

INSTRUCCIONES PARA LA Solicitud de Rlte Care / Rlte Share

INSTRUCCIONES

- **Por favor, conteste todas las preguntas en la solicitud.** El Departamento de Servicios Humanos (DHS) determinará si usted califica para Rlte Care o Rlte Share, y le notificará en cuál programa estará inscrito.
- **Sírvase leer la Declaración del Solicitante y sus Derechos y Responsabilidades.** Firme la solicitud en las páginas 9 y 10.
- **Por favor, envíe lo siguiente junto con su solicitud:**
 - Comprobante de ingresos** - (Envíe por favor las copias solamente.) Todos los solicitantes deben enviarnos junto con la solicitud los comprobantes (colillas, talones) de pago correspondientes a las 4 semanas más recientes o una carta del empleador indicando el monto de los ingresos que el solicitante devengó por mes. (Su salario antes de impuestos.) La carta debe estar escrita en papel con membrete del empleador e incluir la dirección y número telefónico de la compañía, y el nombre y cargo de la persona que proporciona dicha información salarial. Vea más detalles en la página 3.
 - Comprobante de embarazo** si usted está embarazada. (Envíe por favor un documento original solamente.)
 - Comprobante de estatus de inmigrante** si usted no es ciudadano estadounidense. (Envíe por favor las copias solamente.) Vea más detalles en la página 2.
- **Comprobante de ciudadanía estadounidense y de identidad:** Los ciudadanos estadounidenses deben presentar comprobante de ciudadanía e identidad. No envíe copias. Usted debe presentarse con los documentos originales. Si necesita más información, vea el formulario de solicitud.
- **Envíe por correo su solicitud con la información completa a la oficina del DHS de su localidad.** Vea la página 7. Le notificaremos en caso de requerir más información para procesar su solicitud. Dentro de los 30 días siguientes a la fecha de recepción de su solicitud, usted recibirá una notificación para informarle si dicha solicitud ha sido aprobada o denegada. Si su familia precisa servicios médicos antes de esa fecha, por favor comuníquese con la Línea Telefónica de Información del DHS.

LÍNEA TELEFÓNICA DE INFORMACIÓN DEL DHS

Para preguntas sobre Rlte Care o Rlte Share, u otros programas del DHS [Cuidado Infantil, Programa Food Stamp(cupones para alimentos), Programa de Independencia Familiar y Programa de Intervención Temprana], sírvase llamar a la:

Línea Telefónica de Información del Departamento de Servicios Humanos (DHS)

401- 462-5300
401-462-3363 (TDD)

De lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 3:30 p.m.

PREGUNTAS EN LA SOLICITUD

A continuación, se proporciona información para ayudar a responder algunas de las preguntas en la solicitud. Para más información, llame por favor a la Línea Telefónica de Información del DHS.

Pregunta 3: Los Miembros de la Casa

Padres, niños y mujeres embarazadas pueden solicitar Rlte Care (o Rlte Share). No es necesario proporcionar el número de seguro social ni información sobre la ciudadanía de alguien especificado como miembro de su casa que no esté solicitando Rlte Care.

Pregunta 4: Solicitantes que no Son Ciudadanos Estadounidenses

Si usted está solicitando Rlte Care y no es ciudadano estadounidense, necesitaremos información sobre su estatus de inmigrante.

- Si usted (o un miembro de su familia) recibe Rlte Care, esto no afectará sus documentos de inmigración ni tampoco su derecho de convertirse en ciudadano estadounidense o en residente legal permanente.
- No necesitamos información sobre el estatus de inmigrante de miembros de su casa que no estén solicitando Rlte Care, como por ejemplo, cuando un padre solicita Rlte Care solamente para sus hijos.
- Si usted tiene documentos de inmigración (esto incluye la tarjeta verde o “green card”, tarjeta de permiso para trabajar, constancia de llegada / salida (I-94), documentos judiciales o un pasaporte), sírvase fotocopiar ambas caras de estos documentos y adjuntar las fotocopias a su solicitud.

