubiertas. Esto se denomina cobertura retroactiva. Si se determina que usted es elegible para tener cobertura retroactiva, podría ser responsable del pago de las primas por cada mes de retroactividad. No se cubrirán sus facturas retroactivas hasta que no se hayan recibido los pagos por dichas primas. Si cree que la cantidad que debe por sus facturas es menor que el pago de la prima, quizás prefiera no solicitar la cobertura retroactiva. Complete la sección a continuación si desea ser considerado para cobertura retroactiva. Liste cualquier factura adicional en otra hoja separada.

Recuerde: debe presentar verificación o comprobantes de sus ingresos y recursos para todos los meses para los que se solicita la cobertura retroactiva.

[illegible]

11. 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.	

12. ¿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.

13. Cómo Pagar la Prima

Para participar en este programa, debe pagar una prima mensual. Cada mes usted recibirá un estado de cuenta de la prima junto con un sobre de prepago. Puede enviar el pago por correo o puede pagar en línea.

Para pagar su prima en línea vaya a:

www.humanservices.state.pa.us/MAWDOnlinePayments

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

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 recursos (también llamados “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.
- Recibí una copia de mis derechos y responsabilidades, los leí o alguien me los ha leído, y los comprendo.
- 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 tengo la obligación de informar sobre mis ganancias en la lotería y en apuestas.
- 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 meritatoria 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 soy elegible para recibir Asistencia Médica, seré colocado en el paquete de beneficios de atención médica más completo disponible para mí. Entiendo que se me puede requerir que me inscriba en un plan de salud. Entiendo que la inscripción en un plan de salud puede ser gratuita o de bajo costo para mí, porque el Departamento paga una cuota mensual al plan de salud por mí. Entiendo que la cuota mensual es una cuota de capitación. Entiendo que, si recibo Asistencia Médica para la cual no soy elegible, debido a un error, fraude o cualquier otro motivo, entonces se me puede requerir que pague al Departamento todas las cuotas mensuales pagadas en mi nombre.
- Entiendo que se me podría pedir que me inscriba en un plan de salud. Entiendo que la inscripción en un plan de salud es gratis para mí, porque el Departamento paga la cuota mensual por mí. Entiendo que la cuota mensual es un pago de capitación. Entiendo que si recibo asistencia médica para la cual no soy elegible, debido a un posible error, fraude o cualquier otro motivo, estaré obligado a devolverle al Departamento todas las cuotas mensuales abonadas a mi nombre.
- 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 Asistencia Médica 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 de Pennsylvania (Pennie). En ese caso, autorizo al Departamento a proporcionar mi nombre y la información contenida en esta solicitud al mercado de seguros Pennie.

Sus derechos y responsabilidades (continuación)

Entiendo cuáles son mis derechos y responsabilidades según el mercado de seguros Pennie.

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 de Pennsylvania (Pennie).
- 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 meritoria - Cuando usted abandone el programa, recibirá un certificado de cobertura meritoria para verificar la cobertura médica si usted es elegible.
- 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 de Pennsylvania (Pennie). En ese caso, autorizo al Departamento a proporcionar toda la información —o parte de ella— contenida en esta solicitud al mercado de seguros Pennie. Entiendo cuáles son mis derechos y responsabilidades según el mercado de seguros Pennie.

- 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 de Pennsylvania (Pennie):

- 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 Pennie si algo de lo que escribí en esta solicitud cambia o es diferente de la información brindada. Puedo visitar Pennie.com (www.pennie.com) o llamar al 1-844-844-8040 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.
- 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 Pennie use los datos de mis ingresos, incluyendo la información de las declaraciones de impuestos. El mercado de seguros Pennie 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 Pennie.
- 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 Pennie, 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 Pennie.
- 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 recursos (también llamados “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.
- Recibí una copia de mis derechos y responsabilidades, los leí o alguien me los ha leído, y los comprendo.
- 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 tengo la obligación de informar sobre mis ganancias en la lotería y en apuestas.
- 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 meritaria 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 soy elegible para recibir Asistencia Médica, seré colocado en el paquete de beneficios de atención médica más completo disponible para mí. Entiendo que se me puede requerir que me inscriba en un plan de salud. Entiendo que la inscripción en un plan de salud puede ser gratuita o de bajo costo para mí, porque el Departamento paga una cuota mensual al plan de salud por mí. Entiendo que la cuota mensual es una cuota de capitación. Entiendo que, si recibo Asistencia Médica para la cual no soy elegible, debido a un error, fraude o cualquier otro motivo, entonces se me puede requerir que pague al Departamento todas las cuotas mensuales pagadas en mi nombre.
- Entiendo que se me podría pedir que me inscriba en un plan de salud. Entiendo que la inscripción en un plan de salud es gratis para mí, porque el Departamento paga la cuota mensual por mí. Entiendo que la cuota mensual es un pago de capitación. Entiendo que si recibo asistencia médica para la cual no soy elegible, debido a un posible error, fraude o cualquier otro motivo, estaré obligado a devolverle al Departamento todas las cuotas mensuales abonadas a mi nombre.
- 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 Asistencia Médica 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 de Pennsylvania (Pennie). En ese caso, autorizo al Departamento a proporcionar mi nombre y la información

Sus derechos y responsabilidades (continuación)

contenida en esta solicitud al mercado de seguros Pennie. Entiendo cuáles son mis derechos y responsabilidades según el mercado de seguros Pennie.

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 de Pennsylvania (Pennie).
- 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 meritoria - Cuando usted abandone el programa, recibirá un certificado de cobertura meritoria para verificar la cobertura médica si usted es elegible.
- 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 de Pennsylvania (Pennie). En ese caso, autorizo al Departamento a proporcionar toda la información —o parte de ella— contenida en esta solicitud al mercado de seguros Pennie. Entiendo cuáles son mis derechos y responsabilidades según el mercado de seguros Pennie.

- 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 pagará 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 de Pennsylvania (Pennie):

- 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 Pennie si algo de lo que escribí en esta solicitud cambia o es diferente de la información brindada. Puedo visitar Pennie.com (www.pennie.com) o llamar al 1-844-844-8040 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.
- 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 Pennie use los datos de mis ingresos, incluyendo la información de las declaraciones de impuestos. El mercado de seguros Pennie 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.