



Solicitud de
cobertura
de atención
médica



Pennsylvania's Children's
Health Insurance Program

We Cover All Kids.

Commonwealth of Pennsylvania
CHIPcoversPAkids.com

KidzPartners
by Health Partners Plans

Health Partners Plans



pennsylvania
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES

El Departamento de Servicios Humanos (DHS) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. El DHS no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

EL DHS PROPORCIONA

- Productos y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que puedan comunicarse con eficacia con nosotros; algunos de estos productos y servicios pueden ser los siguientes:
 - Intérpretes de lenguaje de señas calificados.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles u otros formatos).
- Servicios de idioma sin cargo para las personas cuyo idioma principal no sea el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes calificados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesitas estos servicios, comunícate con el DHS al 1-800-986-5437.

Si crees que el DHS ha incumplido en la prestación de estos servicios o ha discriminado de alguna manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, o sexo, puedes presentar una queja ante:

Bureau of Equal Opportunity
Room 223, Health and Welfare Building
P.O. Box 2675
Harrisburg, PA 17105-2675
(717) 787-1127, TTY (800) 654-5484, Fax: (717) 772-4366, o al correo electrónico: RA-PWBEOAO@pa.gov.

Puedes presentar una queja en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesitas ayuda para presentar una queja, la Oficina de Igualdad de Oportunidades (Bureau of Equal Opportunity) está disponibles para ayudarte.

También puedes presentar una queja respecto de los derechos civiles en forma electrónica ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. a través del Portal de la Oficina de Quejas sobre Derechos Civiles en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal o teléfono:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de quejas se encuentran disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

Información sobre la cobertura de atención médica

¿Quién puede utilizar esta solicitud?

Puedes utilizar esta solicitud para realizar el proceso para cualquier miembro de su familia. Puedes presentar la solicitud incluso si no presentas una declaración de impuestos sobre la renta federales.

¿Qué programas están disponibles?

1. Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP):

CHIP gratuito: Proporciona seguro médico gratuito a niños y adolescentes de hasta 19 años que no posean seguro, que califiquen y no sean elegibles para Asistencia Médica.

CHIP de bajo costo: Proporciona seguro médico de bajo costo a niños y adolescentes de hasta 19 años que no posean seguro, que califiquen y no sean elegibles para Asistencia Médica. Las familias deben pagar una prima mensual por cada niño y hay copagos por determinados servicios.

2. Asistencia Médica:

Proporciona seguro médico gratuito a niños, adolescentes y adultos que califiquen.

3. Mercado de Seguros de Salud:

Proporciona acceso a planes de seguro médico privados que ofrecen cobertura integral. Además, puede que seas elegible para un nuevo crédito fiscal que te ayudaría a pagar tus primas de seguro médico.

Visita www.healthcare.gov para obtener más información.



Realiza la solicitud más rápido en línea.

Realiza la solicitud en línea en www.compass.state.pa.us

La inscripción en estos programas se basa en la cantidad de integrantes de la familia que pagan impuestos y en los ingresos del hogar ajustados. Esta solicitud funcionará con todos los programas anteriores. Toda la información que proporciones en este formulario es confidencial y se puede compartir entre los programas, según sea necesario. La edad de tu(s) hijo(s) junto con los ingresos de tu hogar ajustados determinarán qué programa resulta adecuado para tu familia.

- Si tu hijo no es elegible para el CHIP, esta solicitud se enviará a la Oficina de Asistencia Nacional para comprobar si tú o tu hijo son elegibles para Asistencia Médica o el Mercado de Seguros de Salud.
- Recibirás una carta nuestra en un plazo de 30 días que te indicará lo que ha sucedido con la solicitud y qué puedes esperar.



¿Tienes preguntas? ¿Necesitas ayuda?

Llama a KidzPartners de Health Partners Plans al **1-888-888-1211 (TTY 1-877-454-8477)**.



Beneficios de CHIP:

- Visitas al consultorio médico
- Medicamentos con receta
- Dental
- Cuidado de los ojos y anteojos
- Pruebas de diagnóstico
- Equipos médicos duraderos
- Atención de emergencia
- Cuidado de la audición
- Atención médica domiciliaria
- Hospitalización
- Vacunas
- Análisis de laboratorio/
radiografías
- Salud mental y servicios por
abuso de sustancias
- Embarazo

A quién incluir al realizar la solicitud:

Incluye en ella:

- Tú mismo
- Tu cónyuge o pareja de hecho
- Cualquiera de menos de 21 años que viva contigo
- Cualquiera a quien incluyas en tu declaración de impuestos, incluso si no vive contigo.



Si deseas una copia de esta solicitud en Español, llámanos al **1-800-986-KIDS (CHIP)**.

Cómo presentar tu solicitud

1. Lee la solicitud atentamente y escribe toda la información. LETRA DE IMPRENTA. Una solicitud incompleta hará que el proceso de inscripción en la cobertura de atención médica sea más lento, si el solicitante es elegible.
2. Si necesitas ayuda para rellenar cualquier parte de esta solicitud, comunícate con nosotros llamando al **1-888-888-1211 (TTY 1-877-454-8477)**.
3. Adjunta copias de las pruebas de las deducciones impositivas.
4. Una vez que se complete la solicitud, debes firmarla, fecharla y enviarla por correo o fax a:

KidzPartners de Health Partners Plans

PO Box 1420

Philadelphia, PA 19105-1420

Fax: 215-967-9281

5. Si necesitamos más información, te enviaremos una carta solicitando la información adicional que necesitamos. Envíanos la información de inmediato, para que podamos procesar tu solicitud.

