

Kids Connectionsm



Solicitud de Programas Médicos para los niños



Seguro de Salud para
los Niños de Nebraska
Alcanzando un futuro saludablesm

NEBRASKA HEALTH AND HUMAN SERVICES SYSTEM



www.hhs.state.ne.us/med/kidsconz.pdf



¿Qué es “Kids Connection”?

Kids Connection es un programa de seguro de salud desarrollado por el Estado de Nebraska para niños calificados. "Kids Connection" incluye el programa CHIP (Programa de seguro de salud para niños) y Medicaid (el programa de ayuda médica de Nebraska).

¿Qué es lo que cubre “Kids Connection”?

Kids Connection provee cuidado de salud para su niño para ayudarle a prevenir enfermedades, encontrar y tratar los problemas temprano y a mantener buena salud y desarrollo.

Los exámenes regulares incluyen:

Chequeos y vacunas para los bebés
Chequeos anuales para niños en la escuela, incluyendo exámenes físicos, deportivos y de escuela.

Vacunas para niños de edad escolar
Chequeos y selladores dentales
Exámenes de vista y de oídos

Kids Connection también provee cuidado médico para lesiones y enfermedades tan pronto como sea posible. Esto es esencial para tratar y corregir las problemas de salud.

El tratamiento incluye:

Visitas al doctor
Cuidado de hospital
Consejería
Servicios especiales para niños minusvalidos o condiciones de salud crónicas

Medicinas
Tratamiento dental
Enfermedades mentales, asesoramiento por abuso de sustancias y servicio de tratamiento.

Laboratorio/Rayos X
Anteojos

¿Cómo es que Kids Connection puede ser el seguro de salud para mi niño?

La elegibilidad de su niño para tener seguro de salud a través de Kids Connection es primordialmente basada en los ingresos de la familia.

Niños pueden ser elegibles:

si tienen menos de 19 años.
si viven en Nebraska.
aun si ambos padres viven en la casa.

aun si uno o ambos padres trabajan tiempo-completo.
aun si su familia tiene otro tipo de seguro de salud.*

*Cuando solicite para Kids Connection, su niño será evaluado por la inscripción basada en sus ingresos, tamaño de su familia y seguro de salud. Algunos programas bajo Kids Connection no son disponibles para niños que ya tienen seguro de salud.

Solicitud para Kids Connection

Programas Medicos para los Niños

Efectivo June 1, 2005

Instrucciones: Lea con cuidado. Por favor escriba con claridad.

Esta solicitud no es válida sin su nombre, firma y domicilio.



Kids Connection

SI USTED ESTA RECIBIENDO O HA SOLICITADO MEDICAID, NO LLENE ESTE FORMULARIO

Persona solicitando por el niño o niños		Relación	Número de Seguro Social	
Domicilio (Número, Calle)	Ciudad	Código Postal	Condado	Número Telefónico/Casa
Dirección Postal, si es diferente (Número, Calle)		Ciudad	Código Postal	Número Telefónico/Trabajo

¿Alguien en su familia recibió servicios del Departamento de Salud y Servicios Humanos este mes o el mes pasado? **Sí No** (Por ejemplo: Estampillas para Comida, ADC, Cuidado del niño, Medicaid, Ayuda de Energía, etc.)

Si responde Sí, explique bajo qué nombre, dónde, cuándo, y el tipo de servicio:

¿Qué idioma hablan en su hogar?

Anote todos los miembros de la familia que viven con usted (padres e hijos). Dé la información anotada. Use más papel si es necesario.

Nombre: (Primer Nombre, Inicial Intermedia, Apellido)	Ciudadano o reside en EE.UU. legalmente	Número de Seguro Social	Raza	Fecha de Nacimiento	Sexo M/F	Embarazada Sí o No	Si embarazada, ¿cuál es la fecha de parto?	
Padres en casa (padres Bio. O adopt.) Incluya menor embarazada.								
Niños					Sexo M/F	Nombre de la Madre	Nombre del Padre	¿Asiste Escuela? Sí/ No

¿Tiene seguro en este momento? **Sí No** Si responde sí, Diganos el nombre de la compañía, número de póliza y los nombres de los asegurados en la póliza. El costo de las primas puede ser deducido del ingreso contable.

Compañía de Seguros	Teléfono de la Compañía	Número de Póliza o No. de plan de grupo	Tipo de Seguro (HMO, completo, vision, etc.)	Miembros de la Familia Asegurados Por la Póliza

¿Tiene alguno de los niños que viven con usted alguna cuenta médica no pagada en los últimos 3 meses? **Sí No**

Si responde sí, es posible que usted pueda recibir ayuda para pagar la cuenta.

Agregue copias de talonarios de empleo y complete la información de abajo

Necesitamos prueba de sus ingresos. Para ingresos, provea copias de los talones de sus cheques de el ultimo mes de trabajo. Si no las tiene provea una carta de empleo (la empresa donde trabaja). Si usted es un empleado autonomo, provea una copia de su mas reciente retorno Federal de taxes. Otros documentos que pueden ser usados, como una carta de su empleo. Si tiene preguntas, llame al numero gratuito 1-877-632-5437.

Hay algun adulto o niño que actualmente este recibiendo dinero de:	Sí	No	Si , responde "Sí", ¿Quién?	Nombre del Patrón o Fuente de Ingresos	Cantidad Bruto	¿Cada Cuánto es Recibido?
Salarios, sueldos, propinas, comisiones, etc. (Incluya ingresos de su negocio)						
Trabajo - Autónomo (Incluya el 1040 y Horarios correspondantes)						
Ingresos no ganados, tal como: Beneficios para Veteranos, Interés, Sosten de Niños, Sosten del Conyúge, Dividendo, Manutención						
Ingresos no ganados, tal como: Compensación de desempleo, Compensación de Trabajadores, Seguro Social, SSI, etc.						

