



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:
 - Debe 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.dhs.pa.gov/compass. Si desea presentar su solicitud por teléfono, llame a nuestro Centro de Servicio al Consumidor para Servicios de Atención Médica al 1-866-550-4355.
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.

នេះជាពាក្យសុំអនុញ្ញាតយោជន៍សំបុត្រពេទ្យ។
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.)		
DIRECCIÓN	ESTADO	CÓDIGO POSTAL + 4
NÚMERO DE TELÉFONO	DISTRITO ESCOLAR	MUNICIPIO (SUBDIVISIÓN CIVIL)

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 del hogar, ciudadanía e identidad:

Haga una lista de las personas con quienes convive, empezando por usted mismo. **Por favor, revise la información que aparece a continuación. Si esta información es incorrecta, táchela y escriba la 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? _____

Persona 1							
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		
¿Está presentando la solicitud para usted? ☐ Sí ☐ No		Estado civil ☐ Soltero ☐ Separado ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viudo			¿Tiene usted una tarjeta ACCESS de Pensilvania? ☐ Sí ☐ No		
¿Es usted ciudadano o nacional de los Estados Unidos? ☐ Sí ☐ No							
Si no es ciudadano o nacional de los Estados Unidos, responda a las siguientes preguntas:							
¿Tiene usted un estatus migratorio elegible? ☐ Sí		En caso afirmativo, complete con el tipo de documento y el número de Id.		Tipo de documento	Número de Id. de documento	Número de extranjero (USCIS)	¿Ha vivido en Estados Unidos desde 1996? ☐ Sí ☐ No
Raza (opcional) (Marque todo lo que corresponda).		☐ Negra o afroamericana ☐ India americana o nativa de Alaska		☐ Asiática ☐ Blanca		☐ Nativa de Hawaii o de las islas del Pacífico ☐ Otra _____	
Etnicidad (opcional)		☐ Hispano o latino ☐ No hispano ni latino					
Solo necesita responder a estas preguntas si está presentando una solicitud:		¿Tiene alguna discapacidad o necesidad de atención médica especial? ☐ Sí ☐ No		En caso afirmativo, ¿cuál es la discapacidad?			

Persona 2							
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		
¿Está presentando la solicitud para esta persona? ☐ Sí ☐ No		¿Cómo está relacionada esta persona con usted? ☐ Cónyuge ☐ Hijo ☐ Hijastro ☐ No relacionado ☐ Otro					
Estado civil ☐ Soltero ☐ Separado ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viudo		¿Esta persona tiene una tarjeta ACCESS de Pensilvania? ☐ Sí ☐ No					
¿Esta persona es ciudadano o nacional de los Estados Unidos? ☐ Sí ☐ No							
Si esta persona no es ciudadano o nacional de los Estados Unidos, responda a las siguientes preguntas:							
¿Esta persona tiene un estatus migratorio elegible? ☐ Sí		En caso afirmativo, complete con el tipo de documento y el número de Id.		Tipo de documento	Número de Id. de documento	Número de extranjero (USCIS)	¿Esta persona ha vivido en Estados Unidos desde 1996? ☐ Sí ☐ No
Raza (opcional) (Marque todo lo que corresponda).		☐ Negra o afroamericana ☐ India americana o nativa de Alaska		☐ Asiática ☐ Blanca		☐ Nativa de Hawaii o de las islas del Pacífico ☐ Otra _____	
Etnicidad (opcional)		☐ Hispano o latino ☐ No hispano ni latino					
Solo necesita responder a estas preguntas si esta persona está presentando una solicitud:		¿Esta persona tiene alguna discapacidad o necesidad de atención médica especial? ☐ Sí ☐ No		En caso afirmativo, ¿cuál es la discapacidad?			

