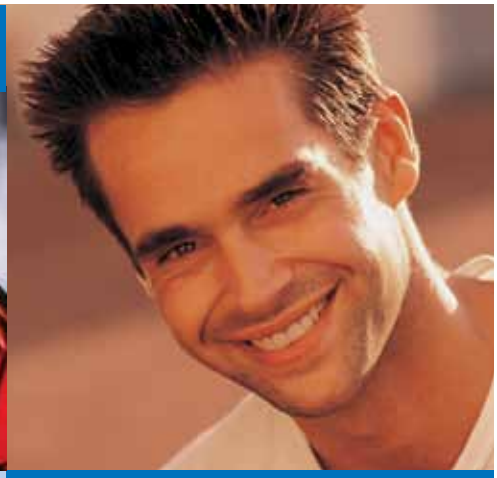

SOLICITUD de seguro médico

access NY health care

para niños, adultos y familias

Medicaid

Child Health Plus

family health plus

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 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 hipotecaa, 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.

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.

¿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 www.**health.ny.gov.** También se puede afiliar 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 afiliar 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.

Medicaid

Child Health Plus

family health plus

Estado de Nueva York
Departamento de salud

DOCUMENTOS NECESARIOS CUANDO SOLICITE UN SEGURO MÉDICO

Nombre del solicitante _____ **Fecha de la solicitud** _____

*** Su afiliación no se puede completar hasta que se hayan recibido todos los elementos NECESARIOS. *Si necesita ayuda para obtener alguno de estos elementos, déjenos saber.* NO NECESITA MOSTRARNOS TODOS ESTOS DOCUMENTOS. Únicamente necesitamos documentos que apliquen a usted o a otros que estén realizando la solicitud. Es necesario que veamos el original o las copias certificadas de los documentos de su identidad y ciudadanía de EE.UU. Comuníquese a su departamento local de servicios sociales o llame al 1-800-698-4543 para averiguar adonde puede llevar los documentos de identidad y documentos de ciudadanía. Muchos departamentos locales de servicios locales y los planes médicos Child Health Plus no aceptan documentos originales por correo, así que verifique con ellos si desea enviar por correo estos documentos. Las copias de otros documentos se pueden enviar por correo con su solicitud.**

Es necesario que proporcione prueba de identidad, ciudadanía de EE.UU. o estado migratorio y fecha de nacimiento.

Vigente a partir del 7/1/10, los niños ciudadanos que proporcionen un número de Social Security no necesitan proporcionar documentación de identidad o ciudadanía si son elegibles para Child Health Plus. Puede proporcionar UNO de los siguientes documentos para demostrar tanto la ciudadanía de EE.UU., identidad y su fecha de nacimiento:

- ☐ Tarjeta o pasaporte de EE.UU. **O**
- ☐ Certificado de nacionalidad (Formularios DHS N-550 o N-570) **O**
- ☐ Certificado de ciudadanía de EE.UU. (Formularios DHS N-560 o N-561) **O**
- ☐ Licencia de conducir mejorada de NYS (EDL).

Cuando no esté disponible uno de los documentos anteriores, se puede utilizar UN documento de CADA una de las listas para demostrar su ciudadanía o identidad.
Esta no es una lista que lo incluya todo. Si no tiene uno de estos documentos, consulte la sección "Cómo obtener ayuda" de las instrucciones.

Los documentos con un * junto a estos también muestran la fecha de nacimiento

Ciudadanía de EE.UU.

- ☐ Certificado de nacimiento de EE.UU.*
- ☐ Certificación de nacimiento emitida por el Departamento de Estado (Formularios FS-545 o DS-1350)*
- ☐ Informe de nacimiento en el extranjero (FS-240)
- ☐ Tarjeta de ID nacional de EE.UU. (Formulario I-197 o I-179)
- ☐ Documento tribal de nativo americano*
- ☐ Expedientes escolares o religiosos*
- ☐ Expedientes militares de servicios que muestren su lugar de nacimiento en EE.UU.
- ☐ Decreto final de adopción
- ☐ Evidencia de calificación para la ciudadanía de EE.UU. bajo la Ley de Ciudadanía Infantil de 2000

Identidad

- ☐ Licencia de conducir del estado o tarjeta de ID con foto*
- ☐ Tarjeta de ID emitida por una agencia gubernamental federal, estatal o local
- ☐ Tarjeta militar de EE.UU. o expediente de reclutamiento o Tarjeta de marino mercantil de la Guardia Costera de EE.UU.
- ☐ Tarjeta de ID escolar con una foto (puede que también muestre la fecha de nacimiento)
- ☐ Certificado de grado de ancestro indígena por sangre u otro documento tribal de nativo de Alaska o nativo americano con foto
- ☐ Expedientes verificados escolares, de guardería o de cuidado infantil (para niños menores de 16 años) (puede que también muestren la fecha de nacimiento)
- ☐ Expedientes clínicos, médicos o de hospital (para niños menores de 16 años)*

Si no utiliza uno de los documento que muestren la fecha de nacimiento, debe enviar también uno de los siguientes:

- ☐ Certificado de matrimonio
- ☐ NYS Benefit Identification Card

***Devuelva todos los artículos necesarios por:** _____ **o puede que la solicitud sea denegada.**

DOCUMENTOS NECESARIOS CUANDO SOLICITE EL SEGURO MÉDICO

La siguiente lista incluye algunos de los formularios más comunes de United States Citizenship and Immigration Services (USCIS) utilizados para mostrar su estado migratorio.
Esta lista no lo incluye todo. Si no tiene uno de estos documentos, consulte la sección "Cómo obtener ayuda" de las instrucciones.

Necesitamos ver **UNO** de los siguientes documentos para probar su estado migratorio, identidad y su fecha de nacimiento:
Los documentos con * junto a estos también muestran la fecha de nacimiento

Identidad o estado migratorio

- ☐ I-551 Tarjeta de Residencia ("Green Card")*
- ☐ I-688B o I-766 Tarjeta de Autorización de Empleo*

Estado migratorio, pero necesita un documento de identidad adicional

- ☐ I-94 Expedientes de ingreso o salida*
- ☐ Formulario USCIS I-797 Notificación de acción
- ☐ Evidencia de la Residencia continua de EE.UU. previo al 1 de enero de 1972

Dirección particular: Esta dirección debe concordar con la dirección que anota en la Sección A de la solicitud. La fecha de la prueba debe estar entre los 6 meses a partir del momento en que firmó la solicitud.

