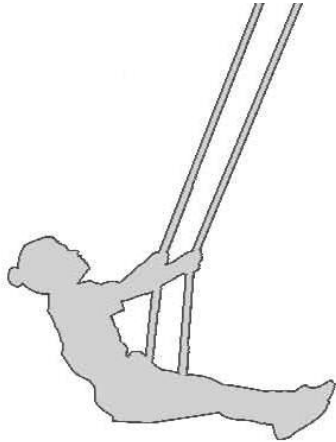


SOLICITUD DE SEGURO MÉDICO HEALTH CHECK (MEDICAID)/ NC HEALTH CHOICE PARA NIÑOS Cobertura de seguro gratuita o de bajo costo

Esta solicitud también pueden utilizarla los padres de los niños, las personas a cargo de su cuidado, las mujeres embarazadas y otras personas adultas para solicitar cobertura de Medicaid.



Mejor salud para usted y sus hijos,
tranquilidad de espíritu para usted.



¿QUÉ SON HEALTH CHECK (MEDICAID) Y NC HEALTH CHOICE PARA NIÑOS?

Health Check (Medicaid) y Health Choice son dos programas de seguro médico parecidos. Usted y sus niños pueden calificar dependiendo de los ingresos de su familia, el número de personas en su familia y la edad de los niños. Dicha información también se utilizará para determinar en qué programa se inscribirá a los niños.

¿CUÁLES SON LOS BENEFICIOS?

- Visitas médicas por enfermedad
- Chequeos
- Atención en el hospital
- Orientación psicológica
- Medicamentos de receta médica
- Atención dental
- Exámenes de la vista y anteojos
- Exámenes de la audición y audífonos
- ¡Y más!

Transportación - Puede que se brinde transportación a las personas cubiertas por *Health Check* (Medicaid) si ello se autoriza. Si necesita asistencia con la transportación a fin de recibir atención médica, comuníquese con el departamento de servicios sociales local una vez que reciba una carta indicando que ha sido aprobado para recibir el seguro *Health Check* (Medicaid). Si los niños están inscritos en *Health Choice*, usted deberá utilizar un transporte por su cuenta.

¿CÓMO PUEDO SOLICITAR LA INSCRIPCIÓN?

Es sencillo. Solamente tiene que completar esta solicitud y entregarla en el departamento de servicios sociales del condado donde usted vive. Si desea que le ayuden a llenar la solicitud, llame o acuda al departamento de servicios sociales local. Encontrará la dirección y el teléfono en su guía telefónica bajo “*County Government*” (Dependencias públicas del condado) o llamando al Centro de Atención al Cliente de DHHS al teléfono 1-800-662-7030.

Asegúrese de responder a todas las preguntas en forma completa para que podamos procesar su solicitud más rápidamente. Por favor adjunte páginas adicionales si necesita más espacio para escribir. Puede demorar unos 45 días o menos el procesar su solicitud. Le contactaremos a usted por correo si necesitamos información adicional. Cuanto antes recibamos la información podremos informarle con mayor rapidez si usted o sus niños cumplen los requisitos para recibir el seguro.

¿QUIÉN PUEDE RESPONDER A MIS PREGUNTAS?

Comuníquese al departamento de servicios sociales del condado donde vive o llame al Centro de Atención al Cliente de DHHS al 1-800-662-7030.

¿QUÉ MÁS NECESITO SABER ACERCA DE HEALTH CHECK Y HEALTH CHOICE?

¿Mi inscripción se hará en forma inmediata?

No existe un límite para la asignación de fondos de Health Check (Medicaid); por ello no existe una lista de espera. Si sus niños son elegibles para recibir Health Choice, puede que tengan que estar en una lista de espera antes de ser inscritos si los fondos federales o estatales no alcanzan para asistir a más niños.

¿Me darán una tarjeta de identificación del seguro?

¡SÍ! Usted recibirá las tarjetas de identificación por correo. Por favor tenga la tarjeta a la mano para que pueda presentarla en las citas médicas y al recoger los medicamentos de receta médica.

¿Cómo puedo escoger a mi médico?

El departamento de servicios sociales le ayudará a escoger su médico.

¿Deberé pagar por la inscripción y los copagos?

Dependiendo de sus ingresos, puede que usted tenga que pagar una cuota anual de inscripción de \$50 a \$100 por familia. En algunos casos, puede que usted también deba pagar una pequeña cuota (copago) por las visitas médicas y los medicamentos de receta médica. Se le notificará si la cuota de inscripción y los copagos corresponden en su caso.

