

ACCESS NY HEALTH CARE

Child Health Plus / Family Health Plus / Medicaid / PCAP / WIC

Antes de completarla, **POR FAVOR LEA** toda la solicitud y las **INSTRUCCIONES**. Escriba con claridad en letra de molde con tinta azul o negra. Si necesita más espacio para cualquier sección, adjunte la página de Información Adicional. Las solicitudes incompletas no se pueden tramitar y resultan en una demora en la cobertura.

Sección A Información de contacto Por favor, díganos quién es usted y cómo podemos contactarlo.

Nombre		Inicial del segundo nombre		Apellido	
N° de teléfono durante el día		N° de teléfono por las noches		Idioma principal que habla	
Idioma principal que lee					
DIRECCIÓN PARTICULAR de las personas que solicitan el seguro médico	Calle			Apartamento No.	
	Ciudad		Estado	Código postal	Condado
DIRECCIÓN POSTAL de las personas que solicitan el seguro médico	Calle			Apartamento No.	
	Ciudad		Estado	Código postal	Condado
DIRECCIÓN POSTAL de la persona de contacto, si es diferente	Calle			Apartamento No.	
	Ciudad		Estado	Código postal	Condado

Sección B Información sobre el núcleo familiar Anote al jefe de familia en la línea No. 1. Anote los nombres legales completos de las personas que solicitan o ya reciben Child Health Plus, Family Health Plus, Medicaid o PCAP. También **debe** anotar los nombres de los padres, padres adoptivos o cónyuges de un solicitante que viva en su hogar, incluso si esa persona no presenta una solicitud. Usted **puede** incluir otros miembros de su núcleo familiar si lo desea (por ej., un hijo a su cargo menor de 21 años de edad). **Anotar a otros miembros de la familia nos da la oportunidad de otorgarle un nivel de elegibilidad más alto.**

Nombre Nombre, inicial del segundo nombre, apellido	Fecha de nacimiento	Ciudad y estado de nacimiento	Sexo F/M	¿Esta persona está embarazada?	¿Es esta persona padre o madre de uno de los niños solicitantes?	Parentesco con el jefe de familia	¿Esta persona desea seguro médico?	OPCIONAL PARA NO SOLICITANTES	
								Número de Seguro Social (si lo tiene) <i>No es necesario para mujeres embarazadas</i>	Raza o grupo étnico (ver los códigos a continuación)
01 Nombre de soltera, si lo tiene: Nombre completo de soltera de la madre:			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	JEFE DE FAMILIA	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
02 Nombre de soltera, si lo tiene: Nombre completo de soltera de la madre:			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
03 Nombre completo de soltera de la madre:			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
04 Nombre completo de soltera de la madre:			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
05 Nombre completo de soltera de la madre:			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Alguien en el hogar es veterano de guerra? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Si responde "Sí", nombre:						

Códigos de afiliación racial o étnica: (opcional): **A**-Asiático, **B**-Negro o afroamericano, **H**-Hispano o latino, **I**-Indígena americano o nativo de Alaska, **P**-Nativo de Hawai o de otra isla del Pacífico, **W**-Blanco, **U**-Desconocido

Sección C Seguro médico

Usted o su familia podrían reunir los requisitos aunque tengan otro seguro médico.

1. ¿Hay alguien en el núcleo familiar que ya tiene Medicaid, Family Health Plus, Child Health Plus o PCAP? Sí No

SI RESPONDE "SÍ"	Nombre	N° de CIN/ID	Nombre	N° de CIN/ID
	Nombre	N° de CIN/ID	Nombre	N° de CIN/ID

2. ¿Alguno de los solicitantes tiene Medicare? Sí No N° de Medicare _____

3. ¿Alguno de los solicitantes tiene otro seguro médico? Sí No

SI RESPONDE "SÍ"	Nombre del titular de la póliza de seguro		
	Nombre de la compañía de seguros	N° de Grupo/Póliza	Costo mensual \$
	Personas cubiertas		Fecha en que caduca la cobertura
	Nombre del titular de la póliza de seguro		
SI RESPONDE "SÍ"	Nombre de la compañía de seguros	N° de Grupo/Póliza	Costo mensual \$
	Personas cubiertas		Fecha en que caduca la cobertura
	Nombre del titular de la póliza de seguro		

