



Para más información llame al:
1-877-KIDS-NOW (543-7669)
1 (775) 684-3777 En el Estado
1-800-360-6044 Fuera del Estado
www.nevadacheckup.nv.gov

Nevada Check Up (SCHIP) Aplicación

¿Alguna vez ha aplicado o estado registrado en Nevada Check Up? Si contestó que sí, por favor escriba su # de identificación familiar _____

Regrese esta aplicación con verificación de ingreso (Ver instrucciones) a:
Nevada Check Up
1000 E William Street Suite 200
Carson City, NV 89701

El departamento de Salud y Servicios Humanos, La División de Cuidados de Salud, Finanzas y Pólizas, provee servicios sin discriminación de ninguna clase ya sea de raza, nacionalidad de origen, color, sexo, religión, edad o incapacidad (incluyendo SIDA y condiciones relacionadas) como lo indica la ley.

1. Persona o Jefe de Familia que está Aplicando para el Niño o Niños

Nombre Apellido	Inicial del Segundo Nombre	Masculino <input type="checkbox"/>	Femenino <input type="checkbox"/>	Número de Seguro Social (opcional)	Raza/Etnicidad (opcional)	* Estatus Legal (opcional)			
						*Información recibida sobre el estatus legal de los adultos no será reportada a inmigración.			
						<input type="checkbox"/> Ciudadano Americano <input type="checkbox"/> Extranjero indocumentado <input type="checkbox"/> Extranjero Calificado con Estatus Legal de Inmigración			
Estado Civil (opcional)		Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/>		Fecha de Nacimiento	Teléfono de la Casa	Teléfono del trabajo	Teléfono Celular/Mensaje		
Si está casado, nombre de su esposo/a:									
¿Está usted embarazada?		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Está usted trabajando?					
Si lo está, escriba la fecha prevista del parto:				Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
Dirección de su domicilio- Número y Calle				Apt./Espacio	Ciudad	Estado	Código Postal		
Dirección Postal				¿Cuántas personas viven en este hogar?			¿Idioma preferido?		

2. Otros Adultos en el Hogar

Si más adultos viven en el hogar, por favor adjunte una hoja adicional con la misma información y en el mismo orden como está a continuación:

Apellido	Nombre	Sexo	Fecha de nacimiento	¿Está usted Trabajando?	Número de Seguro Social (opcional)	Relación con el solicitante de arriba	* Estatus Legal (opcional)	Estado Civil (opcional)	¿Esta persona está embarazada?	Raza/Etnicidad (opcional)
		Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Ciudadano Americano <input type="checkbox"/> Extranjero Indocumentado <input type="checkbox"/> Extranjero Calificado con Estatus legal de Inmigración	Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Si es casado, nombre de su esposo/a: _____	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si contesto si, fecha prevista del parto: _____	<input type="checkbox"/> Afro-Africano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Anglosajón <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska Afiliación de tribu* _____ <input type="checkbox"/> Otro: _____
		Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Ciudadano Americano <input type="checkbox"/> Extranjero Indocumentado <input type="checkbox"/> Extranjero Calificado con Estatus legal de Inmigración	Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Si es casado, nombre de su esposo/a: _____	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si contesto si, fecha prevista del parto: _____	<input type="checkbox"/> Afro-Africano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Anglosajón <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska Afiliación de tribu* _____ <input type="checkbox"/> Otro: _____

3. Niños en el Hogar Escriba el nombre de todos los niños que viven en su casa aunque no sean ciudadanos Americanos. Si más de cuatro niños viven en el hogar, por favor adjunte una hoja adicional con la misma información y en el mismo orden como aparece a continuación. Si las partidas de nacimientos están disponibles, por favor envíe una copia.

