



Pennsylvania

Department of Human Services

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

Si tiene una discapacidad y necesita este formulario impreso con letras grandes o en otro formato, llame a nuestra línea de ayuda al número 1-800-692-7462. Las personas sordas, con problemas de audición o con discapacidades del habla que desean comunicarse con este centro de atención pueden llamar a los Servicios de Mensajes al llamar al 711.

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

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

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

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

នេះគឺជាពាក្យសុំសំរាប់ការបង់ប្រាក់ចំណាយលើថ្លៃធានារ៉ាប់រង Medicare ធានារ៉ាប់រងរួមគ្នា

និង ការដកហូតយកធានារ៉ាប់រង ។ ប្រសិនបើ លោកអ្នកត្រូវការការបកប្រែ ឬ ការបកស្រាយ ឬ

ត្រូវការការណាម្នាក់ឱ្យជួយបកប្រែជូនលោកអ្នក សូមទាក់ទងមកកមិយាល័យជំនួយប្រចាំប្រទេស, CAO ។

ចំពោះជំនួយខាងផ្នែកភាសានិងត្រូវបានផ្តល់ជូនលោកអ្នកដោយព័ត៌មាន ។

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

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

Información sobre su cobertura de atención de salud

¿Debería solicitar los beneficios?

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

¿Cuáles son los beneficios?

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

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

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

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

- Este beneficio paga su prima de Medicare Parte B. Los ingresos mensuales no pueden exceder el 120% de los Lineamientos Federales sobre Ingresos de Nivel de Pobreza. Los límites de recursos son más altos que en la mayoría de los otros programas de Asistencia Médica. Para informarse sobre los límites actuales, llame a la CAO local o al Centro de Servicio al Cliente (por sus siglas en inglés, CSC) al número 1-877-395-8930. Los residentes de Philadelphia deben llamar al número 1-215-560-7226.

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

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

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

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

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

¿Cómo solicito este beneficio?

Complete esta solicitud.

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

Puede presentar su solicitud en línea en www.dhs.pa.gov/compass, por correo postal o personalmente en su oficina de asistencia del condado.

¿Adónde debo enviar la solicitud?

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

¿Cuánto tiempo pasará hasta que me informen si fui

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

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

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

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

Pregunta 1 - Denos información sobre usted, el solicitante: Necesitamos recabar información sobre usted, la persona que solicita los beneficios. Revise toda la información que aparece impresa a continuación. Si dicha información es incorrecta, táchela y escriba la información correcta.

Persona 1		Escriba en letra de imprenta toda la información	
Nombre (incluya el nombre, inicial del segundo nombre, apellido, sufijo Jr./Sr./etc.):		¿Está presentando la solicitud para usted mismo?	Número de seguro social:
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): Sexo: ☐ M ☐ F		☐ Sí ☐ No	☐ Soltero/a ☐ Separado/a ☐ Casado/a ☐ Divorciado/a ☐ Viudo/a
Estado civil			
Número de reclamación de Medicare:		¿Tiene una tarjeta PA Access?	
		☐ Sí ☐ No	
Domicilio particular (incluye calle, número de departamento, ciudad, estado y código postal + 4):		Número de teléfono:	
Dirección postal (si es distinta del domicilio particular):		Distrito escolar:	Municipio/subdivisión/municipalidad:
¿Es ciudadano o nacional de los EE. UU.?		ID de registro de no ciudadano:	
☐ Sí ☐ No			
Raza (Opcional) (Marque todas las opciones que correspondan)			
☐ Negra o afroamericana ☐ Asiática ☐ Hispana ☐ Nativa de Hawái o de una isla del Pacífico ☐ Amerindia (nativa americana) o nativa de Alaska ☐ Blanca ☐ Otra: _____			
Si tiene una discapacidad, trabaja y percibe ingresos, es posible que sea elegible para la Asistencia Médica para Trabajadores con Discapacidad (MAWD). El programa MAWD tiene límites de ingresos y recursos más altos que otros programas de Asistencia Médica y exige a los inscritos el pago de una prima mensual. En algunos casos, es posible que no se le pida que pague una prima debido a sus ingresos o por otra causa justificada.			
Seleccione una de estas casillas para indicar cuándo desea que comience su cobertura, en caso de que se determine que sea elegible para el programa MAWD: ☐ Deseo que la cobertura comience el primer día del mes en que se reciba mi solicitud. Pagaré la prima correspondiente a ese mes completo. ☐ Deseo que la cobertura comience el primer día del mes siguiente después de que se reciba mi solicitud.			

Pregunta 2 - Denos información sobre su cónyuge y sus hijos menores de 21 años, si viven con usted. Para determinar si reúne los requisitos, necesitamos información sobre su cónyuge y los menores de edad que viven con usted. Revise toda la información escrita en letra de imprenta a continuación. Si dicha información es incorrecta, táchela y escriba la información correcta.