Persona 3							
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		
¿Está presentando la solicitud para esta persona? ☐ Sí ☐ No		¿Cómo está relacionada esta persona con usted? ☐ Cónyuge ☐ Hijo ☐ Hijastro ☐ No relacionado ☐ Otro					
Estado civil ☐ Soltero ☐ Separado ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viudo		¿Esta persona tiene una tarjeta ACCESS de Pensilvania? ☐ Sí ☐ No					
¿Esta persona es ciudadano o nacional de los Estados Unidos? ☐ Sí ☐ No							
Si esta persona no es ciudadano o nacional de los Estados Unidos, responda a las siguientes preguntas:							
¿Esta persona tiene un estatus migratorio elegible? ☐ Sí		En caso afirmativo, complete con el tipo de documento y el número de Id.		Tipo de documento	Número de Id. de documento	Número de extranjero (USCIS)	¿Esta persona ha vivido en Estados Unidos desde 1996? ☐ Sí ☐ No
Raza (opcional) (Marque todo lo que corresponda).		☐ Negra o afroamericana ☐ India americana o nativa de Alaska		☐ Asiática ☐ Blanca		☐ Nativa de Hawaii o de las islas del Pacífico ☐ Otra _____	
Etnicidad (opcional)		☐ Hispano o latino ☐ No hispano ni latino					
Solo necesita responder a estas preguntas si esta persona está presentando una solicitud:		¿Esta persona tiene alguna discapacidad o necesidad de atención médica especial? ☐ Sí ☐ No		En caso afirmativo, ¿cuál es la discapacidad?			

Persona 4							
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		
¿Está presentando la solicitud para esta persona? ☐ Sí ☐ No		¿Cómo está relacionada esta persona con usted? ☐ Cónyuge ☐ Hijo ☐ Hijastro ☐ No relacionado ☐ Otro					
Estado civil ☐ Soltero ☐ Separado ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viudo		¿Esta persona tiene una tarjeta ACCESS de Pensilvania? ☐ Sí ☐ No					
¿Esta persona es ciudadano o nacional de los Estados Unidos? ☐ Sí ☐ No							
Si esta persona no es ciudadano o nacional de los Estados Unidos, responda a las siguientes preguntas:							
¿Esta persona tiene un estatus migratorio elegible? ☐ Sí		En caso afirmativo, complete con el tipo de documento y el número de Id.		Tipo de documento	Número de Id. de documento	Número de extranjero (USCIS)	¿Esta persona ha vivido en Estados Unidos desde 1996? ☐ Sí ☐ No
Raza (opcional) (Marque todo lo que corresponda).		☐ Negra o afroamericana ☐ India americana o nativa de Alaska		☐ Asiática ☐ Blanca		☐ Nativa de Hawaii o de las islas del Pacífico ☐ Otra _____	
Etnicidad (opcional)		☐ Hispano o latino ☐ No hispano ni latino					
Solo necesita responder a estas preguntas si esta persona está presentando una solicitud:		¿Esta persona tiene alguna discapacidad o necesidad de atención médica especial? ☐ Sí ☐ No		En caso afirmativo, ¿cuál es la discapacidad?			

Persona 5					
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
¿Está presentando la solicitud para esta persona? ☐ Sí ☐ No		¿Cómo está relacionada esta persona con usted? ☐ Cónyuge ☐ Hijo ☐ Hijastro ☐ No relacionado ☐ Otro			
Estado civil ☐ Soltero ☐ Separado ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viudo		¿Esta persona tiene una tarjeta ACCESS de Pensilvania? ☐ Sí ☐ No			
¿Esta persona es ciudadano o nacional de los Estados Unidos? ☐ Sí ☐ No					
Si esta persona no es ciudadano o nacional de los Estados Unidos, responda a las siguientes preguntas:					
¿Esta persona tiene un estatus migratorio elegible? ☐ Sí		En caso afirmativo, complete con el tipo de documento y el número de Id.	Tipo de documento	Número de Id. de documento	Número de extranjero (USCIS)
¿Esta persona ha vivido en Estados Unidos desde 1996? ☐ Sí ☐ No					
Raza (opcional) (Marque todo lo que corresponda).		☐ Negra o afroamericana ☐ India americana o nativa de Alaska ☐ Asiática ☐ Blanca ☐ Nativa de Hawaii o de las islas del Pacífico ☐ Otra _____			
Etnicidad (opcional)		☐ Hispano o latino ☐ No hispano ni latino			
Solo necesita responder a estas preguntas si esta persona está presentando una solicitud:		¿Esta persona tiene alguna discapacidad o necesidad de atención médica especial? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, ¿cuál es la discapacidad?			

2. Ingresos

Por favor, revise toda la información impresa a continuación. Si esta información es incorrecta, táchela y escriba la correcta.

