

INSTRUCCIONES
SOLICITUD DEL PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Declaración de confidencialidad:

TODA información que usted nos proporcione en esta solicitud se mantendrá confidencial. Las únicas personas que verán esta información serán los asistentes de inscripción y las agencias estatales o locales, y prestadores de servicios de planificación familiar con el fin de determinar si usted (el solicitante) y los miembros de su grupo familiar reúnen los requisitos. La persona que lo ayudará con esta solicitud no puede divulgar esta información a ninguna otra persona, excepto a un supervisor o a las agencias estatales o locales, o prestadores de servicios de planificación familiar que necesiten estos datos.

INSTRUCCIONES: al llenar la solicitud del Programa de Beneficios de Planificación Familiar, siga las siguientes instrucciones. Esta solicitud es solamente para aquellas personas que solicitan el Programa de Beneficios de Planificación Familiar (FPBP).

Los solicitantes deben firmar la sección en la solicitud donde rechazan a que se les considere para los programas de Medicaid o Family Health Plus. Usted puede solicitar Medicaid o Family Health Plus posteriormente cuando lo desee. Estos programas cubren muchos otros servicios de atención médica, además de los servicios de planificación familiar. Si desea que se determine su habilitación para Medicaid o Family Health Plus, llene la solicitud «*Access NY Health Care*» (DOH-4220).

FAVOR DE LEER toda la solicitud y las instrucciones antes de rellenarla. Puede adjuntar una hoja adicional con las respuestas, si no le alcanza el espacio provisto.

SECCIÓN A: INFORMACIÓN DE CONTACTO

En esta sección, pedimos el nombre de los solicitantes e información acerca de cómo contactarlos. El domicilio es el lugar donde residen los solicitantes de FPBP. La dirección postal, si es diferente, es el lugar a donde se enviará la tarjeta de beneficios comunes, todas las notificaciones y demás información.

Si desea usar una dirección postal diferente con motivos de mantener la información confidencial, favor de indicárselo a la persona que lo entrevista y rellene la sección titulada «Dirección postal (si es diferente)» para asegurar que toda correspondencia se envía a la dirección que usted solicitó.

Asimismo, especifique si algún miembro de su familia es veterano.

SECCIÓN B: INFORMACIÓN SOBRE EL GRUPO FAMILIAR

Cite los nombres de las personas que viven con usted que solicitan servicios de planificación familiar. Debe incluir a su cónyuge, aunque él / ella no esté solicitando. Si vive con otras personas, tales como sus hijos, puede incluirlos aunque no estén solicitando. Incluir el nombre de todas las personas que viven con usted permite que se le dé un grado de habilitación más elevado. Brinde la información requerida de cada miembro del grupo familiar:

- Indique si la persona citada en el renglón también está solicitando el programa de planificación familiar FPBP (marque «sí» o «no»).
- El número de Seguro Social debe ser suministrado solamente por toda persona que solicite. Si alguno de los solicitantes no tiene un número de Seguro Social, debe solicitar uno.

- Raza / Grupo Étnico – este dato es optativo. Su fin es cerciorarnos que toda persona tiene igual acceso al programa. Si llena esta sección, use el código, indicado en la solicitud, que mejor describa la raza u origen étnico del solicitante.

SECCIÓN C: INGRESOS DEL GRUPO FAMILIAR

En esta sección, detalle todo tipo de ingresos y los montos recibidos por las personas que enumeró en la Sección B. Asegúrese de incluir ingresos salariales actuales, pagos por sustento de menores, beneficios del seguro por desempleo, intereses, beneficios de Seguro Social, pensiones, pagos por discapacidad, dinero recibido de familiares o amigos, y cualquier otro tipo de pagos que reciba. Indique si el solicitante es estudiante.

- Si el grupo familiar no recibe ingresos, explique cómo se mantienen los solicitantes.
- Indique si usted tiene que pagar por el cuidado de niños o por el cuidado de un adulto incapacitado para poder ir a trabajar o asistir a la escuela. Marque la casilla apropiada. Si responde «Sí», escriba el nombre de la persona que recibe cuidados, cuánto paga por el servicio y con qué frecuencia paga esa cantidad (por ejemplo: semanalmente, mensualmente).

SECCIÓN D: CIUDADANÍA ESTADOUNIDENSE

Esta información es necesaria de toda persona que solicite servicios de planificación familiar. El Estado no reportará ningún tipo de información contenida en esta solicitud a la Oficina de Servicios de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos (USCIS, antes INS – siglas en inglés). Todo solicitante debe someter documentación original de ciudadanía estadounidense e identidad según lo disponen las reglas federales. La persona que le ayude durante la entrevista le informará qué tipo de documentos se consideran aceptables. No tendrá que someter este comprobante durante el proceso de renovación si ya lo hizo durante el proceso de solicitud.

SECCIÓN E: SEGURO DE SALUD

Es importante que nos diga si algún miembro de su familia tiene seguro médico o está cubierto por el seguro médico de otra persona, porque:

- En el caso de algunos solicitantes, deduciremos el costo del seguro médico del ingreso del solicitante.
- En el caso de cuentas médicas que se reciban, nos ayudará a determinar cuál seguro médico pagará primero.

Si algún integrante del grupo familiar tiene Medicaid, Medicare, Family Health Plus o Child Health Plus, proporcione el nombre o los nombres de estas personas. Esto ayudará a reducir la cantidad de documentos que usted tenga que llenar.

Si algún otro integrante del hogar tiene otro tipo de seguro médico, brinde la información solicitada. Si no sabe o no puede obtener la información del seguro médico, marque «No sé». Si desea que esta solicitud y los servicios que reciba de planificación familiar (FPBP) no se compartan con el tenedor de la póliza de seguro, marque «Sí» en la casilla inmediatamente después de la última pregunta en la Sección E: Seguro de salud.

Le sugerimos comunicarle a la persona que lo entrevista porqué usted no desea que el seguro médico que usted tenga se facture.

No olvide suministrarnos una dirección de correo confidencial junto con el número de teléfono para que podamos mantener todos los datos referentes a su solicitud y a notificaciones futuras (esto incluye paquetes de información sobre renovación) de forma privada en caso de que usted reúna los requisitos del programa. Si cambia de domicilio o residencia, asegúrese de informarle a la persona a cargo de su caso de la nueva dirección lo más pronto posible.