



Solicitud de RIté Care/RIté Share

Por favor complete esta solicitud (páginas 1-10). **El Departamento de Servicios Humanos determinará si usted califica para RIté Care o RIté Share. Nosotros le notificaremos a usted para dejarle saber cuál es el programa en el cuál usted está.**

RIté Care es el programa de seguro de salud para familias de Rhode Island donde usted recibe cuidado de salud a través de un plan de salud de RIté Care participante (Neighborhood Health Plan, United Healthcare, o Blue CHiP)

RIté Share es el programa de ayuda de seguro de salud premium de Rhode Island donde usted se inscribe en el plan de salud de su empleador (o en el del empleador de su esposo(a)). RIté Share paga todo o parte de la porción que le corresponde pagar a usted del costo de la prima de la cobertura familiar. Usted también recibirá una tarjeta de Ayuda Médica para servicios no cubiertos por el plan de salud de su empleador.



El sobre indica que usted debe enviar información adicional con su solicitud completada. Si usted necesita ayuda para llenar la solicitud, por favor llame al 462-1500.

1. NOMBRE DEL SOLICITANTE (Jefe[a] de Familia)		Numero de seguro social*	
Apellido	Nombre	Inicial	
SU NÚMERO DE TELÉFONO		<input type="checkbox"/> Casado(a)	<input type="checkbox"/> Divorciado(a)
		<input type="checkbox"/> Separado(a)	<input type="checkbox"/> Viudo(a)
DOMICILIO	Calle y número	Ciudad o pueblo	Estado Código postal
DIRECCIÓN POSTAL (si es distinta)			

*Si usted no tiene un número de seguro social, usted debe conseguir uno. Esto no atrasará su solicitud.

2. ¿Hay un adulto (incluyendo usted) que habla inglés en su casa? Sí No

Si respondió "no", ¿Qué idioma hablan en su casa? _____

Usted debe decirnos acerca de la ciudadanía y el status migratorio de cualquiera que esté solicitando RIté Care/RIté Share. Usted también debe darnos su número de seguro social si tiene uno. Usted puede darnos esta información voluntariamente para cada uno de los miembros de su hogar que no estén solicitando los beneficios de salud. Si usted lo hace así, nosotros podemos solamente usar esta información para verificar el ingreso familiar y ayudarnos a decidir la mejor manera de suministrar beneficios de salud a los miembros elegibles de su familia. Nosotros no daremos la información en esta solicitud a nadie más, incluyendo el Servicio de Inmigración y Naturalización (INS).

- 3.** Escriba más abajo las personas que viven con usted, en su casa: • **USTED** • **SU ESPOSO(A)** • **NIÑOS**
- Incluya los padres de los niños que solicitan Rite Care o Rite Share a pesar de no ser casados
 - Incluya al padrastro y a la madrastra de los niños que solicitan Rite Care o Rite Share
 - Incluya a aquellos parientes que cuidan de los niños si es que los padres no viven con ellos

NOMBRE Apellido	Nombre	Inicial	¿QUÉ ES DE USTED? MISMO(A)/ JEFA(A) DE FAMILIA	MUJER U HOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO mes / día / año	¿ESTÁ USTED SOLICITANDO PARA ESTA PERSONA?	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (Si tiene)	¿ES CIUDADANO DE LOS ESTADO UNIDOS?	RAZA O ETNIA (Voluntario)
				<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
				<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
				<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
				<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
				<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
				<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
				<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
				<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
				<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

4. Por favor escriba más abajo el nombre y la situación con respecto a inmigración de cada persona que solicita Rlte Care o Rlte Share que o es ciudadano(a) de los Estados Unidos. Rlte Care está disponible para mujeres embarazadas y niños menores de 19 años elegibles sin importar la ciudadanía y el status migratorio.