1. Indícanos quién eres y dónde vives (persona que rellena esta solicitud).

IMPORTANTE: Todas las personas que realicen la solicitud deben proporcionar o solicitar un número del Seguro Social (SSN), si son elegibles para uno, y responder las preguntas sobre la ciudadanía. Proporcionar un SSN es opcional para las personas que no soliciten cobertura de atención médica, pero proporcionarlo puede acelerar el proceso de solicitud. Utilizamos los SSN para comprobar los ingresos y otra información, para ver quién es elegible para recibir ayuda con los costos de la cobertura de atención médica. Si alguien desea ayuda para obtener un SSN, debe llamar al 1-800-772-1213 o visitar socialsecurity.gov (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

¿Cuál es tu idioma principal?		Inglés	Español	Otro (especificar)	
Apellido (Padre/madre/tutor/jefe de familia):		Nombre:		Inicial del segundo nombre:	Sufijo:
Dirección del domicilio (Incluidos calle, número de apartamento, ciudad, estado y código postal (+4 dígitos)):					
Dirección postal (Si es diferente de la dirección del domicilio):				Marca si no tienes dirección del domicilio. A pesar de ello debes proporcionar una dirección del domicilio.	
Número de teléfono principal:	Tipo de teléfono:			Número de teléfono secundario:	Tipo de teléfono:
	Residencial	Trabajo	Celular		Residencial Trabajo Celular
¿Cómo prefieres que nos comuniquemos contigo en el futuro?		Dirección de correo electrónico:			
Correo postal Correo electrónico					

2. Proporciona información sobre tu familia (empieza contigo mismo). Consulta la página 2 para ver una lista de a quién debes incluir.

Enumera a continuación: Apellido, nombre, inicial del segundo nombre, sufijo	¿Estás presentando la solicitud para esta persona?	Sexo:	Está esta persona: <ul style="list-style-type: none"> • Casada • Soltera • Divorciada • Separada • Viuda 	Fecha de nacimiento MM/DD/AAAA	Número del Seguro Social (Consulta la nota "Importante" anterior)
Tú mismo:					
Persona n.º 2:					
Persona n.º 3:					
Persona n.º 4:					
Persona n.º 5:					
Persona n.º 6:					
¿Alguien que vive contigo es padre/madre, padrastro/madrastra o padre/madre adoptivo/a de algún niño incluido en esta solicitud?					Sí No
De ser así, explica:					

2. Proporciona información sobre tu familia (continuación).

¿Alguna de las personas que está presentando la solicitud no es ciudadano de los EE. UU.?

Sí

No

De ser así, rellena la siguiente información.

Nombre de la persona que no es ciudadano de los EE. UU.	¿Tienes estado de inmigración elegible?	Tipo de documento del Servicio de Inmigración y Naturalización (INS) (I551, I94, etc.)	N.º de ID del documento (n.º de extranjero, etc.)	¿Has vivido en los EE. UU. desde 1996?	¿Esta persona es un veterano o está en servicio activo en el ejército de los EE. UU.?
Tú mismo	Sí				
Persona n.º 2	Sí				
Persona n.º 3	Sí				
Persona n.º 4	Sí				
Persona n.º 5	Sí				
Persona n.º 6	Sí				

Esta tabla es una continuación de la tabla de la página anterior (página 4).

¿Esta persona es un estudiante a tiempo completo de menos de 22 años?	¿Esta persona vive contigo?	¿Qué parentesco tiene contigo esta persona? • Hijo • Hijastro • Cónyuge • Otro	Raza (opcional)							Origen étnico (opcional)	
			Afroamericano	Asiático (Subcontinente indio)	Nativo de Alaska/indígena estadounidense†	Asiático	Caucásico	Otra (escribir)	Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico	Hispano	No hispano
	Yo	Yo									

† Rellene el Apéndice B.

Si necesitas más espacio, adjunta una hoja de papel separada.

3. Impuestos, ingresos y deducciones (continuación)

3b. Ingresos

Los ingresos incluyen, entre otras cosas:

- Sueldos, salarios, propinas, bonificaciones, comisiones, etc.
- Interés
- Dividendos
- Reembolsos tributables, crédito o compensaciones de impuestos sobre la renta estatales y locales
- Pensión alimenticia recibida
- Beneficios/pérdidas netos de trabajo autónomo
- Ganancias/pérdidas de capital/de otro tipo
- Distribuciones de IRA
- Pensiones y rentas anuales
- Inmuebles en alquiler, regalías, fideicomisos y REMIC
- Ingresos/pérdidas agrícolas
- Compensación por desempleo
- Compensación laboral
- Beneficios del Seguro Social
- Otros ingresos

¿Algún miembro de tu hogar tiene algún ingreso? **Sí** **No**

En caso afirmativo, enumera cualquier ingreso que hayas recibido, o esperas recibir, este año.