- ☐ Recibo de alquiler, letra de cambio o arrendamiento con la dirección de casa del propietario
- ☐ Factura de servicios públicos (gas, electricidad, teléfono, cable, combustible o agua)
- ☐ Estado de cuenta de la hipoteca o expedientes por impuestos sobre bienes inmuebles
- ☐ Licencia de conducir (si se emitió en los últimos 6 meses)
- ☐ Tarjeta de ID del gobierno con la dirección
- ☐ Sobre con porte pagado o tarjeta postal (no se puede usar si se envió a un Código postal)

PRUEBA DE INGRESO ACTUAL O INGRESO QUE PODRÍA TENER EN EL FUTURO COMO BENEFICIOS POR DESEMPLEO O UNA DEMANDA: Debe proporcionar una carta, declaración escrita o copia del cheque o talones, del empleador, persona o agencia que proporciona el ingreso. NO NECESITA MOSTRARNOS TODOS ESTOS DOCUMENTOS, únicamente lo que aplican para usted y las personas que viven con usted. Se necesita una prueba para cada tipo de ingreso que tenga. Proporcione la prueba de ingreso más reciente antes de impuestos y de cualquier otra deducción. La prueba debe tener fecha, incluir el nombre del empleado y mostrar el ingreso bruto para el período de pago. La prueba debe ser para las últimas cuatro semanas, ya sea que se reciba el pago semanal, quincenal o mensualmente. Es importante que estos datos sean actuales.

Sueldos y salarios

- ☐ Talones de cheque
- ☐ Carta del empleador en una hoja con membrete de la compañía, firmada y fechada
- ☐ Declaración de impuestos sobre la renta actual firmado y con fecha y todas las programaciones**
- ☐ Expedientes comerciales o nóminas

Trabajador por cuenta propia

- ☐ Declaración de impuestos sobre la renta actual firmado y con fecha y todas las programaciones**
- ☐ Expedientes de ingresos y expedientes de gastos o comerciales

Beneficios para desempleados

- ☐ Carta o certificado de adjudicación
- ☐ Estado de cuenta de beneficios mensuales del NYS Department of Labor
- ☐ Impresión de la información de cuenta del destinatario del sitio web del NYS Department of Labor (www.labor.state.ny.us)
- ☐ Copia de la Direct Payment Card con impresión
- ☐ Correspondencia del NYS Department of Labor

Pensiones privadas o renta vitalicia

- ☐ Declaración de pensión o renta vitalicia

Social Security

- ☐ Carta o certificado de adjudicación
- ☐ Declaración de beneficios anuales
- ☐ Correspondencia de la Social Security Administration

Workers' Compensation

- ☐ Carta de adjudicación
- ☐ Talón de cheque

Pensión alimenticia o manutención

- ☐ Carta de la persona que proporciona la manutención
- ☐ Carta del tribunal
- ☐ Talón del cheque por pensión alimenticia o manutención
- ☐ Copia de NY Epicard sin impresión
- ☐ Copia de la información de la cuenta de manutención de **www.newyorkchildsupport.com**
- ☐ Copia del estado de cuenta del banco que muestre el depósito directo

Beneficios de veteranos

- ☐ Carta de adjudicación
- ☐ Talón de cheque de beneficios
- ☐ Correspondencia de Veterans Affairs

Pago para militares

- ☐ Carta de adjudicación
- ☐ Talón de cheque

Ingresos de Alquiler por habitación o alojamiento

- ☐ Carta del inquilino, huésped, arrendatario
- ☐ Talón de cheque

Intereses, dividendos o regalías

- ☐ Estado de cuenta reciente del banco, cooperativa o institución financiera
- ☐ Carta del corredor
- ☐ Carta del agente
- ☐ 1099 o declaración de renta (si no se encuentra otra documentación disponible)

***Se pueden usar las declaraciones de impuestos sobre la renta para personas que no sean trabajadores por cuenta propia para las solicitudes previas al 1 de abril del siguiente año.*

DOCUMENTOS NECESARIOS CUANDO SOLICITE EL SEGURO MÉDICO

Si paga para recibir atención para sus hijos o padres mientras trabaja, proporcione uno de los siguientes:

- ☐ Declaración escrita del centro de atención de día u otro encargado del cuidado de niños o adultos
- ☐ Recibos o cheques cancelados que demuestren sus pagos

Prueba de seguro médico, proporcione todo lo que aplique:

- ☐ Prueba de seguro actual (póliza de seguro, certificado de seguro o tarjeta de seguro)
- ☐ Carta de finalización del seguro médico
- ☐ Tarjeta de Medicare (tarjeta roja, blanca y azul)

Solo mujeres embarazadas: prueba de embarazo, proporcione uno de los siguientes:

- ☐ Presumptive Eligibility Screening Worksheet para mujeres embarazadas completada por un proveedor que nos indique la fecha probable de parto
- ☐ Declaración del profesional médico (como un médico o enfermera profesional con práctica médica) con la fecha probable de parto
- ☐ WIC Medical Referral Form que nos indique la fecha probable de parto

Si tiene facturas médicas de los últimos tres meses, proporcione todo lo siguiente:

Para la determinación de la elegibilidad para gastos médicos de los últimos tres meses:

- ☐ Prueba de ingresos para los meses en los cuales se incurrió en el gasto
- ☐ Prueba de dirección de residencia o casa para los meses en los que se incurrió en el gasto
- ☐ Facturas médicas para los últimos tres meses, ya sea que los haya pagado o no

Recursos (únicamente si tiene más de 65 años o está discapacitado y no tiene hijos menores de 21 años viviendo con usted):

- ☐ Estados de cuentas bancarias: cuenta corriente, ahorros, retiro (IRA y Keogh)
- ☐ Estados de cuenta de acciones, bonos, certificados
- ☐ Copia de la póliza de Seguro de vida
- ☐ Copia de fideicomisos funerarias o acta de planes para el fondo de servicios funerarios o contrato funerario
- ☐ Acta para los bienes inmuebles que no sean residencia

Prueba de estado de estudiante para estudiantes universitarios si trabajan:

- ☐ Copia del horario
- ☐ Declaración de la facultad o universidad
- ☐ Otra correspondencia de la facultad que demuestre el estado del estudiante

ACCESS NY HEALTH CARE Medicaid/Family Health Plus/Child Health Plus

LEA la solicitud completa y las INSTRUCCIONES antes de llenarla. Escriba claramente en tinta azul o negra. Una solicitud incompleta no se puede procesar y puede tener como resultado un retraso de una decisión en su solicitud.