NOMBRE	Apellido	Nombre	Inicial	SITUACIÓN CON RESPECTO A INMIGRACIÓN

SITUACIÓN CON RESPECTO A INMIGRACIÓN

1. Residente legal permanente
2. Refugiado
3. Asilado
4. Se le ha otorgado un alto o prórroga a su deportación
5. Entrada condicional
6. Entrada condicional bajo promesa por lo menos por 1 año
7. Entró como cubano o haitiano
8. Visa de Visitante Temporal (escriba el tipo de Visa si lo sabe)
9. Otra (incluye cualquier otra situación con respecto a inmigración, ya sea documentada o sin documentar)



SI SU SITUACIÓN CON RESPECTO A INMIGRACIÓN ES DE LA NÚMERO 1 A LA NÚMERO 8 INCLUSIVE (ver arriba), es necesario presentar un comprobante de la situación con respecto a inmigración. Sin embargo, esto no demorará el trámite de la solicitud de mujeres embarazadas o de niños que están a la espera de comprobante de su situación con respecto a inmigración. Por favor envíe una copia de su tarjeta de residencia (green card), el permiso para trabajar (work permit), el pasaporte u otros documentos de inmigración junto con la solicitud. Por favor, copie ambos lados de la tarjeta.

AQUELLAS PERSONAS CUYA SITUACIÓN CON RESPECTO A INMIGRACIÓN ES LA NÚMERO 9 (ver arriba) que son adultas, y que solicitan cobertura por beneficios de salud (excepto las mujeres embarazadas), deben presentar un comprobante de su situación con respecto a inmigración y un comprobante de su residencia en RI con fecha anterior al 1° de Julio de 1997. Las mujeres embarazadas y los niños cuya situación con respecto a inmigración es número 9 "Otra", no necesitan enviar comprobante de situación con respecto a inmigración o comprobante de residencia en RI.

SCHL

5. ¿Hay alguien de 17 a 19 años de edad que estudia en la escuela secundaria y que solicita Rlte Care/ Rlte Share? Los padres de adolescentes de 18 años de edad (si el adolescente aún va a la escuela) pueden ser elegibles para Rlte Care/Rlte Share. Sí No

NOMBRE	Apellido	Nombre	Inicial	¿EN QUÉ FECHA ESPERA RECIBIRSE O GRADUARSE?
ESCUELA				<input type="checkbox"/> Todo el día <input type="checkbox"/> Medio día <input type="checkbox"/> Menos de medio día

PREG

6. ¿Hay alguna persona embarazada en su casa? Sí No

NOMBRE DE LA PERSONA	Apellido	Nombre	Inicial	¿Está este embarazo cubierto por algún seguro médico?	¿En qué fecha espera el bebé?
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	



Por favor, envíe con esta solicitud una copia de un certificado de un médico, o de quien le suministra servicio médico, indicando si está embarazada y la fecha de su parto.

8. ¿Está usted o cualquier adulto en su hogar empleado? Sí No

Si es sí la respuesta, escriba en la solicitud el ingreso que su hogar recibe del empleo. Marque si el empleador ofrece seguro de salud y si el adulto empleado es un ciudadano Americano o un inmigrante calificado. Nosotros utilizaremos esta información para verificar el ingreso y para decidir si ponernos en contacto con el empleador para ver si el plan de salud del empleador puede ser aprobado para el Programa de Ayuda Rite Share Premium. La cobertura a través de un plan de empleador aprobado de Rite Share puede solamente ser requerido si el solicitante empleado padre de familia o pariente que suministra el cuidado de un niño son ciudadanos Americanos o inmigrantes calificados. (Los diferentes tipos de inmigrantes con status de calificados están listados en la página 3, números 1-8) No estableceremos contacto con el empleador si el adulto empleado no es un ciudadano Americano o inmigrante calificado.

Si un padre de familia empleado es elegible para inscribir a la familia en el plan de salud del empleador aprobado de Rite Share y no quiere hacerlo así, cualquier niño elegible solicitante será inscrito en Rite Care. Cualquier adulto en el hogar solicitando para beneficio de salud le será negada la elegibilidad por seis meses.