Nombre	Fuente de ingresos (nombre del empleador, desempleo, Seguro Social, etc.)	Frecuencia Semanal, bisemanal, mensual, una vez, etc.	Monto antes de impuestos	Fecha en que empezaste Mes/Día/Año

El año pasado, ¿alguien (selecciona todas las opciones que correspondan):

cambió de empleo? **En caso afirmativo, ¿quién?:**

dejó de trabajar? **En caso afirmativo, ¿quién?:**

empezó a trabajar menos horas? **En caso afirmativo, ¿quién?:**

¿Los ingresos de alguien cambian de un mes a otro? (Por ejemplo, empleo estacional.) **Sí** **No**

En caso afirmativo, enumera a las personas cuyos ingresos cambien y sus ingresos totales previstos este año y el próximo año.

Nombre	Ingresos totales previstos y número de meses trabajados este año	Ingresos totales previstos y número de meses trabajados el próximo año

3. Impuestos, ingresos y deducciones (continuación)

3c. Deducciones fiscales

Las deducciones fiscales elegibles son:

- Gastos en educadores
- Determinados gastos comerciales de reservistas, artistas intérpretes y funcionarios del gobierno remunerados a través de tasas
- Deducción de la cuenta de ahorros de salud
- Gastos de traslados relacionados con el empleo
- Parte deducible del impuesto sobre el trabajo autónomo
- Planes de pensión simplificada de empleado (SEP), planes de igualación de incentivos de ahorro para empleados (SIMPLE) y planes calificados de trabajadores autónomos
- Deducción del seguro médico de trabajador autónomo
- Penalización por la retirada temprana de ahorros
- Pensión alimenticia pagada
- Deducción de IRA
- Deducción de intereses de préstamo de estudiante
- Matrículas y tasas
- Producción doméstica

Si alguien paga por determinadas cosas que se pueden deducir en una declaración de impuestos sobre la renta federales, informarnos de ello puede reducir el costo de tu seguro médico. **Debes enviarnos pruebas de las deducciones.** Estas deducciones se encuentran en la línea 23-35 del formulario 1040 o en las líneas 16-19 del formulario 1040A.

Nota: No debes incluir un costo que ya hayas incluido en tu respuesta al trabajo autónomo neto.

¿Algún miembro de tu hogar tiene deducciones impositivas? **Sí** **No**

En caso afirmativo, enumera cualquier deducción que ya hayas recibido o esperas recibir.

Nombre	Tipo de deducción	Cuánto	Con qué frecuencia Una vez, mensualmente, trimestralmente, etc.	Fecha en que empezaste Mes/Día/Año

4. Seguro médico

4a. Seguro médico de tu empleador

Asistencia Médica puede, en ocasiones, comprar un seguro médico para ti o tus hijos de tu empleador. Ayúdanos a decidir si esto es posible rellenoando esta sección.

¿Te han ofrecido cobertura médica a través de un empleo? (Marca Sí incluso si la cobertura procede del empleo de otra persona, como una pareja o cónyuge) **Sí** **No**

En caso afirmativo, rellena esta sección y tanta información como puedas en el **Apéndice A.**

¿Se trata de un plan estatal de beneficios del empleado? **Sí** **No** ¿Es una cobertura COBRA? **Sí** **No** ¿Es un plan de jubilación? **Sí** **No**

Si se te ha ofrecido cobertura médica a través de tu empleo, ¿tienes (o tendrías) que pagar por tu cobertura? **Sí** **No**

¿Tienes (o tendrías) que pagar por la cobertura de tus hijos? **Sí** **No**

¿Cuál es el costo para el empleado de la cobertura familiar a través del plan de salud grupal de su empleador?

¿Con qué frecuencia? (semanal, bisemanal, mensual, trimestral, anual)

¿Tu empleador dejó de ofrecerte cobertura provocando que tu hijo perdiese el seguro médico? **Sí** **No**

4. Seguro médico (continuación)

4b. Seguro médico

Si tú o alguien por el que estás realizando la solicitud tiene cobertura de seguro médico, o tuvo cobertura de seguro médico en un pasado reciente, rellena esta sección. Rellena una casilla por cada póliza.

¿Alguien por quien estás realizando la solicitud tiene otro seguro médico actualmente? **Sí** **No**

¿Alguien por quien estás realizando la solicitud tuvo cobertura de seguro médico en los últimos 90 días? **Sí** **No**

Si la respuesta es afirmativa para cualquiera de las preguntas anteriores, rellena la siguiente sección e indícanos todo lo que puedas sobre el seguro. En caso negativo, omite la sección.

Póliza n.º 1

Tipos de cobertura de atención médica:				Enumera quién tiene cobertura:	
Empleador Medicare A Medicare B	Medicare C Asistencia Médica	TRICARE Peace Corps Plan individual	Programas de atención médica de Asuntos de los Veteranos (VA) CHIP Otro	Nombre:	Apellido
Nombre de la compañía de seguros:				Nombre:	Apellido
Número de póliza:		Nombre del titular de la póliza:		Nombre:	Apellido
Nombre/número del grupo:				Nombre:	Apellido
¿Qué está/estaba cubierto?	Atención hospitalaria	Visitas al médico	Recetas	Cuidado de los ojos	Dental
¿Es (o era) un plan de beneficios limitados (como una póliza de accidente laboral)?				Sí	No
¿Cuándo comenzó el seguro? (Mes/día/año)			¿Cuándo terminará el seguro? (Mes/Día/Año) Deja en blanco si el seguro no va a terminar		
¿Finalizó/finalizará este seguro médico porque el titular de la póliza perdió el empleo o cambió de empleo? Sí No					
En caso afirmativo , ¿quién ha perdido o perderá la cobertura?					