Pregunta 7: Información sobre Padre Ausente

Al firmar y someter esto, automáticamente le otorga al DHS y a la Oficina para el Cumplimiento de Manutención de Menores (CSE, por sus siglas en inglés) el derecho de buscar el apoyo del padre ausente para gastos médicos del niño. Esta pregunta brinda la información para verificar si el padre o madre ausente puede proporcionar seguro médico a su(s) niño(s). Si usted cree que usted o su niño podría sufrir daños físicos o emocionales si la CSE se contacta con el padre ausente, puede solicitar que no lo hagamos. Por favor, escriba “buen motivo” en la parte inferior de la página 6, si usted desea que revisemos su situación.

El DHS determinará si usted tiene un “buen motivo”. Será necesario comunicarnos con usted para obtener información que lo compruebe. También podemos ayudar a obtener alguna de esta información para llegar a una determinación. Procesaremos la elegibilidad de su niño para Rlte Care aunque usted no proporcione información sobre el padre ausente. Sin embargo, no podemos procesar la elegibilidad del padre solicitante sin recibir información sobre el padre ausente, a menos que el padre solicitante demuestre que tiene un “buen motivo” para no proporcionar dicha información.

Pregunta 8: Ingresos

Cada solicitante debe enviarnos copias de comprobantes de ingresos junto con el formulario de solicitud. Comprobante de ingresos:

- Los comprobantes (colillas, talones) de pago correspondientes a las cuatro (4) semanas más recientes
- Una carta del empleador indicando el monto de los ingresos que el solicitante devengó por mes. (Su salario antes de impuestos.) Esta carta debe estar escrita en papel con membrete del empleador e incluir la dirección y número telefónico de la compañía, y el nombre y cargo de la persona que proporciona dicha información salarial.

Pregunta 10: Ingresos de autoempleo

Si usted es auto empleado, por favor envíenos una copia de:

- Su declaración de impuestos federales (1040) más reciente, si ésta refleja sus ingresos actuales. Si usted no la tiene, envíenos copias de documentos que muestren las ganancias y gastos de su negocio. Lo llamaremos por teléfono si tenemos preguntas acerca de la información que usted nos envíe.

Si usted recibe ingresos por alquiler, por favor envíenos copias de lo siguiente:

- Recibo de alquiler del inquilino, correspondiente al mes más reciente
- Comprobantes de pago de hipoteca, impuestos y seguro
- Recibo del agua
- Recibo del servicio de alcantarillado
- Servicios públicos (si son proporcionados por el propietario)
- Número de unidades de vivienda para alquiler

Si usted recibe ingresos por cuidado infantil, por favor envíenos:

- Copias de recibos o cartas de los padres de los niños que usted cuida. Los recibos o cartas deben indicar el monto recibido, si es un pago semanal o mensual, y el número de niños que usted cuida.

Pregunta 11: Otros Ingresos

Para ingresos no provenientes de un trabajo o negocio propio, tales como Seguro por Desempleo, Compensación Laboral, Seguro por Incapacidad Temporal, etc., sírvase enviar una copia de la carta de asignación de beneficios.

Para ingresos por manutención de menores o pensión alimentaria, envíe por favor una copia del cheque cobrado (cancelado) más reciente u orden judicial, u otro documento que muestre el monto recibido. Sírvase indicar la frecuencia con que usted recibe estos pagos.

Pregunta 12: Cuidado de Niños o de Adultos

Esta pregunta se hace porque parte del costo de cuidado de niños o adultos se sustrae de los ingresos mensuales brutos y esto puede ayudarle a usted a calificar para RItE Care. Si usted recibe un subsidio del DHS para cuidado infantil, indique el monto que usted paga e indique también el monto que paga el DHS (si usted sabe cuánto es).

