

INSTRUCCIONES PARA SOLICITUD DE SERVICIOS MÉDICOS

Completa esta forma si vive en Iowa y quiere obtener:

- ◆ Medical Assistance (Title 19 o Medicaid) – proporciona cobertura médica
Otros programas dentro del Medical Assistance Program son:
 - Facility Care – le ayuda a pagar los costos de casa para ancianos
 - Medicaid para niños bajo el cuidado de un hogar adoptivo o en adopción subvencionada
 - Waiver – ayuda a permanecer en sus hogares y no en casas para ancianos
 - Medicare Savings Program – paga todo o parte de su prima de Medicare
 - State Supplementary Assistance (State Supp) (Asistencia Estatal Complementaria) – ayuda para personas con 65 años o más o personas discapacitadas
- ◆ WIC (Programa Especial Suplemental de Nutrición para Mujeres, Infantes, y Niños) – ayuda con cheques para alimentos especiales que pueden ser utilizados en tiendas en Iowa y farmacias para mujeres embarazadas y post parto, y niños menores de 5 años.
- ◆ Maternal and Child Health – proporciona servicios de atención medica para niños menores de 21 años y mujeres en edad fértil.

Este no es el formulario adecuado si desea obtener Food Assistance (Asistencia Alimenticia) o ayuda en dinero a través del Family Investment Program (FIP).

Por favor no deje que el temor del Immigration and Naturalization Service (INS) no le permita obtener ayuda para su familia. Obtener ayuda no le quitara el poder obtener residencia permanente legalmente, ciudadanía de los E.U.A., o de poder patrocinar a sus parientes.

Para aplicar por ayuda, seguir los cuatro pasos fáciles:

- 1. Completar la Solicitud**
Llenar y firmar la solicitud. Por favor diga la verdad. Si está aplicando por alguien más, conteste las preguntas que tienen que ver con esa persona.
- 2. Llene la Solicitud**
Enviar por correo al Department of Human Services (DHS) en su condado. La fecha en que se inicia su ayuda está basada en la fecha en que la oficina de DHS reciba su solicitud. No espere.
- 3. Proporcione Cualquier Prueba Necesaria**
Ver la tabla a continuación para lo que se necesite. Incluyendo copias de las pruebas que ayudara a apresurar el proceso de su solicitud.
- 4. Se puede Necesitar Una Entrevista**
Una entrevista pueda no ser necesaria si está solicitando solo por un niño. Todos los adultos que solicitan ayuda deben tener una entrevista.

Prueba Necesaria para el Programa

Ademas de su solicitud, por favor proporcione cualquier prueba necesaria para el programa(s) que se estén solicitando.

	Medical Assistance	Facility or Waiver	Medicare Savings Program	Foster Care-Sub Adoption	State Supp	WIC	Maternal and Child Services
Prueba de quién es (I.D.) licencia de manejar, acta de nacimiento, etc.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Prueba de que es ciudadano(a) o nacional de los EE.UU. (certificado de nacimiento, pasaporte de los EE.UU., etc.)	✓	✓	✓	✓	✓		
Prueba de solicitud para Número de Social Security (si aún no tiene uno)	✓	✓	✓	✓	✓		
Prueba de cualquier prima pagada de seguro médico: cuenta, talón de cheque demostrando la deducción, etc.		✓		✓	✓		
Prueba de ingreso * o cualquier dinero que entre en su hogar	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Prueba costos de cuidado para niños, adultos, manutención de niños/conyugue	✓		✓	✓	✓		
Reportes mensuales bancarios mas recientes; cheques, unión de crédito, ahorros, etc. **	✓	✓	✓	✓	✓		
Prueba del valor actual de valores/bonos, seguros de vida, certificados de deposito, fideicomisos **	✓	✓	✓	✓	✓		
Prueba de la presente dirección de domicilio						✓	✓

* Talón de cheque de los últimos 30 días si esta trabajando o récords de impuesto de ingreso federal si se tiene negocio propio. Cartas de Beneficios de Social Security, Beneficios de Veteranos, etc.