Póliza n.º 2

Tipos de cobertura de atención médica:				Enumera quién tiene cobertura:	
Empleador Medicare A Medicare B	Medicare C Asistencia Médica	TRICARE Peace Corps Plan individual	Programas de atención médica de Asuntos de los Veteranos (VA) CHIP Otro	Nombre:	Apellido
Nombre de la compañía de seguros:				Nombre:	Apellido
Número de póliza:		Nombre del titular de la póliza:		Nombre:	Apellido
Nombre/número del grupo:				Nombre:	Apellido
¿Qué está/estaba cubierto?	Atención hospitalaria	Visitas al médico	Recetas	Cuidado de los ojos	Dental
¿Es (o era) un plan de beneficios limitados (como una póliza de accidente laboral)?				Sí	No
¿Cuándo comenzó el seguro? (Mes/día/año)			¿Cuándo terminará el seguro? (Mes/Día/Año) Deja en blanco si el seguro no va a terminar		
¿Finalizó/finalizará este seguro médico porque el titular de la póliza perdió el empleo o cambió de empleo? Sí No					
En caso afirmativo , ¿quién ha perdido o perderá la cobertura?					

5. Información de calificación especial

Si alguien para quien estás realizando la solicitud tiene una discapacidad o una necesidad de atención médica especial, se puede utilizar un límite de ingresos superior cuando tu familia solicita Asistencia Médica. Están disponibles servicios adicionales. Ayúdanos a averiguar si alguien para quien estás realizando la solicitud es elegible para estos programas.

¿Alguien necesita ayuda para pagar alguna factura médica de los últimos 3 meses? **Sí** **No**

En caso afirmativo, ¿quién?

¿Alguien vive en una institución médica o de atención a largo plazo o tiene una afección médica física, mental o emocional que provoque limitaciones en las actividades (como bañarse, vestirse, realizar las tareas diarias, etc.)? **Sí** **No**

Embarazo

¿Estás tú, o bien, alguien que viva contigo, embarazada? **Sí** **No**

En caso afirmativo, indícanos quién a continuación.

Nombre	Fecha de parto prevista	¿Cuántos bebés esperas?

Discapacidad

¿Tienes tú o alguien para quien estás realizando la solicitud una discapacidad permanente o una afección crónica o una necesidad de atención médica continua? **Sí** **No**
En caso afirmativo, indíquenos quién y cuáles son sus necesidades.

Nombre: ¿Cuál es la discapacidad o la afección? Fecha en que se diagnosticó la afección/discapacidad:	<p>¿Ha solicitado esta persona beneficios por discapacidad? (¿Discapacidad del Seguro Social, Seguridad de Ingreso Suplementario, compensación laboral, seguro de discapacidad privado o asistencia especial con las facturas médicas?)</p> <p>Sí No</p>
Nombre: ¿Cuál es la discapacidad o la afección? Fecha en que se diagnosticó la afección/discapacidad:	<p>¿Ha solicitado esta persona beneficios por discapacidad? (¿Discapacidad del Seguro Social, Seguridad de Ingreso Suplementario, compensación laboral, seguro de discapacidad privado o asistencia especial con las facturas médicas?)</p> <p>Sí No</p>
Nombre: ¿Cuál es la discapacidad o la afección? Fecha en que se diagnosticó la afección/discapacidad:	<p>¿Ha solicitado esta persona beneficios por discapacidad? (¿Discapacidad del Seguro Social, Seguridad de Ingreso Suplementario, compensación laboral, seguro de discapacidad privado o asistencia especial con las facturas médicas?)</p> <p>Sí No</p>

Crianza temporal

¿Estaba alguien en crianza temporal a los 18 años o más mayor? **Sí** **No**

En caso afirmativo, indíquenos quién a continuación

En caso afirmativo, ¿finalizó la crianza temporal debido a su edad? **Sí** **No**

Nombre	¿En qué estado?:	¿A qué edad?:

6. Información opcional

(Ninguna parte de esta información afectará a tu solicitud de cobertura de atención médica y no se transmitirá al Mercado de Seguros de Salud.)

Información sobre consultas o médicos de atención primaria (PCP):

Si hay un médico/profesional a quien te gustaría tener como el PCP de tu hijo, indícalo a continuación. Si este médico/profesional participa con la compañía de seguros que solicitas, es posible que se asigne como el PCP de tu hijo.

Si quieres comprobar si tu médico participa, llama a la compañía de seguros a la que deseas realizar la solicitud.

¿Es el PCP el mismo para todos los niños? **Sí** **No**

En caso negativo, indica para cada hijo.