Apellido	Nombre	Inicial del Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento	Sexo	Número de Seguro Social	Seguro Médico	Estatus Legal (Obligatorio)	Estado Civil	Parentesco	Raza/Etnicidad (opcional)
				<input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Niña		<input type="checkbox"/> En Nevada Medicaid <input type="checkbox"/> Cubierto por otro seguro médico <input type="checkbox"/> Sin cobertura Fecha en que terminó la cobertura: _____ Razón: _____	<input type="checkbox"/> Ciudadano Americano <input type="checkbox"/> Extranjero Indocumentado <input type="checkbox"/> Extranjero Calificado con estatus legal de Inmigración	Casado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/>	Madre (nombre): _____ Padre (nombre): _____ Parentesco con el aplicante: _____	<input type="checkbox"/> Afro-Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Anglosajón <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska Afilación de la tribu* _____ <input type="checkbox"/> Otro: *Proveer copia de la tarjeta de afiliación de la tribu
¿Está solicitando Nevada Check Up para este niño(a)? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Esta la joven embarazada? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Escriba la fecha del parto: _____		¿Desabilitado Y recibiendo seguro social? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No						
				<input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Niña		<input type="checkbox"/> En Nevada Medicaid <input type="checkbox"/> Cubierto por otro seguro médico <input type="checkbox"/> Sin cobertura Fecha en que terminó la cobertura: _____ Razón: _____	<input type="checkbox"/> Ciudadano Americano <input type="checkbox"/> Extranjero Indocumentado <input type="checkbox"/> Extranjero Calificado con estatus legal de Inmigración	Casado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/>	Madre (nombre): _____ Padre (nombre): _____ Parentesco con el aplicante: _____	<input type="checkbox"/> Afro-Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Anglosajón <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo Nativo de Alaska Afilación de la tribu* _____ <input type="checkbox"/> Otro: *Proveer copia de la tarjeta de afiliación de la tribu
¿Está solicitando Nevada Check Up para este niño(a)? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Esta la joven embarazada? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Escriba la fecha del parto: _____		¿Desabilitado Y recibiendo seguro social? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No						
				<input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Niña		<input type="checkbox"/> En Nevada Medicaid <input type="checkbox"/> Cubierto por otro seguro médico <input type="checkbox"/> Sin cobertura Fecha en que terminó la cobertura: _____ Razón: _____	<input type="checkbox"/> Ciudadano Americano <input type="checkbox"/> Extranjero Indocumentado <input type="checkbox"/> Extranjero Calificado con estatus legal de Inmigración	Casado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/>	Madre (nombre): _____ Padre (nombre): _____ Parentesco con el aplicante: _____	<input type="checkbox"/> Afro-Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Anglosajón <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo Nativo de Alaska Afilación de la tribu* _____ <input type="checkbox"/> Otro: *Proveer copia de la tarjeta de afiliación de la tribu
¿Está solicitando Nevada Check Up para este niño(a)? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Esta la joven embarazada? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Escriba la fecha del parto: _____		¿Desabilitado Y recibiendo seguro social? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No						
				<input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Niña		<input type="checkbox"/> En Nevada Medicaid <input type="checkbox"/> Cubierto por otro seguro médico <input type="checkbox"/> Sin cobertura Fecha en que terminó la cobertura: _____ Razón: _____	<input type="checkbox"/> Ciudadano Americano <input type="checkbox"/> Extranjero Indocumentado <input type="checkbox"/> Extranjero Calificado con estatus legal de Inmigración	Casado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/>	Madre (nombre): _____ Padre (nombre): _____ Parentesco con el aplicante: _____	<input type="checkbox"/> Afro-Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Anglosajón <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo Nativo de Alaska Afilación de la tribu* _____ <input type="checkbox"/> Otro: *Proveer copia de la tarjeta de afiliación de la tribu
¿Está solicitando Nevada Check Up para este niño(a)? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Esta la joven embarazada? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Escriba la fecha del parto: _____		¿Desabilitado Y recibiendo seguro social? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No						

¿Planea usted, otros adultos y los niños en esta aplicación seguir viviendo en el estado de Nevada? Si No Si contestó no, explique: _____

¿Está uno o todos los adultos mencionados anteriormente aplicando para asistencia médica de Medicaid? Si No

4. Gasto de Cuidado de Niño

Nombre del Niño (por favor escriba el nombre de cada niño por el cual usted está pagando el cuidado)	Cantidad que Paga por Cada Niño	¿Qué tan frecuente paga?

5. Información de Empleo – Escriba la información de empleo de todos los adultos que viven en su hogar. Usted debe mandar verificación de ingreso mandando **copias de por lo menos de los dos talones de cheque mas recientes y consecutivos de cada trabajo (los talones de cheque no deben de ser más viejos que 45 días antes de la fecha de la aplicación)**. (Si usted trabaja por su cuenta, usted debe de mandar una copia completa de su declaración de impuestos más recientes incluyendo la forma de Schedule C; quizás se requiera información adicional).