Persona 2		Escriba en letra de imprenta toda la información	
Nombre (incluya el nombre, inicial del segundo nombre, apellido, sufijo Jr./Sr./etc.):		¿Presenta la solicitud para esta persona?	Número de seguro social:
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): Sexo: ☐ M ☐ F		☐ Sí ☐ No	☐ Soltero/a ☐ Separado/a ☐ Casado/a ☐ Divorciado/a ☐ Viudo/a
¿Cómo está esta persona relacionada con usted?		Número de reclamación de Medicare:	
☐ Cónyuge ☐ Hijo(a)			
¿Esta persona vive con usted?		¿Esta persona tiene una tarjeta PA Access?	
☐ Sí ☐ No		☐ Sí ☐ No	
¿Esta persona es ciudadana o nacional de los EE. UU.?		ID de registro de no ciudadano:	
☐ Sí ☐ No			
Raza (Opcional) (Marque todas las opciones que correspondan)			
☐ Negra o afroamericana ☐ Asiática ☐ Hispana ☐ Nativa de Hawái o de una isla del Pacífico ☐ Amerindia (nativa americana) o nativa de Alaska ☐ Blanca ☐ Otra: _____			
Si tiene una discapacidad, y trabaja y percibe ingresos, es posible que sea elegible para la Asistencia Médica para Trabajadores con Discapacidad (MAWD). El programa MAWD tiene límites de ingresos y recursos más altos que otros programas de Asistencia Médica y exige a los inscritos el pago de una prima mensual. En algunos casos, es posible que no se le pida que pague una prima debido a sus ingresos o por otra causa justificada.			
Seleccione una de estas casillas para indicar cuándo desea que comience su cobertura, en caso de que se determine que es elegible para el programa MAWD: ☐ Deseo que la cobertura comience el primer día del mes en que se reciba mi solicitud. Pagaré la prima correspondiente a este mes completo. ☐ Deseo que la cobertura comience el primer día del mes siguiente después de que se reciba mi solicitud.			

Persona 3		Escriba en letra de imprenta toda la información	
Nombre (incluya el nombre, inicial del segundo nombre, apellido, sufijo Jr./Sr./etc.):		¿Presenta la solicitud para esta persona?	Número de seguro social:
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): Sexo: ☐ M ☐ F		☐ Sí ☐ No	☐ Soltero/a ☐ Separado/a ☐ Casado/a ☐ Divorciado/a ☐ Viudo/a
¿Cómo está esta persona relacionada con usted?		Número de reclamación de Medicare:	
☐ Cónyuge ☐ Hijo(a)			
¿Esta persona vive con usted?		¿Esta persona tiene una tarjeta PA Access?	
☐ Sí ☐ No		☐ Sí ☐ No	
¿Esta persona es ciudadana o nacional de los EE. UU.?		ID de registro de no ciudadano:	
☐ Sí ☐ No			
Raza (Opcional) (Marque todas las opciones que correspondan)			
☐ Negra o afroamericana ☐ Asiática ☐ Hispana ☐ Nativa de Hawái o de una isla del Pacífico ☐ Amerindia (nativa americana) o nativa de Alaska ☐ Blanca ☐ Otra: _____			
Si tiene una discapacidad, y trabaja y percibe ingresos, es posible que sea elegible para la Asistencia Médica para Trabajadores con Discapacidad (MAWD). El programa MAWD tiene límites de ingresos y recursos más altos que otros programas de Asistencia Médica y exige a los inscritos el pago de una prima mensual. En algunos casos, es posible que no se le pida que pague una prima debido a sus ingresos o por otra causa justificada.			
Seleccione una de estas casillas para indicar cuándo desea que comience su cobertura, en caso de que se determine que es elegible para el programa MAWD: ☐ Deseo que la cobertura comience el primer día del mes en que se reciba mi solicitud. Pagaré la prima correspondiente a este mes completo. ☐ Deseo que la cobertura comience el primer día del mes siguiente después de que se reciba mi solicitud.			

Persona 4		Escriba en letra de imprenta toda la información	
Nombre (incluya el nombre, inicial del segundo nombre, apellido, sufijo Jr./Sr./etc.):		¿Presenta la solicitud para esta persona?	Número de seguro social:
		☐ Sí ☐ No	
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):	Sexo: ☐ M ☐ F	¿Cómo está esta persona relacionada con usted?	Número de reclamación de Medicare:
		☐ Cónyuge ☐ Hijo(a)	
¿Esta persona vive con usted?		¿Esta persona es ciudadana o nacional de los EE. UU.?	
☐ Sí ☐ No		☐ Sí ☐ No	
Raza (Opcional) (Marque todas las opciones que correspondan)		ID de registro de no ciudadano:	
☐ Negra o afroamericana ☐ Asiática ☐ Hispana ☐ Nativa de Hawaii o de una isla del Pacífico			
☐ Amerindia (nativa americana) o nativa de Alaska ☐ Blanca ☐ Otra: _____			
Si tiene una discapacidad, y trabaja y percibe ingresos, es posible que sea elegible para la Asistencia Médica para Trabajadores con Discapacidad (MAWD). El programa MAWD tiene límites de ingresos y recursos más altos que otros programas de Asistencia Médica y exige a los inscritos el pago de una prima mensual. En algunos casos, es posible que no se le pida que pague una prima debido a sus ingresos o por otra causa justificada.			
Seleccione una de estas casillas para indicar cuándo desea que comience su cobertura, en caso de que se determine que es elegible para el programa MAWD:			
☐ Deseo que la cobertura comience el primer día del mes en que se reciba mi solicitud. Pagaré la prima correspondiente a este mes completo.			
☐ Deseo que la cobertura comience el primer día del mes siguiente después de que se reciba mi solicitud.			