NOMBRE DEL TRABAJADOR	Apellido	Nombre	Inicial	SUELDO O SALARIO
NOMBRE Y DIRECCIÓN DE SU EMPLEADOR				\$ _____
¿El empleador ofrece seguro de salud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				<input type="checkbox"/> por semana <input type="checkbox"/> cada 2 semanas
¿Es el trabajador un ciudadano Americanos o un inmigrante calificado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No*				<input type="checkbox"/> por mes <input type="checkbox"/> otro: _____

NOMBRE DEL TRABAJADOR	Apellido	Nombre	Inicial	SUELDO O SALARIO
NOMBRE Y DIRECCIÓN DE SU EMPLEADOR				\$ _____
¿El empleador ofrece seguro de salud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				<input type="checkbox"/> por semana <input type="checkbox"/> cada 2 semanas
¿Es el trabajador un ciudadano Americanos o un inmigrante calificado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No*				<input type="checkbox"/> por mes <input type="checkbox"/> otro: _____

NOMBRE DEL TRABAJADOR	Apellido	Nombre	Inicial	SUELDO O SALARIO
NOMBRE Y DIRECCIÓN DE SU EMPLEADOR				\$ _____
¿El empleador ofrece seguro de salud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				<input type="checkbox"/> por semana <input type="checkbox"/> cada 2 semanas
¿Es el trabajador un ciudadano Americanos o un inmigrante calificado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No*				<input type="checkbox"/> por mes <input type="checkbox"/> otro: _____

*Si no, DHS no se pondrá en contacto con su empleador para verificar seguro de salud.



Por favor incluya copias de comprobantes de su sueldo o salario recibido durante las últimas cuatro semanas (un mes).

9. ¿Tiene alguien de su casa un reclamo o juicio pendiente relacionado con alguna enfermedad, o heridas como resultado de un accidente, compensación obrera (workers' compensation), o alguna otra causa? Sí No

Si responde "sí", indique el nombre de la persona: _____

10. Escriba el monto total de ingresos que usted u otro adulto reciben como dueño(a) de su propio negocio, ingresos por el cuidado de niños, o por alquilar una propiedad.

BUSI

DCIN

RINC

TIPO DE INGRESO	INGRESO BRUTO	FRECUENCIA	GASTOS	¿CONTINUARÁ RECIBIENDO ESTOS INGRESOS?	NOMBRE DE LA PERSONA QUE RECIBE ESTOS INGRESOS
DE SU PROPIO NEGOCIO	\$		\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé	
POR CUIDAR NIÑOS	\$		\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé	
POR ALQUILAR PROPIEDAD	\$		\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé	



Para cada categoría de ingresos, suministre comprobante de éstos y de los gastos, si los tuvo.

UNEA

11. ¿Tiene usted, u otro adulto en su casa, alguna otra clase de ingresos? Sí No
Complete la lista a continuación, indicando cualquier otro tipo de ingresos. Use la categoría "otros" para incluir otro tipo de ingreso no identificado en la lista.

INGRESOS	MONTO	FRECUENCIA	¿CONTINUARÁ RECIBIENDO ESTOS INGRESOS?	NOMBRE DE LA PERSONA QUE RECIBE ESTOS INGRESOS
COMPENSACIÓN POR DESEMPLEO	\$		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé	
SEGURO DE INCAPACIDAD TEMPORARIA	\$		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé	
MANTENIMIENTO DE NIÑO(S)	\$		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé	
MANTENIMIENTO DE EX ESPOSO(A)	\$		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé	
COMPENSACIÓN AL TRABAJADOR	\$		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé	
BENEFICIOS DE LA ADMINISTRACIÓN DE VETERANOS DE GUERRA	\$		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé	
PAGOS DEL SEGURO SOCIAL	\$		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé	
PAGOS DEL SEGURO SOCIAL	\$		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé	
INTERESES	\$		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé	
OTROS (por favor describa)	\$		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé	



Envíe una copia de un comprobante de sus ingresos (por ejemplo, de un cheque o de un certificado de adjudicación monetaria).