Nombre(s)	¿Es paciente actual?	Nombre del médico/ consultorio	Dirección del médico/consultorio	Número de teléfono del médico/consultorio

7. Representante autorizado

Puedes conceder un permiso a una persona de confianza para hablar sobre esta solicitud con nosotros, consultar tu información y actuar en asuntos relacionados con estas solicitudes, lo que incluye obtener información sobre tu solicitud y firmarla en tu nombre. Esta persona se llama representante autorizado. Si alguna vez necesitas cambiar tu representante autorizado, comunícate con tu compañía de seguros del CHIP. Si eres un representante nombrado legalmente de alguien en esta solicitud, envía prueba de ello con la solicitud.

¿Quieres nombrar a alguien como tu representante autorizado? **Sí** **No**

Nombre del representante autorizado:	Número de teléfono:	Tipo de teléfono: Residencial Trabajo Celular
--------------------------------------	---------------------	---

Papel del representante autorizado:	Cuidador	Tutor legal	Contacto principal	Representante
	Ejecutor de testamento vital	Poder notarial	Miembro del equipo de asistencia	

Dirección (incluye calle, número de apartamento, ciudad, estado y código postal + 4):

Al firmar a continuación, permites a esta persona que firme tu solicitud, obtenga información oficial sobre esta solicitud y actúe por ti en todos los asuntos futuros relacionados con esta póliza

Tu firma

Fecha

No olvides firmar y fechar la página 13, de forma que se pueda procesar tu solicitud.

Tienes determinados derechos y responsabilidades. Estos son:

CHIP:

- Confidencialidad – Toda la información de esta solicitud se mantendrá confidencial. Esta solicitud se compartirá solo con los programas que tú solicites y/o para los que puedas ser elegible, como el programa de Asistencia Médica.
- Designar un representante personal – Puedes seleccionar a otra persona para que recibas información médica relacionada contigo o tu(s) hijo(s) menor(es) rellenando un formulario de Designación de representante personal.
- Certificado de cobertura acreditable – Cuando abandones el programa, recibirás un certificado de cobertura acreditable para verificar la cobertura médica, si eres elegible.
- Aviso por escrito – Se te entregará un aviso por escrito explicando tu elegibilidad.
- Apelación – Puedes solicitar una revisión imparcial si no estás de acuerdo con alguna decisión tomada en relación con esta solicitud, si la petición se realiza en los 30 días siguientes a la decisión.

Tienes la responsabilidad de:

- Leer y comprender por completo esta solicitud.
- Proporcionar información cierta, correcta y completa, comprendiendo que se imponen sanciones por proporcionar información falsa conscientemente, se trata de un delito grave y se considera un fraude penal al seguro.
- Ayudar con la revisión de esta solicitud, que puede incluir entrevistas y la revisión de expedientes médicos.
- Ser consciente de que determinada información puede ser objeto de verificación por parte de los empleadores, fuentes financieras y otros terceros.
- Proporcionar prueba de identidad y ciudadanía de los EE. UU. o estado de inmigración legal, si esa información no se obtiene a través de este proceso de solicitud.
- Proporcionar prueba de los ingresos y las deducciones fiscales, si esa información no se obtiene a través de este proceso de solicitud.
- Informar sobre todos los cambios relacionados con tu hogar, incluidos ingresos, familiares, dirección y número de teléfono, tan pronto como se produzcan.

Asistencia Médica:

- Entiendo que Pennsylvania recibe información de otras agencias estatales y federales para verificar la información que les proporciono. Si realizo una declaración falsa, oculto o retengo datos que pueden afectar mi elegibilidad para recibir beneficios, es posible que me obliguen a devolver el pago de mis beneficios y puedo ser procesado y descalificado a la hora de recibir determinados beneficios futuros.
- Entiendo que puedo designar a un representante autorizado completando la sección de Representante autorizado y enviándola con esta solicitud.
- Entiendo que la información introducida en esta solicitud se mantendrá confidencial y se utilizará solo para administrar beneficios. Autorizo la divulgación de información personal, financiera y médica para los fines de determinar la elegibilidad.
- Entiendo que cualquier cambio que esté obligado a informar, debe ser notificado en los primeros 10 días del mes siguiente al mes del cambio.
- Entiendo que recibiré un aviso por escrito explicando los beneficios. Si los beneficios se deniegan, cambian, suspenden o interrumpen, el aviso por escrito explicará los motivos.
- Entiendo que tendré 30 días desde la fecha del aviso para solicitar una audiencia si no estoy de acuerdo con la decisión tomada sobre esta solicitud.