** Pueda que no sea necesario si solo esta solicitando por un niño.

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES - LEA Y CONSERVE ESTA HOJA

INFORMACIÓN PARA ADULTOS Y NIÑOS SOLICITANDO PARA MEDICAL ASSISTANCE

- Yo tengo entendido que yo asumo total responsabilidad por la certeza de las declaraciones en esta forma. Yo entiendo que el Department of Human Services (DHS) usara esta declaración para determinar mi elegibilidad para Medical Assistance.
- Entiendo que mi elegibilidad no se verá afectada por mi raza, credo, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, excepto cuando esto sea restringido por la ley.
- Yo tengo entendido que yo tengo el derecho de una audiencia si esta solicitud es negada o no es manejada rápidamente o si los servicios otorgados son cancelados, reducidos o suspendidos. Entiendo que puedo obtener una audiencia solicitándola por escrito a la oficina local del DHS y que puedo representarme a mí mismo, pedir la ayuda de un abogado, pariente, amigo u otro portavoz.
- Yo se que mi caso puede ser escogido por el Departamento para una completa revisión de Quality Control o cualquier otra de la elegibilidad para asistencia. Si mi caso es seleccionado para verificación, yo cooperare en total para la verificación. Yo en esta forma doy mi autorización a todas las personas para divulgar información confidencial relacionada con mi elegibilidad a una persona que revise para DHS. Yo entiendo que fallar en cooperar con dicha persona puede resultar en la negación o cancelación de los beneficios.
- Notificaré a la oficina del DHS LOCAL, en un plazo no mayor a diez días sobre cualquier cambio en los beneficios médicos o en el cubrimiento del seguro de salud. Además, yo entiendo que yo debo notificar a mi proveedor médico (doctores, farmacia, etc.) si alguna otra parte pueda ser responsable de pagar mis gastos médicos. Notificaré a la oficina del DHS LOCAL, en un plazo no mayor a diez días, si presento una reclamación o contrato a un abogado para solicitar la indemnización por heridas y gastos médicos que resulten de aquellas heridas, que de otra forma hubieran sido cubiertos por Medicaid. Fallar en cumplir con mis responsabilidades puede dar al Department causa de negar o terminar mi elegibilidad de Medicaid.
- Acepto entregar a la agencia Medicaid los pagos de gastos médicos realizados por terceros para mí y otras personas elegibles para Medicaid, para las cuales yo estoy legalmente autorizada a asignar beneficios. Además, acepto cooperar para obtener pagos de gastos médicos provenientes de terceros.
- Yo entiendo que yo debo reembolsar al Department por cualquier dinero pagado a mi o pagado a un proveedor a mi favor al cual yo no tenga derecho.
- Es mas yo entiendo que el Department puede proporcionar documentos o formas de demanda describiendo los servicios pagados por Medicaid cuando yo lo pida o a la petición de un abogado actuando a mi favor. Dichos documentos puedan también ser proporcionados a una tercera parte cuando sea necesario para establecer el punto en que la demanda del Department sea reembolsada.
- Yo entiendo que las leyes Federales y Estatales y las reglas permiten el acceso a oficiales Federales y Estatales autorizados para récords de Medicaid. Yo también entiendo en su totalidad que mi aceptación de Medicaid es mi consentimiento para que estas personas autorizadas tengan acceso a mis récords de atención medica durante el tiempo que yo sea elegible para Medicaid, como sea necesario para verificar los pagos apropiados de Medicaid.
- Concedo autorización para revelar a quienes me proporcionan asistencia médica el estado de mi caso de Medically Needy (Médicamente Necesitado), incluyendo el monto de mi Spenddown (la parte no cubierta por Medicaid), o en los casos que deba una prima a Medicaid for Employed People with Disabilities (Medicaid por Personas Discapacitadas Empleadas).
- Si yo quedo registrado en un plan de cuidado medico manejado, yo doy consentimiento de la divulgación de información medica, incluyendo cualquier salud mental clínica o información de abuso de substancia, por mis proveedores médicos al HMO, PHP, otros proveedores de cuidado medico manejado o al cuerpo administrativo autorizado contratado por el proveedor de cuidado medico manejado para determinar apropiacion, calidad, o utilización de servicios que yo he recibido cuando estuve registrado en el cuidado medico manejado.
- Yo entiendo que si el Medical Assistance es aprobado, pagos de apoyo intencionados para costos médicos deberán ser asignados y pagados por el Department of Human Services al punto de que los beneficios que yo reciba. Yo entiendo que el Department puede intervenir, conforme pero no limitandose, al Código de Iowa Capitulo 252^a, 252B, 252C, 252D, 598, y 600B, para hacer reclamo y asegurar el apoyo de cualquier persona o parte que pudiera ser responsable por mi manutención o de mis hijos. Yo entiendo que si yo recibo Medicaid, el Department puede pedir manutención no-medica para mi y mis hijos a menos que yo notifique al Department que los servicios relacionados al apoyo medico no son deseados. Servicios de apoyo medico incluyen el establecimiento de paternidad y el establecimiento y obligación de apoyo medico.
- Yo se que la Sección 1128B del Social Security Act dice que los castigos Federales por actos fraudulentos y por reportes falsos. Cualquiera que obtenga, o trate de obtener, o ayuda a otra persona a obtener asistencia publica a la cual la persona no tiene derecho es culpable de violación de las leyes del Estado de Iowa. Estas leyes incluyen, pero no están limitadas a, Código de Iowa Capitulo 243, 293B, 249 A, y 249A.
- Yo entiendo y estoy de acuerdo que yo necesitare proporcionar al Department con cualquier documentación de Immigration and Naturalization (INS) o cualquier otro documento que el Department considere ser prueba de mi situación de inmigración de cada persona en mi hogar que no sea un ciudadano de los Estados Unidos o nacional. Yo entiendo que la situación de extranjero puede ser sujeta a verificación con INS, lo cual puede requerir la entrega de cierta información de esta solicitud a INS. Yo además entiendo que la información recibida de INS puede afectar la elegibilidad de mi hogar y el nivel de beneficios.
- Si diligencio una solicitud separada para asistencia alimenticia, y dicha aplicación es remitida a la Food Stamp Investigation Unit (Unidad de Investigación de Estampillas de Alimentos), cooperaré con la investigación para recibir Medicaid cuando la investigación se refiera a ingresos recursos y composición del hogar que pueda afectar mi elegibilidad para Medicaid.
- Yo entiendo que los hechos que yo proporcione determinaran mi elegibilidad financiera. Una certificación medica es también necesaria antes de la aprobación para ciertos programas de Medical Assistance. Para determinar la certificación medica, el Iowa Medicaid Enterprise (IME) Medical Services puede necesitar contactar a mi medico. Yo autorizo a mi medico a mi proveedor de cuidado médico el divulgar información a IME Medical Services para este proposito. Yo estoy de acuerdo de permitir a DHS el divulgar el registro de esta solicitud a mi facilidad de cuidado a fin de obtener el nivel de determinación de cuidado necesario por elegibilidad. Una copia de este formulario recibido por fax tendrá el mismo efecto que el original.

