



**SOLICITUD
de seguro
médico**

**access
NY**

**para niños,
adultos y
familias**

health care



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, el Family Planning Benefit Program (Programa de Beneficios de Planificación Familiar) 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 **PUEDA** 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 que vive con usted ya está afiliado o se afilió anteriormente a Medicaid, el Family Planning Benefit Program o a cualquier otra forma de asistencia pública como Cupones alimenticios, es necesario que lo sepamos. También, indíquenos el número de identificación de la Tarjeta de identificación de beneficios de New York State.
- **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 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.

INFORMACIÓN DE CARGO PÚBLICO

Los United States Citizenship and Immigration Services - USCIS (Servicios de Inmigración y Ciudadanía de Estados Unidos) han establecido que la afiliación a Medicaid 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.



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.

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.

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? **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, 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 bien, llame o visite su departamento local de servicios sociales. 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.nyhealth.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.

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.



Department
of Health

State of New York
Department of Health

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.

O NECESITA MOSTRARLOS TODOS ESTOS DOCUMENTOS. Únicamente necesitamos documentos que apliquen a usted o a otros que estén realizando la solicitud. Es necesario que veamos las copias de los documentos de su identidad y de ciudadanía de EE.UU. Comuníquese con su departamento local de servicios sociales o llame al 1-800-698-4543 para averiguar a dónde puede llevar los documentos de identidad y de ciudadanía de EE. UU. Muchos departamentos locales de servicios sociales no aceptan documentos originales por correo, así que verifique con ellos si desea enviar por correo estos documentos. Puede enviar las copias de otros documentos por correo con su solicitud.

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

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 18 años) (puede que también muestren la fecha de nacimiento)
- Expedientes clínicos, médicos o de hospital (para niños menores de 18 años)*

Si no utiliza uno de los documentos 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

Si no es ciudadano de EE.UU.

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 Licencia de conducir (si se emitió en los últimos 6 meses)
- Factura de servicios públicos (gas, electricidad, teléfono, cable, combustible o agua) Tarjeta de ID del gobierno con la dirección
- Estado de cuenta de la hipoteca o expedientes por impuestos sobre bienes inmuebles 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 MOSTRARLOS 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 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)

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 funerarios 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

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.º de teléfono principal		Otro número de teléfono		¿Qué idioma habla usted? _____ lee usted? _____	
<input type="checkbox"/> Casa	<input type="checkbox"/> Celular	<input type="checkbox"/> Trabajo	<input type="checkbox"/> Otro		
DIRECCIÓN DE LA CASA		ENVIAR PRUEBA		Calle	
de las personas que realizan la solicitud del seguro médico		de las personas que realizan la solicitud del seguro médico		Ciudad	
<input type="checkbox"/> Marque aquí si no tiene casa				Estado	
DIRECCIÓN DE CORREO				Código postal	
de las personas que realizan la solicitud del seguro médico si es diferente a la anterior.				N.º de apto.:	
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:				Estado	
<input type="checkbox"/> solicite o renueve Medicaid por mí				Código postal	
<input type="checkbox"/> discuta mi solicitud o caso de Medicaid, si es aplicable				N.º de apto.:	
<input type="checkbox"/> obtenga notificaciones y correspondencia				N.º de teléfono	
				<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> 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 que ya reciben Medicaid e indique 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	¿Esta es la persona que solicita el seguro médico?	¿Esta persona es 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	*Raza o grupo étnico
01	ENVIAR PRUEBA / / <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	SÍ MISMO	<input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Family Health Plus Número de ID de la Tarjeta de beneficios o Tarjeta del plan, si lo conoce: / /	ENVIAR PRUEBA	<input type="checkbox"/> Ciudadano de EE.UU. <input type="checkbox"/> Inmigrante o no es ciudadano Ingrese la fecha en que recibió su estado migratorio: / / Mes Día Año <input type="checkbox"/> No es inmigrante (titular de Visa) <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores	
02	ENVIAR PRUEBA / / <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Family Health Plus Número de ID de la Tarjeta de beneficios o Tarjeta del plan, si lo conoce: / /	ENVIAR PRUEBA	<input type="checkbox"/> Ciudadano de EE.UU. <input type="checkbox"/> Inmigrante o no es ciudadano Ingrese la fecha en que recibió su estado migratorio: / / Mes Día Año <input type="checkbox"/> No es inmigrante (titular de Visa) <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores	

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.

