

# INSTRUCCIONES

**DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD** Toda la información que usted proporcione en esta solicitud permanecerá confidencial. Las únicas personas que tendrán acceso a esta información son los Facilitadores de Inscripción, las agencias locales o estatales y los planes de asistencia médica que deban saberla para determinar si usted (el solicitante) y los miembros de su familia reúnen las condiciones. La persona que le ayuda a llenar esta solicitud no puede revelar esta información a nadie, excepto a su supervisor o a las agencias locales o estatales o a planes médicos que la necesiten.

**OBJETIVO DE ESTA SOLICITUD** Llene esta solicitud si desea que el seguro médico cubra sus gastos de salud. Esta solicitud puede utilizarse para solicitar Medicaid, Family Health Plus, Child Health Plus, el Programa de Beneficios de Planificación Familiar o asistencia para pagar sus primas de seguros médicos. Usted puede presentar la solicitud para usted y/o sus familiares cercanos que vivan con usted.

SI NECESITA AYUDA PARA LLENAR ESTA SOLICITUD DEBIDO A UNA DISCAPACIDAD, LLAME AL DEPARTAMENTO LOCAL DE SERVICIOS SOCIALES. ELLOS HARÁN TODO LO POSIBLE PARA PROPORCIONAR LOS RECURSOS RAZONABLES PARA SATISFACER SUS NECESIDADES.

**LEA** todo el folleto de solicitud antes de comenzar a llenarla. Si usted presenta la solicitud SÓLO para niños o si está embarazada y presenta la solicitud para usted sola, debe llenar sólo las Secciones de la A a la G y las Secciones I y J. Otros solicitantes deben llenar todas las secciones.

Si usted tiene 65 años o más, tiene un certificado que indica que está ciego o discapacitado o se encuentra internado en una institución y solicita cobertura para un hogar de ancianos, deberá llenar también el Suplemento A. El suplemento tiene preguntas sobre sus recursos, como el dinero que tiene en el banco o las propiedades que posee.

Cuando lea **ENVÍE COMPROBANTES** en la solicitud, consulte la sección "Documentación necesaria para solicitar seguro médico para obtener una lista de documentos probatorios admisibles."

**CÓMO OBTENER AYUDA** Cuando solicita un seguro médico público, usted **NO** tiene que ir al Departamento de Servicios Sociales local ni tener una entrevista con el Facilitador de Inscripción, pero **PUEDA** visitar a un Facilitador de Inscripción o comunicarse con él para que lo ayude a llenar esta solicitud. Puede obtener una lista de Facilitadores de Inscripción en donde recibió esta solicitud o llamando al 1-800-698-4543. **TODA AYUDA ES GRATUITA. (1-877-898-5849 línea TTY para personas con problemas auditivos)**

## SECCIÓN A Información del solicitante

Debemos poder comunicarnos con las personas que solicitan seguro de salud. La dirección particular es donde viven las personas que solicitan el seguro médico. La dirección postal, si fuera diferente, es donde usted desea que le enviemos las tarjetas del seguro de salud y las notificaciones sobre su caso. También puede informarnos si desea que otra persona obtenga información sobre su caso y/o hable sobre éste.

## SECCIÓN B Información sobre el núcleo familiar

Incluya información para todas las personas que vivan con usted aunque no soliciten el seguro médico. Es importante que incluya a todos los que viven con usted para que podamos tomar una decisión correcta sobre la aptitud para acceder al seguro. Indique el nombre de soltera (nombre legal antes del matrimonio), si corresponde. También indique la ciudad, el estado y el país de nacimiento. Si la persona nació fuera de los Estados Unidos, sólo escriba el país de nacimiento. También necesitamos, en el caso de cada solicitante, el nombre completo (nombre y apellido) de soltera de su madre. Esta información podrá ser utilizada para obtener una prueba de la fecha de nacimiento del solicitante ante ciertas circunstancias.