4. ¿Puede alguien mayor de 19 años obtener cobertura a través de un plan de beneficios médicos federal, estatal, del condado, municipal o del distrito escolar? Sí No
Si responde "Sí", Nombre: _____ Empleado por _____

5. ¿Son los padres o padres adoptivos de cualquiera de los niños solicitantes empleados públicos que pueden obtener cobertura para la familia a través de un plan de beneficios médicos del estado? (ver las instrucciones) Sí No
Si responde "Sí", ¿Paga la agencia pública donde trabaja esa persona una parte o la totalidad de este plan médico? Sí No

6. En los últimos 6 meses, ¿alguna de las personas en la solicitud ha perdido o cancelado algún tipo de seguro médico, proporcionado por medio de un empleador? (si responde "no", pase a la Sección D) Sí No
Si responde "Sí", ¿en qué fecha perdió la cobertura del empleador? (mm/dd/aaaa) _____

SI RESPONDE "SÍ" Sus respuestas a estas preguntas nos ayudarán a comprender los motivos por los cuales las personas cambian sus seguros médicos.
¿Por qué ya no tienen seguro médico? (marque una sola respuesta)

1. La persona que tenía el seguro ya no trabaja para el empleador que proporcionaba el seguro.
 2. El empleador dejó de ofrecer el seguro médico.
 3. El empleador dejó de ofrecer seguro médico para los niños, o dejó de pagar el seguro médico para los niños pero continuó cubriendo al padre o madre empleado.
 4. El costo del seguro médico subió y ya no entraba en el presupuesto.
 5. Los programas Child Health Plus o Family Health Plus cuestan menos que el seguro que tenían antes.
 6. Los programas Child Health Plus o Family Health Plus ofrecen mejores beneficios que el seguro que tenían antes.

Sección D Ciudadanía

Las mujeres embarazadas no tienen que completar esta sección. Esta información se exige solamente de las personas que solicitan seguro médico. Casi todos los niños son elegibles para el seguro médico, sin importar su estado de inmigración.

¿Todos los solicitantes son ciudadanos de EE.UU.? (si responde "sí" pase a la Sección E) Sí No

Si responde NO, por favor anote la siguiente información de todos los que solicitan seguro médico que no son ciudadanos de EE.UU.
Sus respuestas a estas preguntas se mantendrán en estricta confidencia.

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	¿Pertenece esta persona a alguna de las categorías que se indican a continuación? Marque la casilla correspondiente.	Si marca la casilla A, ingrese la fecha de estado (DOS) (mm/dd/aaaa)	Si marca la casilla A o la B, ingrese la fecha en la que la persona ingresó en los EE. UU. (DEC) (mm/dd/aaaa)
			<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> Ninguno		
			<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> Ninguno		
			<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> Ninguno		
			<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> Ninguno		

A: Marque la casilla "A" si la persona pertenece a una de las siguientes categorías: Residente legal permanente (tiene tarjeta de inmigrante "green card"), Asilado, Refugiado, Asiático estadounidense, Entrante cubano o haitiano, En proceso de deportación, En libertad condicional de por lo menos un año, Entrante condicional, Indígena norteamericano nacido en Canadá con por lo menos el 50% de indígena norteamericano, Algunos inmigrantes o niños maltratados o abusados. Esta lista no es exhaustiva. Ingrese la fecha en la que se adquirió dicho estado (DOS).

B: Marque la casilla "B" si la persona pertenece a una de las siguientes categorías: Bajo orden de supervisión, Deportación pospuesta, Salida voluntaria,

Estado de acción diferida, Suspensión de la deportación, En libertad condicional por menos de un año, Cubierto por la solicitud de un pariente cercano autorizado, Registró o se le concedió la solicitud de cambio de su estado, Ha vivido continuamente en EE.UU. desde antes del 1 de enero de 1972, Vive en EE.UU. con conocimiento y consentimiento de la agencia federal de inmigración y la agencia federal de inmigración no intenta exigir su salida.

C: Marque la casilla C si la persona no es inmigrante. (ex titulares de visa a corto plazo como visitantes extranjeros, estudiantes, trabajadores temporarios).