- Entiendo que mi situación está sujeta a verificación por parte de los empleadores, fuentes financieras y otros terceros.
- Entiendo que los solicitantes deben proporcionar su número del Seguro Social o solicitar uno si no lo tienen. Este número se puede utilizar para comprobar la información que figura en esta solicitud.
- Entiendo que debo utilizar la tarjeta de transferencia electrónica de beneficios (EBT) o la tarjeta PA ACCESS solo durante el período en que sea elegible. Debo utilizar la tarjeta de EBT o la tarjeta PA ACCESS solo para la persona que sea elegible y solo puedo obtener los beneficios que sean necesarios y razonables.
- Entiendo que no tengo que proporcionar el número del Seguro Social de nadie que no esté solicitando Asistencia Médica. Si proporciono su número del Seguro Social, puede usarse para comprobar la información de esta solicitud.
- Certifico que toda la información que se ha introducido es cierta bajo pena de perjurio.
- Entiendo que tengo derecho a un certificado de cobertura acreditable, para verificar mi cobertura médica. La legislación federal limita los casos en que se puede denegar o limitar la cobertura de atención médica por una afección preexistente. Si me inscribo en un plan de salud grupal que tenga una cláusula de afecciones preexistentes, puedo obtener crédito por el tiempo que reciba Asistencia Médica.
- Entiendo que, si alguna o todas las personas solicitantes no califican para Asistencia Médica, puede que sean elegibles para CHIP. Si este es el caso, autorizo al Departamento de Servicios Humanos a procesar mi solicitud de Asistencia Médica y tras la aprobación proporcionar mi nombre e información en esta solicitud al contratista de CHIP.
- Entiendo que si algunas o todas las personas que realizan la solicitud no cumplen los requisitos para Asistencia Médica, es posible que sean elegibles para recibir beneficios federales y/o explorar opciones de atención médica privada a través del Mercado de Seguros de Salud. Si este es el caso, autorizo al Departamento a proporcionar mi nombre e información en esta solicitud al Mercado. Entiendo mis derechos y responsabilidades conforme al Mercado de Seguros de Salud.

Mercado de Seguros de Salud:

- Sé que tengo que informar al Mercado de Seguros de Salud si cambia algo (y es diferente) de lo que escribí en esta solicitud. Puedo visitar healthcare.gov o llamar al **1-800-318-2596** para informar sobre cualquier cambio. Entiendo que un cambio en mi información podría afectar la elegibilidad de los miembros de mi hogar.
- Sé que, en virtud de la legislación federal, no está permitida la discriminación basada en la raza, el color, el origen nacional, el sexo, la edad, la orientación sexual, la identidad de género o la discapacidad. Puedo presentar un reclamo de discriminación visitando www.hhs.gov/ocr/office/file.
- Renovación de la cobertura en años futuros: Para facilitar la determinación de mi elegibilidad para obtener ayuda para pagar mi cobertura médica en años futuros, acepto permitir al Mercado que utilice mis datos de ingresos, incluida información de mis declaraciones de impuestos. El Mercado me enviará un aviso, me permitirá hacer cambios o darme de baja en cualquier momento.
- Sí, deseo renovar mi elegibilidad para el Mercado automáticamente durante:
 - 5 años (el número máximo de años permitidos)
 - 4 años
 - 3 años
 - 2 años
 - 1 año

No olvides firmar y fechar la solicitud a continuación o no se podrá procesar.

Entiendo que puedo designar a un representante autorizado completando la sección de Representante autorizado y enviándola con esta solicitud.

Si algunas o todas las personas que realizan la solicitud no cumplen los requisitos para CHIP, es posible que sean elegibles para recibir beneficios federales y/o explorar opciones de atención médica privada a través del Mercado de Seguros de Salud. Si este es el caso, autorizo al Departamento a proporcionar cualquier información en esta solicitud al Mercado. Entiendo mis derechos y responsabilidades en virtud del Mercado de Seguros de Salud.

Si se determina que mi hijo es elegible para o está inscrito en beneficios de atención médica de empleados estatales de una agencia pública y la agencia pagaría incluso una pequeña parte del coste del beneficio o prima, entonces mi hijo no es elegible para CHIP. Si este es el caso y mi hijo ha estado recibiendo beneficios de CHIP, los beneficios de CHIP de mi hijo se pueden terminar retroactivamente.

Certifico que, en la medida de mi conocimiento, entiendo mis derechos y responsabilidades y que la información incluida en esta solicitud es completa y verdadera bajo pena de perjurio. También certifico que proporcionar de forma consciente información falsa o incompleta en esta solicitud se considera fraude de seguro.

Entiendo que a todas las personas que realicen la solicitud se les proporcionará acceso a cobertura en virtud del programa para el que sean elegibles, si se les considera elegibles para Asistencia Médica o CHIP. Si me consideran elegible para CHIP y considero que posiblemente sea elegible para Asistencia Médica, puedo comunicarme con mi proveedor de CHIP y solicitar una revisión completa de mi solicitud por parte de la agencia de Asistencia Médica.

Autorizo la divulgación de información personal, financiera y médica a los fines de determinar la elegibilidad y para la revisión de los programas de CHIP y Asistencia Médica.

Certifico que las personas para las cuales estoy presentando una solicitud son ciudadanos de los EE. UU. o extranjeros con estado de inmigración legal. (Entiendo que esta certificación no aplica a un extranjero que está solicitando únicamente los beneficios de atención médica de emergencia de Asistencia Médica).

Autorizo la divulgación de información personal, financiera y médica para los fines de determinar la elegibilidad y para la revisión del/de los programa(s) que estoy solicitando.

Firma del solicitante o de la persona que realiza la solicitud para el/los solicitante(s):

Tu firma

Fecha

¿Qué sucede después?

Una vez que recibamos tu solicitud, realizaremos una revisión de elegibilidad y nos comunicaremos contigo en un plazo de 30 días.

Si necesitamos más información:

Te enviaremos una carta solicitando la información adicional que necesitamos. Envíanos esta información de inmediato, para que podamos procesar tu solicitud.