- **¿Está embarazada esta persona?** De ser así, ¿cuándo es la fecha estimada de parto? Esta información nos ayuda a determinar el tamaño de su familia. Una mujer embarazada cuenta como dos personas.
- **Parentesco con la persona anotada en la Línea 1.** Explique el parentesco de cada uno con la persona anotada en la Línea 1 (por ejemplo, cónyuge, hijo/a, hijastro/a, hermano/a, sobrino/a, etc.)

- **Cobertura de Salud Pública.** Si usted o alguna persona que viva con usted ya está o estuvo antes inscrito en Medicaid, Family Health Plus, Child Health Plus, el Programa de Beneficios de Planificación Familiar o en cualquier otro tipo de asistencia pública, como Cupones para alimentos, debemos saberlo. Además, infórmenos el número de identificación que figura en la Tarjeta de Identificación de Beneficios del estado de Nueva York o en la tarjeta de identificación del plan de Child Health Plus.
- **Número de Seguro Social.** Se debe suministrar un Número del Seguro Social para todos los solicitantes, si la persona tiene uno. Si la persona no tiene un Número de Seguridad Social, deje la casilla en blanco.
- **Condición de ciudadanía y de inmigración.** Se requiere esta información solamente de las personas que solicitan seguro médico. No es necesario que las mujeres embarazadas respondan esta pregunta. Para tener derecho a recibir seguro médico, las personas de 19 años de edad o mayores, deben ser ciudadanos de los EE. UU. o pertenecer a una categoría de inmigrante que otorgue tal derecho. Debe traer o mostrar la documentación original de identidad o ciudadanía de los EE. UU o copias certificadas de dichos documentos. Comuníquese con el Departamento de Servicios Sociales de su zona o llame al 1-800-698-4543 para informarse a dónde puede enviar estos documentos. Tenga en cuenta que si usted está inscrita en Medicare o recibe el Beneficio de discapacidad del Seguro Social, pero todavía no tiene derecho a Medicare, no es necesario documentar su ciudadanía o identidad.

A partir del 1 de julio de 2010, los niños ciudadanos que tengan un Número de Seguridad Social no deberán entregar documentación de identidad o ciudadanía si reúnen las condiciones para Child Health Plus.

Los niños residentes del estado de Nueva York que no tengan otro seguro médico tienen derecho a éste, sin importar su condición de inmigración.

## DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN

La Oficina de Inmigración y Servicios de Ciudadanía (United States Citizenship and Immigration Services, USCIS) ha determinado que el estar inscrito en Medicaid, Family Health Plus, Child Health Plus o el Programa de Beneficios de Planificación Familiar NO PUEDE influir en la capacidad de una persona para obtener una tarjeta de inmigrante (green card), convertirse en ciudadano, costear los gastos de un familiar o viajar por el país y al exterior. Esto no es así si Medicaid está pagando por atención a largo plazo en lugares como una residencia de ancianos u hospital psiquiátrico.

**El Estado no informará al USCIS ninguna información contenida en esta solicitud.**

- **Raza o grupo étnico.** Esta información es opcional y nos ayudará a asegurarnos de que todas las personas tengan acceso a los programas. Si responde a esta pregunta, utilice el código que aparece en la solicitud que mejor describe la raza u origen étnico de cada persona. Puede elegir más de una alternativa.

## SECCIÓN C Ingresos familiares (dinero recibido)

- En esta sección, anote todo tipo de ingresos (dinero recibido) y las cantidades recibidas por las personas que anotó en la Sección B.
- Infórmenos cuánto gana antes de la deducción de impuestos.
- Si la familia no tiene ingresos, explique cómo paga sus gastos, como por ejemplo alimentación y vivienda.
- Debemos saber si usted cambió de empleo o si es estudiante.
- También debemos saber si usted le paga a otra persona o institución, como una guardería, para que cuide a sus niños o a un cónyuge o padre incapacitado mientras usted trabaja o asiste a la escuela. De ser así, debemos saber cuánto paga. Podríamos deducir una parte del monto que usted paga por estos gastos del monto que contamos como sus ingresos.