PLANES DE SEGURO MÉDICO DE RITE CARE

Existen tres (3) planes de seguro médico participantes en el programa de Rite Care. Para solicitar más información o averiguar si su médico participa en el plan de salud en el que usted desea inscribirse, llame por favor al número telefónico de servicios para miembros indicado a continuación:

UnitedHealthcare of New England	1-800-587-5187	TDD: 587-5188
Neighborhood Health Plan of RI	1-800-963-1001	TDD: 459-6105
Blue Cross Blue Shield of RI	1-800-564-0888	TDD: 459-5505

Sírvase escoger un plan de seguro médico en la página 10 del formulario de solicitud. Sin embargo, usted no será aceptado para ninguno de estos planes si el DHS posteriormente le notifica que será inscrito en Rite Share, en cuyo caso se le darán instrucciones para inscribirse en el plan de seguro médico ofrecido por su empleador.

¿NECESITA TRANSPORTE?

Si se determina que usted es elegible para Asistencia Médica (Medical Assistance / Rite Care o Rite Share) y usted ve la necesidad de transportarse en autobús para acudir a sus citas médicas, entonces también será elegible para recibir pases mensuales de autobús de RIPTA. Estos pases son totalmente gratuitos si usted es miembro de Rite Care o Rite Share.

¿Cómo puedo obtener estos pases de autobús?

- Diríjase al mostrador de atención al cliente en cualquier local de Stop & Shop o Shaw's en Rhode Island. Usted deberá llevar consigo su tarjeta blanca de Medical Assistance.
- Los pases de autobús están disponibles a partir del 25^o día de cada mes para ser utilizados durante el mes siguiente.
- Todos los miembros de Rite Care o Rite Share pueden obtener pases de autobús. Los niños menores de 5 años viajan en los autobuses gratuitamente.

¿NECESITA A UN INTÉRPRETE?

El Departamento de Servicios Humanos (DHS) hará los arreglos necesarios para que un intérprete o un empleado bilingüe le ayude a usted a leer avisos, cartas u otra información escrita en inglés del DHS. Este servicio también está disponible para citas en oficinas del DHS. No es necesario que traiga consigo a su propio intérprete, a menos que usted lo prefiera así.

El DHS también ofrece la ayuda de operadores de la Línea Telefónica AT&T de Atención en Otros Idiomas (AT&T's Language Line). Háganos saber qué idioma habla usted para conectarlo con un operador que hable su mismo idioma.

PAGO DE PRIMAS DE SEGURO MÉDICO

Dependiendo de los ingresos, algunas familias inscritas en Rlte Care o Rlte Share deben pagar una parte del costo de la cobertura del seguro médico. Los miembros reciben un cobro todos los meses, ya sea el 15 de cada mes o alrededor de esa fecha. El pago de la prima debe llegarnos antes del primer día de cada mes. Las familias deberán pagar \$0, \$61, \$77 o \$92 por mes, dependiendo de sus ingresos.

Para que su familia continúe gozando de cobertura de seguro médico, debe enviarnos el pago antes del primer día de cada mes.

¿Qué sucede si no puedo pagar la prima a tiempo?

Las familias que no paguen la prima por 2 meses consecutivos dejarán de estar inscritas y perderán su cobertura de seguro médico por un período de 4 meses. Esto no se aplica en los casos de mujeres embarazadas y bebés de hasta 1 año de edad. Después de transcurrido el período de 4 meses, la familia puede solicitar ser inscrita nuevamente.

¿Cómo pago las primas?

Hay tres maneras de pagar la prima: por correo; con tarjeta de crédito o débito; o personalmente en algunos establecimientos en la comunidad.

Por correo: Envíe un cheque o un giro postal a:

Rlte Care/Rlte Share Premium Collection
P.O. Box 70823
Charlotte, NC 28272-0823

Le rogamos no enviar su pago a la oficina del Departamento de Servicios Humanos de su localidad. Los pagos de las primas son procesados por una compañía aparte y, por lo tanto, deben ser enviados ahí.

Con tarjeta de crédito o débito:

Puede pagar la prima a través de Internet en <https://www.paybill.com/premium/>. Hay un cargo por servicio si paga con tarjeta de crédito o débito.

Personalmente:

Puede pagar en efectivo la prima en algunos establecimientos en Rhode Island. Hay un cargo por servicio. Por favor, comuníquese con EDS al (800) 746-6001 o vea la lista "Locations for Cash Premium Payments" en www.dhs.ri.gov/dhs/famchild/shcare.htm para averiguar cuál es el establecimiento más cercano para pago en efectivo de primas.

