



SERVICIOS SOCIALES Y DE SALUD DE DELAWARE (DHSS, EN INGLÉS)
SOLICITUD DE ASISTENCIA MÉDICA

Le damos la bienvenida a los Servicios Sociales y de Salud del Estado de Delaware (DHSS)



Envíe la solicitud más rápido en línea

Envíe la solicitud más rápido en línea en www.assist.dhss.delaware.gov
Esto incluye a cualquier persona que quiera solicitar la asistencia médica únicamente.



¿Quién puede utilizar esta solicitud?

- Utilice esta solicitud para presentar la solicitud para cualquier persona que viva en su hogar, incluidos los dependientes elegibles para la declaración de impuestos que se encuentran fuera del hogar.
- Envíe la solicitud aunque usted o su hijo ya tengan cobertura de salud. Podría ser elegible para una cobertura de menor costo o gratuita.
- Las familias compuestas de inmigrantes pueden enviar la solicitud. Puede presentar una solicitud para su hijo aunque usted no sea elegible. El envío de la solicitud no afectará su condición de inmigrante ni sus posibilidades de convertirse en residente permanente o ciudadano.
- Si solo envía la solicitud para recibir asistencia médica, puede utilizar un formulario abreviado.



Qué información puede necesitar para enviar la solicitud

- Números de Seguro Social (o los números de documento de cualquier inmigrante legal)
- Información sobre el empleador y los ingresos de todas las personas de su vivienda (por ejemplo, de talones de cheques, Formularios W-2 [comprobante de salarios y retención de impuestos] o declaraciones de salarios e impuestos)
- Números de las pólizas de cualquier seguro médico actual
- Información sobre cualquier seguro médico relacionado con el empleo que esté disponible para su familia. Es posible que tenga que completar el Anexo A.



¿Por qué solicitamos esta información?

Le preguntamos por sus ingresos y otra información para informarle a qué cobertura puede acceder y si puede obtener algún tipo de ayuda para pagarla. **Mantendremos la confidencialidad y la seguridad de toda la información que nos proporciona, tal y como exige la ley.**



Pasos a seguir

Utilice el sobre sellado con su dirección para enviar la solicitud firmada. **Si no tiene toda la información que le solicitamos, firme y envíe su solicitud de todos modos.** Nos comunicaremos con usted. Recibirá instrucciones sobre los pasos a seguir. Si no recibe noticias nuestras, llame al 1-800-372-2022.



Obtenga ayuda para completar esta solicitud

- **Teléfono:** llame a nuestra Unidad de Servicio al Cliente al **1-800-372-2022**.
- **En persona:** Es posible que en su área haya trabajadores sociales o administradores de casos disponibles que puedan ayudarlo.
- **En español:** llame a nuestro centro de ayuda gratuito al **1-866-843-7212**.
- **En un idioma distinto del inglés:** llame al **1-866-843-7212**.
- **Usuarios de teletipo (TTY, en inglés):** llame al **711** o al **1-800-232-5460**.



SERVICIOS SOCIALES Y DE SALUD DE DELAWARE (DHSS, EN INGLÉS)
SOLICITUD DE ASISTENCIA MÉDICA

Le damos la bienvenida a los Servicios Sociales y de Salud del Estado de Delaware (DHSS)

Ayudamos a los residentes con necesidades de Delaware al ofrecerles programas de asistencia médica que incluyen lo siguiente:

- un seguro gratuito o de bajo costo de Medicaid o del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP, en inglés)
- médicos, hospitales, recetas, análisis y radiografías
- planes de seguro médico privados y asequibles a través del mercado de seguros
- un nuevo crédito tributario que puede ayudarlo inmediatamente a pagar sus primas de cobertura de seguro médico

Podemos brindarle información sobre otros servicios útiles en su comunidad. Un amigo o familiar, o quien usted desee, puede ayudarlo a completar esta solicitud. Si desea que otra persona administre su caso y actúe como su representante, complete el Anexo C.

Su solicitud se completará al firmar la última página. Envíenos la solicitud completa.

PASO 1 Bríndenos información sobre usted.

(Necesitamos que un adulto de la vivienda sea la persona de contacto para su solicitud).

Nombre, segundo nombre, apellido y tratamiento			
Domicilio particular			Número de apartamento o de oficina
Ciudad	Estado	Código postal	
Dirección postal (si es distinta del domicilio particular)			Número de apartamento o de oficina
Ciudad	Estado	Código postal	
Número de teléfono principal () -		Número de teléfono secundario () -	
Métodos de contacto preferidos Quiero recibir información sobre esta solicitud y futuras comunicaciones por: <input type="checkbox"/> Dirección de correo electrónico <input type="checkbox"/> Correo de EE. UU. Dirección de correo electrónico: _____			
Idioma preferido hablado o escrito (si no es inglés)			

PASO 2

Bríndenos información sobre usted y las personas que viven en su hogar.