## SECCIÓN D Seguro médico

Es importante que nos diga si algún solicitante está cubierto, o podría estarlo, por el seguro médico de otra persona. Esta información puede influir en su aptitud para recibir cobertura; en el caso de algunos solicitantes, podemos deducir el monto que usted pague por seguro médico del monto que contamos como sus ingresos; o podríamos pagar el costo de su prima de seguro médico si determinamos que es eficiente en función de los costos.

Algunos niños que hayan estado cubiertos por un seguro médico patrocinado por el empleador en los últimos seis meses pueden estar sujetos a un período de espera antes de poder inscribirse en Child Health Plus. Esto dependerá de los ingresos de su familia y del motivo por



el cual sus hijos perdieron la cobertura patrocinada por el empleador.

NOTA: Los planes estatales de beneficios médicos brindan cobertura de seguro médico por medio del Programa de Seguro de Salud del Estado de Nueva York (NYSHIP). La cobertura se ofrece a los empleados o jubilados del gobierno del estado de Nueva York, la legislatura del estado (State Legislature) y el sistema unificado de tribunales (Unified Court System). Algunas agencias locales del gobierno, y distritos escolares también eligen participar en NYSHIP. Si no está seguro, verifique esto con su empleador. Si su hijo goza de los beneficios de un seguro médico del estado por medio del NYSHIP, él/ella no tendrá derecho a la cobertura de Child Health Plus.

Podríamos ayudarle a pagar las primas de su seguro médico si usted tiene o puede obtener seguro por medio de su empleo. Deberemos recopilar más información sobre el seguro y le enviaremos por correo un cuestionario del seguro.



## SECCIÓN E Gastos de la vivienda

Ingrese sus costos mensuales de vivienda. Esto incluye el alquiler, pago mensual de la hipoteca u otro pago relativo a la vivienda. Si usted paga una hipoteca, incluya la suma de impuestos a la propiedad que nos indique. Si usted comparte sus gastos de vivienda o su alquiler está subsidiado, infórmenos cuánto paga USTED por su alquiler o hipoteca. Si usted paga los servicios de agua que recibe, infórmenos el monto y la frecuencia de pago.

## SECCIÓN F Ciego, incapacitado, enfermo crónico o residente de un hogar de ancianos

Estas preguntas nos ayudan a determinar qué programa es el mejor para cada solicitante y qué servicios se podrían necesitar. Una persona con una discapacidad, enfermedad grave o elevadas facturas por servicios médicos podría obtener más servicios de salud. Usted puede tener una discapacidad si sus actividades diarias se ven limitadas por una enfermedad o condición que ha durado o se espera que dure por lo menos 12 meses. Si usted es ciego, discapacitado, enfermo crónico o necesita atención en un hogar de ancianos, debe llenar el Suplemento A. Si ni usted ni ninguno de los solicitantes es ciego, incapacitado, enfermo crónico ni reside en un hogar de ancianos, continúe en la Sección G.

## SECCIÓN G Preguntas adicionales sobre la salud

Si usted tiene facturas por servicios médicos de los últimos tres meses, ya sea que las haya pagado o no, Medicaid podría pagar esos costos. Infórmenos para quiénes son estas facturas y en qué meses se generaron. Adjunte copias de sus facturas médicas con esta solicitud. Nota: El período de tres meses comienza cuando el departamento de servicios sociales local recibe su solicitud o cuando usted se encuentra con un Facilitador de Inscripción. Usted debe informarnos cuáles fueron sus ingresos durante los meses anteriores en los que tuvo facturas por servicios médicos para que podamos evaluar si usted reúne las condiciones durante dicho período. También se le pregunta dónde residió en los últimos tres meses, ya que ello puede influir en nuestros recursos para pagar las facturas anteriores. Se le pregunta sobre algún juicio pendiente o problemas de salud causados por otra persona, para saber si alguien más debería pagar alguna parte de sus gastos de atención médica.

