

**INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE** (Nombre del padre, guardián u otra persona que viva con los niños)

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Primer nombre Segundo nombre Apellido

Domicilio postal: \_\_\_\_\_  
 Ruta/Casilla Postal o Calle/Departamento

Condado Ciudad Estado Código postal

Domicilio de residencia: \_\_\_\_\_  
 (si difiere del anterior)  
 Ruta/Casilla Postal o Calle/Departamento

Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Domicilio Trabajo En caso de emergencias  
 (si puede recibir llamadas)

**Cobertura de salud materno-infantil de WV**  
 Seleccione lo que corresponda

West Virginia   
**CHIP** Children's Health Insurance Program

Office of Maternal, Child & Family Health West Virginia

Health Human Resources Bureau for Medical Services   
 Medicaid

**INFORMACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR** (Nota: El número de Seguro Social y la ciudadanía de los EE.UU. deben llenarse para las personas que se asegurarán, pero es opcional para los demás del grupo familiar).

| Mencione todas las personas que viven con usted (inclúyase) y llene los espacios al lado de cada nombre.<br><br>Si hay más de 7 miembros en su grupo familiar, llene otra copia de la página 1 para las otras personas. | Fecha de nacimiento<br>(Mes, día y año)<br><br>Mes-Día-Año | Número de seguro social | Ciudadanía de los EE.UU. |            | Sexo       |            | Relación del solicitante con otros del grupo familiar<br>(Ejemplo: madre, padre, esposo, esposa, padrastro, madrastra, abuelo, etc.) | Raza   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | Etnia      |            | Lengua materna |   |   |   |   |   |  |
|---|--|-------------------------|--------------------------|------------|------------|------------|--|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|------------|------------|----------------|---|---|---|---|---|--|
|   |  |                         | Marque una               | Marque una | Marque una | Marque una |  | Marque con un círculo todas las que correspondan |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | Marque una | Marque una |                |   |   |   |   |   |  |
| 1   |  |                         | S                        | N          | M          | F          |  | B  | C | D | E | F | G | I | N | P | W | 1 | 2          | 1          | 2              | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |  |
| 2   |  |                         | S                        | N          | M          | F          |  | B  | C | D | E | F | G | I | N | P | W | 1 | 2          | 1          | 2              | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |  |
| 3   |  |                         | S                        | N          | M          | F          |  | B  | C | D | E | F | G | I | N | P | W | 1 | 2          | 1          | 2              | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |  |
| 4   |  |                         | S                        | N          | M          | F          |  | B  | C | D | E | F | G | I | N | P | W | 1 | 2          | 1          | 2              | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |  |
| 5   |  |                         | S                        | N          | M          | F          |  | B  | C | D | E | F | G | I | N | P | W | 1 | 2          | 1          | 2              | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |  |
| 6   |  |                         | S                        | N          | M          | F          |  | B  | C | D | E | F | G | I | N | P | W | 1 | 2          | 1          | 2              | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |  |
| 7   |  |                         | S                        | N          | M          | F          |  | B  | C | D | E | F | G | I | N | P | W | 1 | 2          | 1          | 2              | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |  |

**Cobertura:** ¿Alguno de los niños ya tiene cobertura (excepto Medicaid)?  Sí  No Si respondió sí, enumere a continuación las aseguradoras y primas pagadas. Si perdió el seguro en los últimos 6 meses, enumere la fecha de finalización también.

| Nombre de la compañía aseguradora | Nombre del titular de la póliza | Prima:       | ¿Cada cuánto tiempo? | Fecha de finalización |
|-----------------------------------|---------------------------------|--------------|----------------------|-----------------------|
| 1                                 |                                 | Monto pagado |                      |                       |
| 2                                 |                                 | Monto pagado |                      |                       |
| 3                                 |                                 | Monto pagado |                      |                       |

Alguien de su grupo familiar está cubierto o reúne los requisitos para recibir la cobertura del Programa de Aseguramiento de Empleados Públicos de WV?  Sí  No Si responde sí, especifique quién:

- Marque este casillero si está solicitando acogerse dentro de una excepción del seguro.**  
 Excepción por:  ¿Prima superior al 10% del ingreso?  Otra. Especifique: \_\_\_\_\_
- **EXCLUSIÓN DE COPAGO PARA NATIVOS AMERICANOS:** si usted es un Nativo Americano, puede excluirse del copago. Llame al 1-877-982-2447 para confirmar que es miembro de una tribu con reconocimiento federal. Esto no se aplica a las personas cubiertas por WV Medicaid.