Si usted paga el costo para que cuiden a sus niños, por favor dé los nombres de los niños y la cantidad mensual que paga por cada niño.

Nombre del Niño	Cantidad Mensual	Nombre y Domicilio del Proveedor

Usted desea recibir información adicional sobre esta ayuda: (favor de marcar una "X" donde aplique)

Dinero Comida Utilidades Renta Cuidado de niño Transportación Cuidado de adulto Ayuda en su casa
 Otra _____

Computación de Ingresos: (SOLO PARA USO DE LA AGENCIA)

- | | | | |
|--|----------|---|----------|
| 1. Total de ingreso bruto mensual, Ganado. | \$ _____ | 4. Restar \$100 por cada adulto empleado | \$ _____ |
| 2. Total de ingresos de trabajo autónomo ganado. | \$ _____ | 5. Costo total del cuidado de niño | \$ _____ |
| 3. Total de ingresos ganados (sume líneas 1 & 2) | \$ _____ | 6. Total ganado (restar 5 de 4) | \$ _____ |
| | | 7. Total del ingreso mensual no ganado | \$ _____ |
| | | 8. Total de ingreso contable (Sume 6 & 7) | \$ _____ |

POR FAVOR, FIRME ESTA DECLARACION: Yo certifico que la información que he proveído arriba es verdadera a lo mejor de mi conocer y yo le doy permiso al Estado de Nebraska hacer los contactos necesarios para verificar mis declaraciones. Yo he leído la lista de mis derechos y responsabilidades, impresas abajo. Yo sé que podré ser penalizado si yo intencionalmente doy información falsa. Yo certifico que los niños anotados en esta solicitud son ciudadanos del EE.UU. o inmigrantes legales.

Firma o Marca del Solicitante: _____ Fecha: _____
 (Testigo si se usa marca)

Envíe por correo esta solicitud, completa y firmada, con prueba de ingresos, a:
Kids Connection P.O. Box 94926, Lincoln, NE 68509-4926
 Si necesita más información, llame al número gratuito 1-877-NEB-KIDS (1-877-632-5437)

Derechos y Responsabilidades

Si necesita ayuda con Alimentos, utilidades y cuidado de niños u otras necesidades, llame al Depto. De Salud y Servicios Humanos.

- Yo sé que mis hijos menores de 19 años, que son elegibles para Kids Connection, pueden tener chequeos de salud gratuitos, bajo un programa especial de Socios por Niños Saludables, llamado Examen periódico y temprano, Diagnosis y Tratamiento (EPSDT).
- Yo sé que la información que he dado, es confidencial. Yo estoy de acuerdo a que la información médica de mis hijos puede ser divulgada solo si es necesario para la administración del programa.
- Yo sé que cualquier información que he dado puede ser revisada y verificada por el Estado de Nebraska. También yo entiendo que debo cooperar completamente con los trabajadores estatales y federales si mi caso es revisado. No es necesario tener permisos adicionales o verificaciones u otra información.
- Yo sé que esta solicitud será considerada sin importar raza, color, sexo, incapacidad, religion, origen nacional o credo político del solicitante.
- Yo sé que puedo pedir una audiencia si no estoy satisfecho con la acción tomada por el Estado de Nebraska en conexión con el programa. Yo también puedo pedir audiencia si siento haber sido discriminado adversamente.
- Yo sé que el Estado de Nebraska requerirá y usará información de un sistema de computador llamado el IEVS (Sistema de Verificación de ingreso y Elegibilidad). Este sistema compara la información de Kid Connection acerca de mí y de los otros miembros de mi familia, con información de otras agencias. Otras agencias pueden incluir el IRS (Servicio de Ingresos Internos), la Administración del Seguro Social y Departamento de trabajo Administración de veteranos, Estadísticos vitales.
- Yo sé que Kids Connection no paga los gastos médicos que una tercera parte, tal como se supone que una compañía privada de seguros vaya a pagar si mis hijos tienen Kids Connection. Yo doy mis derechos a los pagos de una tercera parte, el Departamento de Salud y Servicios Humanos. Estos pagos podrán incluir pagos de pólizas de seguros de Hospital y salud. Yo sé que si rehúso dar mis derechos a los pagos de una tercera parte, al Departamento de Salud y Servicios Humanos, mi hijo no será elegible para recibir los beneficios de Kids Connection.

Yo entiendo que esta solicitud es una solicitud para una clase de beneficios de salud para niños, bajo Medicaid y no es una solicitud completa de Medicaid. Yo entiendo que si encuentran que mis hijos no son elegibles bajo esta clase de beneficios de salud bajo Medicaid, yo podré ser elegible para beneficios de Medicaid en alguna otra base, y tengo el derecho de completar una solicitud entera de Medicaid.

El sistema de Salud y Servicios Humanos de Nebraska promueve y valora la diversidad y está comprometido a Acción/Afirmativa/Igual oportunidad de empleo y no discrimina en la entrega de beneficios y servicios.

NEBRASKA HEALTH AND HUMAN SERVICES SYSTEM



The Nebraska Health and Human Services System promotes and values diversity. It is committed to affirmative action/equal employment opportunities and does not discriminate in delivering benefits.