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?	¿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	/ / <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuáles la fecha prevista de parto? / /	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Family Health Plus Número de ID de la Tarjeta de beneficios o Tarjeta del plan, si lo conoce: / /	<input type="checkbox"/> Ciudadano de EE.UU. <input type="checkbox"/> Inmigrante o no es ciudadano Ingrese la fecha en que recibió su estado migratorio Mes / / Día Año <input type="checkbox"/> No es inmigrante (titular de Visa) <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores		<input type="checkbox"/> Ciudadano de EE.UU. <input type="checkbox"/> Inmigrante o no es ciudadano Ingrese la fecha en que recibió su estado migratorio Mes / / Día Año <input type="checkbox"/> No es inmigrante (titular de Visa) <input type="checkbox"/> 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	/ / <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuáles la fecha prevista de parto? / /	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Family Health Plus Número de ID de la Tarjeta de beneficios o Tarjeta del plan, si lo conoce: / /	<input type="checkbox"/> Ciudadano de EE.UU. <input type="checkbox"/> Inmigrante o no es ciudadano Ingrese la fecha en que recibió su estado migratorio Mes / / Día Año <input type="checkbox"/> No es inmigrante (titular de Visa) <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores		<input type="checkbox"/> Ciudadano de EE.UU. <input type="checkbox"/> Inmigrante o no es ciudadano Ingrese la fecha en que recibió su estado migratorio Mes / / Día Año <input type="checkbox"/> No es inmigrante (titular de Visa) <input type="checkbox"/> 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	/ / <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuáles la fecha prevista de parto? / /	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Family Health Plus Número de ID de la Tarjeta de beneficios o Tarjeta del plan, si lo conoce: / /	<input type="checkbox"/> Ciudadano de EE.UU. <input type="checkbox"/> Inmigrante o no es ciudadano Ingrese la fecha en que recibió su estado migratorio Mes / / Día Año <input type="checkbox"/> No es inmigrante (titular de Visa) <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores		<input type="checkbox"/> Ciudadano de EE.UU. <input type="checkbox"/> Inmigrante o no es ciudadano Ingrese la fecha en que recibió su estado migratorio Mes / / Día Año <input type="checkbox"/> No es inmigrante (titular de Visa) <input type="checkbox"/> 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	/ / <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuáles la fecha prevista de parto? / /	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Family Health Plus Número de ID de la Tarjeta de beneficios o Tarjeta del plan, si lo conoce: / /	<input type="checkbox"/> Ciudadano de EE.UU. <input type="checkbox"/> Inmigrante o no es ciudadano Ingrese la fecha en que recibió su estado migratorio Mes / / Día Año <input type="checkbox"/> No es inmigrante (titular de Visa) <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores		<input type="checkbox"/> Ciudadano de EE.UU. <input type="checkbox"/> Inmigrante o no es ciudadano Ingrese la fecha en que recibió su estado migratorio Mes / / Día Año <input type="checkbox"/> No es inmigrante (titular de Visa) <input type="checkbox"/> 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	/ / <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuáles la fecha prevista de parto? / /	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Family Health Plus Número de ID de la Tarjeta de beneficios o Tarjeta del plan, si lo conoce: / /	<input type="checkbox"/> Ciudadano de EE.UU. <input type="checkbox"/> Inmigrante o no es ciudadano Ingrese la fecha en que recibió su estado migratorio Mes / / Día Año <input type="checkbox"/> No es inmigrante (titular de Visa) <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores		<input type="checkbox"/> Ciudadano de EE.UU. <input type="checkbox"/> Inmigrante o no es ciudadano Ingrese la fecha en que recibió su estado migratorio Mes / / Día Año <input type="checkbox"/> No es inmigrante (titular de Visa) <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores	

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

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 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 Graduado Graduando 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, todavía puede ser elegible para el Programa de beneficios de planificación familiar. ¿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. ¿Ofrece su trabajo actual un seguro médico? **Es posible que podamos ayudarlo 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

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:
	Calle: _____ Ciudad o estado: _____	
	Fecha de nacimiento (si se conoce): ____/____/____	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:
	Calle: _____ Ciudad o estado: _____	
	Fecha de nacimiento (si se conoce): ____/____/____	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** omite esta sección.

IMPORTANTE: 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. 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. 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)
					<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	

Sección J Firma

Estoy de acuerdo en que la información incluida en esta solicitud y en la renovación anual se comparta únicamente entre Medicaid, 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. Comprendo que esta información se comparte con el propósito de determinar la elegibilidad de aquellas personas que solicitan Medicaid o para evaluar el éxito de estos programas. Cada adulto que realice una solicitud debe firmarla en el espacio que se encuentra a continuación. **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

TÉRMINOS, DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

Al completar y firmar esta solicitud, estoy solicitando Medicaid. 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 logro obtener la información de Medicaid, debo 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.
- Comprendo que Medicaid no pagará los gastos médicos que el seguro u otra persona debería pagar, y que si solicito Medicaid, 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 Medicaid no se verá afectada por mi raza, color o nacionalidad. También comprendo que dependiendo de los requisitos del programa, 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 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

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 New York como en otras jurisdicciones. Algunos usos de los números de seguro social son: para revisar la identidad, para identificar y verificar el ingreso devengado y no devengado, para ver si los padres sin tutela pueden obtener cobertura de seguro médico para los solicitantes, para ver si los solicitantes pueden obtener apoyo médico, para ver si los solicitantes pueden obtener dinero u otra ayuda y para verificar recursos con instituciones financieras para los solicitantes y su cónyuge no solicitante. 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 New York State 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.

ATENCIÓN ADMINISTRADA DE 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 la atención médica administrada de Medicaid. Yo o nosotros también comprendemos que si a mí o nosotros se nos encuentra elegibles para Medicaid y yo o nosotros estamos en un condado que necesita de inscripciones a Medicaid para estar en un plan médico de atención administrada, 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.

TÉRMINOS, DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

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 en la atención médica administrada de Medicaid, debo escoger un Proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) 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 tengo un hijo mientras soy miembro de un plan de atención médica administrada de Medicaid, mi hijo será inscrito en el mismo plan de salud en el que estoy yo. Comprendo que si doy a luz un hijo mientras soy miembro de un plan 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 programa de Medicaid; 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 Medicaid, la firma de cada adulto que realice la solicitud es necesaria como consentimiento para divulgar la información.

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) <input type="checkbox"/> Agencia de Afiliación Favorecida con base en la Comunidad <input type="checkbox"/> Plan médico <input type="checkbox"/> Distrito de Servicios Sociales <input type="checkbox"/> Agencia proveedora <input type="checkbox"/> Entidades calificadas Nombre del empleador: _____		
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: <input type="checkbox"/> Código de denegación <input type="checkbox"/> Retiro	Delegado: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Número de registro:	Ver: