

## SECCIÓN H Padre, madre o cónyuge que no viva en el hogar o haya fallecido

- Si alguno de los solicitantes tiene un padre, una madre o cónyuge ausente, debe completar esta sección de manera que podamos ver si está disponible el apoyo médico para usted o su hijo.
- Las mujeres embarazadas no deben responder estas preguntas hasta 60 días después del nacimiento de sus hijos. Todas las demás personas que realicen solicitudes y tengan 21 años o más deben estar dispuestas a proporcionar información acerca de uno de los padres de un menor que realiza una solicitud o un cónyuge que vive fuera de la casa para ser elegible para seguro médico, a menos que exista una buena causa. Un ejemplo de una “buena causa” es el miedo a sufrir daño físico o emocional para usted o un miembro de la familia. La pregunta 2 se refiere a uno de los PADRES de cualquier niño menor de 21 años que realice la solicitud. La pregunta 3 se refiere al CÓNYUGE de cualquier persona que realice la solicitud.
- Si los padres no están dispuestos a proporcionar esta información, el niño que realiza la solicitud todavía puede ser elegible para Medicaid o Child Health Plus.

## SECCIÓN I Selección del plan médico

¿Qué es un plan médico? Solicitar programas a través de Access NY Health Care puede significar que obtenga su atención médica a través del plan de Atención médica administrada. Cuando se una a un plan, debe seleccionar un médico (Proveedor de atención primaria o PCP) de ese plan para que se encargue de sus necesidades habituales. Si desea mantenerse con el médico que tiene, necesita seleccionar el plan con el que trabaja su médico. Los planes médicos de Atención médica administrada se enfocan en la atención preventiva de manera que los problemas pequeños no se conviertan en grandes. Si necesita un especialista, su PCP le referirá a uno.

¿Quién debe escoger un plan médico? Las personas elegibles para Family Health Plus y Child Health Plus DEBEN escoger un plan médico para obtener su atención médica. LA MAYORÍA de las personas elegibles para Medicaid DEBEN escoger un plan médico para aprovechar al máximo sus beneficios de Medicaid. Siga leyendo para averiguar cómo obtener más información acerca de esto.



Estado de Nueva York  
Departamento de salud

### ¿Cómo se qué plan médico escoger y si me puedo afiliar?

Para Medicaid y Family Health Plus, si desea averiguar más acerca de cómo funcionan los planes de atención médica administrada, si tiene que unirse, y cómo escoger un plan, comuníquese a Medicaid CHOICE al 1-800-505-5678, o llame o visite su Department of Social Services. Pregunte por un Paquete de educación de atención médica administrada. La información acerca de los planes médicos también está en el sitio web de NYSDOH en [health.ny.gov](http://health.ny.gov). También se puede afiliarse por teléfono, al llamar al 1-800-505-5678.

**NOTA:** Si usted o un miembro de su familia son elegibles para Medicaid, y están en un condado que no necesite que las personas en Medicaid se unan a un plan médico, todavía se pueden afiliarse en el plan médico que elijan si proporciona Medicaid, a menos que marquen el cuadro en la solicitud que dice que no quieren estar afiliado o indicarnos que no desean estar afiliados al llamar o escribir a su Department of Social Services.

### Para Child Health Plus:

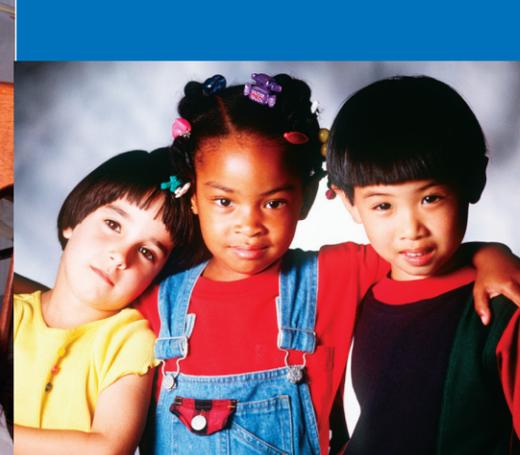
Para obtener información acerca de los planes de Child Health Plus, comuníquese al 1-800-698-4543.

