



SOLICITUD DE *MEDICAID* PARA MUJERES, NIÑOS Y FAMILIAS

INFORMACIÓN PARA LA PERSONA QUE SOLICITA - favor de rellenar todos los espacios en blanco en la solicitud respecto a Ud. Y las personas que viven en su hogar. Si necesita más espacio para responder a cualquiera de las preguntas, use una hoja de papel. Devuelva la solicitud a la Oficina Local de Asistencia Económica (Income Support Division) (ISD) o a la persona que está a cargo de determinar si Ud. tiene derecho de recibir los beneficios temporales de Medicaid.

Esta es una solicitud para los cuatro programas de *Medicaid* indicados en la lista más abajo. Hay otros programas de *Medicaid* que requieren una solicitud distinta que no sea ésta.

Para que Ud. califique para recibir los beneficios de *Medicaid*, las personas que viven con Ud. en su hogar tienen que satisfacer ciertos requisitos que constan en las directivas. Ud. puede indagar acerca de esas directrices comunicándose con la oficina ISD o llame gratis al número 1-888-997-2583.

- **JUL MEDICAID** provee los beneficios de Medicaid a padres, madres o parientes que tienen niños menores de 19 años que dependen en alguna persona para que los sostenga, aún si la familia no califica para recibir asistencia en efectivo o no desea solicitar asistencia en efectivo. El programa de *Medicaid* está totalmente separado de la asistencia en efectivo, y los beneficios de *Medicaid* que la persona recibe no cuentan en el límite de tiempo de la asistencia que la persona recibe en efectivo.
- **MEDICAID PARA NIÑOS** facilita cobertura para los menores de 19 años. Algunos niños podrán tener derecho de recibir los beneficios conforme al Programa de Seguro de Salud para Niños (*State Children's Health Insurance Program (SCHIP)*). Los niños que tienen el programa *SCHIP* tienen que satisfacer los co-pagos mínimos. Niños Nativos Americanos que reúnen los requisitos para la cobertura *SCHIP* no pagan los co-pagos.
- **MEDICAID SÓLO PARA SERVICIOS RELACIONADOS CON EN EMBARAZO** cubre únicamente los servicios relacionados con el embarazo. Este programa cubre estos servicios hasta por dos meses después del mes en que la madre da a luz o cuando termina el embarazo.
- **MEDICAID PARA SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR** cubre únicamente los servicios relacionados con la planificación familiar para mujeres de edad 18-50 años.

Ud. tiene que proveer las siguientes pruebas:

- identificación y ciudadanía o de su situación como inmigrante.
- Sus ingresos durante las últimas cuatro semanas.
- El Número de su Seguro Social (NSS) o prueba que Ud. ha solicitado su número de seguro social.
- Las edades de sus niños.
- Otro seguro de salud que Ud. tenga, si tiene otro seguro de salud.
- La fecha que Ud. va a dar a luz.

Si Ud. necesita ayuda para rellenar esta solicitud o para obtener la información que Ud. necesita, comuníquese con la oficina de ISD.

Después de que recibamos su solicitud, reexaminaremos todos los documentos. Si los documentos no están completos, le pediremos que nos facilite la información necesaria. La decisión con base en su solicitud se tomará dentro de 45 días, salvo que Ud. pida más tiempo para obtener información. Le enviaremos carta tocante a su solicitud.

SOLICITANTE: Favor de guardar esta hoja para su expediente.

Si Ud. es una persona que tiene discapacidad y Ud. requiere esta información en un formato alternativo o requiere un acomodación especial para poder participar en cualquier audiencia pública, programa o servicio, comuníquese con el personal del Departamento de Servicios Humanos de NM gratis y llame al número 1-800-432-6217, o al 1-800-609-4TDD, o a través del sistema de relays de Nuevo México TDD en 1-800-659-8331. El departamento solicita la comunicación previa por lo menos 10 días por anticipado para poder proporcionar los formatos alternativos a y acomodaciones especiales que Ud. solicite. (10/2/02)

MIS DERECHOS Y OBLIGACIONES

Lea cuidadosamente antes de completar esta Solicitud

AL FIRMAR ESTA SOLICITUD, YO ME OBLIGO A LO SIGUIENTE:

- Proveer toda la información y las pruebas necesarias para determinar si tengo derecho a los beneficios.
- Proveer el número del Seguro Social para todas las personas que viven conmigo en mi hogar que solicitan los beneficios.
- Permitir que el Departamento de Servicios Humanos (*HSD*) se comuniquen con personas o agencias con el fin de verificar la información necesaria si yo no puedo proveer la información.
- Permitir que toda la información que yo le provea al *HSD* se compare mediante computadora con la de otras agencias federales, estatales o locales.

El personal del *HSD* utilizará la información que yo facilito para tomar la decisión si yo tengo derecho de recibir los beneficios, así es que la información debe ser la más correcta posible.

Si la información que yo facilite es falsa, incorrecta o incompleta, me pueden negar o terminar los beneficios.