Si tu hijo es elegible para CHIP:

- Después de que comprobemos tu ingreso y otra información, te notificaremos tu fecha de inscripción o la fecha de inscripción de tu hijo.
- Si tu hijo es elegible para CHIP de bajo costo, recibirás una factura que debe pagarse antes de que pueda comenzar la cobertura CHIP.
- Recibirás la tarjeta de identificación de tu hijo aproximadamente 10 días después de la fecha en que te volviste elegible.
- Puedes empezar a utilizar la cobertura CHIP de tu hijo en la "fecha de entrada en vigencia" indicada en la carta de inscripción.

Si tu hijo no es elegible para CHIP:

- Te notificaremos por escrito para permitirte saber por qué tu hijo no es elegible.
- Si tu hijo parece ser elegible para Asistencia Médica, enviaremos tu solicitud a la Oficina de Asistencia del Condado.

Renovación

Si tu hijo está inscrito en CHIP:

- Una vez al año, en el aniversario de la inscripción de tu hijo, se revisará la elegibilidad. Este proceso se llama renovación. Cada año, antes de la fecha de renovación de tu familia, se enviarán cartas solicitando la verificación de los ingresos y otra información familiar. Si no proporcionas la información necesaria, finalizará la cobertura CHIP de tu hijo.

Es posible que este plan de atención médica administrada no cubra todos tus gastos de atención médica. Lee todos sus materiales atentamente para determinar qué servicios de atención médica están cubiertos.

Cobertura médica a través del empleo

Apéndice A

Infórmanos sobre el empleo que te ofrece cobertura. Escribe el nombre de la persona que es elegible para la cobertura, y tu número de Seguro Social, en la sección de Información del empleado y pide a tu empleador que rellene el resto de este formulario. Adjunta una copia de esta página por cada empleo que ofrezca cobertura. NO tienes que responder estas preguntas a menos que alguien de tu hogar sea elegible para la cobertura médica a través de un empleo.

Información del empleado

El empleado debe rellenar esta sección.

Nombre del empleado:

Número del Seguro Social:

Información del empleador:

Pide al empleador esta información.

Nombre del empleador:

Dirección del empleador (incluye calle, número, ciudad, estado, código postal + 4):

Número de identificación del empleador:

Número de teléfono del empleador:

¿Con quién podemos comunicarnos en relación con la cobertura médica del empleado en este empleo?

Número de teléfono (si es diferente del anterior):

Dirección de correo electrónico:

¿Es el empleado actualmente elegible para la cobertura ofrecida por este empleador, o el empleado será elegible en los próximos 3 meses?

Sí Si el empleado no es elegible hoy, lo que incluye como resultado de un periodo de espera o de prueba, ¿cuándo es elegible el empleado para la cobertura? (Mes/día/año)

No PARA y devuelve este formulario al empleado.

Infórmanos sobre el plan de salud ofrecido por este empleador.

¿El empleador ofrece un plan de salud que cubre al cónyuge o dependiente(s) de un empleado?

Sí (cuál) **Cónyuge** **Dependiente** **No** (pasar a la siguiente pregunta)

¿Ofrece el empleador un plan médico que cumple el estándar de valor mínimo*?

Sí (pasar a la siguiente pregunta) **No** (parar y devolver el formulario al empleado)

Para el plan de menor costo que cumpla el estándar de valor mínimo* **ofrecido solo al empleado (no incluye planes familiares)**: Si el empleador tiene programas de bienestar, proporciona la prima que el empleado pagaría si recibiese el descuento máximo por cualquier programa para dejar de fumar y no recibiese ningún otro descuento basado en programas de bienestar.

¿Cuánto tendría que pagar el empleado en primas por este plan?

¿Con qué frecuencia? **Semanalmente** **Cada 2 semanas** **Dos veces al mes** **Trimestralmente** **Anualmente**

Si el año del plan finalizará pronto y sabes que los planes de salud ofrecidos cambiarán, pasa a la siguiente pregunta. Si no lo sabes, **PARA y devuelve el formulario al empleado.**

¿Qué cambio hará el empleador para el nuevo año del plan?

El empleador no ofrecerá cobertura médica

El empleado empezará a ofrecer cobertura médica a los empleados o cambiará la prima por el plan de menor costo disponible solo para el empleado que cumpla el estándar de valor mínimo.* (La prima debería reflejar el descuento para los programas de bienestar. Consulta la pregunta anterior.)

¿Cuánto tendría que pagar el empleado en primas por este plan?

¿Con qué frecuencia? **Semanalmente** **Cada 2 semanas** **Dos veces al mes** **Trimestralmente** **Anualmente**

Fecha del cambio (Mes/Día/Año)

*Un plan médico patrocinado por un empleador cumple el "estándar de valor mínimo" si la cuota del plan de los costos totales de beneficios permitidos cubiertos por el plan no es inferior al 60 por ciento de dichos costos (Sección 36B(C)(2)(C)(ii) del Código de Impuestos Internos de 1986).

Familiar indígena estadounidense o nativo de Alaska (AI/AN)

Rellena este apéndice si tú o tu familiar son indígenas estadounidenses o nativos de Alaska. Presenta esto con tu solicitud de Cobertura de atención médica.

Infórmarnos sobre tus familiares indígenas estadounidenses o nativos de Alaska.