### Child Health Plus Premium

No hay primas para Medicaid o Family Health Plus. Es posible que haya una prima mensual para Child Health Plus. Utilice el cuadro adjunto para determinar si necesita pagar una prima con base en su ingreso mensual. Debe incluir la prima del primer mes con la solicitud completa o su hijo no quedará afiliado.

## SECCIÓN J Firma

Lea atentamente el párrafo en esta sección y lea la sección de **Términos, derechos y responsabilidades**. Luego debe firmar y colocar la fecha en la solicitud.



# SOLICITUD de seguro médico

# access NY health care

## para niños, adultos y familias



# INSTRUCCIONES

**DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD** Toda la información que proporciona en esta solicitud permanecerá confidencial. Las únicas personas que verán esta información son los Asistentes de afiliación y las agencias locales o estatales y los planes médicos que necesiten conocer esta información con el fin de determinar si usted (el solicitante) y los miembros de su hogar son elegibles. La persona que le ayude con esta solicitud no puede discutir la información con nadie, excepto con un supervisor o las agencias locales o estatales o los planes médicos que necesiten esta información.

**PROPÓSITO DE ESTA SOLICITUD** Complete esta solicitud si desea que el seguro médico cubra los gastos médicos. Esta solicitud se puede usar para solicitar Medicaid, Family Health Plus, Child Health Plus, el Family Planning Benefit Program o para obtener asistencia para pagar sus primas de seguro médico. Puede solicitar para usted o para los miembros inmediatos de la familia que viven con usted.

SI NECESITA AYUDA PARA COMPLETAR ESTA SOLICITUD DEBIDO A UNA DISCAPACIDAD, COMUNÍQUESE AL DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES. REALIZARÁN TODOS LOS ESFUERZOS PARA PROPORCIONAR AJUSTES RAZONABLES PARA CUMPLIR CON SUS NECESIDADES.

**LEA** el manual completo de la solicitud antes de empezar a llenar la solicitud. Si aplica ÚNICAMENTE para niños o si es una mujer embarazada que realiza la solicitud sola, debe completar únicamente las **Secciones A a la G y las Secciones I y J**. Otros solicitantes deben completar todas las secciones.

Si tiene 65 años o más, ceguera certificada, discapacidad certificada o institucionalizada y solicita una cobertura de atención en un hogar de ancianos, debe **llenar también el Complemento A**. El complemento incluye preguntas acerca de sus recursos, como dinero en el banco o propiedad que posea.

Cada vez que vea las palabras **ENVIAR PRUEBA** en la solicitud consulte la sección "Documentación necesaria cuando solicite el seguro médico" para obtener un listado de los documentos de apoyo aceptables.

**CÓMO OBTENER AYUDA** Cuando solicite seguro médico público, **NO** es necesario que visite su Department of Social Services o un Asistente de afiliación para obtener una entrevista, pero **PUEDE** llegar o comunicarse con un Asistente de afiliación para obtener ayuda al llenar esta solicitud. **Puede obtener una lista de Asistentes de afiliación donde obtuvo esta solicitud o llamando al 1-800-698-4543. TODA LA AYUDA ES SIN COSTO. (La línea TTY 1-877-898-5849 para personas con deficiencia auditiva)**

## SECCIÓN A Información del solicitante

Necesitamos tener la capacidad de comunicarnos con las personas que realicen la solicitud para el seguro médico. La dirección de la casa es donde viven las personas que realizan la solicitud del seguro médico. La dirección de correo, si es diferente, es donde quiere que enviemos los avisos y tarjetas de seguro médico acerca de su caso. También nos puede indicar si desea que alguien más obtenga la información acerca de su caso o pueda discutir su caso.

