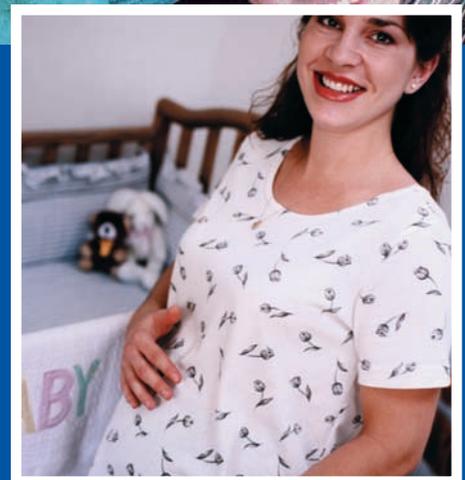
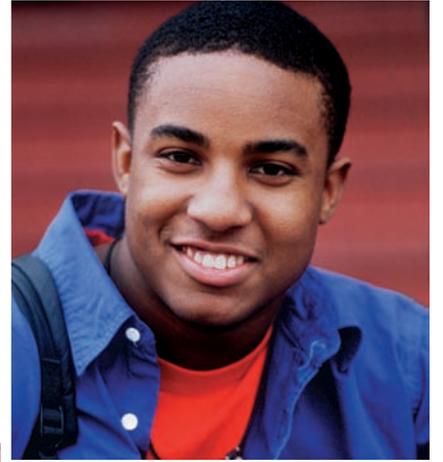


# CRECIENDO CON SALUD



Seguro de Salud  
y Nutrición  
Para niños, adolescentes  
y Mujeres embarazadas



# CRECIENDO

Child Health Plus  
Medicaid  
WIC



# Seguro de Salud y Nutrición Para niños, adolescentes y Mujeres embarazadas CON SALUD

## Seguro de Salud

El seguro de salud está disponible para la mayoría de niños menores de 19 años que no tienen seguro de salud en el Estado de Nueva York, a través de uno de los dos programas: Child Health Plus A o B. Su hijo puede calificar sin importar cuánto su familia gana o el estatus inmigratorio de su hijo.

## ¿Qué ofrece el Child Health Plus A y B?

Ambos programas cubren servicios médicos importantes, tales como chequeos generales, visitas al dentista, exámenes de la vista y gafas, servicios de salud mental, medicamentos de recetas, atención hospitalaria y mucho más. Además de los cuidados primarios y preventivos integrales, Child Health Plus A brinda una garantía agregada la cual cubre todos los tratamientos necesarios. Para obtener más información, comuníquese con el departamento de servicios sociales de su localidad.

## ¿Cómo puedo saber para qué programa califica mi hijo?

Los niños califican ya sea para Child Health Plus A o B, pero no para ambos. Cuando usted entregue esta solicitud, su hijo será inscrito en el programa para el cual califica.

## ¿Tengo que pagar algo por el seguro de salud?

Lo que usted pague depende de cuánto su familia gana al mes. Para algunas familias el seguro de salud es gratis. Algunas familias deben pagar una cantidad pequeña mensualmente. Si su ingreso mensual es MENOS o IGUAL a la cantidad atribuible para el tamaño de su familia, su hijo podría recibir seguro de salud por \$15 o menos mensualmente. Si su ingreso mensual es mayor que estas cantidades, su hijo puede recibir el seguro de salud por un costo mayor.

TAMAÑO DE LA FAMILIA	*INGRESO MENSUAL
1	\$2,042
2	\$2,750
3	\$3,459
4	\$4,167
5	\$4,875
Para cada persona adicional, agregue:	\$ 709

\* Vigente desde 1 de abril de 2006. Los niveles de ingreso aumentan anualmente

## ¿Podrá mi hijo ver a su propio doctor?

Posiblemente. Muchos niños recibirán sus cuidados de salud a través de algún plan de salud que cuenta con sus propios grupos de doctores, hospitales y farmacias. Antes de inscribirse en un plan, asegúrese de que el doctor de su hijo forma parte de este plan. Otros niños recibirán atención fuera de los planes de salud. Usted debe hablar con el doctor de su hijo acerca de qué tipos de seguros de salud acepta.

## ¿Qué debo hacer para inscribirme?

Ahora es más fácil que nunca solicitar un seguro de salud. Existen muchos lugares en su barrio a donde puede llevar esta solicitud. Estos lugares cuentan con personal experimentado y amigable que está a su disposición durante los fines de semana y las noches para responderle a todas sus preguntas y para ayudarlos a hacer su solicitud. Por favor llame al 1-800-698-4543 para obtener una lista de estos lugares. Usted también puede enviar esta solicitud directamente al/los plan(es) de salud que haya escogido si usted está aplicando para Child Health Plus.