Persona 5		Escriba en letra de imprenta toda la información	
Nombre (incluya el nombre, inicial del segundo nombre, apellido, sufijo Jr./Sr./etc.):		¿Presenta la solicitud para esta persona?	Número de seguro social:
		☐ Sí ☐ No	
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):	Sexo: ☐ M ☐ F	¿Cómo está esta persona relacionada con usted?	Número de reclamación de Medicare:
		☐ Cónyuge ☐ Hijo(a)	
¿Esta persona vive con usted?		¿Esta persona es ciudadana o nacional de los EE. UU.?	
☐ Sí ☐ No		☐ Sí ☐ No	
Raza (Opcional) (Marque todas las opciones que correspondan)		ID de registro de no ciudadano:	
☐ Negra o afroamericana ☐ Asiática ☐ Hispana ☐ Nativa de Hawaii o de una isla del Pacífico			
☐ Amerindia (nativa americana) o nativa de Alaska ☐ Blanca ☐ Otra: _____			
Si tiene una discapacidad, y trabaja y percibe ingresos, es posible que sea elegible para la Asistencia Médica para Trabajadores con Discapacidad (MAWD). El programa MAWD tiene límites de ingresos y recursos más altos que otros programas de Asistencia Médica y exige a los inscritos el pago de una prima mensual. En algunos casos, es posible que no se le pida que pague una prima debido a sus ingresos o por otra causa justificada.			
Seleccione una de estas casillas para indicar cuándo desea que comience su cobertura, en caso de que se determine que es elegible para el programa MAWD:			
☐ Deseo que la cobertura comience el primer día del mes en que se reciba mi solicitud. Pagaré la prima correspondiente a este mes completo.			
☐ Deseo que la cobertura comience el primer día del mes siguiente después de que se reciba mi solicitud.			

Persona 6		Escriba en letra de imprenta toda la información	
Nombre (incluya el nombre, inicial del segundo nombre, apellido, sufijo Jr./Sr./etc.):		¿Presenta la solicitud para esta persona?	Número de seguro social:
		☐ Sí ☐ No	
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):	Sexo: ☐ M ☐ F	¿Cómo está esta persona relacionada con usted?	Número de reclamación de Medicare:
		☐ Cónyuge ☐ Hijo(a)	
¿Esta persona vive con usted?		¿Esta persona es ciudadana o nacional de los EE. UU.?	
☐ Sí ☐ No		☐ Sí ☐ No	
Raza (Opcional) (Marque todas las opciones que correspondan)		ID de registro de no ciudadano:	
☐ Negra o afroamericana ☐ Asiática ☐ Hispana ☐ Nativa de Hawaii o de una isla del Pacífico			
☐ Amerindia (nativa americana) o nativa de Alaska ☐ Blanca ☐ Otra: _____			
Si tiene una discapacidad, y trabaja y percibe ingresos, es posible que sea elegible para la Asistencia Médica para Trabajadores con Discapacidad (MAWD). El programa MAWD tiene límites de ingresos y recursos más altos que otros programas de Asistencia Médica y exige a los inscritos el pago de una prima mensual. En algunos casos, es posible que no se le pida que pague una prima debido a sus ingresos o por otra causa justificada.			
Seleccione una de estas casillas para indicar cuándo desea que comience su cobertura, en caso de que se determine que es elegible para el programa MAWD:			
☐ Deseo que la cobertura comience el primer día del mes en que se reciba mi solicitud. Pagaré la prima correspondiente a este mes completo.			
☐ Deseo que la cobertura comience el primer día del mes siguiente después de que se reciba mi solicitud.			

Persona 7		Escriba en letra de imprenta toda la información	
Nombre (incluya el nombre, inicial del segundo nombre, apellido, sufijo Jr./Sr./etc.):		¿Presenta la solicitud para esta persona?	Número de seguro social:
		☐ Sí ☐ No	
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):	Sexo: ☐ M ☐ F	¿Cómo está esta persona relacionada con usted?	Número de reclamación de Medicare:
		☐ Cónyuge ☐ Hijo(a)	
¿Esta persona vive con usted?		¿Esta persona es ciudadana o nacional de los EE. UU.?	
☐ Sí ☐ No		☐ Sí ☐ No	
Raza (Opcional) (Marque todas las opciones que correspondan)		ID de registro de no ciudadano:	
☐ Negra o afroamericana ☐ Asiática ☐ Hispana ☐ Nativa de Hawaii o de una isla del Pacífico			
☐ Amerindia (nativa americana) o nativa de Alaska ☐ Blanca ☐ Otra: _____			
Si tiene una discapacidad, y trabaja y percibe ingresos, es posible que sea elegible para la Asistencia Médica para Trabajadores con Discapacidad (MAWD). El programa MAWD tiene límites de ingresos y recursos más altos que otros programas de Asistencia Médica y exige a los inscritos el pago de una prima mensual. En algunos casos, es posible que no se le pida que pague una prima debido a sus ingresos o por otra causa justificada.			
Seleccione una de estas casillas para indicar cuándo desea que comience su cobertura, en caso de que se determine que es elegible para el programa MAWD:			
☐ Deseo que la cobertura comience el primer día del mes en que se reciba mi solicitud. Pagaré la prima correspondiente a este mes completo.			
☐ Deseo que la cobertura comience el primer día del mes siguiente después de que se reciba mi solicitud.			

Pregunta 3 - Servicio militar de los Estados Unidos.