MAS INFORMACIÓN PARA ADULTOS SOLICITANDO PARA ASISTENCIA MEDICA

- Notificaré a la oficina del DHS LOCAL acerca de cualquier cambio en la información de esta aplicación, incluyendo, pero sin limitarse a ingresos anticipados o propiedad tales como una herencia, pagos integrales para el apoyo a niños delincuentes, o cualquier cambio en el ingreso o en mi vivienda o en la de cualquier otro miembro de mi familia. Si tengo alguna duda sobre si un cambio particular en las circunstancias, es información que debe ser informada, reportaré eso a mi oficina LOCAL dentro de los diez días siguientes a la fecha en que el cambio se presente. Yo también entiendo que yo debo reembolsar al Department cualquier dinero recibido por mi o pagado a un vendedor a mi nombre al cual yo no tenga derecho.
- Yo entiendo que los pagos bajo el Medical Insurance Program (Part B de Medicare) se haran directamente a los médicos y a los proveedores médicos de cualquier factura no pagada por servicios de atención medica que se me haya proporcionado cuando tenia elegibilidad de Medicaid.
- Yo autorizo a DHS a proporcionar información de esta solicitud, información sobre de mi condición del designado Assesment Tool con IME Medical Services para todos los servicios a mi hogar y comunidad (HCBS) renuncias de derecho y el Area Agency en Aging Case Management Team para mi HCBS renuncia de mis derechos de servicios para persona de edad avanzada.