¿Es necesario que me inscriba nuevamente?

¡SÍ! Usted deberá inscribirse nuevamente para continuar recibiendo beneficios. Para la mayoría de los niños esto se debe hacer todos los años. Se le contactará cuando sea el momento de volver a inscribirse.

¿CUÁLES SON MIS RESPONSABILIDADES?

- ✓ Usted se compromete a informar al departamento de servicios sociales dentro de un plazo máximo de 10 días acerca de cualquier cambio en la información que usted proporcionó en su solicitud de inscripción.
- ✓ Es posible que un revisor del estado o del gobierno federal verifique la información que usted proporcionó en este formulario. Usted acepta participar en la revisión y cooperar con el revisor.
- ✓ Si usted a sabiendas proporciona información falsa o bien oculta información y sus niños obtienen una cobertura de seguro médico a la cual no tienen derecho, usted puede ser sancionado legalmente por cometer fraude y puede que se le exija devolver a los programas el dinero de las facturas médicas y/o las primas del seguro que fueron pagadas en forma incorrecta.
- ✓ Si Health Check (Medicaid)/Health Choice paga por su atención médica o la de sus hijos, usted autoriza al estado de Carolina del Norte a cobrarle a quienquiera que deba pagar por dichas facturas. Usted también acepta dar a conocer la información médica de sus hijos a cualquier compañía de seguros a fin de que pague las facturas médicas.
- ✓ Usted se compromete a informar al departamento de servicios sociales si alguna persona asegurada bajo Health Check (Medicaid) sufre un accidente.
- ✓ A fin de inscribir a una persona en Health Check (Medicaid)/Health Choice, usted debe proporcionar su número de seguro social o solicitar que se le asigne uno. Una computadora comparará dichos números con los registros de otras agencias del gobierno (pero no con la Oficina de Servicios de Ciudadanía e Inmigración) a fin de verificar la información. Si usted decide no proporcionar dichos números, la persona no podrá ser inscrita.
- ✓ A fin de inscribir a una persona en Health Check (Medicaid)/Health Choice, usted deberá presentar documentos que demuestren su identidad y su condición de ciudadano(a) de los Estados Unidos, o proporcionar la información necesaria para que el DSS del condado verifique que las personas que solicitan los beneficios reúnen los requisitos. Los refugiados e inmigrantes legales que soliciten beneficios de seguro deberán presentar documentos que demuestren que dichas personas residen en el país en forma legal.

¿CUÁLES SON MIS DERECHOS?

- ✓ Health Check (Medicaid)/Health Choice no puede discriminar a las personas en base a la raza, el color, la nacionalidad, el género, la religión, la edad o las discapacidades al ofrecer empleo o prestar servicios.
- ✓ En cumplimiento de las leyes, toda la información que usted proporcione permanecerá en confidencialidad.
- ✓ Usted puede solicitar una audiencia si piensa que nuestras decisiones son injustas, incorrectas o que han sido tomadas demasiado tarde. Usted tiene derecho a contratar a un abogado u otro representante legal para que le represente en la audiencia. Es posible que exista asistencia legal gratuita. Llame al 1-866-219-5262 para obtener más información.

PARA REPORTAR UN FRAUDE O ABUSO

Para reportar un fraude, desperdicio o el abuso del programa, por favor llame al Centro de Atención al Cliente de DHHS al 1-800-662-7030.

Antes de entregar su solicitud, por favor asegúrese de hacer lo siguiente:

Lea las páginas 1 y 2. Despréndalas y guárdelas en sus registros.

Complete todas las preguntas en las páginas 3, 4, 5, 6 y 7.

Firme la solicitud en la página 8.



Solo para uso administrativo

Condado del DSS: _____

Recibido en (Fecha): _____

No. de caso: _____

☐ Correo ☐ DSS ☐ Depto. de Salud

SOLICITUD

Por favor complete el formulario. Luego envíe las páginas 3, 4, 5, 6 y 7 a su departamento de servicios sociales local. Si usted es una persona adulta sin niños que vivan con usted y está solicitando cobertura de Medicaid, Medicaid para Mujeres Embarazadas o Servicios de Planificación Familiar, empiece en la Pregunta # 2.

Infórmenos acerca de su familia

1. ¿Quiénes son todos los niños menores de 21 años que viven en su hogar?