3. Gastos:

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

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

Nombre	Tipo de Gasto	Cantidad	Frecuencia de Pago

4. 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. ¿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. |
|---|---|

12. 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.dhs.pa.gov/mawdonlinepayments/

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

Sus Derechos y Responsabilidades

Asistencia médica

- Entiendo que Pensilvania recibe información del Sistema de Verificación de Elegibilidad de Ingresos (IEVS), instituciones financieras, empresas de informes de crédito y agencias estatales y federales para verificar la información que les estoy proporcionando. La información disponible a través de IEVS y otras entidades será solicitada, utilizada y podrá ser comprobada mediante contacto con fuentes externas cuando la agencia estatal encuentre información contradictoria, y dicha información puede afectar la elegibilidad y el nivel de beneficios de mi hogar.
- Entiendo que al firmar esta solicitud, autorizo a cualquier institución financiera a divulgar, por medios electrónicos o de cualquier otro tipo, toda la información financiera que posea dicha institución, al Departamento de Servicios Humanos o a su agente o proveedor designado con el fin de identificar y verificar los recursos (también llamados “activos”) cuando sea necesario con el fin de determinar y reevaluar la elegibilidad para Asistencia Médica. Entiendo que la información financiera incluye depósitos, retiros, cierres de cuentas y otra información relevante solicitada o recibida por parte de la institución financiera, incluidas otras transacciones realizadas por la institución financiera con respecto a la cuenta o el activo. Entiendo que esta autorización estará vigente hasta que se deniegue o finalice la Asistencia Médica, o hasta que decida revocarla mediante notificación por escrito al Departamento, lo que ocurra primero. Entiendo que si revoco esta autorización, es posible que yo u otro miembro de mi familia dejemos de ser elegibles para Asistencia Médica.
- Entiendo que si tergiverso, oculto o retengo información que pueda afectar mi elegibilidad para recibir beneficios, es posible que deba reembolsar dichos beneficios y que pueda ser procesado y descalificado para recibir determinados beneficios a futuro.
- Entiendo que puedo designar un representante autorizado completando la sección “Representante autorizado” y enviándola junto con esta solicitud.
- Entiendo y acepto que soy responsable de cualquier declaración fraudulenta que se haga en esta solicitud, incluso si la solicitud es presentada por alguien que actúa en mi nombre.
- Recibí una copia de mis derechos y responsabilidades, los he leído o alguien me los ha leído y los comprendo.
- Entiendo que la información ingresada en esta solicitud se mantendrá confidencial y se utilizará únicamente para administrar los beneficios. Autorizo la divulgación de información personal, financiera y médica con el objetivo de determinar la elegibilidad.
- Entiendo que cualquier cambio que deba comunicar debe ser informado dentro de los primeros 10 días del mes siguiente al mes en que se produzca el cambio.
- Entiendo que estoy obligado a declarar las ganancias por juegos de lotería y apuestas.
- Entiendo que recibiré un aviso por escrito explicando los beneficios. Si los beneficios se deniegan, modifican, suspenden o interrumpen el aviso por escrito explicará el motivo.
- Entiendo que tendré 30 días a partir de la fecha del aviso para pedir una audiencia si no estoy de acuerdo con la decisión tomada sobre esta solicitud.
- Entiendo que mi situación está sujeta a la verificación de empleadores, fuentes financieras y otras terceras partes.
- Entiendo que los solicitantes deben proporcionar su número de Seguro Social o solicitar uno si no lo tienen. Este número puede utilizarse para verificar la información de esta solicitud.
- Entiendo que debo usar la Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT) o ACCESS de Pensilvania solo durante el período en que soy elegible. Debo utilizar la EBT o ACCESS de Pensilvania únicamente para la persona que cumpla con los requisitos y solo puedo obtener los beneficios que sean necesarios y razonables.
- Entiendo que no tengo que proporcionar el número del Seguro Social de ninguna persona que no esté solicitando atención médica. Si proporciono su número de Seguro Social, este podría utilizarse para verificar la información en esta solicitud. Proporcionar mi número de Seguro Social puede maximizar mis beneficios y reducir el tiempo requerido para recibirlos.
- Certifico que toda la información que se ha ingresado es verdadera y correcta bajo pena de perjurio.
- Entiendo que tengo derecho a obtener un certificado de cobertura acreditable para comprobar mi cobertura médica. La ley federal establece límites para los casos en que la cobertura de atención médica puede denegarse o limitarse por una condición preexistente. Si me inscribo en un plan de salud grupal que excluye el tratamiento para una enfermedad que ya padezco, se me puede acreditar el tiempo que recibí cobertura de Asistencia Médica.
- Entiendo que, si se determina que soy elegible para recibir Asistencia Médica, se me incluirá en el paquete de beneficios de atención médica más completo que esté disponible para mí. Entiendo que es posible que deba inscribirme en un plan de salud. Entiendo que inscribirme en un plan de salud puede ser gratuito o de bajo costo para mí, porque el Departamento paga una cuota mensual al plan de salud en mi nombre. Entiendo que la cuota mensual es una tarifa de capitación. Entiendo que si recibo Asistencia Médica para la cual no soy elegible, debido a un error, fraude o cualquier otra razón, entonces es posible que deba reembolsar al Departamento todas las cuotas mensuales pagadas en mi nombre.
- Entiendo que, si soy elegible para más de una categoría de Asistencia Médica, se me asignará la categoría de Asistencia Médica más ventajosa que esté disponible para mí. Entiendo que tengo derecho a elegir la categoría de Asistencia Médica que recibo y puedo solicitar un cambio a una categoría diferente si cumpla con los requisitos para esta.
- Entiendo que puedo ser considerado elegible para Asistencia Médica que cuente con un pago de prima mensual.
- Entiendo que si algunas o todas las personas que presentan la solicitud no califican para Asistencia Médica, podrían ser elegibles para CHIP. Si este es el caso, autorizo al Departamento de Servicios Humanos a proporcionar mi nombre e información de esta solicitud al Departamento de Seguros o al proveedor de CHIP. Entiendo mis derechos y responsabilidades en virtud del CHIP.
- Entiendo que si algunas o todas las personas que solicitan ayuda no califican para recibir Asistencia Médica por medio del Departamento, pueden ser elegibles para beneficios federales y/o explorar otras opciones de atención médica privada a través del Mercado de Seguros Médico de Pensilvania (Pennie). Si este es el caso, autorizo al Departamento a proporcionar mi nombre e información en esta solicitud a Pennie. Entiendo mis derechos y responsabilidades en virtud de Pennie.

