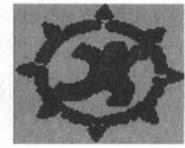




Plan de
Salud del
Estado
Diamante



SOLICITUD PARA SEGURO MEDICO

Llene y firme este formulario de solicitud para Medicaid, Delaware Healthy Children Program [Programa de Niños Saludables de Delaware], o el Programa de Beneficiarios de Medicare. Medicaid es un programa salud gratis para las personas de bajos recursos y sus familias. El Delaware Healthy Children Program ofrece seguro médico a precios módicos a niños que no tienen seguro y que no son elegibles para Medicaid. Las módicas primas mensuales se basan en los ingresos de la familia. El Programa de Beneficiarios de Medicare puede ayudarle a pagar parte de sus costos de Medicare.

Dispone de 30 días a partir de la fecha en la que solicite seguro médico para mandarnos esta solicitud. De no hacerlo, podría afectar la fecha en que entre en vigor su seguro médico.

Necesitamos comprobantes de 10 siguiente:

- Fecha de nacimiento (recién nacidos solamente)
- Embarazo
- Un mes de ingresos de la familia (talón de cheques, indemnización)
- Empleo por su cuenta (los recibos de los impuestos del año pasado con todos los inventarios)
- Extranjero legal (copia de tarjetas o papeles por delante y por detrás)
- Copia de la tarjeta de Medicare

Las mujeres embarazadas sólo tienen que declarar los ingresos de la familia y presentar un comprobante médico de su embarazo. Disponen de 30 días para presentar cualquier otra verificación.

No espere a tener toda la información para mandar su solicitud. Analizaremos su solicitud y si necesitamos más información, se lo diremos. Una vez que recibamos toda la información necesaria, le enviaremos un aviso por escrito de la decisión que tomemos.

Los/las solicitantes a quienes aprueben para Medicaid o el Delaware Healthy Children Program, tienen que inscribirse en una organización de administración de la salud. Le enviaremos un paquete de inscripción informativo en el que se explican los beneficios. Los beneficios de Medicaid pueden entrar en vigor el mes de la solicitud. La cobertura del Delaware Healthy Children Program, entra

en vigor el mes en que inscribe a su hijo/a en el plan de administración de la salud y que pague la prima. Los/las solicitantes que aprueben para el Programa de Beneficiarios de Medicare no se pueden inscribir en organizaciones de administración de la salud de la DSS [División de Servicios Sociales].

Apellido nombre	Nombre	Inicial del Segundo
Calle y número		Número de apartamento
Ciudad	Código Postal	
¿Tiene intenciones de quedarse en Delaware? _____		
Número de teléfono para llamarle durante el día		
Dirección Postal (si no es la que puso más arriba)		
Estado		
Mencione todos los otros nombres que haya usado antes		
Sólo para Uso Oficial		
Fecha de la Solicitud	Fuente de remisión	

? Si tiene alguna pregunta, sírvase llamar al:
División de Servicios Sociales 1-800-372-2022
Dirección de Beneficios de Salud 1-800-996-9969
Recuerde poner la firma y la fecha al dorso

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	¿Cuál es la relación de esta persona con usted? (cónyuge, hijo/a, hijastro/a, amigo/a)	¿Hizo				Número	Ciudadano/a	
			USTED MISMO/A	Sì No					Sì No	
				Sì No					Sì No	
				Sì No					Sì No	
				Sì No					Sì No	
				Sì No					Sì No	
				Sì No					Sì No	
				Sì No					Sì No	

De los niños en esta solicitud, ¿el padre/la madre de algunos ellos viven en otra casa?

Nombre del niño/a	Nombre del padre/la madre	Dirección del padre/la madre	Empleador del padre/la madre

Hay alguna embarazada en el núcleo familiar? Nombre: _____ Fecha prevista del parto: _____ ¿Cuántos niños trae? _____
En el núcleo familiar, ¿hay alguna persona incapacitada o alguien que perdió ingreso complementarios del seguro social [SSI, por sus siglas en inglés]? Nombre: _____

2. INGRESOS SALARIALES: Diganos si los ingresos de su familia son por sueldos, propinas, empleo por cuenta propia, servicios de niñera, ventas en la casa, trabajos sueltos.

Persona que trabaja	Estudiante	Empleador/Fuente de ingresos	Frecuencia/Cantidad recibida	Cantidad sin impuestos/Deducciones
	Si No			
	Si No			
	Si No			

3. OTROS SALARIALES: Diganos sobre los demás ingresos de su familia tales como Seguro social, Ingresos complementarios del seguro social, manutención al menor prestaciones por ser veterano de guerra, recompensación por desempleo, retiro, inquilino, o dinero en efectivo que le dan.

Persona a la que pagaron	Fuente de dinero	Frecuencia de pago	Cantidad sin las deducciones

4. GASTOS POR CUIDADOS AL MENOR: Diganos cuanto le paga a la persona que le cuida a su niño/a o la persona incapacitada para usted poder ir a trabajar, buscar trabajo o recibir entrenamiento..

Nombre del menor o adulto	¿Cuánto paga al mes?	Nombre del menor o adulto	¿Cuánto paga al mes?

5. INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO MÉDICO: Diganos los detalles de los seguros médicos que tiene.