Complete esta información aun para los niños para quienes no se va a solicitar cobertura de Health Check (Medicaid)/Health Choice.

Únicamente se requieren el número de seguro social, el documento de identidad y los documentos que demuestren la ciudadanía estadounidense de quienes solicitan los beneficios.

Nombre del niño (primer nombre, letra inicial del segundo nombre, apellido paterno)	¿Solicita beneficios? (Sí/No)	Fecha de nacim. (M/D/A)	Sexo (Masc. o Fem.)	*Raza (Use los códigos siguientes. Liste todas las que apliquen.	**Hispano(a) /Latino (Sí/No) Si responde "Sí", especifique usando los códigos siguientes.	¿El niño es ciudadano de los Estados Unidos? (Sí/No)	Número de seguro social (SSN)

*Asiática= A India americana o Nativa de Alaska= I Nativa de Hawai u otra isla del Pacífico= P Caucásica o blanca= W Negra o Africana Americana= B

** Hispano(a) portorriqueño(a) = P Hispano(a) cubano(a) = C Hispano(a) mexicano(a) = M Hispano(a) de otro origen= H

2. ¿Dónde viven usted y los niños? (Si la dirección es distinta, por favor escriba su dirección en una hoja aparte y entréguela junto con esta solicitud.)

Dirección del domicilio:			Dirección postal (si es distinta a la del domicilio):		
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono del domicilio: ()			Teléfono durante el día: ()		

3. ¿Quiénes son los padres que viven con los niños? Si los niños no viven con sus padres, ¿quiénes son los adultos que viven en el hogar y que cuidan de los niños?

Nombre del padre o del adulto (primer nombre, letra inicial del segundo nombre, apellido paterno)	Fecha de nacim. (M/D/A)	Sexo (Masc. o Fem.)	*Raza (Use los códigos de la pregunta #1. Liste todas las que apliquen	**Hispano(a) /Latino (Sí/No) Si responde "Sí", especifique usando los códigos de la pregunta #1.	Nombres de los niños y el parentesco que tienen los padres o los adultos con el niño (Juan - Madre, María - Madrastra)

Todas las personas que solicitan cobertura de Medicaid, Medicaid para mujeres embarazadas o Servicios de Planificación Familiar deberán proporcionar su número de seguro social y puede que tengan que proporcionar información a la oficina de manutención de los niños.

a. ¿Desea solicitar cobertura durante el embarazo para alguna de las personas listadas anteriormente en la pregunta # 3?

▶ ☐ Sí ☐ No

Si usted está solicitando asistencia durante el embarazo deberá presentar una declaración de su médico que incluya la fecha del parto y el número de bebés que espera. Sin embargo, puede enviar el formulario de solicitud aun si usted todavía no tiene la declaración de su médico.

Si es así, ¿para quién? _____ Relación con el (los) niño(s): _____ SSN _____

b. ¿Desea solicitar cobertura de Medicaid para alguna de las personas listadas anteriormente en la pregunta #3? Si desea presentar una solicitud, le contactarán para pedirle información sobre cuentas bancarias, bienes de su propiedad personal, acciones, bonos, etc. El valor total de estos deberá ser menos de \$3,000. Asimismo, si es elegible, es posible que la persona sea responsable por pagar algunas facturas médicas. ▶ ☐ Sí ☐ No

Si es así, ¿para quién? _____ Relación con el (los) niño(s): _____ SSN _____

c. ¿Desea solicitar servicios de planificación familiar para alguna de las personas de 19 años de edad o más listadas anteriormente? ☐ Sí ☐ No

Si es así, ¿para quién? _____ Relación con el (los) niño(s): _____ SSN _____

4. ¿Algún miembro de la familia ha estado viviendo fuera del hogar durante menos de 12 meses (Por ejemplo, en el servicio militar o por estudios universitarios)? ☐ Sí ☐ No

Si es así, por favor proporcione la siguiente información:

Nombre completo (primer nombre, letra inicial del segundo nombre, apellido paterno)	Parentesco con el (los) niño(s)	Motivo de la ausencia	Fecha de retorno esperada

Infórmenos acerca del seguro médico de su familia y sus necesidades médicas

5. ¿Alguno de los progenitores no vive actualmente en el hogar? ☐ Sí ☐ No

Si es así, ¿cuál es el nombre del padre o la madre que no vive en el hogar? (la respuesta es opcional)

¿Dicho progenitor está obligado por un convenio a pagar el seguro médico? ☐ Sí ☐ No

6. ¿Alguna de las personas que solicitan cobertura tienen algún otro plan o cobertura de seguro médico? ☐ Sí ☐ No

Si es así, por favor proporcione la siguiente información:

Nombre del asegurado (primer nombre, letra inicial del segundo nombre, apellido paterno)	Titular de la póliza	Nombre de la compañía de seguros	Dirección de la compañía de seguros	Teléfono de la compañía de seguros	Número de grupo y de póliza

7. ¿Alguna de las personas que solicitan cobertura necesita ayuda para pagar las facturas médicas de los últimos tres meses?