Sección A Información del solicitante

Díganos quién es usted y cómo nos podemos comunicar con usted.

Nombre legal | **Inicial del segundo nombre** | **Apellido legal**

N.° de teléfono principal ☐ Casa ☐ Celular ☐ Trabajo ☐ Otro

Otro número de teléfono ☐ Casa ☐ Celular ☐ Trabajo ☐ Otro

¿Qué idioma habla usted? _____ **lee usted?** _____

DIRECCIÓN DE LA CASA ENVIAR PRUEBA
de las personas que realizan la solicitud del seguro médico
☐ Marque aquí si no tiene casa

Calle | **N.° de apto.:**
Ciudad | **Estado** | **Código postal** | **Condado**

DIRECCIÓN DE CORREO
de las personas que realizan la solicitud del seguro médico si es diferente a la anterior.

Calle | **N.° de apto.:**
Ciudad | **Estado** | **Código postal**

OPCIONAL: Si quisiera que otra persona reciba sus notificaciones de Medicaid, proporcione la información de contacto de esta persona. Quiero que esta persona de contacto:

Marque todas las que apliquen
☐ solicite o renueve Medicaid por mí
☐ discuta mi solicitud o caso de Medicaid, si es
☐ obtenga notificaciones y correspondencia

Nombre | **Estado**
Calle | **N.° de apto.:** | **Código postal**
Ciudad | **N.° de teléfono**
☐ Casa ☐ Celular ☐ Trabajo ☐ Otro

Sección B Información de grupo del hogar

Si vive en un hogar, empiece con usted. Si no es así, empiece con cualquier adulto que viva en su hogar. Enumere los nombres legales completos de las personas que realizan la solicitud o ya reciben Medicaid, Family Health Plus o Child Health Plus **y enumere el Número de ID de sus Tarjetas de beneficios o tarjeta de ID del plan médico. Debe** proporcionar información para los miembros del hogar incluso: padres, padrastros y cónyuges. Debe proporcionar información para otros miembros del hogar (por ejemplo, un hijo dependiente menor de 21 años). **El enumerar otros miembros del hogar nos permite darle un nivel más alto de elegibilidad. Las mujeres embarazadas y los hijos menores de 19 años pueden ser elegibles para seguros médicos independientemente del estado migratorio.**

	Primer nombre, segundo nombre, apellido legal	Fecha de nacimiento ENVIAR PRUEBA	¿Esta es la persona que solicita el seguro médico?	¿Está esta persona embarazada? ENVIAR PRUEBA	¿Es esta persona el padre o la madre de un niño que realiza la solicitud?	¿Cuál es el parentesco con la persona en el Cuadro 1?	Si esta persona tiene o tuvo cobertura médica pública en el pasado, marque el cuadro que aplica.	Número de Social Security (si tiene uno)	Marque el cuadro que indique su estado de ciudadanía o migratorio actual. No es necesario para mujeres embarazadas ENVIAR PRUEBA	*Raza o grupo étnico
01	Nombre completo de soltera (nombre de nacimiento de esta persona antes de casarse) Ciudad de nacimiento Estado de nacimiento País de nacimiento El nombre completo de soltera de la madre de esta persona	/ / ☐ Hombre ☐ Mujer	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No ¿Cuál es la fecha prevista de parto? / /	☐ Sí ☐ No	SÍ MISMO	☐ Child Health Plus ☐ Medicaid ☐ Family Health Plus Número de ID de la Tarjeta de beneficios o Tarjeta del plan, si lo conoce:		☐ Ciudadano de EE.UU. ☐ Inmigrante o no es ciudadano Ingrese la fecha en que recibió su estado migratorio _____/_____/_____ Mes Día Año ☐ No es inmigrante (titular de Visa) ☐ Ninguna de las anteriores	
02	Nombre completo de soltera (nombre de nacimiento de esta persona antes de casarse) Ciudad de nacimiento Estado de nacimiento País de nacimiento El nombre completo de soltera de la madre de esta persona	/ / ☐ Hombre ☐ Mujer	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No ¿Cuál es la fecha prevista de parto? / /	☐ Sí ☐ No		☐ Child Health Plus ☐ Medicaid ☐ Family Health Plus Número de ID de la Tarjeta de beneficios o Tarjeta del plan, si lo conoce:		☐ Ciudadano de EE.UU. ☐ Inmigrante o no es ciudadano Ingrese la fecha en que recibió su estado migratorio _____/_____/_____ Mes Día Año ☐ No es inmigrante (titular de Visa) ☐ Ninguna de las anteriores	

Vigente a partir del 7/1/10, los niños ciudadanos que proporcionen un número de Social Security no necesitan proporcionar documentación de identidad o ciudadanía si son elegibles para Child Health Plus.

ENVIAR PRUEBA **Consulte los "Documentos necesarios cuando solicite el seguro médico" en las instrucciones en las páginas 1 a 3, "Lista de verificación de documentación para el seguro médico" para obtener una lista de los documentos que prueban el estado de identidad, ciudadanía o migratorio.**

***Códigos de grupo étnico o raza (opcional):** A: asiático, B: negro o afroamericano, I: nativo americano o nativo de Alaska, P: nativo de Hawaii u otra isla del pacífico, W: blanco, U: desconocido. Indíquenos si es hispano o latino: H

NYS DOH (continúa en la página 2)

Sección B Información del hogar (continuación de la página anterior)