- Si yo, con conocimiento e intencionalmente facilito información falsa, incorrecta o incompleta, me pueden enjuiciar por motivo de ese delito.
- Entiendo que yo tengo la obligación de reembolsar la suma de todos los beneficios que yo no tenga derecho de recibir.

DERECHOS DE AUDIENCIA IMPARCIAL - Entiendo que yo puedo solicitar una audiencia imparcial, ya sea por teléfono, en persona o por escrito dentro de 90 días a partir de la fecha en que se expida la decisión en mi caso. Puedo nombrar a otra persona que me represente. Entiendo que si no estoy de acuerdo con cualquiera decisión tomada en cualquier asunto concerniente a mi caso, antes de la audiencia tengo el derecho de examinar el expediente de mi caso y otros documentos que se hayan utilizado para decidir mi caso.

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL - Toda la información que yo facilite al *HSD* es confidencial. El *HSD* facilitará dicha información a los empleados del *HSD* que la necesiten para administrar los beneficios de los programas que yo he solicitado. Se podrá remitir la información confidencial a otras agencias que administran programas federales o programas financiados con fondos federales. Se utilizará toda la información con el fin de determinar si tengo derecho de recibir los beneficios que yo he solicitado y/o para que faciliten los servicios.

OBLIGACIÓN DE REPORTAR CAMBIOS - La información que yo facilito durante el trámite de la solicitud se usa para determinar si tengo derecho de recibir los beneficios. Dentro de diez (10) días a partir la fecha del cambio o según se requiera tengo la obligación de reportar cambios. Lo anterior engloba cambios de dirección, ingresos, recursos, seguro de salud, y de personas que viven conmigo en mi hogar.

CESIÓN DEL DERECHO DE PAGO - Entiendo que si recibo los beneficios de *Medicaid* para mí y/o para otras personas, automáticamente yo le cedo al *HSD* todos mis derechos de recibir apoyo médico y la suma para pagar la atención médica. Un tercero podrá incluir a un padre o madre ausente, a una compañía de seguro, o a otra persona que deberá pagar la atención médica y los servicios. Entiendo que tengo que ayudarle al *HSD* a:

- Identificar al padre del niño que reciba la cobertura de *Medicaid* y que nació sin que el padre haya estado casado con la madre del niño, y a
- Identificar a todos los terceros que tengan que pagar la atención médica y los servicios.

Entiendo que si no le ayudó al *HSD*, es posible que no reciba los beneficios de *Medicaid* o posiblemente pierda mis beneficios, salvo que yo indique porque no puedo ayudarle al *HSD*.

EMISIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA - Al firmar esta solicitud, le doy permiso al *HSD* que examine las hojas clínicas y expedientes médicos que sean necesarios para tomar decisiones sobre mis derechos y/o los pagos de beneficios.

DECLARACIÓN DE DERECHOS CIVILES - Todos los programas que administra el Departamento de Servicios Humanos (*HSD*) son programas en los que se observa la igualdad de oportunidades. Es ilícito que *HSD* discrimine en contra de la persona que solicita los beneficios de cualquiera de los programas debido a raza, color, origen nacional, sexo, edad, religión, creencias políticas, o discapacidad. Las quejas de discriminación se pueden presentar en la oficina principal del Departamento de Servicios Humanos, la oficina local de Asistencia Económica, en el Departamento de Servicios Humanos y Salud de los Estados Unidos, el Departamento de Justicia de los Estados Unidos o en la Oficina de Derechos Civiles, Sala 326W, Edificio Whitten, 1400 Independence Avenue, S.W. Washington, D.C. 20250-9410 o favor de llamar al (202) 720-5964 (voz y TDD). (11/12/04)

AGENCY USE ONLY					
Status <input type="checkbox"/> Application <input type="checkbox"/> Redetermination	Former Recipient <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Cat.	Application Date	Date Mailed	Date Received
ISD Worker Number		Appointment Date			Time

CABEZA DE LA FAMILIA

Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Número de Teléfono Donde Trabaja
CALLE – Número/Calle o Camino/Casilla de Correo			Teléfono en Su Casa o para Mensajes
Ciudad	Estado	Zona Postal	
Dirección Postal (Si es distinta a la de su casa)			
Ciudad	Estado	Zona Postal	

¿Ha usado Ud. otro nombre? Sí No Si contesta Sí, escriba el otro nombre(s) y fecha(s) cuando lo(s) usó :

1. _____ 2. _____ 3. _____

FAMILIARES – Escriba el nombre de todos los niños y otras personas que viven con Ud. en su casa. Conteste por parte de todas las personas en la lista.

NOMBRE	Número de Seguro Social	Raza	Sexo H/M	Fecha de Nacimiento			Parentesco/Rel.	Ciud. De Extr. E.U.* Legal				Fecha Que Entró a los E.U.*
				Mes	Fecha	Año		Sí	No	Sí	No	
							USTED					

* Se requiere esta información de los que solicitan Medicaid.