Usted está ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Separado ☐ En una unión civil ☐ Viudo ☐ Con una pareja de hecho

Instrucciones

Complete los casilleros para todas las personas que viven con usted. Si declara impuestos, necesitamos conocer a todas las personas que figuran en su declaración.

Raza:

B = Negro/afroamericano

W = Blanco

Grupo étnico:

H = Hispano/latino

PI = Nativo de Hawái/isla del Pacífico

A = Asiático

N = No hispano/latino

I = Indio americano/nativo de Alaska (si alguien de su familia es indio americano/nativo de Alaska, complete también el Anexo B).

Apellido	Nombre Segundo nombre	Parentesco	¿Está enviando la solicitud para esta persona?	Género M/F	Nacimiento Fecha mm/dd/aaaa	Número de Seguro Social*	Raza/ grupo étnico (opcional)	¿Es ciudadano de EE. UU.? Respuesta solo para la persona solicitante. **
		Titular	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

*Lo necesitamos si quiere cobertura de seguro médico y tiene un número de Seguro Social (SSN, en inglés). Informar su SSN también puede ser útil si no quiere recibir cobertura de salud, ya que puede acelerar el proceso de la solicitud. Utilizamos el SSN para comprobar los ingresos y otra información con el fin de saber si cumple con los requisitos para recibir ayuda con los costos de la cobertura de seguro médico. Si alguna persona necesita ayuda para obtener un SSN, llame al 1-800-772-1213 o visite socialsecurity.gov. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

** Se aplica únicamente a las personas que solicitan la cobertura de salud.

Complete esta sección solo para los extranjeros legales que envían la solicitud.

1. ¿Las personas solicitantes cumplen con los requisitos de inmigración? ☐ Sí. Complete la siguiente sección.

Nombre	Tipo de documento de inmigración	Número de identificación del documento	¿Ha vivido en Estados Unidos desde 1996?	¿Usted, su cónyuge o uno de sus padres es veterano o miembro activo del ejército estadounidense?

2. ¿Hay algún menor de 18 años que envíe la solicitud y tenga a uno de sus padres ausente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
3. ¿Hay algún menor de 19 años viviendo en el hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, complete el cuadro a continuación.	
Nombre del padre, de la madre o del cuidador	Nombre del menor

PASO 3

Bríndenos información sobre el cuidado de su salud.

¿Algún miembro de su hogar tiene cobertura de salud de un empleo (incluso si la cobertura proviene del empleo de otra persona, como uno de sus padres o su cónyuge)? **En caso afirmativo, deberá completar el Anexo A.** ☐ Sí ☐ No

¿Se trata de un plan de beneficios para empleados del estado? ☐ Sí ☐ No

Además de Medicaid, ¿alguien de su vivienda tiene un seguro médico o Medicare? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, brinde la siguiente información:

Nombre del titular de la póliza	Nombre del seguro	Quién está cubierto	Marque con un círculo lo que está cubierto	Número de póliza
			Médico · Hospital · Pruebas de laboratorio Radiografías	
			Médico · Hospital · Pruebas de laboratorio Radiografías	
			Médico · Hospital · Pruebas de laboratorio Radiografías	

4. Indique si alguna persona de su vivienda está embarazada _____ Fecha prevista del parto _____
¿Cuántos bebés se esperan durante este embarazo? _____

5. Nombre a alguna persona que tenga alguna enfermedad física, mental o emocional que limite sus actividades (como bañarse, vestirse, realizar tareas cotidianas, trabajar, etc.) o viva en un centro médico o residencia para ancianos _____

6. Indique si alguna persona ha sufrido lesiones en los últimos 2 años (accidente de automóvil, lesión relacionada con el empleo, negligencia médica, etc.)

7. ¿Alguna persona tiene previsto presentar la declaración de impuestos del año en curso? ☐ Sí ☐ No
(Aún puede solicitar asistencia médica, aunque no presente la declaración de impuestos).

En caso afirmativo, complete la información a continuación y responda las preguntas de la sección A. En caso negativo, pase a las preguntas de la sección B.

Nombre del/de la declarante de impuestos	Qué persona se declarará como dependiente en la declaración de impuestos

A. ¿Alguien presentará una declaración conjunta con su cónyuge? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es afirmativa, indique el nombre del/de la cónyuge: _____

B. ¿Se lo reclamará como dependiente en la declaración de impuestos de alguna persona? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es afirmativa, indique el nombre del/de la declarante de impuestos y su parentesco: _____

8. Indique si alguna persona de su vivienda ha estado en un centro de acogida de Delaware a la edad de 18 años o más y ha recibido beneficios de Medicaid de Delaware:

PASO 4 Bríndenos información sobre el dinero que reciben las personas que viven en su vivienda.