	Primer nombre, segundo nombre, apellido legal	Fecha de nacimiento ENVIAR PRUEBA	¿Esta es la persona que solicita el seguro médico?	¿Está esta persona embarazada? ENVIAR PRUEBA	¿Es esta persona el padre o la madre de un niño que realiza la solicitud?	¿Cuál es el parentesco con la persona en el Cuadro 1?	Si esta persona tiene o tuvo cobertura médica pública en el pasado, marque el cuadro que aplica.	Número de Social Security (si tiene uno)	Marque el cuadro que indique su estado de ciudadanía o migratorio actual. No es necesario para mujeres embarazadas ENVIAR PRUEBA	*Raza o grupo étnico
03	Nombre completo de soltera (nombre de nacimiento de esta persona antes de casarse) Ciudad de nacimiento Estado de nacimiento País de nacimiento El nombre completo de soltera de la madre de esta persona	/ / ☐ Hombre ☐ Mujer	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No ¿Cuál es la fecha prevista de parto? / /	☐ Sí ☐ No		☐ Child Health Plus ☐ Medicaid ☐ Family Health Plus Número de ID de la Tarjeta de beneficios o Tarjeta del plan, si lo conoce:		☐ Ciudadano de EE.UU. ☐ Inmigrante o no es ciudadano Ingrese la fecha en que recibió su estado migratorio _____/_____/_____ Mes Día Año ☐ No es inmigrante (titular de Visa) ☐ Ninguna de las anteriores	
04	Nombre completo de soltera (nombre de nacimiento de esta persona antes de casarse) Ciudad de nacimiento Estado de nacimiento País de nacimiento El nombre completo de soltera de la madre de esta persona	/ / ☐ Hombre ☐ Mujer	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No ¿Cuál es la fecha prevista de parto? / /	☐ Sí ☐ No		☐ Child Health Plus ☐ Medicaid ☐ Family Health Plus Número de ID de la Tarjeta de beneficios o Tarjeta del plan, si lo conoce:		☐ Ciudadano de EE.UU. ☐ Inmigrante o no es ciudadano Ingrese la fecha en que recibió su estado migratorio _____/_____/_____ Mes Día Año ☐ No es inmigrante (titular de Visa) ☐ Ninguna de las anteriores	
05	Nombre completo de soltera (nombre de nacimiento de esta persona antes de casarse) Ciudad de nacimiento Estado de nacimiento País de nacimiento El nombre completo de soltera de la madre de esta persona	/ / ☐ Hombre ☐ Mujer	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No ¿Cuál es la fecha prevista de parto? / /	☐ Sí ☐ No		☐ Child Health Plus ☐ Medicaid ☐ Family Health Plus Número de ID de la Tarjeta de beneficios o Tarjeta del plan, si lo conoce:		☐ Ciudadano de EE.UU. ☐ Inmigrante o no es ciudadano Ingrese la fecha en que recibió su estado migratorio _____/_____/_____ Mes Día Año ☐ No es inmigrante (titular de Visa) ☐ Ninguna de las anteriores	
06	Nombre completo de soltera (nombre de nacimiento de esta persona antes de casarse) Ciudad de nacimiento Estado de nacimiento País de nacimiento El nombre completo de soltera de la madre de esta persona	/ / ☐ Hombre ☐ Mujer	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No ¿Cuál es la fecha prevista de parto? / /	☐ Sí ☐ No		☐ Child Health Plus ☐ Medicaid ☐ Family Health Plus Número de ID de la Tarjeta de beneficios o Tarjeta del plan, si lo conoce:		☐ Ciudadano de EE.UU. ☐ Inmigrante o no es ciudadano Ingrese la fecha en que recibió su estado migratorio _____/_____/_____ Mes Día Año ☐ No es inmigrante (titular de Visa) ☐ Ninguna de las anteriores	
07	Nombre completo de soltera (nombre de nacimiento de esta persona antes de casarse) Ciudad de nacimiento Estado de nacimiento País de nacimiento El nombre completo de soltera de la madre de esta persona	/ / ☐ Hombre ☐ Mujer	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No ¿Cuál es la fecha prevista de parto? / /	☐ Sí ☐ No		☐ Child Health Plus ☐ Medicaid ☐ Family Health Plus Número de ID de la Tarjeta de beneficios o Tarjeta del plan, si lo conoce:		☐ Ciudadano de EE.UU. ☐ Inmigrante o no es ciudadano Ingrese la fecha en que recibió su estado migratorio _____/_____/_____ Mes Día Año ☐ No es inmigrante (titular de Visa) ☐ Ninguna de las anteriores	

¿Alguien en su hogar es veterano? ☐ Sí ☐ No Si su respuesta es sí, indique el nombre: _____

Vigente a partir del 7/1/10, los niños ciudadanos que proporcionen un número de Social Security no necesitan proporcionar documentación de identidad o ciudadanía si son elegibles para Child Health Plus.

ENVIAR PRUEBA **Consulte los "Documentos necesarios cuando solicite un seguro médico" en las instrucciones en las páginas 1 a 3, "Lista de verificación de documentación para el seguro médico" para obtener una lista de los documentos que prueban el estado de identidad, ciudadanía o migratorio.**

***Códigos de grupo étnico o raza (opcional):** A: asiático, B: negro o afroamericano, I: nativo americano o nativo de Alaska, P: nativo de Hawaii u otra isla del pacífico, W: blanco, U: desconocido. Indíquenos si es hispano o latino: H

Sección C Ingresos del hogar

Escriba los tipos de ingreso y la cantidad que recibe por parte de las personas enumeradas en la Sección B y **ENVIAR PRUEBA**

Ganancias del trabajo: Incluye sueldos, salarios, comisiones, propinas, horas extras, trabajo por cuenta propia. Si usted es un trabajador por cuenta propia marque aquí: ☐
Marque aquí si no tiene ganancias del trabajo: ☐

Nombre de la persona	Tipo de ingreso y nombre del empleador	¿Cuánto? (antes de impuestos)	¿Con qué frecuencia? (semanal, mensual)

Ingresos no devengados: Incluye Beneficios del Social Security, pagos por discapacidad, pagos por desempleo, intereses y dividendos, beneficios de veteranos, Workers' Compensation, pagos por manutención o pensión alimenticia, ingresos por alquiler, pensión, renta vitalicia e ingresos por fideicomisos. Marque aquí si no tiene ingresos no devengados: ☐

Nombre de la persona	Tipo de ingreso o fuente	¿Cuánto? (antes de impuestos)	¿Con qué frecuencia? (semanal, mensual)

Contribuciones: Dinero de parientes o amigos, inquilinos o huéspedes (incluya dinero que recibe de cualquiera que cada mes le da para ayudarle a cumplir con los gastos de subsistencia).
Marque aquí si no tiene contribuciones: ☐

Nombre de la persona	Tipo de ingreso o fuente	¿Cuánto? (antes de impuestos)	¿Con qué frecuencia? (semanal, mensual)