Sección E Ingresos familiares Anote la clase de ingresos y las cantidades recibidas por todas las personas en la lista de la Sección B

Clase de ingresos	Nombre de la persona (¿quién recibe estos ingresos?)	Clase de ingreso/ Nombre del esta persona	¿Cuánto recibe esta persona? (antes de impuestos)?	¿Con qué regularidad lo recibe? (semanal, cada dos semanas, mensualmente, otra)
Ejemplo	María Gómez	salario/Compañía XYZ	\$350	semanal
Ingresos por su empleo: Incluye sueldos, salarios, comisiones, propinas, pago por tiempo extra, empleo por cuenta propia				
¿Su empleador ofrece seguro médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es sí, complete un formulario "Seguro médico patrocinado por el empleador - Solicitud de información". Podríamos pagar el costo de las primas de su seguro médico, si es eficaz en función de los costos.				
Ingresos aparte de su empleo: Incluye los beneficios del Seguro Social, pagos por incapacidad, pagos del seguro de desempleo, intereses y dividendos, beneficios para veteranos de guerra, indemnización por accidentes de trabajo, pagos por manutención de niños/pensión alimenticia, ingresos por renta				
Contribuciones: Dinero de parientes o amigos, pensionistas o inquilinos (incluya el dinero que alguien le da cada mes para ayudarle a cubrir sus gastos)				
Otros: Asistencia temporal (en efectivo) o ingresos suplementarios de seguridad (SSI), subvenciones o préstamos para estudiante				

Si no tiene ingresos, explique

(por ej., si vive con amigos o familiares):

¿Tiene usted que pagar el cuidado de los niños (o el cuidado de un adulto incapacitado) para poder trabajar o asistir a una institución docente?

Sí No

SI RESPONDE "SÍ"	Nombre del niño o adulto:	¿Cuánto? \$	¿Cada cuánto tiempo? (semanal, cada dos semanas, mensual)
	Nombre del niño o adulto:	¿Cuánto? \$	¿Cada cuánto tiempo? (semanal, cada dos semanas, mensual)
	Nombre del niño o adulto:	¿Cuánto? \$	¿Cada cuánto tiempo? (semanal, cada dos semanas, mensual)
	Nombre del niño o adulto:	¿Cuánto? \$	¿Cada cuánto tiempo? (semanal, cada dos semanas, mensual)

Sección F Gastos de la vivienda Estas preguntas nos ayudan a elegir el mejor programa para los solicitantes.

Pago mensual por la vivienda \$	Tipo de calefacción (gas, petróleo, etc.)	¿Su pago por la vivienda incluye la calefacción? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
------------------------------------	---	---

Sección G Enfermedades o lesiones Estas preguntas nos ayudan a determinar qué programa es el mejor para los solicitantes.

¿Es alguno de los solicitantes ciego, impedido, incapacitado, o tiene alguna enfermedad crónica o necesita atención médica especial? Sí No

Si responde "Sí",
Nombres:

¿Tiene alguno de los solicitantes una lesión, enfermedad o incapacidad causada por otra persona, o que pudiera ser cubierta por un seguro aparte del seguro médico (por ej., el seguro de la vivienda [homeowner's insurance] o el seguro del automóvil)? Sí No

Si responde "Sí",
Nombres:

¿Tiene alguno de los solicitantes facturas por servicios médicos que no se han pagado o que se pagaron en los últimos 3 meses? (Medicaid podría pagar estas facturas). Sí No

Sección H WIC WIC es un programa gratuito que ayuda a las mujeres, bebés y niños para obtener los alimentos necesarios para disfrutar de buena salud

Si hay alguien en su familia que está embarazada, que acaba de tener un bebé, o un niño menor de cinco años de edad,

¿desearía solicitar la inscripción en WIC? Sí No

DETÉNGASE AQUÍ.

Si esta solicitud es SOLAMENTE para niños menores de 19 años y/o para una mujer embarazada, pase a la Sección K. Si es para otras personas, continúe con las Secciones I y J.