12. ¿Hay alguien en su casa que paga por el cuidado de niños? ¿Hay alguien en su casa que paga por el cuidado de una persona discapacitada (minusválida)? Sí No

NOMBRE DE LA PERSONA QUE PAGA POR EL CUIDADO	NOMBRE DEL NIÑO O ADULTO QUE RECIBE EL CUIDADO	¿CONTINUARÁ TENIENDO ESTOS GASTOS?	¿CUÁNTO PAGA? *	FRECUENCIA
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	

* incluyendo subsidio del DHS para el cuidado del niño

13. ¿Alguna de las personas en su casa tienen algún otro seguro médico o seguro dental? Si respondió "SÍ" escriba el nombre de la persona y la información sobre el seguro que se solicita a continuación. Sí No

NOMBRE DE LA PERSONA A QUIEN SE LE EMITIÓ LA PÓLIZA			NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS MÉDICO O DENTAL	
NÚMERO DE PÓLIZA		NÚMERO DE GRUPO		¿ES ESTE SEGURO AUSPICIADO POR EL EMPLEADOR? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
TIPO DE COBERTURA <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Individual	SI USTED PAGA LA CUOTA, \$ POR	FECHA EN QUE COMENZÓ LA PÓLIZA		
SI RESPONDE "SÍ", INDIQUE EL NOMBRE DE LA EMPRESA QUE PROVEE EL SEGURO:				
NOMBRES DE TODAS LAS PERSONAS INCLUIDAS EN ESTA PÓLIZA				

NOMBRE DE LA PERSONA A QUIEN SE LE EMITIÓ LA PÓLIZA			NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS MÉDICO O DENTAL	
NÚMERO DE PÓLIZA		NÚMERO DE GRUPO		¿ES ESTE SEGURO AUSPICIADO POR EL EMPLEADOR? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
TIPO DE COBERTURA <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Individual	SI USTED PAGA LA CUOTA, \$ POR	FECHA EN QUE COMENZÓ LA PÓLIZA		
SI RESPONDE "SÍ", INDIQUE EL NOMBRE DE LA EMPRESA QUE PROVEE EL SEGURO:				
NOMBRES DE TODAS LAS PERSONAS INCLUIDAS EN ESTA PÓLIZA				

Si usted necesita más espacio para contestar algunas preguntas, escriba en otro papel. No olvide escribir el número de la pregunta antes de comenzar a escribir la respuesta.

DECLARACIONES DE QUIEN PRESENTA ESTA SOLICITUD

AYUDA MÉDICA Y EL ESTABLECIMIENTO DE PATERNIDAD—Transferencia de derechos: Yo reconozco y acepto que al firmar al final, transfiero a DHS y a Child Support Enforcement (CSE) los derechos a obtener y recibir ayuda médica ordenada por la Corte procedente del padre o de la madre de un(a) niño(a) menor de 18 años. Cooperación: Yo reconozco y acepto que debo cooperar con el CSE para obtener la mencionada ayuda, pero tengo el derecho de declarar causa suficiente si es que me niego a cooperar. (no se puede negar RItE Care o RItE Share a niños que son elegibles si es que sus padres se niegan a establecer la paternidad, o si se niegan a obtener ayuda de padres ausentes). Yo reconozco y acepto que las mujeres embarazadas no tienen obligación de cooperar en el establecimiento de paternidad y en obtener ayuda médica para un niño antes que nazca.

MONTOS A RECUPERAR DE TERCEROS—Yo reconozco y acepto que RItE Care o RItE Share no paga los gastos médicos que deben ser pagados por terceros, como ser, una compañía privada de seguro médico. Yo reconozco y acepto que al firmar al pie, cedo a DHS mis derechos a cobrar pagos por terceros. Estos pagos incluyen pagos por pólizas de seguros hospitalarios y seguros de salud, o pagos que resultan de un juicio o de cualquier otra demanda.