# SOLICITUD PARA EL SEGURO DE SALUD INFANTIL DE WV

## ¿ALGUIEN DE SU FAMILIA TIENE INGRESOS DE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES?

| Tipo de ingreso  | Marque con ✓<br>Sí o No en<br>cada ítem.                | Suma bruta –<br>antes de las<br>deducciones | ¿Con qué<br>frecuencia? | ¿Quién<br>lo<br>recibe? |
|--|---|---|-------------------------|-------------------------|
| Salario – <b>Madre</b>   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |   |                         |                         |
| Salario – <b>Padre</b>   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |   |                         |                         |
| Salario – <b>Hijo que trabaja</b>  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |   |                         |                         |
| Salario – <b>Cónyuge del hijo</b>  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |   |                         |                         |
| Dividendos/Intereses/regalías  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |   |                         |                         |
| Agricultura  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |   |                         |                         |
| Trabajo independiente<br><i>Adjuntar gastos del negocio del mes de la solicitud.</i> | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |   |                         |                         |
| Ingreso por rentas   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |   |                         |                         |
| Jubilación o pensión   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |   |                         |                         |
| Cheque del Seguro Social   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |   |                         |                         |
| SSI  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |   |                         |                         |
| Beneficios de UMWA   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |   |                         |                         |
| Cheque de WV WORKS   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |   |                         |                         |
| Beneficios de los veteranos de guerra  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |   |                         |                         |
| Asignación militar   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |   |                         |                         |
| Asignación de las Brigadas de Trabajo (Job Corps)                                    | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |   |                         |                         |
| Sostén económico para hijos  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |   |                         |                         |
| Sostén económico para cónyuges   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |   |                         |                         |
| Contribuciones de amigos o familiares  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |   |                         |                         |
| Beneficios para desempleados   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |   |                         |                         |
| Indemnización laboral  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |   |                         |                         |
| Créditos y becas de estudio  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |   |                         |                         |
| Inquilinos o pupilos   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |   |                         |                         |
| Seguro   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |   |                         |                         |
| Otros (como ganancia por cuidar niños, trabajos raros, etc.)                         | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |   |                         |                         |

**informes puede ocasionar demoras o el rechazo de su aplicación.  
(Consulte la guía para la solicitud.)**



## ¿ESPERA UN HIJO?

(Este hijo ya puede contarse como miembro de la familia.)

- ¿Alguna mujer de su grupo familiar está embarazada?  
 Sí  No (Si sí, la fecha de parto es: (mm/dd/aaaa) \_\_\_\_\_)
- ¿Cómo se llama la embarazada?  
Padre/madre \_\_\_\_\_ Hijo/a \_\_\_\_\_
- ¿Se confirmó médicamente el embarazo? (**Adjunte la confirmación**)  
 Sí  No Nombre del consultorio/clínica: \_\_\_\_\_  
Fecha del diagnóstico \_\_\_\_\_ Fecha probable del parto \_\_\_\_\_
- ¿Le informaron que es un embarazo de más de un bebé?  
 Sí  No (Si sí, ¿cuántos? \_\_\_\_\_)
- ¿Está consultando a un médico?  Sí  No
- ¿Hay otra embarazada en el grupo familiar?  Sí  No  
*Si sí, agregue la información arriba solicitada acerca de esa embarazada, en hoja aparte.*

## ASISTENCIA INFANTIL O DE ADULTOS DEPENDIENTES

*Brindar esta información puede reducir la suma de ingreso que le asignamos a usted y así ayudarle a ser admitido.*

| Nombre de la Prestadora | Suma mensual pagada | ¿Cada cuánto? | ¿Asistencia para quién? |
|-------------------------|---------------------|---------------|-------------------------|
|                         |                     |               |                         |
|                         |                     |               |                         |
|                         |                     |               |                         |

## LA FIRMA DE ESTE FORMULARIO SIGNIFICA QUE COMPRENDO LAS SIGUIENTES PROTECCIONES Y RESPONSABILIDADES:★

1) La información que se incluya en este formulario es confidencial y solo puede usarse por necesidad para determinar el cumplimiento de los requisitos de aceptación y administrar los programas; 2) La agencia debe determinar la elegibilidad y emitir una decisión antes de los 13 días de recibir su solicitud, a menos que usted sea notificado de que su solicitud está retenida en espera de que usted suministre otra información; 3) A ninguna persona puede negársele beneficios debido a su raza, color, sexo, edad, discapacidad, religión, nación de origen ni orientación política; 4) Puedo solicitar una Audiencia Imparcial ante un Oficial de Audiencias Estatal si no estoy de acuerdo con una decisión respecto a mi elegibilidad o si no se llegó a la decisión acerca de mi elegibilidad en un plazo correcto; 5) Este formulario se utiliza para determinar la cobertura de asistencia sanitaria de WVCHIP o Medicaid solamente, pero puede haber otros beneficios para los cuales puedo ser elegible o puedo solicitar contactando a mi oficina local de DHHR; 6) Para determinar correctamente los beneficios, puede contrastarse por computadoras la información a través del número de seguro social con el IRS, la Administración de la Seguridad Social, el Departamento de Trabajo de los EE.UU., otras dependencias gubernamentales o instituciones financieras privadas; también se le entregarán los números de seguro social de los solicitantes nombrados solamente a Inmigración y Naturalización de los EE.UU., pero no así los de otros miembros del grupo familiar; 7) Cualquier persona que reciba beneficios de la cobertura de WVCHIP o Medicaid, que reciba reembolsos de servicios médicos u hospitalarios de otra compañía de seguro, acepta que todos los pagos médicos o ayuda pagados o adeudados como resultado de una orden judicial, deben enviarse al Estado para el reembolso de gastos anteriores o actuales pagados en su nombre por WVCHIP o Medicaid. Esta reasignación de fondos continúa por el tiempo que cualquiera de las personas incluidas en la solicitud continúe recibiendo los beneficios de WVCHIP o Medicaid; 8) Puede exigirse que efectúe reembolsos resultantes de brindar información incorrecta o falsa o de no haber declarado cambios en este formulario; la falsa declaración voluntaria (tergiversaciones, suplantación de identidad u otros recursos fraudulentos) puede derivar en cargos de fraude. Las condenas por fraude son punibles con multas de hasta \$5,000 o sentencias de prisión de hasta cinco años.

Firma del solicitante

Fecha

★ El solicitante puede solicitar una copia en letra grande de esta declaración o que se la lean, llamando al 1-877-982-2447.

WV-KIDS-1 (Nuevo 08/04)