Otro: Asistencia temporal (efectivo), pagos por Supplemental Security Income (SSI), becas de estudiantes o préstamos. Marque aquí si no hay ninguno: ☐

Nombre de la persona	Tipo de ingreso o fuente	¿Cuánto? (antes de impuestos)	¿Con qué frecuencia? (semanal, mensual)

1. ¿Usted o algún adulto que realiza la solicitud en la Sección B no tiene ingresos? ☐ No ☐ Sí ¿Quién? _____

2. Si no se enumeraron los ingresos anteriormente, explique cómo vive:
(Por ejemplo: vive con un amigo o familiar)

3. ¿Ha cambiado de trabajo usted o alguien que realiza la solicitud o han dejado de trabajar en los últimos 3 meses? ☐ No ☐ Sí
Si su respuesta es sí: Su último trabajo fue: Fecha _____/_____/_____ Nombre del empleador:

4. ¿Es usted o alguna de las personas que realiza la solicitud un estudiante en un programa vocacional, de graduando o de graduado? ☐ No ☐ Sí
Si su respuesta es sí: ☐ Tiempo completo ☐ Medio tiempo ☐ Graduando ☐ Graduado Nombre del estudiante:

5. ¿Tiene que pagar por cuidado de niños (o por cuidado de un adulto discapacitado) para poder trabajar o ir a la escuela? ☐ No ☐ Sí

Nombre del niño o la niña:	¿Cuánto? $	¿Con qué frecuencia? (semanal, quincenal, mensual)
Nombre del niño o la niña:	¿Cuánto? $	¿Con qué frecuencia? (semanal, quincenal, mensual)
Nombre del niño o la niña:	¿Cuánto? $	¿Con qué frecuencia? (semanal, quincenal, mensual)

6. Si no es elegible para la cobertura de Medicaid o Family Health Plus, todavía puede ser elegible para el Family Planning Benefit Program. ¿Está interesado en recibir cobertura solo para los Family Planning Services? ☐ No ☐ Sí

Sección D Seguro médico

Es posible que usted y su familia todavía sean elegibles incluso si tienen otro seguro médico.

1. ¿Alguna de las personas que realiza la solicitud tiene Medicare? ☐ No ☐ Sí **Si su respuesta es sí, incluya una copia de su tarjeta (tarjeta roja, blanca y azul), para cada beneficiario de Medicare.** **ENVIAR PRUEBA** **Complete el resto de esta solicitud y complete el Complemento A.**

2. ¿Alguna persona de las que realiza la solicitud tiene otro seguro médico comercial, incluyendo el seguro de atención a largo plazo? ☐ No ☐ Sí

Si su respuesta es sí, debe enviar una copia del anverso y reverso de la tarjeta de seguro con esta solicitud. **ENVIAR PRUEBA**

Nombre del asegurado (primario) _____ Personas cubiertas_____ Costo de la póliza _____

Fecha final de la cobertura, si termina pronto _____/_____/_____ (Mes / Día / Año)

Nota: Si solicita solo el Medicare Savings Program (MSP), vaya a la Sección G. NO necesita completar el Complemento A.

3. ¿Es el padre o padrastro de algún niño que realiza la solicitud un empleado público que pueda obtener cobertura familiar a través de un plan estatal de beneficios médicos? (consulte las instrucciones) ☐ No ☐ Sí
Si su respuesta es sí, ¿paga la agencia pública donde trabaja esa persona todo o parte del costo del plan médico? ☐ No ☐ Sí

4. En los últimos 6 meses, ¿ha perdido o cancelado alguien algún tipo de seguro médico que se proporcionara a través de un empleado? ☐ No ☐ Sí (Si su respuesta es no, pase a la pregunta 5)
Si su respuesta es sí, ¿en qué fecha perdió la cobertura? _____/_____/_____ (Mes / Día / Año)

Su respuesta a esta pregunta nos ayudará a comprender la razón por la cual las personas cambian sus seguros médicos.

¿Por qué las personas ya no tienen seguro médico? (Marque solo una)

- ☐ 1. La persona que tenía el seguro ya no trabaja para el empleador que proporcionaba el seguro.
- ☐ 2. El empleador dejó de ofrecer el seguro médico.
- ☐ 3. El empleador dejó de ofrecer el seguro médico para los niños o dejó de pagar el seguro médico para los niños pero continúa con la cobertura del padre que trabaja.
- ☐ 4. El costo del seguro médico subió y ya no es asequible.
- ☐ 5. Child Health Plus o Family Health Plus cuesta menos que el seguro que la persona solía tener.
- ☐ 6. Child Health Plus o Family Health Plus ofrece mejores beneficios que el seguro que la persona solía tener.

5. ¿Ofrece su trabajo actual un seguro médico? **Es posible que podamos ayudarle a pagarlo.** ☐ No ☐ Sí
Si su respuesta es sí, se le enviará un formulario de "Solicitud de información para el seguro médico patrocinado por el empleador".

Sección E Gastos de vivienda

1. El pago mensual de vivienda **tal como el alquiler o la hipoteca, incluso los impuestos por propiedad** (solamente su parte compartida). $_____

2. Si paga los servicios de agua de forma separada, ¿cuánto paga? $_____ **ENVIAR PRUEBA** Con qué frecuencia paga? ☐ cada mes ☐ 2 veces al año ☐ trimestralmente (4 veces al año) ☐ una vez al año

3. ¿Recibe vivienda **sin costo** como parte de su pago? ☐ No ☐ Sí

Sección F Ciego, discapacitado, con una enfermedad crónica o con atención en un hogar de ancianos

Estas preguntas nos ayudan a determinar cuál es el mejor programa para los solicitantes.

Si ninguno de los que realiza la solicitud está ciego, discapacitado, con una enfermedad crónica o en un hogar de ancianos **ALTO** **vaya a la Sección G.**

1. ¿Está usted, o alguien que vive con usted y que realiza una solicitud, en un centro de tratamiento residencial o recibiendo **atención en un hogar de ancianos** en un hospital, centro de cuidados u otra institución médica? ☐ No ☐ Sí
Si su respuesta es sí, termine de completar esta solicitud **Y** complete el Complemento A.

2. ¿Está usted o alguien que vive con usted ciego, discapacitado o sufre de una enfermedad crónica? ☐ No ☐ Sí Si su respuesta es sí, termine de completar esta solicitud **Y** complete el Complemento A.
Nota: Si solicita solo el Medicare Savings Program (MSP), vaya a la Sección G. No necesita completar el Complemento A.