EMBARGO DE LA HERENCIA DE UN BENEFICIARIO FALLECIDO—Yo reconozco y acepto que los pagos de ayuda médica que se efectúan por medio de RItE Care o RItE Share a un beneficiario de 55 o más años de edad constituye una deuda al Estado sujeta a embargo de la herencia del beneficiario a favor del DHS (sin embargo, este embargo a la herencia de un beneficiario no se hará efectiva si el beneficiario tiene como sobrevivientes a un cónyuge, a un niño o joven de menos de 21 años de edad, o a un niño ciego o discapacitado total y permanentemente).

PENALIDADES POR FALSO JURAMENTO—Yo reconozco y acepto que si suministro información falsa, estoy desacatando a la ley federal y/o estatal y que, por lo tanto, puedo estar sujeto a penalidades.

SUS DERECHOS

BENEFICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD

Yo reconozco y acepto que tengo el derecho de solicitar y recibir beneficios de Ayuda Médica (RItE Care o RItE Share) si es que soy elegible de acuerdo con los reglamentos y normas establecidas por la ley de Rhode Island.

CONFIDENCIALIDAD

Yo reconozco y acepto que la información que he suministrado es confidencial. DHS utiliza información sobre mí y mi familia solamente con el propósito relacionado directamente con la administración de RItE Care o RItE Share. El uso de esta información incluye enviarla a mi Plan de Seguro Médico de RItE Care y, si es que solicito un pase para transporte, al Departamento de Transportes Públicos de Rhode Island. Yo estoy de acuerdo con que mi Plan de Seguro Médico de RItE Care puede suministrar al DHS información relacionada con la atención médica que ha recibido mi familia con motivos relacionados con la administración del programa RItE Care y también reconozco y acepto que esta información es confidencial. El DHS no suministrará ninguna información sobre afiliados o solicitantes que no sea la que se ha mencionado anteriormente sin autorización previa, a menos que lo demande la ley.

DERECHO A APELAR

Yo acepto y reconozco que si no estoy satisfecho con una decisión del DHS, o si el DHS se demora en tomar una decisión, tengo el derecho a apelar y recibir sin demora una audiencia ante el Oficial de Apelaciones (Appeals Officer) del DHS. Un abogado, o cualquier otra persona que yo elija, puede ser mi representante. Yo debo solicitar la audiencia por escrito dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que recibo la notificación respecto a mi elegibilidad bajo RItE Care o RItE Share.

QUEJAS SOBRE EL PLAN DE SEGURO MÉDICO

Yo reconozco y acepto que yo tengo el derecho a presentar una queja ya sea sobre el tratamiento médico, o debido a que se me ha negado tratamiento médico por parte de mi Plan de Seguro Médico de RItE Care. Cada Plan de Seguro Médico tiene un procedimiento para quejas y apelaciones. Si no estoy satisfecho con la decisión tomada por mi Plan de Seguro de Salud después de haber apelado, yo puedo comunicarme con RItE Care o RItE Share por medio de su línea telefónica informativa (RItE Care/RItE Share Info Line). Si aún no estoy satisfecho, puedo registrar una queja con la Division of Facilities Regulation, RI Department of Health, 3 Capitol Hill, Providence, RI 02908, (401)222-2566.

REGLAMENTACIÓN ANTIDISCRIMINATORIA

Yo acepto y reconozco que mi elegibilidad no depende de mi raza, color, nacionalidad de origen, discapacidad, sexo, edad, religión u orientación sexual, excepto si hay restricciones que impone la ley. Yo acepto y reconozco que tengo el derecho de negarme a suministrar información relacionada con mis antecedentes raciales y/o étnicos y que el hacerlo no afectará mi elegibilidad en RItE Care o RItE Share.