## ¿Qué se ofrece para las mujeres embarazadas?

El Seguro de Salud está disponible para las mujeres embarazadas, sin importar su estatus inmigratorio, a través del Medicaid y los Programas de Asistencia de Cuidados Prenatales (PCAP). Las mujeres embarazadas que participan en un PCAP pueden recibir una amplia gama de servicios diseñados para asegurar un embarazo saludable, que incluye visitas prenatales, educación sobre la salud, y cuidados médicos especializados. Los servicios continúan hasta dos meses después del embarazo. Los servicios de planificación familiar están disponibles durante 24 meses después de que termina el embarazo. Cuando nace el bebé, él o ella recibirá cuidados médicos por un año.

## ¿Qué es el WIC?

WIC es un programa para mejorar la nutrición y la salud de las mujeres, los bebés y los niños menores de 5 años. WIC brinda a las familias alimentos nutritivos, como las fórmulas infantiles, leche, jugo, queso, huevos, cereal, granos secos y mantequilla de maní. WIC también ofrece a las familias educación sobre nutrición y salud, y las recomienda a otros servicios de salud. WIC es gratis para todas las familias que califican.

# ¿TIENE PREGUNTAS O NECESITA AYUDA PARA LLENAR ESTE FORMULARIO?

## LLAME GRATIS AL 1-800-698-4543 TODA LA AYUDA ES GRATIS

(1-877-898-5849 TTY, línea para personas con deficiencia auditiva)

**DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD** Toda la información que usted nos proporcione permanecerá en confidencialidad. Las únicas personas que verán esta información son las agencias locales y estatales, y los planes de salud que necesiten conocer esta información para poder determinar si usted (la mujer embarazada o el menor) o su(s) hijo(s) califican. La persona que la ayude con esta solicitud no puede hablar sobre esta información con nadie, excepto con su supervisor o las agencias locales o estatales, o los planes de salud que necesiten de esta información.

## INSTRUCCIONES

Solamente los niños menores de diecinueve años y las mujeres embarazadas pueden usar este formulario para solicitar el seguro de salud y WIC. Los adultos que soliciten seguro de salud deben usar la solicitud de Access New York para toda la familia.

**POR FAVOR LEA** toda la solicitud, las instrucciones y la lista de documentos antes de llenar la solicitud. Todas las personas que estén aplicando mediante esta solicitud deben mostrar tres tipos de documentación de identificación: prueba de identidad/edad, prueba de residencia en el Estado de Nueva York y prueba actual de ingresos. Por favor refiérase a la lista de documentación para saber cuáles son los documentos aceptables y para determinar si algún documento específico es requerido.

### SECCIÓN A: Información de contacto

Esta sección debe ser llenada por un padre de familia, guardián, la persona que solicita por el/los niño(s) o la mujer embarazada. En esta sección, le pedimos información acerca de cómo contactar a los solicitantes. La dirección domiciliaria debe ser donde viven las personas que están solicitando el seguro de salud. La dirección postal, si no es la misma, debe ser la dirección donde se enviarán las tarjetas y todas las notificaciones del seguro de salud.

### SECCIÓN B: Información sobre el hogar

Enumere los nombres de todas las personas que desean solicitar el seguro de salud y los nombres de sus padres, padrastros o conyugues que viven con ellos, aun si ellos no están solicitando el seguro. También puede incluir otros miembros del hogar. Incluya a la cabeza de la familia en la línea 1. Llene la información que se pide para cada miembro del hogar.

- **¿Está embarazada esta persona?** Esta información nos ayuda a determinar el tamaño de su familia. Una mujer embarazada cuenta como dos personas.
- **Parentesco con la cabeza de la familia.** Demuestre cómo cada persona esta emparentada con la cabeza de la familia (la persona que consta en la línea 1) por ejemplo, conyugue, hijo/hijastro, sobrina, sobrino, etc.
- **¿Desea seguro de salud esta persona?** Cada persona que solicita el seguro de salud estará inscrita en el programa solamente si califican para: Medicaid, Child Health Plus A o B.

■ **Número de Seguro Social.** Debe proporcionar un número de seguro social para todas las personas que están solicitando, si lo tiene, pero no es necesario para las mujeres embarazadas o los miembros de la familia que no esté solicitando el seguro de salud.

■ **Raza/grupo étnico.** Esta información es opcional. Se pide que se asegure de que todas las personas tengan acceso a los programas. Si usted llena esta información, use el código que se muestra en la solicitud que describa mejor la raza o el grupo étnico de la persona.



### SECCIÓN C: Seguro de Salud

Incluya los nombres de las personas en su hogar que ya están inscritas en Medicaid, Child Health Plus A, o Family Health Plus y su número de identificación de cliente (CIN). Esto nos puede ayudar a reducirle el papeleo.

Enumere a todas las personas que tienen cobertura de cualquier otra aseguradora privada e incluya la información que se solicita. Si esta cobertura esta por terminar, escriba la fecha en que esta cobertura terminará. Para ayudarle a responder si alguien tiene acceso a un seguro de salud a través de un plan de beneficios de salud del estado, el siguiente párrafo describe lo que estamos indicando:

**Plan de Beneficios de Salud del Estado** significa el New York State Health Insurance Program (NYSHIP), el cual se ofrece a los empleados/jubilados del gobierno del Estado de Nueva York, la Legislatura Estatal y el Sistema Unificado de Cortes. Algunas agencias de gobiernos locales y los distritos escolares pueden elegir su participación en el NYSHIP. Si no está seguro, verifique con su empleador.