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

☐ sí ☐ NO

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

☐ sí ☐ NO

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

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

Pregunta 4 - Inscripción de electores

Inscripción de electores (opcional)

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

Para inscribirse, usted debe: 1) tener por lo menos 18 años de edad el día de la próxima elección; 2) ser ciudadano de los Estados Unidos por un mes como mínimo ANTES DE LA PRÓXIMA ELECCIÓN; 3) residir en Pennsylvania y en el distrito de votación al menos 30 días antes de la próxima elección.

Solicitar la inscripción o negarse a inscribirse para votar no afectará la cantidad de la asistencia que recibirá de parte de esta agencia.

Si desea ayuda para completar el formulario de inscripción para votar, podemos ayudarlo. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya.

Puede completar el formulario de solicitud en privado. Comuníquese con la oficina de asistencia del condado si desea ayuda. Si cree que alguna persona ha interferido con su derecho a inscribirse para votar, o de rechazar la inscripción para votar; su derecho a la privacidad para decidir si se inscribe, o para solicitar la inscripción para votar; o su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, usted puede presentar una queja ante la Secretaría de Estado en: Secretary of the Commonwealth, PA Department of State, Harrisburg, PA 17120. (Número de teléfono sin cargo 1-877-VOTESPA)

EL PERSONAL DE LA OFICINA DE ASISTENCIA DEL CONDADO COMPLETARÁ 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 __/__/__

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

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

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

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

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

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

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

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

Si alguien paga tales gastos, indíquelos a continuación.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PERSONA DUEÑA DEL VEHÍCULO	AÑO, MARCA Y MODELO	¿MATRÍCULA/ PLACA/TABLILLA?	CANTIDAD ADEUDADA	PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN	COMENTARIOS
		☐ SÍ ☐ NO	\$		
		☐ SÍ ☐ NO	\$		
		☐ SÍ ☐ NO	\$		
		☐ SÍ ☐ NO	\$		
		☐ SÍ ☐ NO	\$		
		☐ SÍ ☐ NO	\$		

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

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

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

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

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

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

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

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

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

☐ NO, no hubo cambios.

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

Pregunta 12 - Verificación. Necesitaremos comprobantes de la información provista para procesar su solicitud. Su CAO lo ayudará en el caso de que no pueda obtener los comprobantes de la información.

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

¿Tiene copias de la información que proporcionó? ☐ SÍ ☐ NO

ENVÍE COPIAS - NO ENVÍE LOS ORIGINALES	
Identificación (Solamente una fuente)	Licencia de conducir, pasaporte, identificación con fotografía.
Condición de persona extranjera (Solamente si no es ciudadano de los EE. UU.)	Documentos de inmigración más actuales.
Ingresos	Recibo de sueldo o nómina actual correspondiente a un mes, comprobante de pensión, notificación de elegibilidad económica para recibir compensación por desempleo, formularios de impuestos u otros registros de ingresos provenientes del empleo independiente, copias de talones de cheques o declaraciones de la fuente de los ingresos.
Recursos	Resúmenes de cuentas bancarias, pólizas de seguro, notificaciones de valoración impositiva.