ALTERNATIVAS PARA LA ELEGIBILIDAD

Yo entiendo que esta solicitud se relaciona solamente con RItE Care o RItE Share. Yo entiendo que si yo no resulto elegible para cobertura por RItE Care o RItE Share, es posible que yo pueda recibir Asistencia Médica de alguna otra procedencia. Yo entiendo que puedo ser elegible bajo otros programas administrados por el DHS, como son los cupones para alimentos, o ayuda en la forma de dinero en efectivo. Yo entiendo que para solicitar otro tipo de asistencia médica o bajo otros programas del DHS, yo tengo que presentar otra solicitud acompañada por documentos adicionales.

SUS RESPONSABILIDADES

PRECISIÓN Yo me comprometo a suministrar al DHS información precisa como prueba de lo que he manifestado, y doy permiso al DHS para que obtenga las pruebas.

AVISO DE CAMBIOS Yo me comprometo a avisar inmediatamente (dentro de los 10 días) sobre cualquier cambio en la información en esta solicitud.

COOPERACIÓN CON AUDITORES Yo me comprometo a cooperar en pleno con personal del Gobierno Estatal o Federal que pasa revistas de control de calidad o revisan los informes médicos.

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL Yo me comprometo a presentar el número de Seguro Social legítimo, mío y de cada persona en mi familia, o a solicitar un número de Seguro Social si es que tienen derecho a tal.

FIRME AQUÍ

YO CERTIFICO que todas mis respuestas e información en esta solicitud son completas y reflejan la verdad. Yo he leído las Declaraciones, Derechos y Responsabilidades que preceden a esta sección.

FIRMA DEL SOLICITANTE

FECHA

FIRMA DEL ESPOSO(A), SI VIVE EN LA CASA

FECHA

FIRMA DE LA PERSONA QUE LE AYUDÓ A COMPLETAR ESTA SOLICITUD Y
NOMBRE DE LA AGENCIA

FECHA

INFORMACION SOBRE REGLAMENTOS ANTIDISCRIMINATORIOS

El Departamento de Servicios Humanos de Rhode Island (DHS) no discrimina en base a la raza, el color, el país de origen, la religión, la orientación sexual, la discapacidad o el sexo en aceptar o proveer los servicios, empleo o tratamiento, en sus programas educacionales y otros programas y actividades. Para más información acerca de estas leyes, el procedimiento de desagravio del DHS para resolver quejas sobre discriminación, comuníquese con el DHS, 600 New London Avenue, Cranston, RI 02920, teléfono 462-2130 (TDD 462-6239).

NOMBRE DEL SOLICITANTE/ JEFE(A) DE FAMILIA	Apellido	Nombre	Initial	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	NÚMERO DE TELÉFONO
---	----------	--------	---------	--------------------------------	---------------------------

1. ELIJA UN PLAN DE SEGURO MÉDICO Cada familia debe elegir uno de los Planes de Seguro Médico disponibles que se ilustran.

<input type="checkbox"/>  Neighborhood Health Plan of Rhode Island	<input type="checkbox"/>  UnitedHealthcare <small>A UnitedHealth Group Company</small>	<input type="checkbox"/>  BlueCHIP <small>Coordinated Health Partners, Inc.</small>
1-800-963-1001 TDD 459-6105	1-800-587-5187 TDD 587-5188	1-800-564-0888 TDD 459-5505

2. ESCRIBA INFORMACIÓN SOBRE LAS PERSONAS DE SU CASA QUE SOLICITAN RITE CARE O RITE SHARE.
 Si usted tiene un doctor, escriba el nombre en el formulario más abajo. Si usted no tiene un doctor, su seguro médico le ayudará a elegir uno cuando usted se afilie.