Sección I Recursos

No complete esta sección si esta solicitud es solamente para un niño o niños menores de 19 años o para una mujer embarazada. Los solicitantes adultos deben responder a estas preguntas.

Los recursos incluyen dinero en el banco o cooperativa de crédito, acciones, bonos, fondos mutuos, certificados de depósito, cuentas en el mercado monetario (money market), planes 401k, fondos en fideicomiso, el valor de redención del seguro de vida, vehículos o propiedades de alguno de la familia. No cuente el valor de la casa en la que vive. El entrevistador le ayudará a determinar el valor de sus recursos.

El valor total de mis/nuestros recursos es de \$

Sección J Padre o cónyuge que no vive con el núcleo familiar

Las mujeres embarazadas no tienen que responder estas preguntas. Para ser elegibles para el seguro médico, todas las otras personas solicitantes de 19 años de edad o más, deben estar dispuestas a suministrar información sobre los padres o cónyuge que no viven en el hogar, a menos que hubiera causa justificada. Los niños pueden ser elegibles aunque los padres no suministren esta información.

1. **¿Vive en otra parte uno de los padres de alguno de los niños solicitantes?** (Si responde "No", pase a la pregunta No. 2 más abajo.) Sí No
- Si responde "Sí", ¿Está dispuesto a darnos información para ayudarnos a obtener seguro médico de ese padre o madre, si tiene seguro? Sí No
- ¿Hay causa justificada para no ayudarnos a obtener seguro médico de ese padre o madre?
(Un ejemplo de causa justificada es si un miembro de la familia pudiera sufrir daños físicos o emocionales) Sí No
2. **¿Vive fuera del hogar el cónyuge (esposo o esposa) de alguien quien solicita inscripción?** (Si responde "no", pase a la Sección K.) Sí No
- Si responde "Sí", ¿Está dispuesto a suministrar información para ayudarnos a obtener seguro médico de ese cónyuge, si tiene dicho seguro? Sí No
- ¿Hay causa justificada para no ayudarnos a obtener seguro médico de ese cónyuge?
(Un ejemplo de causa justificada es si un miembro de la familia pudiera sufrir daños físicos o emocionales) Sí No

Sección K Selección del plan médico

Las personas elegibles para Child Health Plus y Family Health Plus deben inscribirse en un plan médico para recibir sus servicios de salud. A algunas personas inscritas en Medicaid se les podría exigir que se inscriban en un plan ahora mismo, y a otros, que lo hagan pronto. También puede usar esta sección para elegir un plan de Medicaid.

NOTA: Si usted o un miembro de la familia es elegible para Medicaid, y vive en un condado que no exige un plan médico, de todos modos lo inscribiremos en este plan, si ofrece Medicaid, a menos que usted nos diga que no desea que lo hagamos, escribiendo al departamento de servicios sociales de su localidad, o marcando esta casilla.

Nombre del solicitante	N° de Seguro Social (si lo tiene)	Fecha de nacimiento	Plan médico	Médico/Centro de salud	Código del médico/centro de salud (opcional)	Dentista

CONDICIONES, DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

Por medio de esta solicitud completa y firmada, solicito inscripción en Medicaid, Family Health Plus, Child Health Plus, en el Programa de Asistencia para Cuidado prenatal (Prenatal Care Assistance Program, o PCAP) y en el Programa Suplementario Especial de Alimentación para Mujeres, Bebés y Niños (WIC). Entiendo que esta solicitud, las notificaciones y otra información adicional será enviada a los programas en que solicito inscripción. Estoy de acuerdo con que se divulgue la información personal y financiera contenida en esta solicitud y cualquier otra información necesaria para determinar la elegibilidad para estos programas. Entiendo que se me podría solicitar información adicional. Estoy de acuerdo con informar de inmediato cualquier cambio en la información que aparece en esta solicitud.