Sus derechos y responsabilidades

Asistencia Médica

- Entiendo que Pensilvania recibe información del Sistema de Verificación de Elegibilidad e Ingresos (IEVS), instituciones financieras, informes de consumidores y agencias estatales y federales para comprobar la información que les proporcione. La información disponible a través del IEVS y otras entidades será solicitada, utilizada y podrá ser verificada a través de contactos colaterales si la agencia estatal encuentra detalles contradictorios, y dicha información podría afectar la elegibilidad y el nivel de beneficios de mi hogar.
- Entiendo que, al firmar esta solicitud, estoy autorizando a cualquier institución financiera a divulgar, mediante medios electrónicos o cualquier otro medio disponible, toda la información financiera que tenga dicha institución, al Departamento de Servicios Humanos o su agente o proveedor designados con el objetivo de identificar y verificar los recursos (también llamados “activos”) cuando sea necesario para determinar y volver a determinar la elegibilidad para recibir Asistencia Médica. Entiendo que la información financiera incluye depósitos, retiros, cierres de cuentas y otra información pertinente solicitada o recibida 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 elegibilidad para recibir Asistencia Médica, o si decido revocarla mediante notificación por escrito al Departamento, lo que ocurra primero. Comprendo que si revoco esta autorización, eso puede hacer que yo o mi unidad familiar dejemos de reunir los requisitos para recibir Asistencia Médica.
- Entiendo que si tergiverso, oculto o retengo datos que puedan afectar mi derecho a recibir beneficios, se me podrá exigir que los devuelva y se me podrá demandar legalmente e inhabilitar para recibir determinadas prestaciones a futuro.
- He recibido una copia de mis derechos y responsabilidades, los he leído o alguien me los ha leído y los entiendo.
- Entiendo que puedo designar a un representante autorizado completando la sección Representante autorizado y presentándola junto con esta solicitud.
- Entiendo y acepto que soy responsable de cualquier declaración fraudulenta realizada en esta solicitud, incluso si la solicitud la presenta alguien que actúa en mi nombre.
- Entiendo que la información introducida en esta solicitud se mantendrá confidencial y con el único fin de administrar los beneficios. Autorizo la divulgación de mi información personal y de salud a efectos de determinar mi elegibilidad.
- Entiendo que cualquier cambio que esté obligado a reportar debe informarse dentro de los primeros 10 días del mes después del mes del cambio.
- Entiendo que estoy obligado a declarar cualquier ganancia de lotería y juegos de azar.
- Entiendo que recibiré una notificación por escrito en la que se me explicarán los beneficios. Si se deniegan, modifican, suspenden o rescinden los beneficios, la notificación escrita explicará el motivo.
- Entiendo que dispondré de 30 días a partir de la fecha de la notificación para solicitar una audiencia si no estoy de acuerdo con la decisión tomada sobre esta solicitud.
- Entiendo que mi situación está sujeta a verificación por parte de empleadores, fuentes financieras y otros terceros.
- Entiendo que los solicitantes deben proporcionar su número de seguro social o solicitar uno si no lo tienen. Este número puede utilizarse para comprobar la información de esta solicitud.
- Entiendo que debo utilizar la Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT) o la tarjeta PA ACCESS únicamente durante el período en que sea elegible. Debo usar la tarjeta EBT o la tarjeta PA ACCESS solo para la persona que es elegible y solamente puedo obtener los beneficios que sean necesarios y razonables.
- Entiendo que no tengo que proporcionar el número de seguro social de ninguna persona que no esté solicitando atención médica. Si proporciono su número de seguro social, se podrá utilizar para comprobar la información de esta solicitud. Proporcionar su número de Seguro Social puede ampliar mis beneficios y disminuir el periodo de tiempo hasta recibirlos.
- Certifico que toda la información que he introducido es verdadera bajo pena de perjurio.
- Entiendo que tengo derecho a un certificado de cobertura acreditable para verificar mi cobertura médica. La legislación federal limita los casos en los que se puede denegar o limitar la cobertura de atención médica por una enfermedad preexistente. Si me inscribo en un plan de salud colectivo que excluye el tratamiento de una enfermedad preexistente, puedo obtener crédito por el tiempo que haya recibido cobertura de Asistencia Médica.
- Entiendo que si se determina que soy elegible para recibir Asistencia Médica, me asignarán el paquete de beneficios de atención médica más completo que me corresponda. Entiendo que se me puede exigir 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 en mi nombre. Entiendo que la cuota mensual es una cuota de capitación. Entiendo que si recibo Asistencia Médica para la que no cumplo los requisitos, por error, fraude o cualquier otro motivo, es posible que deba devolver 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 atención médica más ventajosa que me corresponda. Entiendo que tengo derecho a elegir qué categoría de asistencia médica recibo y que puedo solicitar el cambio a una categoría diferente si soy elegible para dicha categoría.
- Entiendo que es posible que se determine que soy elegible para recibir Asistencia Médica que incluya el pago de primas mensuales.
- Entiendo que si algunas o todas las personas que presentan la solicitud no califican para Asistencia Médica, pueden ser elegibles para el CHIP. Si este es el caso, autorizo al Departamento de Servicios Humanos a dar mi nombre e información en esta solicitud al Departamento de Seguros o al proveedor del programa CHIP. Entiendo mis derechos y responsabilidades en virtud del CHIP.
- Entiendo que si algunas o todas las personas que presentan una solicitud no califican para recibir Asistencia Médica mediante el Departamento, es posible que sean elegibles para recibir beneficios federales o consultar opciones de atención médica privada a través del Mercado de Seguros Médicos de Pensilvania (Pennie). Si este es el caso, autorizo al Departamento a proporcionar mi nombre y la información de esta solicitud a Pennie. Entiendo mis derechos y responsabilidades en virtud de Pennie.

Sus derechos y responsabilidades (continuación)

CHIP

Tiene derecho a:

- Confidencialidad: toda la información de esta solicitud se mantendrá confidencial. Esta solicitud se compartirá únicamente con los programas gubernamentales para los que usted haga una solicitud y/o pueda ser elegible, como Asistencia Médica y asistencia con las primas del Mercado de Seguros Médicos de Pensilvania (Pennie).
- Designación de un representante personal: puede seleccionar a otra persona para que reciba información relacionada con su salud o la de sus hijos menores de edad llenando un formulario de designación de representante personal.
- Certificado de cobertura acreditable: cuando abandone el programa, recibirá un certificado de cobertura acreditable para comprobar su cobertura médica, si es elegible.
- Notificación por escrito: recibirá una notificación por escrito en la que se le explicará si reúne los requisitos.
- Apelación: puede solicitar una revisión imparcial si no está de acuerdo con alguna decisión tomada en relación con esta solicitud, si pide la revisión en un plazo de 30 días a partir de la decisión.

Tiene la responsabilidad de:

- Leer y comprender completamente esta solicitud.
- Proporcionar información verdadera, correcta y completa, entendiendo que existen sanciones por dar información falsa a sabiendas: es un delito grave y se considera delito de fraude al seguro.
- Ayudar con la evaluación de esta solicitud, lo que puede incluir entrevistas y la revisión de expedientes médicos.
- Tenga en cuenta que cierta información puede ser verificada por parte de empleadores, fuentes financieras y otros terceros.
- Proporcionar una prueba de identidad y de ciudadanía estadounidense si dicha información no se obtiene a través de este proceso de solicitud.
- Acreditar un estatuto de inmigrante legal presentando documentación del Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los EE. UU. si presenta la solicitud en nombre de una persona que no es ciudadana estadounidense.
- Informar todos los cambios relativos a su hogar, incluidos los ingresos, la dirección y el número de teléfono, tan pronto como se produzcan.