Sección G Preguntas médicas adicionales

1. ¿Las personas que realizan una solicitud tienen facturas médicas o por medicamentos con receta médica pagadas o sin pagar para este mes o los tres meses anteriores a este? Existe la posibilidad de que Medicaid pague estas facturas o se las reembolse.

☐ No ☐ Sí Si su respuesta es sí: Nombre: _____ ¿De qué meses de los tres meses anteriores tiene facturas médicas? _____

ENVIAR PRUEBA **de los ingresos para cualquier mes del período de tres meses para los cuales tiene facturas. Si pagó las facturas médicas para las cuales busca reembolso, debe enviar las copias y el comprobante de pago.**

2. ¿Tiene usted o cualquier persona que realiza una solicitud alguna factura médica o por medicamentos con receta médica sin pagar anterior a los tres meses previos? ☐ No ☐ Sí

3. ¿Se ha mudado usted o alguna persona que viva con usted y realiza la solicitud a este condado desde otro estado o condado del estado de Nueva York en los últimos tres meses? ☐ No ☐ Sí

Si su respuesta es sí, ¿quién? _____ ¿Cuál estado? _____ ¿Cuál condado? _____

4. ¿Tiene alguna persona que realiza la solicitud alguna demanda pendiente debido a una lesión? ☐ No ☐ Sí Si su respuesta es sí, quién: _____

5. ¿Tiene alguna persona que realiza la solicitud un caso de Workers' Compensation o una lesión, enfermedad o discapacidad ocasionada por alguien más (que podría ser cubierta por el seguro)? ☐ No ☐ Sí

Si su respuesta es sí, ¿quién? _____

Sección H El padre o cónyuge que no vive en la casa o falleció

Las familias que realizan solicitudes para sus hijos y mujeres embarazadas **NO** necesitan llenar esta sección. 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. Los niños aún pueden ser elegibles incluso si el padre o la madre no están dispuestos a proporcionar esta información. Si teme sufrir daño físico o emocional como resultado por proporcionar información sobre el padre, la madre o el cónyuge que no vive en la casa, se le puede excusar de proporcionar esta información. Esto se denomina **Buena causa.** Es posible que se le solicite que muestre que tiene una buena razón para sus miedos.

1. ¿Ya falleció el cónyuge o padre de alguien que realiza la solicitud? ☐ No ☐ Sí

Si su respuesta es sí, nombre del solicitante con el padre o cónyuge fallecido : _____ (Si el cónyuge o padre falleció vaya a la pregunta 3).

2. ¿Vive fuera de casa el padre o la madre de alguno de los niños que realizan la solicitud? (Si no es así, pase a la pregunta 3) ☐ No ☐ Sí

Si teme sufrir un daño físico o emocional al proporcionar información acerca del padre o la madre que no vive en la casa, marque esta casilla ☐

Nombre del niño o la niña:	**Nombre del padre o la madre que vive fuera de la casa**	**Dirección actual o última conocida:**
	_____ Fecha de nacimiento (si se conoce): _____/_____/_____	Calle: _____ Ciudad o estado: _____ Número de Social Security (si lo sabe) _____
Nombre del niño o la niña:	**Nombre del padre o la madre que vive fuera de la casa**	**Dirección actual o última conocida:**
	_____ Fecha de nacimiento (si se conoce): _____/_____/_____	Calle: _____ Ciudad o estado: _____ Número de Social Security (si lo sabe) _____

3. ¿Alguno de los que realizan la solicitud continúa casado con alguna persona que vive fuera de la casa? ☐ No ☐ Sí

Si su respuesta es sí, proporcione el nombre de la persona que realiza la solicitud y continúa casada: _____

Si teme sufrir un daño físico o emocional al proporcionar información acerca de un cónyuge que no vive en la casa, marque esta casilla ☐

Nombre legal del cónyuge que vive fuera de la casa:	**Fecha de nacimiento (si se conoce):**	**Dirección actual o última conocida:**
	_____/_____/_____	Calle: _____ Ciudad o estado: _____ Número de Social Security (si lo sabe) _____

Sección I Selección del plan médico

Si recibe Medicare, ALTO omita esta sección.

IMPORTANTE: Las personas con Family Health Plus y Child Health Plus **deben** escoger un plan médico para obtener sus servicios de salud. La mayoría de personas con Medicaid **deben** escoger un plan médico; si no escoge un plan médico automáticamente quedará afiliado a uno a menos que se determine que está exento. **Para Medicaid y Family Health Plus:** Si necesita información acerca de qué planes están disponibles en su condado, en qué planes está su médico y si tiene que unirse, comuníquese a **New York Medicaid CHOICE** al 1-800-505-5678. También puede llamar o visitar su Department of Social Services. Para obtener información acerca de los planes de Child Health Plus, comuníquese al 1-800-698-4543. Si ya sabe cuál plan desea, utilice esta sección para la elección de su plan.

NOTA: Si usted o los miembros de su familia son elegibles para Medicaid, se les afiliará al plan médico que escojan si lo proporciona Medicaid. Si vive en un condado que no necesite que las personas que están en Medicaid se unan a un plan médico, puede decirnos que no quiere estar en un plan médico al llamar o escribir a su Department of Social Services o al marcar esta casilla ☐

Apellido legal	Nombre legal	Fecha de nacimiento	Número de Social Security	Nombre del Plan médico al que se está afiliando	Médico preferido o Centro de salud (opcional) Marque la casilla si es su proveedor actual	OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA (opcional)
					☐	
					☐	
					☐	
					☐	
					☐	
					☐	

Sección J Firma

Estoy de acuerdo en que la información incluida en esta solicitud y en la renovación anual se comparta únicamente entre Medicaid, Family Health Plus, Child Health Plus, los planes médicos indicados en la Sección I, el distrito local de servicios sociales y la organización de afiliación beneficiada que proporciona la asistencia de solicitud. También permito compartir esta información con cualquier centro de salud con base escolar que proporcione servicios a los solicitantes. Comprendo que esta información se comparte con el propósito de determinar la elegibilidad de aquellas personas que solicitan Medicaid, Family Health Plus, Child Health Plus o para evaluar el éxito de estos programas. Cada adulto que realice una solicitud debe firmarla en el espacio que se encuentra a continuación. Al firmar esta solicitud, comprendo que cada persona que solicite Medicaid, Family Health Plus, Child Health Plus, estará afiliada al programa adecuado, si es elegible. **También he leído y comprendido los Términos, Derechos y Responsabilidades que se incluyen en este folleto de solicitud que se encuentra en la siguiente página.** Certifico bajo pena de perjurio que toda la información en esta solicitud es verdadera según mi leal saber y entender.