- Entiendo que debo suministrar la información necesaria para comprobar mi elegibilidad para cada programa. Si no me ha sido posible obtener la información para Medicaid, Family Health Plus o PCAP, informaré al distrito de servicios sociales. Ellos podrían ayudarme a obtener dicha información.
- Si he presentado la solicitud en un lugar distinto del Departamento de Servicios Sociales local, y se determina que mis niños no son elegibles para Medicaid en base a esta solicitud, puedo ponerme en contacto con el Departamento de Servicios Sociales local para averiguar si mis hijos son elegibles para Medicaid en base a algo distinto.
- Entiendo que los trabajadores de los programas para los cuales mi familia o yo hemos presentado solicitud, pueden verificar la información que he suministrado en esta solicitud. Las agencias que administran estos programas mantendrán esta información confidencial de acuerdo con 42 U.S.C. 1396a (a) (7) y 42 CFR 431.300-431.307, las regulaciones de WIC en 7 CFR 246.26 (d) y toda ley o regulación federal o estatal.
- Al presentar la solicitud para Child Health Plus, estoy de acuerdo en pagar la contribución de prima correspondiente que no pague el Estado de Nueva York.
- Entiendo que Medicaid, Family Health Plus, PCAP y Child Health Plus no pagan los gastos médicos que se supone pagarían otros seguros u otras personas y que, si estoy presentando solicitud para Medicaid, Family Health Plus, o PCAP, cedo a la agencia todos mis derechos de intentar y recibir apoyo médico de mi cónyuge o los padres de personas menores de 21 años, y mi derecho de intentar y recibir pagos de terceros mientras reciba beneficios.
- Presentaré reclamaciones por beneficios de seguro médico o de cualquier otro recurso al que tenga derecho. Entiendo que tengo derecho a reclamar causa justificada para no cooperar en el uso del seguro médico si tal uso puede causar perjuicio a mi salud o seguridad o a la salud o seguridad de alguna persona de la cual soy legalmente responsable.
- Entiendo que mi elegibilidad para estos programas no quedará afectada por mi raza, color ni país de origen. También entiendo que, según los requisitos de cada uno de estos programas individuales, mi edad, sexo, incapacidad o estado de ciudadanía podría ser un factor para determinar si reúno los requisitos.
- Entiendo que si mi niño es beneficiario de Medicaid o Family Health Plus, él o ella puede obtener atención primaria integral y atención médica preventiva, como el tratamiento necesario por medio del programa Child/Teen Health Program para niños y adolescentes. Puedo obtener más información sobre este programa en el Departamento de Servicios Sociales local.
- Entiendo que si alguien miente o esconde la verdad a sabiendas con el fin de recibir servicios por medio de estos programas, está cometiendo un delito sujeto a multas federales y estatales y es posible que deba reembolsar el monto de los beneficios recibidos y pagar multas civiles. El Departamento de Impuestos y Finanzas del Estado de Nueva York tiene derecho a revisar la información en cuanto a ingresos que aparece en este formulario.

NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL

WIC, PCAP y Child Health Plus : no es necesario el número de seguro social para inscribirse en Child Health Plus o en WIC. De tenerlo disponible, suministraré el número de seguro social de los niños para quienes solicito Child Health Plus o cualquiera que solicite WIC.

Medicaid, Family Health Plus: Es necesario el número de seguro social de todos los solicitantes, a menos que la persona esté embarazada o sea un extranjero no calificado. No es necesario el número de seguro social de los miembros de mi núcleo familiar que no estén solicitando beneficios. Entiendo que esto lo exige la ley federal en 42 U.S.C. 1320b-7 (a) y las regulaciones de Medicaid en 42 CFR 435.910. Los SSN se utilizan de muchas

maneras, tanto en el Departamento de Servicios Sociales (DSS) y entre el DSS y las agencias federales, estatales y locales en Nueva York y en otras jurisdicciones. Entre los usos del número de seguro social están: verificar la identidad, identificar y verificar ingresos por empleos y por motivos aparte del empleo, verificar si los padres sin la custodia de los hijos pueden tener cobertura de seguro médico para los solicitantes, averiguar si los solicitantes pueden recibir asistencia médica, y averiguar si los solicitantes pueden recibir dinero u otro tipo de ayuda. Los SSN también se usan como identificación del beneficiario en y entre las agencias gubernamentales centrales de Medicaid para asegurar que los servicios adecuados estén a disposición del beneficiario. Además, si presento solicitudes para otros programas en esta solicitud conjunta, dichos programas tendrán acceso a mi SSN y podrán usarlo en la administración del programa.