INFORMACIÓN PARA AQUELLOS SOLICITANDO PARA WIC O SERVICIOS MATERNIDAD Y CUIDADO PARA NIÑOS

- Yo entiendo que una declaración de ingreso y personas en mi familia y viviendo en mi hogar es necesario para asegurar que fondos Federales y Estatales sean dirigidos a esas personas que tengan menos habilidad para asegurar servicios de otros recursos.
- Yo entiendo que el Maternal and Child Health Director of the Iowa Department of Public Health, el Director de WIC, o sus asignados deberán tener acceso a toda la información disponible de los récords que son mantenidos por la agencia proporcionando salud maternal, salud a niños, o servicios WIC.

HEALTH SERVICES APPLICATION (SOLICITUD DE SERVICIOS MÉDICOS)

INFORMACIÓN DEL HOGAR - Completar para todos los programas				
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido Nombre		
Dirección del Hogar	Ciudad	Estado	Condado	Código
Dirección Postal (si es diferente a la anterior) O Nombre y Dirección del Pagador				
Numero Tel. Hogar ()	Número Mensajería ()	Nombre del Mensaje Persona Contacto		
Marcar los programas que usted quiere recibir: <input type="checkbox"/> Medical Assistance (Title 19 or Medicaid) <input type="checkbox"/> Maternal and Children Health Services <input type="checkbox"/> Facility <input type="checkbox"/> Medicare Savings Program <input type="checkbox"/> Waiver <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> Foster Care/Subsidized Adoption <input type="checkbox"/> State Supplementary Assistance (Renuncia) <input type="checkbox"/> Iowa Family Planning Network				
SI USTED NECESITA MAS ESPACIO PARA CONTESTAR CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS, ADJUNTAR HOJAS ADICIONALES				

Empezar con usted mismo, entonces enumera todas las personas que viven en su hogar.

NOMBRE (Primer, Segundo, Apellido)	¿Solicita por esta persona?	¿Cual relación con esta persona?	¿Servicios recibidos en 3 meses? ¿cuales meses?	Social Security Number	Genero	Fecha Nacimiento	Estado de nacimiento	Ultimo grado de escuela	Ciudadano	Raza *	¿Si es niño, los padres NO viven con el?	¿Otro Seguro Medico Disponible?
	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	MISMO	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Meses:		<input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Meses:		<input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Meses:		<input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Meses:		<input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Meses:		<input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Debemos preguntarle su origen étnico y raza, pero usted no está obligado/a a contestar. Su respuesta no afectará cuánto reciba o con qué rapidez. Si contesta, utilice la siguiente codificación:

* Origen étnico: H = Hispano o Latino; N = No Hispano ni Latino

** Raza (Seleccione todas las que correspondan): W = Blanca; B = Negra o Afroamericana; A = Asiática; I = Amerindia o Nativas de Alaska; N = Nativas de Hawai u otras islas del Pacífico.

Liste las personas embarazadas que viven en su hogar _____

Plazo (MMDDAA) _____

¿Está usted interesado en servicios de planificación familiar para las mujeres de su hogar que tengan entre 13 y 45 años de edad?

Si

No

INGRESO: Enumere todo el ingreso que las personas que viven en su hogar obtiene. Incluye ingresos laborales, como trabajador independiente, la Seguridad Social, Beneficios para Veteranos, Seguro de desempleo, sostenimiento de niños, indemnizaciones de trabajadores, Retiro de los Ferrocarriles, IPERS, servicio civil, dinero de amigos o parientes, etc.