☐ Sí ☐ No

Si es así, por favor proporcione la siguiente información. *Es posible que nosotros podamos pagar dichas facturas.*

Nombre(s) de la(s) persona(s) que tienen facturas médicas por pagar (primer nombre, letra inicial del segundo nombre, apellido paterno)	Nombre del médico, la clínica y/o el hospital donde recibió tratamiento la persona	Fecha del tratamiento médico

8. ¿Alguna de las personas que solicitan cobertura ha sufrido un accidente en los últimos 12 meses? ☐ Sí ☐ No

¿Recibió esa persona atención médica debido al accidente? ☐ Sí ☐ No

Si es así, por favor díganos
quién fue la persona.

¿Cuándo ocurrió el accidente?

Infórmenos acerca de los ingresos de los padres y los hijos

9. ¿Quiénes son los padres y los hijos en el hogar que trabajan y cuánto dinero ganan?

Nombre de la persona en el hogar que trabaja (primer nombre, letra inicial del segundo nombre, apellido paterno)	Nombre y teléfono del empleador	Monto que gana antes de la deducciones	Propinas que recibe	Con qué frecuencia recibe el pago (cada mes, cada semana, etc.)

Por favor proporcione copias de todos los talones de pago de sueldos del último mes de todas las personas listadas. Envíe la solicitud aun si usted no tiene los talones de pago.

10. ¿Alguna de las personas en el hogar trabaja por su cuenta? ▶

☐ Sí

☐ No

Por ejemplo, ¿alguien gana dinero cultivando o criando ganado, tiene su propio negocio o recibe ingresos por el alquiler de sus propiedades? Si es así, por favor adjunte los registros del negocio que muestran los ingresos y los gastos de los últimos 6 meses o el número de meses que ha estado funcionando el negocio, si este ha estado funcionando durante menos de seis meses. Si el ingreso es anual, por favor adjunte los registros del negocio de los últimos 12 meses.

11. ¿Alguna de las personas en el hogar ha perdido su empleo en los últimos tres meses? ▶

☐ Sí

☐ No

Si es así, por favor complete la siguiente información: ▼

Nombre(s) de la(s) persona(s) que perdieron su trabajo	Fecha en que perdieron su trabajo	Nombre del ex empleador	Dirección y teléfono del ex empleador

12. Si el padre, la madre, el hijo o la hija reciben ingresos de otra fuente, por favor complete los espacios que aparecen a continuación.

Tipo de ingreso	Nombre de la persona que recibe el ingreso	Monto que recibe	Con qué frecuencia lo recibe (cada mes, cada semana, etc.)
Manutención de los hijos:		\$	
Seguro social:		\$	
Compensación por desempleo:		\$	
Otro (Por favor explicar):		\$	

Infórmenos acerca de los gastos de los padres y de los hijos

Algunos de estos gastos podrían utilizarse para reducir el monto de los ingresos que se consideran para determinar si tiene derecho a inscribirse en el seguro Health Check (Medicaid)/Health Choice.

13. ¿El padre o la madre que trabajan y viven en el hogar pagan por el cuidado de los niños, por una niñera o por el cuidado de un adulto dependiente? ▶ ☐ Sí ☐ No

Si es así, por favor complete la siguiente información: ▼

Nombre, dirección y número telefónico de la encargada del cuidado de los niños o del proveedor de cuidados del adulto dependiente	Nombre de la persona que recibe el cuidado	Nombre de la persona que paga por el cuidado	Monto pagado	Con qué frecuencia se paga (cada mes, cada semana, etc.)