## SECCIÓN B Información del hogar

Incluya información para todas las personas que viven con usted, incluso si no solicitan seguro médico. Es importante que enumere a todas las personas que viven con usted, de manera que podamos tomar una decisión correcta de elegibilidad. Incluya el nombre de soltera (nombre legal antes del casamiento) si esto aplica a la persona. También incluya la ciudad, estado y país de nacimiento. Si una persona nació fuera de Estados Unidos, solo escriba el país de nacimiento. También necesitamos, para cada persona que realiza la solicitud, el nombre completo de soltera de su madre (nombres y apellidos). Esta información se puede usar para obtener prueba de la fecha de nacimiento del solicitante bajo determinadas circunstancias.

- **¿Está embarazada esta persona?** Si es así, ¿cuándo es la fecha prevista de parto? Esta información nos ayuda a determinar el número de personas en su familia. Una mujer embarazada cuenta como dos personas.
- **Parentesco con la persona en la Línea 1.** Explique cuál es el parentesco de cada persona con la persona enumerada en la Línea 1 (por ejemplo, cónyuge, hijo, hijastro, hermano, hermana, sobrina, sobrino, etc.)
- **Cobertura médica pública.** Si usted o alguien con quien vive

usted ya está afiliado o se afilió anteriormente a Medicaid, Family Health Plus, Child Health Plus, el Family Planning Benefit Program, o a cualquier otra forma de asistencia pública como Food Stamps, es necesario que lo sepamos. También, indíquenos el número de identificación en la New York State Benefit Identification Card o en la tarjeta de identificación de plan para Child Health Plus.

- **Número de Social Security.** Debe proporcionarse un Número de Social Security para todas las personas que realizan la solicitud, si la persona tiene uno. Si la persona no tiene un Número de Social Security, deje este cuadro en blanco.
- **Estado migratorio y ciudadanía.** Esta información es necesaria únicamente para aquellas personas que solicitan el seguro médico. Las mujeres embarazadas no tienen que completar esta pregunta. Para ser elegible para seguro médico, las otras personas que tengan al menos 19 años deben ser ciudadanos estadounidenses o estar en una categoría migratoria elegible. Necesitamos ver la documentación original de la identidad y ciudadanía de EE.UU. o copias certificadas de estos documentos. Comuníquese con su Department of Social Services o llame al 1-800-698-4543 para averiguar adonde puede llevar estos documentos. Observe que si usted está en Medicare, o recibe Social Security Disability pero no es elegible todavía para Medicare, no es necesario documentar la ciudadanía o identidad. Vigente a partir del 1 de julio de 2010, los niños ciudadanos que proporcionen sus números de Social Security no necesitan proporcionar documentación de identidad o ciudadanía si son elegibles para Child Health Plus. Los niños residentes del estado de Nueva York y que no tengan otro seguro médico son elegibles, independientemente de sus estados migratorios.

## INFORMACIÓN DE CARGO PÚBLICO

Los United States Citizenship and Immigration Services (USCIS) han establecido que la afiliación a Medicaid, Family Health Plus, Child Health Plus o al Family Planning Benefit Program **NO PUEDE** afectar la capacidad de una persona para obtener una tarjeta de residencia, convertirse en un ciudadano, patrocinar a un miembro de la familia o viajar dentro o fuera del país. Esto es falso si Medicaid paga por una atención a largo plazo en un lugar como un hogar de ancianos u hospital psiquiátrico.

**El Estado no transmitirá ninguna información en esta solicitud a USCIS.**

- **Raza o grupo étnico.** Esta información es opcional y nos ayudará a asegurarnos de que todas las personas tengan acceso a los programas. Si llena esta información, utilice el código que se muestra en la solicitud que describa mejor la raza o antecedentes étnicos de cada persona. Puede escoger más de uno.

## SECCIÓN C Ingresos del hogar (dinero recibido)

- En esta sección, enumere todos los tipos de ingreso (dinero recibido) y las cantidades recibidas por parte de las personas que enumeró en la Sección B.
- Indíquenos cuánto gana antes de que se le descuenten los impuestos.
- Si no llega dinero a su casa, explique cómo paga sus gastos de subsistencia, como alimentación y vivienda.
- Necesitamos saber si ha cambiado de trabajo o si es un estudiante.
- También necesitamos saber si le paga a otra persona o lugar, como un centro de atención de día, para cuidar a sus hijos o padres o cónyuge discapacitado mientras trabaja o asiste a la escuela. Si es así, necesitamos saber cuánto paga. Es posible que podamos deducir algo de la cantidad que paga por estos costos de la cantidad que contamos como su ingreso.