PARA SOLICITANTES DE MEDICAID ÚNICAMENTE

• Divulgación de registros educacionales

Autorizo al Departamento de Servicios Sociales local y al Estado de Nueva York para que obtengan toda la información necesaria relacionada con los registros educacionales de mis hijos aquí nombrados, en relación con reclamaciones para reembolsos por parte de Medicaid por servicios educativos relacionados con la salud, y para brindar acceso a esta información a las agencias correspondientes del gobierno federal, solamente para fines de auditorías.

• Programa de intervención temprana

Si se evalúa a mis hijos o si participan en el Programa de Intervención Temprana del Estado de Nueva York, autorizo al Departamento de Servicios Sociales local y al Estado de Nueva York para que compartan con el Programa de Intervención Temprana de mi condado, la información de elegibilidad a Medicaid de mis hijos, para fines de facturar a Medicaid.

• Reembolso de gastos médicos

Entiendo que, como parte de mi solicitud a Medicaid tengo derecho ahora, o más adelante, a solicitar el reembolso de gastos que he pagado por atención médica, servicios y suministros cubiertos, recibidos durante el período de tres meses anterior al mes de mi solicitud. Después de la fecha de mi solicitud, el reembolso por atención médica, servicios y suministros cubiertos sólo se podrá obtener por parte de proveedores registrados ante Medicaid.

FAMILY HEALTH PLUS Y ATENCIÓN ADMINISTRADA DE MEDICAID

Sé que para recibir beneficios de Family Health Plus, debo afiliarme en un Plan médico de atención administrada. También sé que en algunos condados, se requiere estar inscrito en un plan médico para recibir Medicaid. Se me ha explicado si mi condado exige que los inscritos en Medicaid se afilien a un plan médico. Se me han explicado los planes disponibles en Family Health Plus y en la atención administrada de Medicaid. Entiendo que si se me encuentra elegible para Family Health Plus, se me inscribirá en el plan de Family Health Plus que yo he seleccionado. También entiendo que si se me encuentra elegible para Medicaid en vez de Family Health Plus, y estoy o estamos en un condado donde se exige que las personas tengan un plan médico de atención administrada, quedará inscrito en el plan médico que seleccioné, a menos que ese plan no participe en la atención administrada de Medicaid. Si nosotros estamos en un condado donde no se exige que estar inscrito en un plan médico de atención administrada de Medicaid, igualmente nos inscribirán en el plan que seleccioné, a menos que notifiquemos por escrito al departamento de servicios sociales, o marquemos la casilla de la Sección K, que no deseamos participar en ese plan.

Me han explicado los derechos y beneficios que tendré como miembro de un plan médico de atención administrada, y las limitaciones en beneficios de ser miembro de una organización de atención administrada. Sé que tanto en Family Health Plus como en la atención administrada de Medicaid, debo escoger un proveedor de atención primaria (PCP) y que podré escoger entre por lo menos tres (3) PCP en mi plan médico. Entiendo que una vez inscrito en un plan, tendré que usar a mi PCP y a otros proveedores de mi plan médico excepto en ciertas circunstancias especiales.

Sé que si tengo un bebé mientras soy miembro de un plan médico con atención administrada de Medicaid, mi bebé quedará inscrito en el mismo plan en el que estoy yo. Sé que si tengo un bebé mientras soy miembro de un plan Family Health Plus que también participa en la atención administrada de Medicaid, mi bebé quedará inscrito en el mismo plan en el que estoy yo.

CONDICIONES, DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

• Divulgación de información médica

- Accedo a la divulgación de toda información médica mía y de todos miembros de mi familia por quienes yo pueda dar consentimiento:
- de parte de mi proveedor de atención primaria (PCP), cualquier otro proveedor de atención médica o el Departamento de Salud del Estado de Nueva York (SDOH) a mi plan médico o a cualquier proveedor de atención médica relacionado con mi cuidado y el de mi familia, según sea razonablemente necesario para que mi plan médico o mis proveedores realicen el tratamiento, pago u operaciones de cuidado médico. Esto puede incluir información sobre reclamaciones de farmacia y otras reclamaciones médicas necesarias para administrar mi atención médica;
 - de parte de mi plan médico o cualquier proveedor de cuidado médico a SDOH o a otras agencias federales, estatales o locales autorizadas para administrar Medicaid, Child Health Plus y los programas de Family Health Plus; y
 - de parte de mi plan médico a otras personas u organizaciones, según sea razonablemente necesario, para que mi plan médico realice el tratamiento, pago u operaciones de cuidado médico.