14. ¿El padre o la madre que viven en el hogar pagan por la manutención de un hijo que no vive en el hogar? ▶ ☐ Sí ☐ No

Si es así, por favor complete la siguiente información: ▼

¿Quién paga por la manutención y a quién le paga?	¿Para quién es la manutención que se paga?	¿El pago fue ordenado por un tribunal judicial? (Sí/No)	Monto pagado Por favor adjunte el documento para la verificación	Con qué frecuencia se paga (cada mes, cada semana, etc.)
			\$	
			\$	
			\$	

Díganos si usted desea ayuda para la manutención del niño o los niños

La Agencia de manutención infantil (*Child Support Agency*) puede ayudarle a obtener ayuda económica y atención médica para el niño por parte del progenitor del niño que no vive en el hogar. Si usted solicita asistencia a la Agencia de manutención infantil, los tribunales pueden determinar la paternidad y establecer las obligaciones de manutención médica y económica.

Existen otros beneficios al trabajar con la Agencia de manutención infantil. Por ejemplo, es posible que su hijo sea elegible para recibir otros beneficios de ayuda económica, los cuales incluyen pagos de seguro social, beneficios de pensiones, beneficios de veteranos de guerra y posibles herencias. Asimismo, su hijo podría beneficiarse al crearse un lazo entre el padre o la madre y el hijo o la hija. Por último, su hijo podría beneficiarse al obtener importante información médica.

Si usted desea que la Agencia de manutención infantil le ayude a establecer la paternidad con respecto a su hijo o a obtener la orden de un tribunal judicial para manutención económica o atención médica, marque la casilla que dice "Sí" abajo. Si usted marca esa casilla, alguien le contactará al respecto.

☐ **Sí, deseo solicitar ayuda de la Agencia de manutención infantil (*Child Support Agency*).**

Inscripción en el registro de votantes

¿ESTÉ USTED REGISTRADO(A) PARA VOTAR EN CAROLINA DEL NORTE? ☐ **Sí** ☐ **No**

Es fácil registrarse para votar en Carolina del Norte. Las leyes del estado exigen que los votantes se registren 25 días antes de las elecciones. El DSS puede ayudarle con el proceso de registro. Si usted desea registrarse para votar en Carolina del Norte, pídale a la coordinadora de servicios a cargo de su caso un formulario para registrarse como votante y pídale que le ayude a llenar el formulario si es necesario.

¿Qué idioma prefiere hablar la familia? (Responder a esta pregunta es opcional)

El gobierno federal requiere que el estado proporcione información acerca de los idiomas que hablan las familias. Por favor ayúdenos proporcionando información acerca de **los padres u otros adultos** que viven en el hogar. (NOTA: Usted puede solicitar la cobertura de Health Check (Medicaid)/Health Choice aun si no responde a las preguntas a continuación.)

Nombre de la persona (primer nombre, letra inicial del segundo nombre, apellido paterno)	El idioma que esta persona prefiere hablar en el hogar (encierre uno de ellos en un círculo)
1.	inglés español otro (Especifique_____)
2.	inglés español otro (Especifique_____)

Al firmar esta solicitud usted declara que entiende lo siguiente:

- ✓ Declaro que toda la información indicada en este documento es verdadera y correcta según mi mejor conocimiento.
- ✓ He leído o me han leído todos los documentos adjuntos a esta solicitud y entiendo mis derechos y responsabilidades como solicitante y/o beneficiario.
- ✓ Autorizo que se dé a conocer cualquier información necesaria para determinar si mi familia es elegible. Entiendo que dicha información podría incluir información médica acerca de las personas para quienes se solicita cobertura de seguro médico y/o información de otro tipo acerca de las personas que solicitan los beneficios y otras personas. Ello podría incluir información acerca de los médicos, los hospitales, los empleadores y las compañías de seguros.
- ✓ Autorizo que se haga una copia de este formulario de consentimiento a fin de verificar la información. Dicho documento seguirá siendo válido y vigente hasta que yo lo revoque (lo anule) por escrito.
- ✓ He recibido o entiendo que recibiré una copia de la "Notificación sobre las prácticas de privacidad de Medicaid".
- ✓ Entiendo que si Medicaid paga por los servicios de un centro de convalecencia o un hogar de ancianos, por servicios de cuidados en el domicilio o por servicios brindados bajo el Programa de Alternativas en la Comunidad (*Community Alternatives Program o CAP*, en inglés), es posible que Medicaid se convierta en acreedor de los bienes de mi sucesión y Medicaid podrá tomar posesión de los bienes de mi sucesión a fin de cobrarse por los pagos que hizo.

Firma (el padre, la madre u otra persona adulta): _____

Fecha: _____