Nota: Si sus talones de cheque no representan sus horas normales trabajadas y sueldo recibido, por favor explique en una hoja separada.

Personas Empleadas	Nombre y Dirección del Trabajo	Número de Teléfono del Empleador	Propinas (cantidad ganada cada período de pago)	Pago Bruto (cantidad ganada en cada período de pago antes de los impuestos)	Frecuencia de Pago (semanal, cada dos semanas, dos veces al mes, mensual)

6. Otro Ingreso – Por favor proveer prueba de cada ingreso recibido-Escriba todos los tipos de ingreso recibidos por cualquiera en el hogar (incluyendo niños).

(√ uno) Si/No	Fuente de Otro Ingreso	Nombre de la Persona que Recibe el Ingreso	Cantidad en Dólares	¿Cada cuanto lo recibe? (semanal, cada dos semanas, dos veces al mes, mensual)
	Mantenimiento para Niño/Pensión Alimenticia (por favor escriba el nombre de cada niño y la cantidad que recibe)			
	Pagos del Seguro Social y Tipo: <input type="checkbox"/> RSDI <input type="checkbox"/> SSI			
	Fuente de pagos por Incapacidad:			
	Beneficios de Desempleo:			
	Pagos de Pensión y Fuente de ingreso:			
	Intereses o Dividendos (Acciones, bonos, fideicomisos, fondos de inversión, cuentas de ahorro, etc.)			
	Otro (tales como asistencia en efectivo, etc):			

Nosotros revisaremos su aplicación para posible elegibilidad de Medicaid. Si parece que sus niños pueden ser elegibles para Medicaid, nosotros le negaremos la inscripción de Nevada Check Up y referiremos su archivo a la División de Welfare y Servicios de Soporte (DWSS) para una revisión de elegibilidad de Medicaid.

¿Quiere usted que esta aplicación sea referida a Nevada Medicaid? Si No

7. Información de Referencia – ¿Cómo se entero de Nevada Check Up? Por favor marque el que aplica Covering Kids & families Welfare Escuela WIC Medios (Periódico, TV, Radio) Amigo/Familiar Doctor/Hospital Servicios Sociales/Depto. de Salud Proveedor de cuidado de niño Recurso de la Tribu Clínica Otro: _____

8. Plan de Salud Por favor indique su preferencia para el plan de salud. Si usted vive en un área donde este plan provee cobertura para Nevada Check Up, usted será asignado al plan que escogió. Si ese plan no provee cobertura in el área donde usted vive, usted será asignado al plan correcto o al plan de beneficios de Pago-por-Servicio. El escoger el plan de salud no garantiza ser aceptado en el programa de Nevada Check Up. Una vez que usted sea registrado en el programa usted recibirá un manual explicándole sus beneficios. Para familias que viven en áreas donde existe el plan Pago-por-Servicio los servicios pueden ser obtenidos de cualquier proveedor de Nevada Medicaid que acepte Nevada Check UP. Si usted necesita asistencia para localizar a un proveedor, por favor llame a su oficina del Distrito local de Medicaid:

Carson City (775) 684-3653 - Reno (775) 688-2811 - Las Vegas (702) 668-4200 - Elko (775) 753-1191

Por favor elija uno de los siguientes planes de salud:

Anthem Blue Cross Blue Shield Partnership Plan

Tel: 1- 866-474-6138

Health Plan de Nevada

Si vive en el Norte de Nevada Tel: 1-800-962-8074

Si vive en el Sur de Nevada Tel: 1-800-777-1840 O 702-242-7317

(Si usted no indica un plan de salud de su preferencia, nosotros escogeremos un plan para usted, Usted puede cambiar el plan de salud en cualquier momento contactándose con Nevada Check Up. El cambio será efectivo el siguiente mes de inscripción)

9. Responsabilidad de Terceros

Si cualquiera de los miembros de mi hogar recibe Nevada Check Up, Yo estoy de acuerdo en asignar todos los derechos de cualquier reclamo médico, soporte médico u otros pagos por cuidado médico. Yo entiendo que esta es una condición para ser elegible para Nevada Check Up. Yo estoy de acuerdo a cooperar con el Departamento de Salud y Servicios Humanos para obtener pagos por cuidados médicos de parte de cualquier tercero o persona que pueda ser responsable por los servicios médicos pagados por el Programa de Nevada Check Up. Yo también entiendo que yo debo informar a Nevada Check Up si cualquier acción legal se da contra cualquiera o si Yo recibo cualquier oferta o acuerdo para un reembolso de cuidado médico y tratamiento que puede ser pagado por el Programa de Nevada Check Up.