Entiendo:

- Si algunas o todas las personas que presentan la solicitud no reúnen los requisitos para el CHIP, es posible que reúnan los requisitos para recibir Asistencia médica. Si este es el caso, autorizo al Departamento de Seguros a dar toda la información que se encuentre en esta solicitud al Departamento de Servicios Humanos. Entiendo mis derechos y responsabilidades en virtud del programa de Asistencia médica.

- Si alguna de las personas que presentan la solicitud no reúne los requisitos para el programa CHIP, es posible que reúna los requisitos para recibir beneficios federales y/o explorar opciones de atención médica privada a través del Mercado de Seguros Médicos de Pensilvania (Pennie). Si este es el caso, autorizo al Departamento a dar toda la información contenida en 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 un organismo público y dicha entidad debe pagar aunque sea una pequeña parte del costo del beneficio o de la prima, mi hijo no es elegible para el CHIP. Si este es el caso y mi hijo ha estado recibiendo beneficios del CHIP, los beneficios del CHIP de mi hijo pueden ser rescindidos con carácter retroactivo.

Mercado de Seguros Médicos de Pensilvania (Pennie):

- Certifico que toda la información que he introducido es verdadera bajo pena de perjurio. Sé que puedo estar sujeto a sanciones en virtud de la ley federal si proporciono a sabiendas información falsa o no verdadera.
- Sé que debo informar a Pennie si algo cambia (y es diferente) con respecto a lo que he declarado en esta solicitud. Puedo visitar Pennie.com (www.pennie.com) o llamar al 1-844-844-8040 para informar cualquier cambio. Entiendo que los cambios en mi información podrían afectar la elegibilidad de los miembros de mi hogar.
- Sé que, según la legislación federal, no está permitida la discriminación por motivos de raza, color, nacionalidad, 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 de las personas que solicitan seguro médico en esta solicitud está encarcelada (detenida o en prisión).

En caso contrario, declaro que _____
está encarcelado/a. (Nombre de la persona)

- **Renovación de la cobertura en futuros años:** Para facilitar la determinación de mi derecho a recibir ayuda para pagar la cobertura de atención médica en los próximos años, acepto que Pennie utilice mis datos de ingresos, incluida la información de las declaraciones de impuestos. Pennie me enviará un aviso, me permitirá hacer cambios y podré elegir salir de este sistema en cualquier momento.

Sí, deseo renovar mi elegibilidad automáticamente por los siguientes:

(marque una opción)

- ☐ 5 años (la cantidad máxima de años permitida)
- ☐ 4 años
- ☐ 3 años
- ☐ 2 años
- ☐ 1 año
- ☐ No deseo usar la información de mis declaraciones de impuestos para renovar mi cobertura.

- Certifico que, a mi leal saber y entender, entiendo mis derechos y responsabilidades y que la información incluida en esta solicitud es completa y verdadera bajo pena de perjurio. Asimismo, certifico que incluir a sabiendas información falsa o incompleta en esta solicitud constituye fraude al seguro.
- Entiendo que puedo designar a un representante autorizado completando la sección Representante autorizado y presentándola junto con esta solicitud.
- Entiendo y acepto que soy responsable de cualquier declaración fraudulenta realizada en esta solicitud, incluso si la solicitud la presenta alguien que actúa en mi nombre.
- Entiendo que a todas las personas que presenten la solicitud se les proporcionará acceso a la cobertura bajo el programa para el cual sean elegibles, si se determina que son elegibles para recibir Asistencia médica, CHIP o beneficios federales a través de Pennie.
- Permitiré que el Departamento de Servicios Humanos dé mi nombre e información en esta solicitud al Departamento de Seguros o al proveedor del programa CHIP si alguno de los solicitantes puede ser elegible para CHIP.
- Permitiré que el Departamento de Seguros proporcione toda la información contenida en esta solicitud al Departamento de Servicios Humanos en caso de que alguno de los solicitantes reúna los requisitos para recibir Asistencia médica.
- Permitiré que el Departamento de Servicios Humanos de Pensilvania y el Departamento de Seguros de Pensilvania proporcione toda la información de esta solicitud a Pennie en caso de que alguno de los solicitantes reúna los requisitos para recibir beneficios federales y/o desee explorar opciones de atención médica privada.
- Autorizo la divulgación de información personal, financiera y de salud con el fin de determinar la elegibilidad y para sea sometida a revisión para los programas CHIP, Asistencia Médica y Pennie.
- Certifico que las personas para las que presento la solicitud son ciudadanas estadounidenses o bien no ciudadanas en situación migratoria legal.

X

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

Fecha

X

Firma del/de la cónyuge del solicitante

Fecha

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

Representante autorizado

Puede autorizar a una persona de confianza para que hable con nosotros sobre esta solicitud, consulte su información y actúe en su nombre en asuntos relacionados con esta solicitud, lo que incluye obtener información sobre su solicitud y firmarla en su nombre. Esta persona se llama "representante autorizado". Si alguna vez necesita cambiar a su representante autorizado, contacte a su oficina de asistencia del condado.

Si usted es el representante legalmente designado del solicitante, puede presentar un documento que lo acredite en lugar de la firma del solicitante a continuación. Si este es el caso, por favor presente dicho documento junto con la solicitud.