DESPUÉS DE SER INSCRITO

Renueve su Cobertura cada Año

Todas las familias necesitan renovar anualmente (o con más frecuencia en el caso de algunas familias) su cobertura de Medical Assistance para continuar recibiendo servicios y beneficios de atención médica. Esto se aplica tanto a miembros de RItE Care como a miembros de RItE Share. Usted recibirá por correo la información necesaria para la renovación. Por favor, complete el formulario y envíenoslo tan pronto como lo reciba. Usted perderá la cobertura si no nos envía dicho formulario con la información solicitada.

Notifique Cambios al DHS

Si usted se muda de casa, si cambia su número telefónico, si sus ingresos varían o hay un cambio en el número de miembros de su casa, por favor avísenos llamando a la oficina del DHS de su localidad dentro de los 10 días siguientes al cambio.

DIRECTRICES SOBRE INGRESOS

Si los ingresos mensuales brutos (el salario antes de impuestos) de las familias se encuentran dentro de las siguientes cifras, entonces las familias, niños y/o mujeres embarazadas pueden ser elegibles para RItE Care o RItE Share. El monto que las familias deben pagar por la cobertura de RItE Care o RItE Share ("prima mensual") se indica a continuación:

Ingresos Mensuales de la Familia

Tamaño de la Familia (PRIVADO)	Cobertura Familiar		Cobertura Únicamente para Niños y Mujeres Embarazadas	
	Menos del 150% del FPL*	150%-185% del FPL*	185%-200% del FPL*	200%-250% del FPL*
2	Menos de \$1711.25	\$1711.26-\$2110.54	\$2110.55-\$2281.67	\$2281.68-\$2852.08
3	Menos de \$2146.25	\$2146.26-\$2647.04	\$2647.05-\$2861.67	\$2861.68-\$3577.08
4	Menos de \$2581.25	\$2581.26-\$3183.54	\$3183.55-\$3441.67	\$3441.68-\$4302.08
5	Menos de \$3016.25	\$3016.26-\$3720.04	\$3720.05-\$4021.67	\$4021.68-\$5027.08
	Prima Mensual: \$0	Prima Mensual: \$61	Prima Mensual: \$77	Prima Mensual: \$92

Una mujer embarazada cuenta por dos (2) personas.

* FPL= Nivel Federal de Pobreza (2007)

En el caso de familias más numerosas, llame a la Línea Telefónica de Información del DHS al 462-5300 (inglés o español). Las mujeres embarazadas pueden ser elegibles aunque sus ingresos superen los montos indicados anteriormente. Para más Información, sírvase llamar a la Línea Telefónica de Información.

ENVIANDO LA SOLICITUD POR CORREO

Envíe por correo su solicitud con la información completa a la oficina del DHS de su localidad.

SI USTED VIVE EN...

Cranston
West Warwick
Coventry
Scituate
Johnson

Central Falls Warren
Pawtucket Barrington
East Providence
Bristol

Jamestown Little Compton
Middletown Tiverton
Newport
Portsmouth

West Greenwich Charlestown
East Greenwich Hopkinton
N. Kingstown Richmond
Narragansett Westerly
S. Kingstown New Shoreham
Exeter

Providence

Warwick

Burrillville Cumberland
Glocester Lincoln
N. Smithfield Foster
Woonsocket N. Providence
Smithfield

ENVÍE SU SOLICITUD POR CORREO A...

Cranston DHS
Forand Building
600 New London Avenue
Cranston, RI 02920
462-6500

Pawtucket DHS
24 Commerce Street
Pawtucket, RI 02860
729-5400

DHS Family Center
110 Enterprise Drive
Middletown, RI 02842
849-6000

North Kingstown DHS
7734 Post Road
N. Kingstown, RI 02852
267-1030

Providence DHS
206 Elmwood Avenue
Providence, RI 02907
222-7000

Warwick DHS
195 Buttonwoods Avenue
Warwick, RI 02886
736-6511

Woonsocket DHS
450 Clinton Street
Woonsocket, RI 02895
235-6300