Persona que recibe el dinero	Patrón o fuente de Ingreso	Cantidad antes de impuestos o deducciones	¿Que tan seguido se paga?	¿Se espera que este ingreso continúe? si NO explicar:
			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Semana terciada <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Dos al mes <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Semana terciada <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Dos al mes <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Semana terciada <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Dos al mes <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Semana terciada <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Dos al mes <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

RECURSOS: Un recurso es dinero en efectivo o cualquier cosa que pueda canjearse por dinero. Enumerar todos los recursos y la cantidad o valor. Incluya dinero en efectivo disponible, cuentas corrientes, vehículos, seguros de vida, títulos valores, bonos, certificados de depósitos (CDs), fondos fiduciarios, cuentas de jubilación, contratos de entierro, espacios de entierro, anualidades, etc. Si solo se aplica la cobertura por un niño, los recursos no deberán contarse.

Persona con recurso	Tipo de recurso	Cantidad o Valor	Lugar (nombre del banco, y dirección, hogar, etc.)

Si usted designó al Estado de Iowa como beneficiario residual de una anualidad, a fin de calificar para un pago de Medicaid de un cuidado de largo plazo, el Estado de Iowa obtendrá cualquier beneficio restante de la anualidad, hasta el monto de los beneficios pagados por Medicaid.

¿Alguien en su hogar vendió o cedió algo de valor en los últimos 60 meses? (Esto incluye propiedades reales o personales, bienes inmobiliarios, ingresos, herencias, etc.) Si No

¿Alguien en el hogar paga manutención para niños o conyugue para una persona que no viva con ustedes? Si No

Si es si, ¿quién paga? _____ ¿Cantidad? _____

Alguien en el hogar paga a alguien para que cuide a un niño o aun adulto incapacitado? Si No

Si es si, ¿quién paga? _____ Que tan seguido? _____ ¿A quien? _____

¿Está dispuesto a cooperar para obtener apoyo medico? Si No (Contestar si usted es padre o quien está cuidando y está solicitando por si mismo y un niño.)

INFORMACIÓN SOBRE DE LOS PADRES QUE NO VIVEN EN EL HOGAR: Dar el nombre de cualquiera de los padres que no estén viviendo con usted y los niños por quién esta solicitando, quienes son estos padres, sus fechas de nacimiento, números de social security. Un niño puede obtener asistencia médica si usted no proporciona esta información.

Nombre del padre que no vive en casa:	Nombre del hijo de este padre:	El padre nació, fecha:	Número de Social Security de este padre:

NUMERO DE SOCIAL SECURITY (SSN)

Debe poner el SSN de todas las personas mencionadas en esta solicitud para obtener Medical Assistance. La Sección 1137(a)(1) del Social Security Act y el 42 CFR 435.910 requiere esto. Si usted no quiere Medicaid, usted no tiene que darnos su SSN. El SSN será utilizado:

- Para checar el ingreso, elegibilidad y la cantidad de pagos de Medical Assistance que se harán a su favor.
- Para determinar el derecho de otras personas a Medical Assistance.
- Para cumplir con las leyes Federales que requieren divulgación de información para récords de Medicaid.
- Para comparar con récords en otras agencias tales como: Social Security Administration, Internal Revenue Services, y Iowa Workforce Development. Estas comparaciones de pueden hacer por una computadora e un base individual.

Mis derechos y responsabilidades me serán proporcionados en la parte de atrás de las instrucciones de esta Health Services Application. Yo he leído y quitado la hoja de las instrucciones de esta Health Services Application para mi uso futuro.

YO CERTIFICO QUE ESTAS DECLARACIONES SON CORRECTAS A LO MEJOR DE MI CONOCIMIENTO Y CREENCIA.

Firma o marca del solicitante

Fecha

Firma o marca de otro padre o padrastro
en el hogar

Fecha

Firma de la persona, si hay que haya
ayudado a completar esta forma

Fecha