NOMBRE	Apellido	Nombre	Initial	FECHA DE NACIMIENTO mes / día / año	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	¿ESTÁ EMBARAZADA?	DOCTOR (médico decabecera)	LOCALIDAD DEL DOCTOR (Ciudad o Pueblo)
Jefe(a) de familiar						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

3. FIRMA Y FECHA _____ SOLICITANTE _____ FECHA _____

FOR OFFICE USE

AGENCY NAME / AGENCY ID _____ DATE _____



RItE Care, RItE Share o Asistencia Medica Solicitud/Suplemento de Renovación para Verificación de Ciudadanía y Identidad

La ley Federal ahora requiere a Ciudadanos de los Estados Unidos que soliciten o reciban RItE Care, RItE Share o Asistencia Medica (excepto aquellos que reciben SSI o Medicare) que muestren prueba de su ciudadanía e identidad. **Para nuevos solicitantes, usted debe mostrar prueba de ciudadanía e identidad antes de ser elegible. Usted debe hacer esto dentro de los 30 días de su solicitud. Para solicitantes actuales, usted debe mostrar prueba cuando se le renueve su certificación. Usted solamente tendrá que proveer estas pruebas una sola vez.**

Si usted tiene o es mayor de 16 años, usted puede probar su ciudadanía e identidad mostrando:

Su pasaporte **O** certificado de naturalización **O** Certificado de nacimiento **Y** una licencia de conducir o tarjeta de Identificación estatal con foto o Identificación de la escuela con foto.

Para niños menores de 16 años, usted puede probar ciudadanía e identidad mostrando:

Su pasaporte **O** certificado de naturalización **O** Certificado de nacimiento **Y** la firma de los padres verificando la identidad de los niños menores de 16. (Vea abajo)

Otros documentos pueden ser aceptables para probar ciudadanía e identidad. Una lista completa de documentos aceptables están en la parte de atrás de esta forma. Sí usted no tiene estos documentos, comience el proceso ahora porque puede tomarle varias semanas para obtenerlos. Traiga los documentos que usted tenga, aunque le falten documentos para algunos de los miembros de su familia, para que su solicitud o renovación no se atrase para otros miembros de su familia.

A usted se le requerirá que someta los documentos originales a su oficina de DHS o al Consejero de Recursos Familiares (FRC, por sus siglas en Ingles). FRC ayuda a las personas a solicitar y renovar para RItE Care, RItE Share o Asistencia Medica. Ellos están localizados en centros de salud y en algunos hospitales y agencias comunitarias. Llame a la Asociación de Centros de Salud de Rhode Island al (401) 274-1771 x 201 para localizar a un Consejero de Recursos Familiares cercano a usted.

Direcciones: Padres o guardianes deben completar esta forma si usted esta solicitando o renovando para RItE Care, RItE Share o Asistencia Medica para niños menores de 16 años. Completando esta sección proveerá prueba de identidad para niños menores de 16 años. Usted todavía tiene que presentar un documento para probar su ciudadanía (tal como un certificado de nacimiento). Miembros de la Familia que tienen 16 años de edad o mas tendrán que someter prueba de ciudadanía e identidad para ser elegibles. Vea la parte de atrás de esta forma para una lista completa de los documentos.

Jefe de Familia, Primer Nombre y Apellido	Fecha de Nacimiento	Numero de Seguro Social

Primer Nombre Apellido de Niños menores de 16 años	Fecha de Nacimiento	Ciudad y Estado del Nacimiento.

Bajo pena de perjurio, Yo certifico de la identidad de los niños menores nombrados arriba. Yo entiendo que estoy quebrantando la ley si doy información incorrecta y puedo ser castigado(a) bajo ley federal, estatal o ambas.

Firma del Padre o Guardián

Fecha

Documentos Aceptables para Ciudadanía e Identidad para Asistencia Medica, RItE Care o RItE Share

La ley Federal ahora requiere a Ciudadanos de los Estados Unidos que soliciten o reciben RItE Care, RItE Share o Asistencia Medica que muestren prueba de su ciudadanía e identidad.

Usted puede probar su ciudadanía e identidad (nivel primario) con un pasaporte de los Estados Unidos, Certificado de Naturalización, o Certificado de Ciudadanía de los Estados Unidos O Si usted no tiene un pasaporte de los Estados Unidos, Certificado de Naturalización, o Certificado de Ciudadanía de los Estados Unidos, usted debe presentar UN documento de identidad y UN documento de ciudadanía de la lista de abajo.