10. Verificación

- **Yo entiendo que la verificación de la información es necesaria y que puede ser pedida y obtenida.**
- **También entiendo qué la ley provee penalidades a personas que ocultan verdades o que no informan toda la verdad.**

11. Firma y Afirmación

Al firmar este documento, yo por este medio solicito el seguro de cobertura de salud para los niños nombrados bajo el programa de **Nevada Check Up**. Yo estoy de acuerdo en cumplir con todas las responsabilidades requeridas, a reportar los cambios enlistados en la última página de esta aplicación. Yo certifico que toda la información contenida es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento y que ningún dato se ha dejado afuera.

- Por este medio yo libero a Nevada Check Up de responsabilidad, si hay alguna, resultando de la revelación de la información que contiene esta aplicación.
- Yo autorizo a Nevada Check Up y/o al Departamento de Salud y Servicios Humanos contactar a mi empleador para obtener información sobre salario e información sobre seguro médico.
- Yo entiendo que el proceso de determinación de elegibilidad puede tomar 45 días. Los 45 días empiezan cuando la aplicación es recibida completa con todos los documentos requeridos. Una vez que se me haya aprobado, se me notificará por correo la fecha cuando comienza la cobertura y la cantidad de mi pago. Si la aplicación es negada o Nevada Check Up hace cualquier otra decisión con la cual yo no estoy de acuerdo, incluyendo el tiempo que se toma para hacer la determinación dentro de las guías establecidas, yo tengo el derecho de solicitar una revisión del caso. El pedido para la revisión debe ser sometido por escrito dentro de los 30 días de la fecha de la Noticia de Acción.
- Una copia reproducida de la autorización constituye legalmente una copia original.
- Yo declaro bajo pena de perjurio bajo las leyes del Estado de Nevada que el precedente es verdadero y correcto. (NRS 53.045, NRS 199.120 hasta NRS 199.200 y NRS 41.365)

Firma del Apicante: _____

(Obligatorio) Si no está firmada, la aplicación será regresada.

Fecha: _____

Otro Adulto: _____

Fecha: _____

¿Usted?	¿Firmó la aplicación?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	¿Envió prueba de TODO el ingreso recibido?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	¿Escogió un MCO?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	¿Escribió el número de Seguro Social de cada niño?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	¿Contestó todas las preguntas?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si estaban disponibles, ¿envió copia de la partida de nacimiento de cada niño?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Nevada Check Up

Instrucciones e información importante
(Por favor separe, y déjese para su archivo y referencias futuras)

1-877-KIDS-NOW (543 7669)
En el Estado
1-800-360-6044 Fuera del Estado

Instrucciones

- Sección 1. Llene toda la información sobre la persona o jefe de familia que está aplicando para el niño/s. Estatus legal, Seguro Social y grupo étnico son opcionales para los adultos solamente.
- Sección 2. Esta sección te pide que llenes la información de otros adultos que viven en el hogar. Estatus legal, seguro Social y etnicidad son opcionales para adultos solamente
- Sección 3. En la sección de niños, todo debe de ser completado excepto etnicidad que es opcional. Si no llenas toda tu aplicación te puede ser regresada para que la completes.
- Sección 4. Por favor escriba en esta sección todos los gastos de cuidado de niños que usted tenga
- Sección 5. Información del trabajo, usted necesita mandar por lo menos los 2 talones de cheques más recientes y consecutivos para que nosotros podamos determinar la elegibilidad de su caso. Los adultos que trabajan por cuenta propia, deben incluir una copia completa de la declaración de impuestos mas recientes. Por favor note que a todos, especialmente a los hogares donde el jefe de familia trabaja por cuenta propia, se le puede solicitar información adicional para hacer una mejor examinación de su ingreso bruto total anual.
- Sección 6. Otro Ingreso- por favor escriba todos los tipos de ingreso recibidos por cualquiera en su hogar y mande copia de cada ingreso recibido.
- Sección 7. Información de Referencia- por favor elija el que aplica.
- Sección 8. Plan de Salud- por favor elija uno de las Organizaciones de Mantenimiento de Salud (MCO) entre las opciones que se le ofrecen
- Sección 11. Firma y Afirmación, por favor firme su aplicación. Todas las aplicaciones que no estén firmadas serán devueltas. Y esto atrasará el proceso de la aplicación.