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

Nombre del representante autorizado:

Número de teléfono:

()

Tipo de teléfono (✓):

☐ Casa ☐ Trabajo ☐ Celular

Dirección (incluye calle, número de departamento, ciudad, estado y código postal + 4):

Función del representante autorizado:

☐ Cuidador

☐ Tutor legal

☐ Contacto principal

☐ Albacea del testamento vital

☐ Miembro del equipo de apoyo

☐ Representante

☐ Apoderado

Al poner su firma, usted autoriza a esta persona a firmar su solicitud, a obtener información oficial sobre dicha solicitud 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 SOLICITADOS.

Sus derechos y responsabilidades

Asistencia Médica

- Entiendo que Pensilvania recibe información del Sistema de Verificación de Elegibilidad e Ingresos (IEVS), instituciones financieras, informes de consumidores y agencias estatales y federales para comprobar la información que les proporciono. La información disponible a través del IEVS y otras entidades será solicitada, utilizada y podrá ser verificada a través de contactos colaterales si la agencia estatal encuentra detalles contradictorios, y dicha información podría afectar la elegibilidad y el nivel de beneficios de mi hogar.
- Entiendo que, al firmar esta solicitud, estoy autorizando a cualquier institución financiera a divulgar, mediante medios electrónicos o cualquier otro medio disponible, toda la información financiera que tenga dicha institución, al Departamento de Servicios Humanos o su agente o proveedor designados con el objetivo de identificar y verificar los recursos (también llamados “activos”) cuando sea necesario para determinar y volver a determinar la elegibilidad para recibir Asistencia Médica. Entiendo que la información financiera incluye depósitos, retiros, cierres de cuentas y otra información pertinente solicitada o recibida 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 elegibilidad para recibir Asistencia médica, o si decido revocarla mediante notificación por escrito al Departamento, lo que ocurra primero. Comprendo que si revoco esta autorización, eso puede hacer que yo o mi unidad familiar dejemos de reunir los requisitos para recibir Asistencia médica.
- Entiendo que si tergiverso, oculto o retengo datos que puedan afectar mi derecho a recibir beneficios, se me podrá exigir que los devuelva y se me podrá demandar legalmente e inhabilitar para recibir determinadas prestaciones a futuro.
- He recibido una copia de mis derechos y responsabilidades, los he leído o alguien me los ha leído y los entiendo.
- Entiendo que puedo designar a un representante autorizado completando la sección Representante autorizado y presentándola junto con esta solicitud.
- Entiendo y acepto que soy responsable de cualquier declaración fraudulenta realizada en esta solicitud, incluso si la solicitud la presenta alguien que actúa en mi nombre.
- Entiendo que la información introducida en esta solicitud se mantendrá confidencial y con el único fin de administrar los beneficios. Autorizo la divulgación de mi información personal y de salud a efectos de determinar mi elegibilidad.
- Entiendo que cualquier cambio que esté obligado a reportar debe informarse dentro de los primeros 10 días del mes después del mes del cambio.
- Entiendo que estoy obligado a declarar cualquier ganancia de lotería y juegos de azar.
- Entiendo que recibiré una notificación por escrito en la que se me explicarán los beneficios. Si se deniegan, modifican, suspenden o rescinden los beneficios, la notificación escrita explicará el motivo.
- Entiendo que dispondré de 30 días a partir de la fecha de la notificación para solicitar una audiencia si no estoy de acuerdo con la decisión tomada sobre esta solicitud.
- Entiendo que mi situación está sujeta a verificación por parte de empleadores, fuentes financieras y otros terceros.
- Entiendo que los solicitantes deben proporcionar su número de seguro social o solicitar uno si no lo tienen. Este número puede utilizarse para comprobar la información de esta solicitud.
- Entiendo que debo utilizar la Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT) o la tarjeta PA ACCESS únicamente durante el período en que sea elegible. Debo usar la tarjeta EBT o la tarjeta PA ACCESS solo para la persona que es elegible y solamente puedo obtener los beneficios que sean necesarios y razonables.
- Entiendo que no tengo que proporcionar el número de seguro social de ninguna persona que no esté solicitando atención médica. Si proporciono su número de seguro social, se podrá utilizar para comprobar la información de esta solicitud. Proporcionar su número de Seguro Social puede ampliar mis beneficios y disminuir el periodo de tiempo hasta recibirlos.
- Certifico que toda la información que he introducido es verdadera bajo pena de perjurio.
- Entiendo que tengo derecho a un certificado de cobertura acreditable para verificar mi cobertura médica. La legislación federal limita los casos en los que se puede denegar o limitar la cobertura de atención médica por una enfermedad preexistente. Si me inscribo en un plan de salud colectivo que excluye el tratamiento de una enfermedad preexistente, puedo obtener crédito por el tiempo que haya recibido cobertura de Asistencia médica.
- Entiendo que si se determina que soy elegible para recibir Asistencia médica, me asignarán el paquete de beneficios de atención médica más completo que me corresponda. Entiendo que se me puede exigir 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 en mi nombre. Entiendo que la cuota mensual es una cuota de capitación. Entiendo que si recibo Asistencia médica para la que no cumplo los requisitos, por error, fraude o cualquier otro motivo, es posible que deba devolver 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 atención médica más ventajosa que me corresponda. Entiendo que tengo derecho a elegir qué categoría de asistencia médica recibo y que puedo solicitar el cambio a una categoría diferente si soy elegible para dicha categoría.
- Entiendo que es posible que se determine que soy elegible para recibir Asistencia médica que incluya el pago de primas mensuales.
- Entiendo que si algunas o todas las personas que presentan la solicitud no califican para Asistencia Médica, pueden ser elegibles para el CHIP. Si este es el caso, autorizo al Departamento de Servicios Humanos a dar mi nombre e información en esta solicitud al Departamento de Seguros o al proveedor del programa CHIP. Entiendo mis derechos y responsabilidades en virtud del CHIP.
- Entiendo que si algunas o todas las personas que presentan una solicitud no califican para recibir Asistencia Médica mediante el Departamento, es posible que sean elegibles para recibir beneficios federales o consultar opciones de atención médica privada a través del Mercado de Seguros Médicos de Pensilvania (Pennie). Si este es el caso, autorizo al Departamento a proporcionar mi nombre y la información de esta solicitud a Pennie. Entiendo mis derechos y responsabilidades en virtud de Pennie.

