



**INSTRUCCIONES** – Debe llenar este formulario CO-1 “Solicitud de inicio rápido para el Plan de Salud Charter Oak” para iniciar el proceso de solicitud. Una vez que llene y firme este formulario, envíelo por correo a: **Charter Oak Health Plan, P.O. Box 280747, East Hartford, CT 06128.**

**Ingreso ganado** – Díganos cuánto dinero ganan las personas de su unidad familiar en su trabajo cada mes. Necesitamos saber la cantidad antes de impuestos o antes de deducir ahorros diferidos u otras deducciones. Si usted trabaja por cuenta propia, díganos cuánto gana después de deducir los gastos de su negocio.

**Ingreso no ganado** – Díganos cuánto dinero ganan las personas de su unidad familiar que no sea dinero de su trabajo, como por ejemplo ingreso de la Compensación por desempleo, Seguro Social, pensión de divorcio o beneficios de jubilación.

**Gastos de cuidado de niños o adultos** – Díganos si paga gastos de cuidado de niños o de adultos discapacitados para que usted pueda trabajar o manejar su negocio. Es posible que califique para una deducción del ingreso mensual declarado.

### **PARA TODOS LOS SOLICITANTES**

Entiendo y estoy de acuerdo con lo siguiente:

1. Si he estado asegurado en los últimos 6 meses, no califico para el Plan de Salud de Charter Oak a menos que llene una de las excepciones a este requisito. El DSS o su agente me informará los criterios y el proceso para pedir la excepción.
2. El ingreso y el tamaño de la familia determinan las cantidades de la prima mensual y deducible que tendré que pagar. El DSS o su agente usará la información de este formulario para darme un estimado de la prima mensual y deducible. Si bien recibiré esa información antes de inscribirme en el plan de salud, la información adicional que yo indique en la solicitud de seguimiento se usará para determinar la prima mensual y el deducible exacto que tendré que pagar. Se me notificará antes de la inscripción en el plan de salud si hay un cambio en las cantidades de la prima y deducible después de haberse analizado la solicitud de seguimiento.
3. El DSS o su agente usará la información de este formulario y la información de la solicitud de seguimiento para determinar si me corresponden otros programas de salud del DSS incluyendo, entre otros, Medicaid o HUSKY. Si califico para otro plan de seguro de salud financiado por el gobierno, no podré solicitar el Plan de Salud de Charter Oak.
4. Si no estoy de acuerdo con la decisión del DSS o su agente, tengo derecho a pedir una revisión de la decisión.
5. Toda la información indicada en este formulario está sujeta a la verificación de los funcionarios federales, estatales y locales. Cooperaré con esos funcionarios entregando las autorizaciones, documentos y datos para comprobar lo que he dicho. Autorizo al DSS o a su agente a verificar la información indicada en este formulario.
6. Toda la información indicada en este formulario, incluyendo los números de Seguro Social, es confidencial, salvo como lo autoricen o exijan las leyes estatales o federales, y se utilizará únicamente para administrar los programas médicos o para verificar los ingresos indicados en esta solicitud.
7. Los números de Seguro Social de las personas que solicitan asistencia se utilizarán para verificar la identidad, requisitos e ingreso. También se compararán por computadora los números de Seguro Social con los archivos de los gobiernos federal, estatal y local. Se exigen los números de Seguro Social para determinar si recibe Medicaid, según la disposición 42 U.S.C. §§ 1320b-7(a) (1), (b)(2), y son voluntarios para el Plan de Salud Charter Oak. Su número de Seguro Social le permitirá al DSS o su agente a verificar el ingreso que usted declaró. Si no indica los números de Seguro Social, es posible que se le exija presentar una verificación de salario, como por ejemplo, los comprobantes de cheque de su salario.
8. Notificaré al DSS o su agente dentro de los 10 días de producido algún cambio en las circunstancias familiares, como por ejemplo ingreso, otro seguro médico, dirección o tamaño de la unidad familiar.
9. Declaro que yo y las otras personas para las cuales solicito beneficios somos ciudadanos americanos o, en caso de que uno de nosotros no lo sea, que la información indicada sobre la situación de ciudadanía de esa persona es verdadera.
10. Se pedirá y utilizará la información a disposición del Estado mediante el sistema de verificación de ingresos y requisitos para procesar mi pedido de asistencia. Esa información provendrá del Departamento del Trabajo, de la Administración del Seguro Social y del Servicio de Impuestos Internos (IRS), así como de otras agencias cuando lo permita la ley. La información recibida podrá verificarse directamente con otros recursos, como bancos y empleadores. Los resultados de dicha verificación pueden afectar la elegibilidad de mi unidad familiar y el nivel de beneficios.

### **LEA CUIDADOSAMENTE Y FIRME**

He leído este formulario o me lo han leído en un idioma que entiendo. Certifico que la información indicada en este formulario es verdadera y completa a mi leal saber y entender. Si he dado información incorrecta intencionalmente, entiendo que hay sanciones por declaraciones falsas, tal como se establece en las secciones 53a-157b y 17b-97 de las Leyes Generales de Connecticut y sanciones por hurto como se establece en las secciones 53a-122 y 53a-123. También es posible que se me impongan sanciones por perjurio de acuerdo con las leyes federales y estatales. Autorizo al DSS o a su agente a verificar la información que yo he indicado en este formulario.

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante o representante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo (si firma con una X)

\_\_\_\_\_  
Fecha