Sus derechos y responsabilidades (continuación)

CHIP

Usted tiene derecho a lo siguiente:

- Confidencialidad: toda la información contenida en esta solicitud se mantendrá confidencial. Esta solicitud se compartirá únicamente con los programas gubernamentales para los que usted presente una solicitud o para los que pudiera ser elegible, como la Asistencia Médica y la ayuda para el pago de primas del Mercado de Seguros Médicos de Pensilvania (Pennie).
- Designación de un representante personal: puede seleccionar a otra persona para que reciba información de salud relacionada con usted o su(s) hijo(s) menor(es) de edad completando un formulario de designación de representante personal.
- Certificado de cobertura acreditable: al finalizar el programa, recibirá un certificado de cobertura acreditable como comprobante de su cobertura médica, si usted es elegible.
- Aviso por escrito: se le entregará un aviso por escrito en el que se le explicará su elegibilidad.
- Apelación: si no está de acuerdo con alguna decisión tomada con respecto a esta solicitud, puede solicitar una revisión imparcial, siempre que la solicitud se realice dentro de los 30 días posteriores a la decisión.

Usted tiene las siguientes responsabilidades:

- Leer y comprender completamente esta solicitud.
- Proporcionar información veraz, correcta y completa, teniendo en cuenta que existen sanciones por proporcionar información falsa deliberadamente: se trata de un delito grave y se considera un fraude de seguros.
- Ayudar con la revisión de esta solicitud, lo que puede incluir entrevistas y la revisión de historiales médicos.
- Ser consciente de que cierta información puede estar sujeta a comprobación por parte de empleadores, fuentes financieras y otras terceras partes.
- Presentar un comprobante de identidad y de ciudadanía estadounidense si esta información no se obtiene mediante este proceso de solicitud.
- Presentar un comprobante de estatus migratorio legal mediante documentación del Servicio de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos (USCIS) si usted está presentando la solicitud para una persona que no es ciudadano estadounidense.
- Informar todos los cambios relacionados con su hogar, incluidos los ingresos, la dirección y el número de teléfono, tan pronto como se produzcan.
- Pagar su prima mensual. Si no paga su prima a tiempo, podría perder su cobertura de salud. El pago de su prima puede eximirse por motivos como problemas de salud continuos, despido o pérdida del empleo, discriminación u otros factores fuera de su control. También debe tener la intención de regresar a su empleo anterior o estar haciendo un esfuerzo auténtico por encontrar otro empleo.
- Contactar con el proveedor para solicitar el reembolso de cualquier factura médica que haya pagado entre la fecha de solicitud y la determinación de su elegibilidad.