**MÁS INSTRUCCIONES AL DORSO** ▶

## SECCIÓN H

### Padre o cónyuge que no vive con el núcleo familiar o fallecido

- Si el cónyuge o padre/madre de alguno de los solicitantes está ausente, usted deberá llenar esta sección para que podamos verificar si se dispone de asistencia médica para usted o su hijo.
- Las mujeres embarazadas no tienen que responder estas preguntas mientras no hayan pasado 60 días desde el nacimiento de su hijo. Para tener derecho al seguro médico, los demás solicitantes de 21 años de edad o mayores deben estar dispuestos a suministrar información sobre los padres de un solicitante menor de edad o de un cónyuge que no viven en el hogar, a menos que hubiera una causa justificada. Ejemplo de "causa justificada" es el temor de sufrir usted o un miembro de su familia lesiones físicas o emocionales. La pregunta 2 se refiere al **PADRE/MADRE** de cualquier niño solicitante menor de 21 años. La pregunta 3 se refiere al **CÓNYUGE** de cualquier solicitante.
- Los padres tal vez no desean proporcionar esta información, pero el niño solicitante aún así puede reunir las condiciones para inscribirse en Medicaid o Child Health Plus.

## SECCIÓN I

### Selección del plan médico

**¿Qué es un Plan de Salud?** La solicitud de inscripción en programas por medio de Access NY Health Care puede implicar que usted obtenga su cobertura de atención médica mediante un plan de atención médica administrada. Cuando se afilia a un plan, usted elige un médico (proveedor de atención primaria o PCP) de ese plan para que le brinde atención primaria de salud. Si desea continuar con su médico, debe seleccionar el plan en el que ese médico esté inscrito. La atención de los planes de atención médica administrada está centrada en el cuidado preventivo para que los problemas pequeños no terminen siendo graves. Si necesita un especialista, su PCP lo derivará a uno.

**¿Quién debe elegir un Plan de Salud?** Las personas que reúnan las condiciones para inscribirse en Family Health Plus y Child Health Plus **DEBEN** elegir un plan de salud para recibir atención médica. **LA MAYORÍA** de las personas que reúnen las condiciones para inscribirse en Medicaid

**DEBEN** elegir un plan de salud para recibir la mayor parte de sus beneficios de Medicaid. Siga leyendo para averiguar cómo obtener más información sobre este tema.

#### ¿Cómo sé qué Plan de Salud elegir y si me puedo inscribir en él?

En el caso de Medicaid y Family Health Plus, si usted desea saber más sobre cómo funcionan los planes de atención médica administrada, si debe afiliarse y cómo elegir el plan, llame a **Medicaid CHOICE** al **1-800-505-5678**, o llame o vaya al Departamento de Servicios Sociales local. Solicite un Paquete educativo sobre planes de atención médica administrada. También puede obtener información sobre los planes de salud en el sitio Web del NYSDOH en [www.nyhealth.gov](http://www.nyhealth.gov). También puede inscribirse por teléfono, llamando al **1-800-505-5678**.

**NOTA:** Si se determina que usted o un miembro de su familia reúne las condiciones para Medicaid y vive en un condado en donde no se exige que las personas inscritas en Medicaid se afilien a un plan médico, se lo inscribirá de todos modos en el plan de salud que usted elija si éste ofrece Medicaid, a menos que marque la casilla en la solicitud que indica que usted no desea que lo inscriban o llama o escribe al Departamento de Servicios Sociales de su zona para informarnos que no desea ser inscrito.

### En el caso de Child Health Plus:

Para obtener información sobre los planes de Child Health Plus, llame al **1-800-698-4543**.

### Prima para Child Health Plus

No se pagan primas para Medicaid ni Family Health Plus. Puede haber una prima mensual para Child Health Plus. Use la tabla adjunta para determinar si usted debe pagar una prima según sus ingresos mensuales. Deberá incluir la prima del primer mes en la solicitud que llene o no se inscribirá a su hijo.

## SECCIÓN J Firma

Lea atentamente esta sección y la sección **Condiciones, derechos y responsabilidades**. Luego debe firmar y fechar la solicitud.



Departamento de Salud  
Estado de Nueva York