Sus derechos y responsabilidades (continuación)

CHIP

Tiene derecho a:

- Confidencialidad: toda la información de esta solicitud se mantendrá confidencial. Esta solicitud se compartirá únicamente con los programas gubernamentales para los que usted haga una solicitud y/o pueda ser elegible, como Asistencia Médica y asistencia con las primas del Mercado de Seguros Médicos de Pensilvania (Pennie).
- Designación de un representante personal: puede seleccionar a otra persona para que reciba información relacionada con su salud o la de sus hijos menores de edad llenando un formulario de designación de representante personal.
- Certificado de cobertura acreditable: cuando abandone el programa, recibirá un certificado de cobertura acreditable para comprobar su cobertura médica, si es elegible.
- Notificación por escrito: recibirá una notificación por escrito en la que se le explicará si reúne los requisitos.
- Apelación: puede solicitar una revisión imparcial si no está de acuerdo con alguna decisión tomada en relación con esta solicitud, si pide la revisión en un plazo de 30 días a partir de la decisión.

Tiene la responsabilidad de:

- Leer y comprender completamente esta solicitud.
- Proporcionar información verdadera, correcta y completa, entendiendo que existen sanciones por dar información falsa a sabiendas: es un delito grave y se considera delito de fraude al seguro.
- Ayudar con la evaluación de esta solicitud, lo que puede incluir entrevistas y la revisión de expedientes médicos.
- Tenga en cuenta que cierta información puede ser verificada por parte de empleadores, fuentes financieras y otros terceros.
- Proporcionar una prueba de identidad y de ciudadanía estadounidense si dicha información no se obtiene a través de este proceso de solicitud.
- Acreditar un estatuto de inmigrante legal presentando documentación del Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los EE. UU. si presenta la solicitud en nombre de una persona que no es ciudadana estadounidense.
- Informar todos los cambios relativos a su hogar, incluidos los ingresos, la dirección y el número de teléfono, tan pronto como se produzcan.

Entiendo:

- Si algunas o todas las personas que presentan la solicitud no reúnen los requisitos para el CHIP, es posible que reúnan los requisitos para recibir Asistencia médica. Si este es el caso, autorizo al Departamento de Seguros a dar toda la información que se encuentre en esta solicitud al Departamento de Servicios Humanos. Entiendo mis derechos y responsabilidades en virtud del programa de Asistencia médica.

- Si alguna de las personas que presentan la solicitud no reúne los requisitos para el programa CHIP, es posible que reúna los requisitos para recibir beneficios federales y/o explorar opciones de atención médica privada a través del Mercado de Seguros Médicos de Pensilvania (Pennie). Si este es el caso, autorizo al Departamento a dar toda la información contenida en 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 un organismo público y dicha entidad debe pagar aunque sea una pequeña parte del costo del beneficio o de la prima, mi hijo no es elegible para el CHIP. Si este es el caso y mi hijo ha estado recibiendo beneficios del CHIP, los beneficios del CHIP de mi hijo pueden ser rescindidos con carácter retroactivo.

Mercado de Seguros Médicos de Pensilvania (Pennie):

- Certifico que toda la información que he introducido es verdadera bajo pena de perjurio. Sé que puedo estar sujeto a sanciones en virtud de la ley federal si proporciono a sabiendas información falsa o no verdadera.
- Sé que debo informar a Pennie si algo cambia (y es diferente) con respecto a lo que he declarado en esta solicitud. Puedo visitar Pennie.com (www.pennie.com) o llamar al 1-844-844-8040 para informar cualquier cambio. Entiendo que los cambios en mi información podrían afectar la elegibilidad de los miembros de mi hogar.
- Sé que, según la legislación federal, no está permitida la discriminación por motivos de raza, color, nacionalidad, 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 de las personas que solicitan seguro médico en esta solicitud está encarcelada (detenida o en prisión).

En caso contrario, declaro que _____
está encarcelado/a. (Nombre de la persona)

- **Renovación de la cobertura en futuros años:** Para facilitar la determinación de mi derecho a recibir ayuda para pagar la cobertura de atención médica en los próximos años, acepto que Pennie utilice mis datos de ingresos, incluida la información de las declaraciones de impuestos. Pennie me enviará un aviso, me permitirá hacer cambios y podré elegir salir de este sistema en cualquier momento.

Sí, deseo renovar mi elegibilidad automáticamente por los siguientes:

(marque una opción)

- ☐ 5 años (la cantidad máxima de años permitida)
- ☐ 4 años
- ☐ 3 años
- ☐ 2 años
- ☐ 1 año
- ☐ No deseo usar la información de mis declaraciones de impuestos para renovar mi cobertura.