_____ _____

Fecha *Firma del adulto solicitante o representante autorizado para el solicitante*

_____ _____

Fecha *Firma del adulto solicitante o representante autorizado para el solicitante*

NYS DOH

TÉRMINOS, DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

Al completar y firmar esta solicitud, estoy solicitando Medicaid, Family Health Plus y Child Health Plus. Comprendo que esta solicitud, notificaciones y otra información de apoyo se enviarán a los programas para los cuales realizo la solicitud. Estoy de acuerdo en divulgar información personal y financiera de esta solicitud y cualquier otra información necesaria para determinar la elegibilidad para estos programas. Comprendo que existe la posibilidad que se me solicite más información. Estoy de acuerdo con informar inmediatamente de cualquier cambio en la información incluida en esta solicitud.

- Comprendo que debo proporcionar la información necesaria para probar mi elegibilidad para cada programa. Si no he podido obtener la información para Medicaid o Family Health Plus, deberé indicárselo al distrito de servicios sociales. El distrito de servicios sociales puede ayudar a obtener la información.
- Si solicito en un lugar que no sea un departamento local de servicios sociales y mis hijos no son elegibles para Medicaid con esta solicitud, puedo comunicarme al departamento local de servicios sociales para ver si mis hijos son elegibles para Medicaid bajo alguna otra base.
- Comprendo que los trabajadores de los programas para los cuales los miembros de la familia o yo solicitamos pueden revisar la información que proporcioné para esta solicitud. Las agencias que ejecutan estos programas, mantendrán esta información confidencial de acuerdo con 42 U.S.C. 1396a (a) (7) y 42 CFR 431.300-431.307 y cualquier reglamento y leyes estatales y federales.
- Al solicitar Child Health Plus, estoy de acuerdo en pagar la contribución de prima aplicable que no paga el estado de Nueva York.
- Comprendo que Medicaid, Family Health Plus y Child Health Plus no pagarán los gastos médicos que el seguro u otra persona debería pagar, y que si solicito Medicaid o Family Health Plus, otorgo a la agencia todos mis derechos de buscar y recibir apoyo médico de un cónyuge o padres de personas menores de 21 años y mi derecho a buscar y recibir pagos de terceros por el tiempo completo en que reciba los beneficios.
- Presentaré cualquier reclamo por los beneficios de seguro médico o de accidente o cualquier otro recurso para el que tenga derecho. Comprendo que tengo el derecho de reclamar buena causa al no cooperar en el uso de seguro médico si su uso pudiera ocasionar daño a mi salud o seguridad o a la salud o seguridad de alguien por quien soy legalmente responsable.
- Comprendo que mi elegibilidad para estos programas no se verá afectada por mi raza, color o país de origen. También comprendo que dependiendo de los requisitos de estos programas individuales, mi edad, sexo, discapacidad o condición de ciudadanía pueden ser un factor para ser o no ser elegible.
- Comprendo que si mi hijo está en Medicaid o Family Health Plus, puede obtener atención integral primaria y preventiva, incluyendo todo el tratamiento necesario a través del Child/Teen Health Program. Puedo obtener más información acerca de este programa del departamento local de servicios sociales.
- Comprendo que cualquier persona que mienta u oculte la verdad intencionadamente con el fin de recibir los servicios bajo estos programas está cometiendo un crimen y está sujeto a las multas federales y estatales y es posible que tenga que pagar nuevamente el monto de beneficios recibidos y pagar las multas civiles. El New York State Department of Tax and Finance tiene el derecho de revisar la información de ingresos en este formulario.

NÚMERO DE SOCIAL SECURITY

Child Health Plus: Los números de Social Security no son necesario para afiliarse a Child Health Plus. Si está disponible, lo incluiré para los niños que soliciten Child Health Plus. Medicaid o Family Health Plus: Se necesitan los números de Social Security para todos los solicitantes, a menos que la persona esté embarazada o sea un extranjero no calificado. Los números de Social Security no son necesarios para los miembros de mi hogar que no soliciten beneficios. Comprendo que esto lo solicita la Ley Federal en 42 U.S.C. 1320b-7 (a) y por las normativas de Medicaid en 42 CFR 435.910. Los números de Social Security se utilizan de muchas maneras, tanto dentro del Department of Social Services (DSS, por su sigla en inglés) como entre DSS y las agencias federales, estatales y locales, tanto en Nueva York como en otras jurisdicciones. Algunos usos de los números de Social Security son: para revisar la identidad, para identificar y verificar el ingreso devengado y no devengado, para ver si los padres que no son tutores pueden obtener cobertura del seguro médico para los solicitantes, para ver si los solicitantes pueden obtener apoyo médico y para ver si los solicitantes puede obtener dinero u otra ayuda. Los números de Social Security también pueden utilizarse para identificar al destinatario dentro y entre las agencias gubernamentales centrales de Medicaid para asegurarse de que los servicios adecuados se encuentren disponibles para el destinatario. También, si solicito otros programas en esta solicitud conjunta, esos programas tendrán acceso a mi número de Social Security y podrían utilizarlo en la administración del programa.

SOLO PARA SOLICITANTES DE MEDICAID

- **Divulgación de los expedientes educativos**
  Autorizo al departamento local de servicios sociales y del estado de Nueva York para obtener cualquier información en relación con los expedientes educativos de mis hijos, aquí nombrados, necesarios para el reclamo de los reembolsos de Medicaid para los servicios educativos relacionados con la salud y para proporcionar acceso a la agencia gubernamental federal adecuada a esta información para el propósito exclusivo de auditoría.
- **Early Intervention Program**
  Si se evalúa a mi hijo o participa en el New York State Early Intervention Program, autorizo al departamento local de servicios sociales y al estado de Nueva York para compartir la información de elegibilidad de Medicaid de mi hijo con el Early Intervention Program de mi condado para el propósito de facturación de Medicaid.
- **Reembolso de gastos médicos**
  Comprendo que tengo derecho como parte de mi solicitud de Medicaid, o posteriormente, para solicitar el reembolso de gastos que pagué por atención médica cubierta, servicios y suministros recibidos durante los tres meses previos al mes de mi solicitud. Después de la fecha de mi solicitud, el reembolso de la atención médica, servicios y suministros cubiertos únicamente estará disponible si los obtuve de los proveedores afiliados a Medicaid.