También accedo a que la información divulgada incluya información sobre el VIH, la salud mental o el abuso de alcohol o de sustancias nocivas relativa a mi persona o a miembros de mi familia, de acuerdo con lo permitido por ley, hasta cuando yo rescinda este consentimiento.

Si más de un adulto en mi familia se está inscribiendo en un plan médico de Family Health Plus o Medicaid, es necesaria la firma de cada adulto solicitante para permitir la divulgación de la información.

• Reembolso de gastos médicos

Entiendo que si me encuentran elegible para Family Health Plus, mi inscripción tendrá vigencia, antes de los 90 días a partir de la fecha en que presente una solicitud completa. En caso de que se presentara un error o una demora en mi inscripción, Medicaid podría reembolsarme dinero por los gastos médicos razonables que yo pague como resultado de dicho error o dicha demora. Medicaid puede pagar a mi proveedor cualquier gasto pendiente solamente si ese proveedor está inscrito en Medicaid.

Estoy de acuerdo con que la información contenida en esta solicitud y en la renovación anual sea compartida solamente entre Child Health Plus, Medicaid, PCAP, Family Health Plus, WIC, los planes médicos indicados en la Sección K, el distrito local de servicios sociales y la organización que facilita ayuda con la solicitud. También consiento en compartir esta información con los centros de salud en las escuelas que proporcionan servicios a los solicitantes. Entiendo que dicha información se comparte para determinar la elegibilidad de las personas que presentan solicitudes ante Child Health Plus, Medicaid, PCAP, Family Health Plus y WIC, o para evaluar el éxito de estos programas.

Firmo esta solicitud con el entendimiento de que cada persona que solicita Child Health Plus, Medicaid, PCAP, Family Health Plus y WIC quedará inscrita en el programa apropiado, si es elegible. También he leído y comprendo las Condiciones, derechos y responsabilidades incluidas en este folleto de solicitud. Certifico bajo pena de perjurio que todo lo que aparece en esta solicitud es cierto, a mi leal saber y entender.

FECHA _____ FIRMA _____

FECHA _____ FIRMA _____

SOLAMENTE PARA USO DE LA OFICINA

Lo debe completar la persona que ayuda con la solicitud

Firma de la Persona QUE Obtuvo la información sobre elegibilidad: X	Empleado por: <input type="checkbox"/> Agencia COMUNITARIA de inscripción facilitada Especificar _____ <input type="checkbox"/> Plan médico <input type="checkbox"/> Distrito de Servicios Sociales <input type="checkbox"/> Agencia proveedora
---	--

Lo debe completar la persona que ayuda con la inscripción

Nombre de quien ayuda con la inscripción:	Agencia principal:	Identificación de la organización principal
Solicitud Fecha de comienzo: m/dd/aaaa	Solicitud N° de orden:	Solicitud Fecha en que se completó: mm/dd/aaaa
Ingrese EL Código del NIÑO Solicitante:		
Medicaid		CHPlus

Para uso por el Distrito de Servicios Sociales Local

Elegibilidad determinada por:	Fecha:	Elegibilidad aprobada por:	Fecha:
Oficina del centro:	Fecha de solicitud:	Número de identificación de la Unidad:	Número de identificación del trabajador:
Nombre del caso:	Distrito:	Tipo de caso:	N° de caso:
Fecha de vigencia:	Código MA del motivo de la disposición: <input type="checkbox"/> Código de denegación <input type="checkbox"/> Retiro	Apoderado: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	N° de registro:
			Versión:

Para uso de los planes Child Health Plus

Disposición de CHPlus: <input type="checkbox"/> Aprobada <input type="checkbox"/> Denegada	Código de denegación:	Fecha de vigencia:	N° de niños inscritos (CHPlus):
---	-----------------------	--------------------	---------------------------------