Comprendo lo siguiente:

- Si algunas o todas las personas que presentan la solicitud no califican para CHIP, podrían ser elegibles para Asistencia Médica. Si este es el caso, autorizo al Departamento de Seguros

a entregar toda la información que se encuentre en esta solicitud al Departamento de Servicios Humanos. Entiendo mis derechos y responsabilidades en virtud de la Asistencia Médica.

- Si algunas o todas las personas que presentan la solicitud no califican para recibir CHIP, pueden ser elegibles para beneficios federales y/o explorar opciones de atención médica privada a través del Mercado de Seguros Médico de Pensilvania (Pennie). Si este es el caso, autorizo al Departamento a proporcionar toda la información relativa a esta solicitud a Pennie. Entiendo mis derechos y responsabilidades en virtud de Pennie.
- Si se determina que mi hijo es elegible o está inscrito en los beneficios de atención médica para empleados estatales de una agencia pública y la agencia llegara a pagar incluso una pequeña parte del beneficio o del costo de la prima, entonces mi hijo no es elegible para CHIP. Si este es el caso y mi hijo ha estado recibiendo beneficios del programa CHIP, dichos beneficios podrían ser cancelados de forma retroactiva.

Mercado de Seguros Médicos de Pensilvania (Pennie):

- Certifico que toda la información que se ha ingresado es verdadera y correcta bajo pena de perjurio. Tengo conocimiento de que puedo estar sujeto a sanciones bajo la ley federal si proporciono información falsa o inexacta deliberadamente.
- Tengo conocimiento de que debo avisarle a Pennie si algo se modifica de (y es diferente a) lo que escribí en esta solicitud. 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 del/de los miembro(s) de mi familia.
- Tengo conocimiento de que, según la ley federal, no está permitida la discriminación por motivos de 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 ninguna persona que solicita un seguro médico en esta solicitud se encuentra encarcelada (detenida o en prisión).

De lo contrario, _____ está encarcelado. (Nombre de la persona)

- **Renovación de la cobertura en años futuros:** Para que sea más fácil determinar mi elegibilidad para recibir ayuda en el pago de la cobertura médica en años futuros, acepto que Pennie utilice mis datos de ingresos, incluida la información de mis declaraciones de impuestos. Pennie me enviará un aviso, me permitirá hacer cambios y podré darme de baja en cualquier momento.

Sí, deseo que se renueve mi elegibilidad automáticamente para los siguientes:

(marque una opción)

- ☐ 5 años (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 incluida en esta solicitud es completa y veraz bajo pena de perjurio. Asimismo, certifico que proporcionar información falsa o incompleta deliberadamente en esta solicitud constituye un fraude de seguros.
- Entiendo que puedo designar un representante autorizado completando la sección "Representante autorizado" y enviándola junto con esta solicitud.
- Entiendo y acepto que soy responsable de cualquier declaración fraudulenta que se haga en esta solicitud, incluso si la solicitud es presentada por alguien que actúa en mi nombre.
- Entiendo que todas las personas que presentan la solicitud tendrán acceso a la cobertura comprendida en el programa para el que sean elegibles, si se determina que son elegibles para Asistencia Médica, CHIP o beneficios federales a través de Pennie.
- Autorizo al Departamento de Servicios Humanos a proporcionar mi nombre e información de esta solicitud al Departamento de Seguros o al proveedor de CHIP si alguno de los solicitantes pudiera ser elegible para este último.
- Autorizo al Departamento de Seguros a que entregue toda la información que se encuentre en esta solicitud al Departamento de Servicios Humanos si alguno de los solicitantes pudiera ser elegible para recibir Asistencia Médica.
- Autorizo al Departamento de Servicios Humanos de Pensilvania y al Departamento de Seguros de Pensilvania a que entreguen a Pennie toda la información que se encuentre en esta solicitud, en caso de que alguno de los solicitantes pueda ser elegible para beneficios federales y/o desee explorar opciones de atención médica privada.
- Autorizo la divulgación de información personal, financiera y médica con el fin de determinar la elegibilidad y para la revisión de los programas CHIP, Asistencia Médica y Pennie.
- Certifico que la(s) persona(s) que presenta(n) la solicitud es(son) ciudadano(s) estadounidense(s) o no ciudadano(s) con estatus migratorio legal. (Entiendo que esta certificación no aplica a un no ciudadano que solicita únicamente Asistencia Médica de emergencia).