¿Qué es Nevada Check Up?

Nevada Check Up es un programa financiado por el gobierno federal y estatal que provee cobertura de salud a bajo costo para niños que no tienen seguro médico desde que nacieron hasta los 18 años de edad, que no están cubiertos por un seguro médico privado o Medicaid y que llenan las guías del programa.

¿Cuáles son los requisitos de elegibilidad para Nevada Check Up?

El niño debe de:

- Ser recién nacido y hasta la edad de 18 años y 11 meses a la fecha de la aplicación
- No tener otro seguro médico,
- Ser un Ciudadano Americano o Extranjero Calificado que tenga Estatus Legal de Inmigración,
- No estar cubierto o tener acceso al Programa de Beneficios de Empleados Públicos (PEBP) por medio del empleador,
- Reunir los requisitos de ingreso federal (estar entre el 200% del Nivel de Pobreza Federal),
- No estar cubierto o parecer elegible para Medicaid.

GUIAS DE INGRESO

Publicadas en Febrero del 2008

Numero de personas en el hogar	200% FPL Nivel de Ingreso máximo
2	\$28,000
3	\$35,200
4	\$42,400
5	\$49,600
6	\$56,800

Fecha de pago de la cuota

Trimestres	Fecha de pago
1st Trimestre: Octubre Noviembre, Diciembre	1ro de Octubre
2nd Trimestre: Enero, Febrero, Marzo	1ro de Enero
3rd Trimestre: Abril, Mayo, Junio	1ro de Abril
4to Trimestre: Julio, Agosto, Septiembre	1ro de Julio

Aplicar para Nevada Check Up no afectará el estatus migratorio legal de la familia. Si no es nacido en los Estados Unidos, el niño debe de ser extranjero calificado que tenga estatus legal de inmigración para ser elegible para Nevada Check Up o Nevada Medicaid,

*Los aplicantes que excedan el 200% FPL indicado arriba podrían calificar en el futuro para nuestro programa. Los Niveles de Pobreza Federal cambian cada año en Febrero,

¿Qué Servicios están cubiertos? La mayoría de servicios médicos necesarios son cubiertos. Nevada Check Up ofrece extensos cuidados médicos, dentales y de visión para niños.

¿Que tan frecuente debo de re-calificar para Nevada Check Up?

Una vez al año, usted debe de responder a nuestro pedido de información. Usted debe responder a este pedido a tiempo. Nuestra forma incluirá toda la información actual que tenemos sobre su hogar. Envíe nueva prueba de ingreso y, si es necesario, déjenos saber quien está ahora en su hogar. **Si usted no responde a tiempo, sus niños dejarán de ser cubiertos por Nevada Check Up.**

¿Cuándo se vencen los pagos? – El único costo para Nevada Check Up es una cuota que se paga cada trimestre y esta determinada por el tamaño y los ingresos de la familia y se cobra por familia, no por niño. Por ingresos de o sobre 176% de la guía de Nivel de Pobreza Federal (FPL), la cuota es de \$80, por ingresos de o sobre \$151% FPL pero menos de 175% FPL, la cuota es de \$50 y por ingresos de o sobre el 36% FPL pero mas bajo de 150% FPL, la cuota es de \$25 cada trimestre. Para familias de Indios Americanos que son miembros de tribus reconocidas por el gobierno federal, Esquimales, Aleut u otra tribu nativa de Alaska enrolada por la Secretaria del Interior, las cuotas del seguro son perdonadas. La fecha que se vencen y la cantidad de sus pagos se muestra en su forma de registración. Se le enviará un cobro mostrando la cantidad del pago que se vence para el primer trimestre. Por favor acuérdesese de escribir su número de identificación de familia en su cheque o giro postal (money order). Este número puede encontrarse en la forma de

registración. El primer pago debe de hacerse dentro de los primeros 10 días de que usted reciba la forma de registraci3n. **Si los pagos no se hacen, sus ni1os perder3n la cobertura del cuidado de salud, y usted ser3 responsable por cualquier balance.** Por favor no envi3 pagos con su aplicaci3n.