☐ EMPLEADO COMENZAR EN LA PREGUNTA N.º 9 (si alguna persona tiene empleo actualmente, indíquenos sus ingresos).

☐ TRABAJADOR AUTÓNOMO PASE A LA PREGUNTA N.º 19

☐ NO EMPLEADO PASE A LA PREGUNTA N.º 21

☐ EMPLEO ACTUAL 1

9. Indique el nombre de la persona:

10. Nombre y dirección del empleador

11. Número de teléfono del empleador

() -

12. Salarios/propinas/comisiones (antes de deducir impuestos) ☐ Por hora ☐ Semanalmente ☐ Cada 2 semanas ☐ Dos veces al mes

☐ Mensualmente ☐ Anualmente

\$ _____

13. Promedio de horas trabajadas por SEMANA

☐ EMPLEO ACTUAL 2

14. Indique el nombre de la persona:

(Si tiene más empleos y necesita más espacio, adjunte otra hoja).

15. Nombre y dirección del empleador

16. Número de teléfono del empleador

() -

17. Salarios/propinas/comisiones (antes de deducir impuestos) ☐ Por hora ☐ Semanalmente ☐ Cada 2 semanas ☐ Dos veces al mes

☐ Mensualmente ☐ Anualmente

\$ _____

18. Promedio de horas trabajadas por SEMANA

☐ TRABAJADOR AUTÓNOMO

19. Indique el nombre de la persona:

20. Si trabaja por cuenta propia, responda las siguientes preguntas:

a. Tipo de empleo _____

b. ¿Cuántos ingresos netos (ganancias una vez que se pagan los gastos de la empresa) obtendrá este mes de este empleo por cuenta propia? \$ _____

☐ OTROS INGRESOS ESTE MES

21. Marque todas las opciones que correspondan e indique la cantidad y la frecuencia con que lo recibe.

☐ Ninguno

¿De dónde proviene el dinero?	¿Quién recibe el dinero?	¿Cuánto reciben?	¿Con qué frecuencia se les paga?
<input type="checkbox"/> Subsidio por desempleo		\$	
<input type="checkbox"/> Pensiones		\$	
<input type="checkbox"/> Seguro Social		\$	
<input type="checkbox"/> Cuentas de jubilación		\$	
<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia percibida		\$	
<input type="checkbox"/> Ingreso neto derivado de la agricultura/pesca		\$	
<input type="checkbox"/> Ingreso neto derivado de alquiler/regalías		\$	
<input type="checkbox"/> Otros ingresos		\$	

☐ CAMBIOS EN EL EMPLEO

22. En el último año, ¿alguien de su vivienda: ☐ Cambió de empleo ☐ Dejó de trabajar ☐ Empezó a trabajar menos horas
☐ Ninguna de estas opciones

PASO 5 Brínden información sobre sus deducciones de impuestos.

Marque todas las opciones que correspondan e indique la cantidad y la frecuencia con que lo paga.

Si paga por determinadas cosas que pueden deducirse en la declaración de impuestos y nos informa acerca de ellas, esto podría hacer que el costo de la cobertura de salud fuera un poco menor.

NOTA: No debe incluir un costo que ya haya tenido en cuenta en la respuesta sobre los ingresos netos que obtiene como trabajador autónomo (pregunta 20b).

- ☐ Pensión alimenticia pagada \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
☐ Intereses de un préstamo estudiantil \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ Tipo: _____
☐ Otras deducciones de impuestos* \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

*Para otras posibles deducciones, consulte el Formulario 1040 de su declaración de impuestos actual en la sección de ingreso bruto ajustado.

Autorizaciones

Autorización para recibir información sobre la prevención del embarazo

Si desea recibir esta información, puede llamar a Planificación Familiar (*Planned Parenthood*) al 1-800-230-PLAN (7526).

Para obtener información sobre el embarazo en adolescentes, llame a la Alianza para la Prevención del Embarazo en Adolescentes al 1-800-499-WAIT (9248). También puede llamar a la línea de ayuda de Delaware al 211 o al 1-800-464-4357 para consultar acerca de la clínica de planificación familiar de salud pública de su área.

PASO 6 Lea y firme esta solicitud.

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

He leído o me han leído todas las declaraciones de este formulario y la información que proporciono es verdadera y completa a mi leal saber y entender. Entiendo que podría recibir una sanción si proporciono información falsa a sabiendas. Entiendo que toda la información que facilito es confidencial y que las leyes federales y estatales limitan la divulgación de información sobre mi persona.

Entiendo y acepto aportar pruebas de mis declaraciones. Entiendo y acepto que los Servicios Sociales y de Salud de Delaware (DHSS) pueden ponerse en contacto con otras personas u organizaciones para obtener las pruebas necesarias de mi elegibilidad.