X

Firma del solicitante o de la persona que realiza la solicitud en nombre del/de los solicitante(s)

Fecha

X

Firma del cónyuge del solicitante

Fecha

Si usted es un representante autorizado puede firmar aquí, siempre y cuando proporcione la información requerida en la sección de Representante autorizado.

Representante autorizado

Puede permitir a una persona de su confianza para que hable con nosotros sobre esta solicitud, vea su información y actúe por usted en asuntos relacionados con esta solicitud, incluyendo obtener información sobre su solicitud y firmarla en su nombre. A esta persona se le denomina "representante autorizado". Si alguna vez necesita cambiar su representante autorizado, comuníquese con la Oficina local de Asistencia del Condado.

Si usted es el representante designado legalmente del solicitante, puede presentar un comprobante en lugar de la firma del solicitante a continuación. Si este es el caso, por favor, adjunte el comprobante a su solicitud.

¿Desea designar a alguien como su representante autorizado? ☐ Sí ☐ No

Nombre del representante autorizado:

Número de teléfono:

()

Tipo de teléfono (✓):

☐ Hogar ☐ Trabajo ☐ Celular

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

Función del representante autorizado:

☐ Cuidador ☐ Encargado legal ☐ Contacto principal ☐ Albacea de testamento vital
☐ Miembro del equipo de apoyo ☐ Representante ☐ Poder legal

Al firmar, usted autoriza a esta persona a firmar su solicitud, a obtener información oficial sobre la misma y a actuar en su nombre en todos los asuntos futuros relacionados con esta agencia.