--X-----X-----Corte aqu3-----X---D3jese para su archivo-----X-----Corte aqu3-----X-----X-----

NEVADA CHECK UP

Responsabilidades del Aplicante

Es su responsabilidad de reportar inmediatamente a Nevada Check Up cualquiera de lo siguiente:

- o Cambio de direcci3n y n3mero de tel3fono.
- o Si su ni1o(s) se mueve fuera de la casa o del estado.
- o Si su ni1o(s) llega a ser elegible para Medicaid u otro seguro m3dico.
- o Si su ni1o(s) fallece.
- o Si su ni1o(s) llega a ser internado o recluido en una instituci3n p3blica, o si el estado es el Guadiana le
- o Si su ni1o(s) llega a emanciparse o se casa.
- o Si ha perdido su tarjeta de Nevada Check Up y necesita una nueva tarjeta.
- o Entiende que si no paga sus cuotas, sus ni1os perder3n su cobertura de Nevada Check Up.
- o Entiende que si no responde a la renovaci3n anual, sus ni1os perder3n la cobertura de cuidados de salud.
- o Entiende que si su aplicaci3n no esta completa, Nevada Check Up le regresar3 su aplicaci3n incompleta y el proceso de su aplicaci3n se puede dilatar.
- o Si un miembro de su familia esta embarazada, notificara a Nevada Check Up el nacimiento del ni1o en los primeros 14 d3as despu3s del nacimiento del ni1o. Si falla acumplir con esta condici3n, esto resultar3 en el retraso de cobertura para el ni1o recién nacido si el ni1o es elegible para Nevada Check Up.

Cualquier pregunta por favor llame a:

**1-877-KIDS-NOW
(543-7669) En el Estado
1-800-360-6044
Fuera del Estado**

Si usted no reporta cualquiera de la informaci3n mencionada arriba, su ni1o/ni1os pueden perder su cobertura de Nevada Check Up.

Envi3 su **aplicaci3n** completa o cualquier **correspondencia**
a:

**Nevada Check Up Program
1000 E. William Street Ste 200
Carson City, Nevada 89701**

Envi3 **Solamente** sus **Pagos** a:

**Nevada Check Up Program c/o Bank of America File 56708
Los Angeles, CA 90074-6708**

El Banco de Am3rica solo procesara pagos. Por favor escriba el n3mero de identificaci3n de su familia en su cheque o giro postal.

¿M3s Preguntas?

Ll3menos al (775) 684-3777 o gratis al (877) KIDS-NOW (543-7669). Nuestro n3mero de fax es (775) 684-8792. ¡Personal que habla espa1ol est3 siempre disponible! Usted tambi3n puede visitarnos en nuestra p3gina en internet: <http://nevadacheckup.nv.gov> o escribirnos a Nevada Check Up, Divisi3n de Cuidado de Salud Finanzas y P3liza (DHCFP) 1000 East William Street, Suite 200, Carson City, Nevada 89701.

Si usted necesita ayuda con su aplicaci3n, llame a Nevada Check Up (877) KIDS-NOW (543-7669).

Si usted tiene preguntas sobre los proveedores, sus cuentas o le gustar3 saber donde usted puede llevar a sus ni1os para servicios, por favor contacte a su Organizaci3n de Manejo de Salud (“Managed Care Organization”) (MCO) a los siguientes n3meros:

Health Plan de Nevada-Sur 1(702) 242-7317 Health Plan de Nevada-Norte 1(800) 962-8074

Anthem Blue Cross Blue Shield Partnership Plan 1(866) 474-6138

Si usted esta registrado en Fee-For-Service llame a su Oficina del Distrito local de Medicaid: Carson City 775-684-3653 Reno 775-688-2811 Las Vegas 702-668-4200 Elko 775-753-1191