NECESIDADES MÉDICAS

¿Hay mujer embarazada en su hogar? Sí No Si contesta Sí, ¿quién? _____
 Fecha de espera de nacimiento: _____

¿Dentro de los últimos 3 meses alguna de las persona(s) que vive en su hogar ha recibido servicios medicos que no se han pagado? Sí No
 Si contesta Sí, ¿Quién tiene cuenta sin pagar y por qué meses? _____

SEGURO DE SALUD

¿Alguna persona(s) que vive con Ud. en su hogar tiene seguro de salud? Sí No
 Si contesta Sí, indique quienes más abajo. (MAD 009 must be completed)
 1. _____ 2. _____ 3. _____

¿Se ha cancelado la cobertura de seguro para un niño o niños dentro de los últimos seis meses? Sí No
 Si Ud. contesta Sí, favor de indicar el nombre del niño o de los niños y la fecha que se concluyó el seguro:
 1. _____ 2. _____ 3. _____

Explique por qué se concluyó el seguro : _____

INGRESOS - Indique más abajo la cantidad de dinero que reciben las personas que viven en su hogar con Ud. Incluya el dinero que reciben del entrenamiento para trabajar o de su trabajo, auto empleo, prestaciones del gobierno, (SSA, VA, etc.), pensión alimenticia, regalías, pensiones, fideicomisos, inversiones, ingresos de propiedades, sostenimiento de los niños, desempleo, y toda otra cantidad de dinero devengado o no devengado.

Nombre de la Persona Que Recibe el Dinero	Nombre del Empleador, Persona o Agencia que Provee el Dinero	¿Cada Cuánto Tiempo lo Recibe?	Total (sin deducciones)

CUIDADO DE CARGAS FAMILIARES

¿Paga Ud. a alguna persona para que cuide a un niño suyo o familiar, para que Ud. trabaje o se entrene para trabajar? Sí No
 ¿A quién cuida?

1.	2.	3.
¿Quién Facilita El Cuidado?	Suma de Dinero Que Paga	¿Cada Cuánto Tiempo Paga?

LLENE ESTA SECCIÓN SI ESTA ES SOLICITUD DE CALIFICACIÓN PRESUNTA. (Presumptive Eligibility)

¿Ud. o su(s) niño(s) está(n) recibiendo beneficios de Medicaid ? Sí No
 Si contesta Sí, dígame a la agencia o al médico que ya Ud. o su(s) niño(s) recibe(n) Medicaid y muéstrele su tarjeta de Medicaid.

Si Ud. o una de las personas que vive en su hogar con Ud. está embarazada, le han concedido derechos de calificación presuntos por este embarazo? Sí No
 Si contesta Sí, Ud. no tiene derechos presuntos por el resto del plazo de este embarazo.

¿Han recibido su(s) niño(s) derechos de calificación presunta (presumptive eligibility) dentro de los últimos doce meses? Sí No
 Si contesta Sí, su(s) niño(s) no tiene(n) derechos presuntos.

Usted puede registrarse para votar.

Si Usted no esta registrado para votar en el lugar donde Ud. Vive ahora, quiere Ud. Registrarse para votar aqui ho? SI NO
(sirvase poner su marca en uno de los cuadros) Si Ud. No pone su marca en cualquiera de los dos cuadrados no registrarse para votar en este lugar.
 Si ud. desea que alguna persona le ayude a llenar el formulario para registrarse, nosotros le ayudaremos. Usted es la única persona que puede decidir si necesita ayuda o no. Usted puede llenar la solicitud propia cuenta sin la ayude de persona alguna. **IMPORTANTE:** El hecho de que Ud. o que decida no registrarse para votar NO AFECTAR la ayuda que esta agencia le proporcionara a Ud. Si Ud. decide registrarse o no, la decision que Ud. tome permanecerá en calidad de confidencial. Si Ud. cree que alguna persona ha intervenido con su derecho de registrarse para votar, o ha intervenido con su derecho a la privacidad al decidir si se registra para votar o al indicar que desea registrare, o su derecho a elegir el partrido político, Ud. puede presenter su queja a la Oficina de la Secretaria de Estado , 419 State Capitol, Santa Fe, NM, 87503 o 1-800-477-3632.

He leído toda la información que consta en esta solicitud o me la han leído. Esta solicitud es únicamente para recibir los beneficios de Medicaid. Afirmo bajo pena de perjurio que las declaraciones hechas acerca de las personas en mi casa, ingresos, y mi delaration de la identidad del niño (s) de los cuales estoy solicitando y todos los demás la información que he dado HSD son verdaderas y correctas.

Otorgo permiso al HSD que se communique con personas o agencias con el fin de obtener la información necesaria acerca de mí.

Me han informado cuáles son mis derechos y obligaciones con respecto a Medicaid.

 Firma del Solicitante

 Fecha

 Firma de la Persona que Ayudó a Rellener esta Solicitud

 Testigo (si el solicitante firmó con una X)