Firma del solicitante

Fecha

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

Sus Derechos y Responsabilidades

Asistencia médica

- Entiendo que Pensilvania recibe información del Sistema de Verificación de Elegibilidad de Ingresos (IEVS), instituciones financieras, empresas de informes de crédito y agencias estatales y federales para verificar la información que les estoy proporcionando. La información disponible a través de IEVS y otras entidades será solicitada, utilizada y podrá ser comprobada mediante contacto con fuentes externas cuando la agencia estatal encuentre información contradictoria, y dicha información puede afectar la elegibilidad y el nivel de beneficios de mi hogar.
- Entiendo que al firmar esta solicitud, autorizo a cualquier institución financiera a divulgar, por medios electrónicos o de cualquier otro tipo, toda la información financiera que posea dicha institución, al Departamento de Servicios Humanos o a su agente o proveedor designado con el fin de identificar y verificar los recursos (también llamados "activos") cuando sea necesario con el fin de determinar y reevaluar la elegibilidad para Asistencia Médica. Entiendo que la información financiera incluye depósitos, retiros, cierres de cuentas y otra información relevante solicitada o recibida por parte de la institución financiera, incluidas otras transacciones realizadas por la institución financiera con respecto a la cuenta o el activo. Entiendo que esta autorización estará vigente hasta que se deniegue o finalice la Asistencia Médica, o hasta que decida revocarla mediante notificación por escrito al Departamento, lo que ocurra primero. Entiendo que si revoco esta autorización, es posible que yo u otro miembro de mi familia dejemos de ser elegibles para Asistencia Médica.
- Entiendo que si tergiverso, oculto o retengo información que pueda afectar mi elegibilidad para recibir beneficios, es posible que deba reembolsar dichos beneficios y que pueda ser procesado y descalificado para recibir determinados beneficios a futuro.
- Entiendo que puedo designar un representante autorizado completando la sección "Representante autorizado" y enviándola junto con esta solicitud.
- Entiendo y acepto que soy responsable de cualquier declaración fraudulenta que se haga en esta solicitud, incluso si la solicitud es presentada por alguien que actúa en mi nombre.
- Recibí una copia de mis derechos y responsabilidades, los he leído o alguien me los ha leído y los comprendo.
- Entiendo que la información ingresada en esta solicitud se mantendrá confidencial y se utilizará únicamente para administrar los beneficios. Autorizo la divulgación de información personal, financiera y médica con el objetivo de determinar la elegibilidad.
- Entiendo que cualquier cambio que deba comunicar debe ser informado dentro de los primeros 10 días del mes siguiente al mes en que se produzca el cambio.
- Entiendo que estoy obligado a declarar las ganancias por juegos de lotería y apuestas.
- Entiendo que recibiré un aviso por escrito explicando los beneficios. Si los beneficios se deniegan, modifican, suspenden o interrumpen el aviso por escrito explicará el motivo.
- Entiendo que tendré 30 días a partir de la fecha del aviso para pedir una audiencia si no estoy de acuerdo con la decisión tomada sobre esta solicitud.
- Entiendo que mi situación está sujeta a la verificación de empleadores, fuentes financieras y otras terceras partes.
- Entiendo que los solicitantes deben proporcionar su número de Seguro Social o solicitar uno si no lo tienen. Este número puede utilizarse para verificar la información de esta solicitud.
- Entiendo que debo usar la Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT) o ACCESS de Pensilvania solo durante el período en que soy elegible. Debo utilizar la EBT o ACCESS de Pensilvania únicamente para la persona que cumpla con los requisitos y solo puedo obtener los beneficios que sean necesarios y razonables.
- Entiendo que no tengo que proporcionar el número del Seguro Social de ninguna persona que no esté solicitando atención médica. Si proporciono su número de Seguro Social, este podría utilizarse para verificar la información en esta solicitud. Proporcionar mi número de Seguro Social puede maximizar mis beneficios y reducir el tiempo requerido para recibirlos.
- Certifico que toda la información que se ha ingresado es verdadera y correcta bajo pena de perjurio.
- Entiendo que tengo derecho a obtener un certificado de cobertura acreditable para comprobar mi cobertura médica. La ley federal establece límites para los casos en que la cobertura de atención médica puede denegarse o limitarse por una condición preexistente. Si me inscribo en un plan de salud grupal que excluye el tratamiento para una enfermedad que ya padezco, se me puede acreditar el tiempo que recibí cobertura de Asistencia Médica.
- Entiendo que, si se determina que soy elegible para recibir Asistencia Médica, se me incluirá en el paquete de beneficios de atención médica más completo que esté disponible para mí. Entiendo que es posible que deba inscribirme en un plan de salud. Entiendo que inscribirme en un plan de salud puede ser gratuito o de bajo costo para mí, porque el Departamento paga una cuota mensual al plan de salud en mi nombre. Entiendo que la cuota mensual es una tarifa de capitación. Entiendo que si recibo Asistencia Médica para la cual no soy elegible, debido a un error, fraude o cualquier otra razón, entonces es posible que deba reembolsar al Departamento todas las cuotas mensuales pagadas en mi nombre.
- Entiendo que, si soy elegible para más de una categoría de Asistencia Médica, se me asignará la categoría de Asistencia Médica más ventajosa que esté disponible para mí. Entiendo que tengo derecho a elegir la categoría de Asistencia Médica que recibo y puedo solicitar un cambio a una categoría diferente si cumpla con los requisitos para esta.
- Entiendo que puedo ser considerado elegible para Asistencia Médica que cuente con un pago de prima mensual.
- Entiendo que si algunas o todas las personas que presentan la solicitud no califican para Asistencia Médica, podrían ser elegibles para CHIP. Si este es el caso, autorizo al Departamento de Servicios Humanos a proporcionar mi nombre e información de esta solicitud al Departamento de Seguros o al proveedor de CHIP. Entiendo mis derechos y responsabilidades en virtud del CHIP.
- Entiendo que si algunas o todas las personas que solicitan ayuda no califican para recibir Asistencia Médica por medio del Departamento, pueden ser elegibles para beneficios federales y/o explorar otras opciones de atención médica privada a través del Mercado de Seguros Médico de Pensilvania (Pennie). Si este es el caso, autorizo al Departamento a proporcionar mi nombre e información en esta solicitud a Pennie. Entiendo mis derechos y responsabilidades en virtud de Pennie.

Sus derechos y responsabilidades (continuación)

CHIP

Usted tiene derecho a lo siguiente:

- Confidencialidad: toda la información contenida en esta solicitud se mantendrá confidencial. Esta solicitud se compartirá únicamente con los programas gubernamentales para los que usted presente una solicitud o para los que pudiera ser elegible, como la Asistencia Médica y la ayuda para el pago de primas del Mercado de Seguros Médicos de Pensilvania (Pennie).
- Designación de un representante personal: puede seleccionar a otra persona para que reciba información de salud relacionada con usted o su(s) hijo(s) menor(es) de edad completando un formulario de designación de representante personal.
- Certificado de cobertura acreditable: al finalizar el programa, recibirá un certificado de cobertura acreditable como comprobante de su cobertura médica, si usted es elegible.
- Aviso por escrito: se le entregará un aviso por escrito en el que se le explicará su elegibilidad.
- Apelación: si no está de acuerdo con alguna decisión tomada con respecto a esta solicitud, puede solicitar una revisión imparcial, siempre que la solicitud se realice dentro de los 30 días posteriores a la decisión.