Nombre de titular de la póliza	Nombre de la compañía de seguros	¿A quién cubre?	Marque lo que cubre	Número de póliza
			Doctor Hospital Pruebas de Laboratorio RayosX	
			Doctor Hospital Pruebas de Laboratorio RayosX	

¿Alguien tuvo seguro médico en estos últimos 6 meses? Si la respuesta es sí, ¿Cuál es su nombre?: _____

Marque lo que la compañía de seguro cubriría: Doctor Hospital Pruebas de Laboratorio RayosX

¿Cuándo se venció el seguro? _____ ¿Por qué se venció el seguro? _____



DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

Leí o hice que me leyeran las declaraciones en este formulario y la información que doy es verdadera y completa según mi conocimiento. Entiendo que podrían sancionarme si la información que les doy es falsa. Entiendo que toda información que les dé es confidencial y que las leyes estatales y federales limitan la divulgación de la información sobre mi persona.

Entiendo y estoy de acuerdo en presentar comprobante de mis declaraciones. Entiendo y estoy de acuerdo en que el Departamento de Salud y Servicios Sociales se ponga en contacto con otras personas u organizaciones para obtener los comprobantes necesarios para demostrar mi elegibilidad.

Tendré que dar el número de Seguro Social de las demás personas que llenen la solicitud y lo usarán para comprobar los antecedentes con otras agencias del gobierno. La División de Servicios Sociales también me pide que dé el número de Seguro Social de toda persona cuyos ingresos se utilizarán para determinar mi elegibilidad. Los extranjeros ilegales no tienen que dar el número de Seguro Social.

Entiendo que esta solicitud se procesará independientemente de la raza, color, sexo, edad, incapacidad, religión, origen étnico o partidos políticos.

Entiendo que tendré que solicitar los demás beneficios para los que puede que sea elegible tales como Recompensación por Desempleo o Seguro Social y aceptar los mismos.

Dejaré que el Departamento de Salud y Servicios Sociales y sus representantes, actúen como agente a nombre mío para recuperar todo dinero gastado en programas de asistencia médica si hay otras fuentes de dinero tales como seguros médicos, etc., para pagar mis cuentas médicas.

Puede que tenga que devolverle a la División de Servicios Sociales toda asistencia médica que haya recibido y que no tenía derecho a recibir. La obligación de devolver la asistencia se mantiene la misma tanto durante el período de elegibilidad como cuando ya no reciba asistencia médica.

Le asigno todo derecho de asistencia médica y de pago por atención médica de terceras partes a la División de Servicios Sociales, tal y como lo exige la ley y como condición para mi elegibilidad; y entiendo que tendré que cooperar con la División de Cumplimiento de Manutención al Menor para establecer la paternidad y obtener asistencia médica para todo niño/a que recibe asistencia médica.

Entiendo que las mujeres embarazadas no tienen que cooperar para establecer la paternidad y obtener asistencia médica y que puedo alegar que tengo fundamentos suficientes para negarme a cooperar para establecer la paternidad o para identificar y ofrecer información relacionada con las terceras partes responsables.

Entiendo que como beneficiario/a de asistencia médica, automáticamente recibiré todos los servicios de manutención al menor de la División de Cumplimiento de Manutención al Menor a no ser que declare que sólo deseo recibir servicios de manutención al menor de asistencia médica.

Entiendo que si solicité Medicaid o si soy beneficiario/a del mismo, tengo derecho a una audiencia imparcial si no estoy satisfecho/a con la decisión tomada respecto a mi elegibilidad. Entiendo que puedo escoger que un abogado o cualquier otra persona me representen.

Accedo permitir que el Departamento de Salud y de Servicios Sociales ya sea directamente o a través de sus agentes o el Diamond State Health Plan [Plan de Salud del Estado Diamante] o el Delaware Healthy Children Program, tengan acceso a toda historia clínica y a todo expediente de servicios de salud y demás servicios complementarios con sede en las escuelas de todos y cada uno de las personas en mi núcleo familiar que sea elegible para recibir Asistencia Médica con el objetivo de administrar el programa de asistencia médica, coordinar la atención médica, determinar la necesidad de servicios médicos y evaluar o pagar cuentas pendientes por servicios médicos incurridos.

Certifico so pena de perjurio que soy Ciudadano/a Estadounidense o extranjero cuya situación migratoria es legal. Tendré que mostrar un comprobante de mi situación migratoria legal el cual corroborarán con el Servicio de Inmigración y Naturalización. No se corroborará la situación de los extranjeros ilegales. Esto no afectará la determinación de carga pública ni conllevará a un proceso de deportación. Los extranjeros ilegales sólo pueden ser elegibles para recibir servicios de emergencia y de trabajo de parto y parto.

Accedo notificar cualquier cambio de situación que pudiera afectar mi elegibilidad para lo cual dispongo de un período de 10 días como máximo; tales como cambios en el número de personas que viven conmigo, un trabajo nuevo o cambios en mis ingresos o si me mudo.

La solicitud la tiene que firmar un adulto del núcleo familiar (mayor de 18 años) o un menor de edad emancipado (menor de 18 años).

Firma de el/la Solicitante o Representante

Fecha

Firma de el/la Trabajador/a Social de DSS

Fecha