### SECCIÓN D: Ciudadanía

Esta información es necesaria solamente para aquellas personas que están solicitando seguro de salud. Las mujeres embarazadas no tienen que llenar esta sección. Casi todos los niños que son

[Más instrucciones al reverso](#) ►

# INSTRUCCIONES

continuado

residentes del Estado de Nueva York y que no tienen otro seguro de salud califican, sin importar su estatus migratorio.

## INFORMACIÓN SOBRE CARGO PÚBLICO

El Servicios de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos (USCIS) ha dicho que la inscripción en los programas Child Health Plus A o B, Medicaid o Family Health Plus NO PUEDEN afectar la capacidad de las personas a obtener la tarjeta de residencia,



hacerse ciudadanos, auspiciante de algún miembro de la familia, o entrar y salir del país (excepto si Medicaid paga por algún cuidado de largo plazo en lugar como un asilo u hospital psiquiátrico).

**El Estado no reportará ninguna información que consta en esta solicitud al USCIS.**

## SECCIÓN E: Ingresos del hogar

En esta sección, enumero todos tipos de ingresos y las cantidades que reciben las personas que usted incluyó en la Sección B.

Si su hogar no recibe ingresos, explique cómo van a ser mantenidos los solicitantes.

■ **Los costos para cuidados de niños y adultos dependientes** significa cuánto paga usted a otras personas para que cuiden de sus niños o sus padres o conyugue discapacitado cuando usted está trabajando o estudiando. Parte de esta cantidad puede ser excluida de sus ingresos mensuales.

## SECCIÓN F: Gastos de hogar

Indique los gastos mensuales de la casa para su familia. Esto incluye su alquiler, pago mensual de hipoteca u otros pagos relacionados a la casa. Si tiene algún pago por hipoteca, incluya los impuestos a la propiedad y el seguro como dueño de casa. Si usted paga por la calefacción, indique el tipo de calefacción que usa (gas, aceite, electricidad).

## SECCIÓN G: Enfermedad/herida por accidente

Usted podría recibir más servicios si tiene alguna discapacidad o alguna enfermedad grave. Si tiene cuentas médicas pagadas o impagas de los últimos tres meses, Child Health Plus A puede pagarle estos costos.

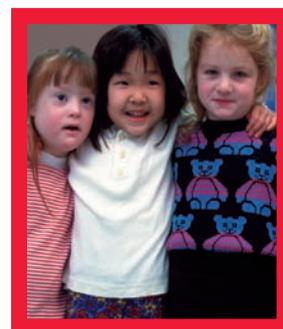
## SECCIÓN H: WIC

WIC es un programa para mejorar la nutrición y la salud de las mujeres, bebés y niños. Si le gustaría aplicar para este programa, marque sí. Si solicita WIC no cambiará su idoneidad para recibir seguro de salud, pero deberá visitar una oficina de WIC.

## SECCIÓN I: Selección del plan de salud

Si le lo considero apto para recibir Child Health Plus B, usted debe seleccionar un plan de salud para recibir los cuidados de salud. Si desea mantener el doctor que tiene actualmente, debe escoger un plan de salud al que su doctor pertenezca. Si desea escoger un nuevo doctor u obtener un código para un doctor o centro de salud y necesita ayuda para hacerlo, llame al plan que seleccionó. Una vez que esta inscrito en el plan de salud, usted debe usar los doctores y hospitales contemplados en su plan.

Algunas personas inscritas en el Child Health Plan Plus A deberán incorporarse a un plan de salud. Otros tal vez no. Si usted o algún miembro de su familia califica para el Child Health Plus A, y esta en un país que requiere que las personas estén en algún plan de salud, nosotros lo inscribiremos en el mismo plan que usted escoja, si lo provee Child Health Plus A. Si usted esta en un país que no requiere que las personas estén en un plan de salud, nosotros igualmente le inscribiremos en el plan que usted escoja, a menos que usted nos indique que no desea estar incluido en este plan. Para hacerlo marque el cuadro en esta sección. Su entrevistador hablara con usted al respecto.



**LEA LA SECCIÓN DE LOS TÉRMINOS, DERECHOS Y RESPONSABILIDADES EN LA ULTIMA PAGINA Y FIRME CON LA FECHA EN LA PARTE BAJA**

**¿TIENE PREGUNTAS O NECESITA AYUDA PARA LLENAR ESTE FORMULARIO? LLAME GRATIS AL**

**1-800-698-4543**

**TODA LA AYUDA ES GRATIS**

**(1-877-898-5849 TTY línea para personas con deficiencia auditiva)**



Estado de Nueva York

Departamento de Salud