Los indígenas estadounidenses y nativos de Alaska pueden obtener servicios de los Servicios de Salud para Indígenas, programas médicos tribales o programas médicos indígenas urbanos. También es posible que no tengan que pagar un costo compartido y posiblemente obtengan períodos de inscripción mensuales especiales. Responde a las siguientes preguntas para asegurarte de que tu familia obtenga la máxima ayuda posible.

Nota: Si tienes más personas que incluir, haz una copia de esta página y adjúntala.

Persona AI/AN 1

(Toda la información en letra de imprenta)

Nombre (Nombre, segundo nombre, apellido):

¿Es miembro de una tribu reconocida a nivel federal? **Sí** **No**

En caso afirmativo, nombre de la tribu y estado en que se encuentra ubicada la tribu:

¿Ha recibido esta persona alguna vez un servicio del Servicio de salud para indígenas, un programa médico tribal o un programa médico indígena urbano?

Sí **No**

En caso negativo, ¿es esta persona elegible para obtener servicios del Servicio de salud para indígenas, programas médicos tribales o programas médicos indígenas urbanos, o a través de una derivación por parte de uno de estos programas?

Sí **No**

Cierto dinero recibido no puede contabilizarse para Asistencia Médica o el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP). Enumera cualquier ingreso (monto y frecuencia) comunicado en tu solicitud que incluya dinero de estas fuentes:

- Pagos per cápita de una tribu que proceden de recursos naturales, derechos de utilización, alquileres o regalías
- Pagos procedentes de recursos naturales, agricultura, ganadería, pesca, alquileres o regalías procedentes de tierras designadas como tierra en fideicomiso indígena por el Departamento de Interior (incluidas reservas y antiguas reservas)
- Dinero procedente de la venta de cosas que tienen una importancia cultural.

Monto:

¿Con qué frecuencia?

Persona AI/AN 2

(Escribe toda la información en letra de imprenta)

Nombre (Nombre, segundo nombre, apellido):

¿Es miembro de una tribu reconocida a nivel federal? **Sí** **No**

En caso afirmativo, nombre de la tribu y estado en que se encuentra ubicada la tribu:

¿Ha recibido esta persona alguna vez un servicio del Servicio de salud para indígenas, un programa médico tribal o un programa médico indígena urbano?

Sí **No**

En caso negativo, ¿es esta persona elegible para obtener servicios del Servicio de salud para indígenas, programas médicos tribales o programas médicos indígenas urbanos, o a través de una derivación por parte de uno de estos programas?

Sí **No**

Cierto dinero recibido no puede contabilizarse para Asistencia Médica o el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP). Enumera cualquier ingreso (monto y frecuencia) comunicado en tu solicitud que incluya dinero de estas fuentes:

- Pagos per cápita de una tribu que proceden de recursos naturales, derechos de utilización, alquileres o regalías
- Pagos procedentes de recursos naturales, agricultura, ganadería, pesca, alquileres o regalías procedentes de tierras designadas como tierra en fideicomiso indígena por el Departamento de Interior (incluidas reservas y antiguas reservas)
- Dinero procedente de la venta de cosas que tienen una importancia cultural.

Monto:

¿Con qué frecuencia?



Health Partners Plans

La discriminación está prohibida por la ley

Health Partners (Medicaid) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, credo, religión, ascendencia, sexo, identidad o expresión sexual ni orientación sexual. Health Partners no excluye a personas ni las trata de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, credo, religión, ascendencia, sexo, identidad o expresión sexual ni orientación sexual.

Health Partners proporciona productos y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que puedan comunicarse con eficacia con nosotros; algunos de estos productos y servicios pueden ser los siguientes:

- Intérpretes de lenguaje de señas calificados.
- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles u otros formatos).

Health Partners proporciona servicios de idioma sin cargo para las personas cuyo idioma principal no sea el inglés, como los siguientes:

- Intérpretes calificados.
- Información escrita en otros idiomas.

Si necesitas estos servicios, comunícate con Servicios para Miembros al 1-800-553-0784 (TTY 1-877-454-8477).

Si crees que Health Partners ha incumplido en la prestación de estos servicios o ha discriminado de alguna manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, credo, religión, ascendencia, sexo, identidad o expresión sexual, u orientación sexual, puedes presentar una queja ante la siguiente entidad:

Health Partners Plans
Attn: Complaints, Grievances & Appeals Unit
901 Market Street, Suite 500
Philadelphia, PA 19107
Número de teléfono: 1-800-553-0784
(TTY 1-877-454-8477)
Fax: 1-215-991-4105

The Bureau of Equal Opportunity
Room 223, Health and Welfare Building
P.O. Box 2675
Harrisburg, PA 17105-2675
Número de teléfono: (717) 787-1127 (TTY/PA
RELAY: 711)
Fax: (717) 772-4366, o
Correo electrónico: RA-PWBEOAO@pa.gov

Puedes presentar una queja en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesitas ayuda para presentar una queja, Health Partners y la Oficina de Igualdad de Oportunidades (Bureau of Equal Opportunity) están disponibles para ayudarte. También puedes presentar una queja respecto de los derechos civiles en forma electrónica ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. a través del Portal de la Oficina de Quejas sobre Derechos Civiles en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal o teléfono:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW.
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

KidzPartners

by Health Partners Plans

901 Market Street, Suite 500
Philadelphia, PA 19107



Health Partners Plans