FAMILY HEALTH PLUS AND MEDICAID MANAGED CARE

Comprendo que con el fin de recibir los beneficios de Family Health Plus, debo unirme a un plan médico de atención médica administrada. También sé que en algunos condados, es posible que sea necesario unirse a un plan médico para recibir Medicaid. He leído cómo averiguar si mi condado solicita que los afiliados a Medicaid se unan a un plan médico y cómo averiguar qué planes médicos están disponibles para mí en Family Health Plus y en la atención médica administrada de Medicaid. Comprendo que si se me encuentra elegible para Family Health Plus, se me inscribirá en el plan de Family Health Plus que haya escogido.

TÉRMINOS, DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

Yo o nosotros también comprendemos que si a mí o nosotros se nos encuentra elegibles para Medicaid en lugar de Family Health Plus y yo o nosotros estamos en un condado que necesita de inscripciones a Medicaid para estar en un plan médico de atención administrativa, yo o nosotros estaremos inscritos en el plan médico que yo o nosotros hayamos escogido a menos que el plan médico no participe en la atención médica administrada de Medicaid.

Si yo o nosotros estamos en un condado que no solicita las inscripciones para estar en un plan de atención médica administrada de Medicaid, yo o nosotros continuaremos inscritos en el plan médico que yo o nosotros hayamos escogido a menos que yo o nosotros notifiquemos al Department of Social Services local por escrito o yo o nosotros marquemos la casilla en la Sección I, que yo o nosotros no queremos estar en ese plan.

He leído cómo averiguar los derechos y beneficios que tendré como un miembro del plan médico de atención médica administrada y los límites de beneficios de la membresía de atención médica administrada. Comprendo que tanto en Family Health Plus como en la atención médica administrada de Medicaid, debo escoger un Proveedor de atención primaria (PCP, por su sigla en inglés) y tendré una opción de por los menos tres PCP en mi plan médico. Comprendo que una vez inscrito en un plan médico, tendré que usar mi PCP y otros proveedores en mi plan médico excepto en una pocas circunstancias especiales.

Comprendo que si doy a luz a un hijo mientras soy miembro de un plan médico de atención médica administrada de Medicaid, mi hijo estará inscrito en el mismo plan médico en el que estoy yo. Comprendo que si doy a luz un hijo mientras soy miembro de un plan Family Health Plus que también participa en la atención médica administrada de Medicaid, mi hijo estará inscrito en el mismo plan médico en el que estoy yo.

- **Divulgación de información médica**
  Doy mi consentimiento de divulgación de cualquier información médica sobre mí y cualquier miembro de mi familia para quienes yo pueda dar mi consentimiento:
  - Por mi PCP, cualquier otro proveedor de atención de salud o el Departamento de Salud del estado de Nueva York (NYSDOH, por su sigla en inglés) a mi plan médico y cualquier proveedor de atención médica concerniente a mí o a mi familia, según sea razonablemente necesario para mi plan médico o mis proveedores para llevar a cabo el tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Esto puede incluir información de farmacia y otros los reclamos médicos necesarios para ayudar a administrar mi atención;
  - Por mi plan médico y cualquier proveedor de atención médica para NYSDOH y otras agencias autorizadas federales, estatales y locales para propósitos de administración de los programas de Medicaid, Child Health Plus y Family Health Plus; y
  - Por mi plan médico a otras personas u organizaciones, según sea razonablemente necesario para que mi plan médico lleve a cabo el tratamiento, pago u operaciones de atención médica.

También estoy de acuerdo con que la información divulgada para el tratamiento, pago y operaciones de atención médica pueda incluir información acerca de VIH, salud mental o abuso de sustancias y alcohol sobre mí y los miembros de mi familia según lo permita la ley, hasta que revoque este consentimiento.

Si más de un adulto en la familia se une al plan médico de Family Health Plus o Medicaid, la firma de cada adulto que realice la solicitud es necesaria como consentimiento para divulgar la información.

- **Reembolso de gastos médicos**
  Comprendo que si se determina que soy elegible para Family Health Plus mi afiliación entrará en vigencia a más tardar 90 días después de la fecha de presentación de una solicitud completa. En caso de un error o retraso en mi afiliación, Medicaid debe tener la capacidad de reembolsarme por gastos médicos razonables que yo pague como resultado de un error o retraso. Medicaid puede pagar a mi proveedor por cualquier gasto no pagado únicamente si el proveedor es un proveedor afiliado a Medicaid.

PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA

Esta sección la debe completar la persona que esté ayudando a completar la solicitud

Firma de la persona que obtuvo la información de elegibilidad: X _____	Empleado por: (marque uno) ☐ Agencia de Afiliación Favorecida con base en la Comunidad ☐ Plan médico ☐ Distrito de Servicios Sociales ☐ Agencia proveedora ☐ Entidades calificadas Nombre del empleador: _____

A ser completado por los Asistentes de afiliación

Asistente de afiliación:		Agencia central o nombre del plan:		Organización central o ID del plan:
Idioma utilizado para la Asistencia de la solicitud:	Fecha de inicio de la solicitud:	Número de secuencia de la solicitud:	Fecha de finalización de la solicitud:	Ingrese el código del niño que realiza la solicitud: Medicaid _____ CHPlus _____

A ser utilizado por el Distrito local de los servicios sociales

Elegibilidad determinada por:	Fecha:	Elegibilidad aprobada por:		Fecha:
Oficina central:	Fecha de la solicitud:	ID de la unidad:		ID del trabajador:
Nombre del caso:	Distrito:	Tipo de caso:		Número de caso:
Fecha de vigencia:	Código de motivo de resolución de MA: ☐ Código de denegación ☐ Retiro	Delegado: ☐ Sí ☐ No	Número de registro:	Ver:

A ser utilizado por los planes Child Health Plus

Resolución de CHPlus: ☐ Aprobado ☐ Denegado	Código de denegación:	Fecha de vigencia:	Número de niños afiliados (CHPlus):