## SECCIÓN D Seguro médico

Es importante que nos indique si alguien que realiza la solicitud está cubierto o podría estar cubierto por el seguro médico de alguien más. Esta información puede afectar la elegibilidad para cobertura de ellos; para algunos solicitantes, podemos deducir la cantidad que paga por su seguro médico de la cantidad que contamos como su ingreso; o podemos tener la capacidad de pagar el costo de su prima de seguro médico si determinamos que es rentable.

Algunos niños que tenían seguro médico provisto por el empleador dentro de los últimos seis meses pueden estar sujetos a un período de espera antes de que se puedan afiliar a Child Health Plus. Esto dependerá de su ingreso del hogar y la razón por la que sus hijos perdieron la cobertura provista por el empleador. **NOTA:** Los State Health Benefits Plans proporcionan cobertura



de seguro médico a través del New York State Health Insurance Program (NYSHIP, por su sigla en inglés). La cobertura se ofrece a los empleados o jubilados del gobierno de NYS, la Legislatura estatal y el Sistema Judicial Unificado. Algunas agencias gubernamentales locales y distritos escolares también eligen participar en NYSHIP. Si no está seguro, verifique con su empleador. Si su hijo tiene acceso a los State Health Insurance Benefits a través de NYSHIP, no será elegible para la cobertura de Child Health Plus.

Es posible que podamos ayudarle a pagar las primas de seguro médico si tiene o puede obtener seguro a través de su trabajo. Necesitaremos obtener más información acerca del seguro y le enviaremos un correo con un cuestionario de seguro.

## SECCIÓN E Gastos de vivienda

Escriba su costo mensual de vivienda. Esto incluye su alquiler, pago de hipoteca mensual u otro pago de vivienda. Si tiene un pago por hipoteca, incluya los impuestos de propiedad en la cantidad que nos indique. Si comparte sus gastos de vivienda o su alquiler es subsidiado, únicamente indíquenos cuando paga USTED de alquiler o hipoteca. Si paga por sus servicios de agua, indíquenos cuánto paga y con qué frecuencia.

## SECCIÓN F Ciego, discapacitado, con una enfermedad crónica o con atención en 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 facturas médicas altas puede obtener más servicios médicos. Es posible que tenga una discapacidad si sus actividades diarias están limitadas debido a una enfermedad o condición que haya durado o se espera que dure por lo menos 12 meses. Si está ciego, discapacitado, enfermo de gravedad o necesita atención en un hogar de ancianos, necesitará llenar el Complemento A. Si ni usted ni ninguno de los que realizan la solicitud está ciego, enfermo de gravedad o en un hogar de ancianos, vaya a la Sección G.

## SECCIÓN G Preguntas médicas adicionales

Si ha pagado o dejado de pagar facturas médicas de los últimos tres meses, Medicaid puede tener la capacidad de pagar por esos costos. Déjenos saber de quién son estas facturas y de qué meses. Incluya copias de las facturas médicas con esta solicitud. Nota: Este período de tres meses empieza cuando el Department of Social Services reciba su solicitud o cuando se reúna con un Asistente de afiliación. Será necesario que nos indique cuál fue su ingreso para cualquiera de los últimos meses en los cuales tuvo estas facturas médicas de manera que podamos ver si era elegible durante ese tiempo. También le preguntamos dónde vivió en los últimos tres meses, ya que esto puede afectar nuestra capacidad de pagar por las últimas facturas. Preguntamos acerca de cualquier demanda o asuntos médicos pendientes ocasionados por alguien más, de manera que podamos saber si alguien más debería pagar una parte de sus costos por atención médica.

**MÁS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO** ▶