Documentos de Identidad

- Licencia de conducir con foto
- Tarjeta de identificación de la escuela con foto
- Tarjeta militar o registro militar
- Tarjeta de identificación con foto expedida por el gobierno federal, estatal o local
- Tarjeta Militar de identificación de dependientes
- Documento de Tribu Nativo Americana
- Tarjeta de Marino Mercantil de la Guarda Costera de los Estados Unidos
- Certificado de grado de ancestro Indígena por sangre u otro documento con foto de tribu Indígena Americana o de Alaska de los Estados Unidos.
- Para niños menores de 16 años, la firma del padre o guardián verificando la identidad del niño y lugar de nacimiento.

Segundo Nivel de Documentos de Ciudadanía

- Certificado de nacimiento de los Estados Unidos (Si usted nació en Rhode Island, puede obtener su certificado de nacimiento en la alcaldía o ayuntamiento de la ciudad o pueblo en donde nació o en la oficina estatal de estadísticas vitales. Para obtener más información, diríjase a la página de Internet www.health.ri.gov o llame al 222-2811. Si nació fuera de Rhode Island, diríjase a <http://www.cdc.gov/nchs/howto/w2w/w2welcom.htm> o llame al 1-866-441-NCHS)
- Un Certificado de Reporte de Nacimiento (DS-1350)
- Un reporte de Nacimiento fuera del país de un ciudadano de los Estados Unidos (FS-240)
- Un Certificado de nacimiento expedido por el Departamento de Estado (FS-545 0 DS-1350)
- Tarjeta de Ciudadanía de los Estados Unidos (I-197)
- Tarjeta de Identificación de Northern Mariana (I-873)
- Tarjeta de Indígena Nativo Americano (I-872) con código KIC
- Sentencia final de adopción con el nombre del niño y lugar de nacimiento en los Estados Unidos
- Evidencia de trabajo en el Servicio Civil para los Estados Unidos antes de 6/1/1976
- Registro de Servicio Militar en los Estados Unidos que muestre lugar de nacimiento

Tercer Nivel de Documentos de Ciudadanía

- Registro de hospital creado al nacer que muestre lugar de nacimiento en los Estados Unidos.
- Seguro de vida, de salud u otro archivo de seguro que muestre su lugar de nacimiento en los Estados Unidos y que haya sido creado por lo menos 5 años antes de su solicitud por Asistencia Medica/ RItE Care/RItE Share.

Cuarto Nivel de Documentos de Ciudadanía (solamente para ser usado en raras circunstancias)

- Archivo Federal o Estatal del censo que muestre ciudadanía o lugar de nacimiento en los Estados Unidos
- Uno de los siguientes documentos que muestre un lugar de nacimiento en los Estados Unidos y que haya sido creado por lo menos 5 años antes de su solicitud por Asistencia Medica/ RItE Care/RItE Share.
 - Censo de la Tribu Indígena Séneca
 - Agencia de Asuntos Indígenas tribu de registro del censo para los Indios Navajo
 - Estado en los Estados Unidos de estadísticas vitales notificación oficial de registración de nacimiento
 - Registro de nacimiento enmendado de salud pública de los Estados Unidos que haya sido enmendado hace más de 5 años después del nacimiento de la persona
 - Declaración firmada por un Doctor o partera que estuvo presente en el momento del nacimiento
 - Archivo Medico (clínica, doctor u hospital) no incluye registro de vacunas.
 - Documentos de admisión a una institución como hogar de ancianos, instalación de cuidados profesionales u otra institución.
 - Declaración jurada por escrito de 2 (dos) personas diferentes (una persona no puede ser familiar del solicitante y cada uno debe de mostrar prueba de su propia identidad y ciudadanía.)

Para mas información, llame su plan de salud: UnitedHealthcare 1-800-587-5187 / Neighborhood Health Plan 1-800-459-6019 / Blue Cross and Blue Shield of RI 1-800-564-0888 or 401-274-3500 o la línea de información de DHS al 462-5300.