Usted tiene las siguientes responsabilidades:

- Leer y comprender completamente esta solicitud.
- Proporcionar información veraz, correcta y completa, teniendo en cuenta que existen sanciones por proporcionar información falsa deliberadamente: se trata de un delito grave y se considera un fraude de seguros.
- Ayudar con la revisión de esta solicitud, lo que puede incluir entrevistas y la revisión de historiales médicos.
- Ser consciente de que cierta información puede estar sujeta a comprobación por parte de empleadores, fuentes financieras y otras terceras partes.
- Presentar un comprobante de identidad y de ciudadanía estadounidense si esta información no se obtiene mediante este proceso de solicitud.
- Presentar un comprobante de estatus migratorio legal mediante documentación del Servicio de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos (USCIS) si usted está presentando la solicitud para una persona que no es ciudadano estadounidense.
- Informar todos los cambios relacionados con su hogar, incluidos los ingresos, la dirección y el número de teléfono, tan pronto como se produzcan.
- Pagar su prima mensual. Si no paga su prima a tiempo, podría perder su cobertura de salud. El pago de su prima puede eximirse por motivos como problemas de salud continuos, despido o pérdida del empleo, discriminación u otros factores fuera de su control. También debe tener la intención de regresar a su empleo anterior o estar haciendo un esfuerzo auténtico por encontrar otro empleo.
- Contactar con el proveedor para solicitar el reembolso de cualquier factura médica que haya pagado entre la fecha de solicitud y la determinación de su elegibilidad.

Comprendo lo siguiente:

- Si algunas o todas las personas que presentan la solicitud no califican para CHIP, podrían ser elegibles para Asistencia Médica. Si este es el caso, autorizo al Departamento de Seguros

a entregar toda la información que se encuentre en esta solicitud al Departamento de Servicios Humanos. Entiendo mis derechos y responsabilidades en virtud de la Asistencia Médica.

- Si algunas o todas las personas que presentan la solicitud no califican para recibir CHIP, pueden ser elegibles para beneficios federales y/o explorar opciones de atención médica privada a través del Mercado de Seguros Médico de Pensilvania (Pennie). Si este es el caso, autorizo al Departamento a proporcionar toda la información relativa a esta solicitud a Pennie. Entiendo mis derechos y responsabilidades en virtud de Pennie.
- Si se determina que mi hijo es elegible o está inscrito en los beneficios de atención médica para empleados estatales de una agencia pública y la agencia llegara a pagar incluso una pequeña parte del beneficio o del costo de la prima, entonces mi hijo no es elegible para CHIP. Si este es el caso y mi hijo ha estado recibiendo beneficios del programa CHIP, dichos beneficios podrían ser cancelados de forma retroactiva.

Mercado de Seguros Médicos de Pensilvania (Pennie):

- Certifico que toda la información que se ha ingresado es verdadera y correcta bajo pena de perjurio. Tengo conocimiento de que puedo estar sujeto a sanciones bajo la ley federal si proporciono información falsa o inexacta deliberadamente.
- Tengo conocimiento de que debo avisarle a Pennie si algo se modifica de (y es diferente a) lo que escribí en esta solicitud. 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 del/de los miembro(s) de mi familia.
- Tengo conocimiento de que, según la ley federal, no está permitida la discriminación por motivos de 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 ninguna persona que solicita un seguro médico en esta solicitud se encuentra encarcelada (detenida o en prisión).

De lo contrario, _____ está encarcelado.
(Nombre de la persona)

- **Renovación de la cobertura en años futuros:** Para que sea más fácil determinar mi elegibilidad para recibir ayuda en el pago de la cobertura médica en años futuros, acepto que Pennie utilice mis datos de ingresos, incluida la información de mis declaraciones de impuestos. Pennie me enviará un aviso, me permitirá hacer cambios y podré darme de baja en cualquier momento.

Sí, deseo que se renueve mi elegibilidad automáticamente para los siguientes:

(marque una opción)

- ☐ 5 años (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.