Debo dar el número de Seguro Social de cada persona que envíe la solicitud, y se utilizará para comprobar los registros con otros organismos gubernamentales. Los DHSS también me piden que facilite el número de Seguro Social de cualquier persona cuyos ingresos se utilicen con el fin de determinar si cumplo con los requisitos. Los extranjeros en situación irregular no están obligados a facilitar un número de Seguro Social.

Entiendo que se considerará esta solicitud sin distinción de raza, color, sexo, edad, discapacidad, religión, origen nacional o creencias políticas.

Entiendo que debo solicitar y aceptar otros beneficios a los que pueda ser elegible, como el subsidio por desempleo o del Seguro Social.

Permitiré que los DHSS, o sus representantes, actúen como mi agente para recuperar el dinero que gasté por los programas de asistencia médica cuando otro dinero del seguro, etc., esté disponible para pagar mis facturas médicas.

Es posible que tenga que reembolsar a los DHSS toda la asistencia médica que recibí para la que no soy elegible. Mi obligación de reembolsar dicha asistencia se aplica tanto durante el periodo de elegibilidad como después de dejar de percibir la asistencia médica.

Según lo exige la ley, como condición de elegibilidad, cedo todos los derechos a la asistencia médica y al pago del cuidado médico de cualquier tercero a los DHSS, y entiendo que debo cooperar con la División de Protección al Menor para establecer la paternidad y obtener la asistencia médica de cualquier niño que reciba asistencia médica.

Entiendo que las mujeres embarazadas no están obligadas a cooperar en el establecimiento de la paternidad y la obtención de asistencia médica, y que puedo alegar una causa justificada para negarme a cooperar en el establecimiento de la

paternidad o en la identificación y suministro de información sobre terceros responsables.

Entiendo que, como persona que recibe los beneficios de asistencia médica, recibiré automáticamente todos los servicios de asistencia para menores de la División de Protección al Menor, a menos que declare que deseo recibir solo los servicios de asistencia para menores relacionados con la asistencia médica.

Entiendo que si soy la persona solicitante/beneficiaria de Medicaid o del Programa de Niños Saludables de Delaware tengo derecho a una audiencia imparcial si no estoy conforme con alguna decisión tomada sobre mi elegibilidad. Entiendo que puedo obtener representación de un abogado o cualquier otra persona que yo elija.

Estoy de acuerdo en permitir que los DHSS, directamente o a través de sus organismos o del Plan Diamond State Health o del Programa de Niños Saludables de Delaware, tenga acceso a todos los registros médicos y escolares de salud y servicios relacionados de cada miembro de mi hogar que sea elegible para recibir asistencia médica con el fin de administrar el programa de asistencia médica, coordinar el cuidado, determinar la necesidad médica y evaluar o pagar los servicios médicos pendientes o incurridos.

Certifico, bajo pena de perjurio, que soy ciudadano estadounidense o extranjero en situación legal de inmigración. Debo acreditar mi condición de inmigrante legal, y se comprobará con Servicios de Inmigración y Ciudadanía de los Estados Unidos (USCIS, en inglés). No se comprobará la condición de extranjero ilegal. Esto no afectará ninguna determinación de carga pública ni dará lugar a procedimientos de expulsión. Los extranjeros en situación irregular solo son elegibles para los servicios de urgencia y de trabajo de parto y parto.

Me comprometo a comunicar en un plazo de 10 días los cambios en mi situación que puedan afectar mi elegibilidad, como un cambio en la cantidad de personas que viven conmigo, un nuevo empleo o un cambio en los ingresos, o si me mudo.

☐ Confirmando que ninguna de las personas que solicita asistencia médica en esta solicitud está encarcelada, detenida o en prisión.

☐ Si no es así, indique el nombre. _____ está encarcelado. Entiendo que no puedo recibir asistencia de Medicaid ni beneficios de CHIP mientras esté en prisión.

RENOVACIÓN DE LA COBERTURA EN LOS PRÓXIMOS AÑOS

Para facilitar la determinación de mi elegibilidad para recibir asistencia para pagar la cobertura de seguro médico en los próximos años, acepto que los DHSS utilicen datos sobre mis ingresos, incluida la información de las declaraciones de impuestos. Los DHSS me enviarán un aviso, me permitirán hacer cambios y podré darme de baja en cualquier momento.

Sí, renovar mi elegibilidad automáticamente durante los próximos

☐ 5 años (el número máximo de años permitido), o por una cantidad de años inferior:

☐ 4 años ☐ 3 años ☐ 2 años ☐ 1 año ☐ No utilizar información de la declaración de impuestos para renovar mi cobertura.

Esta solicitud debe estar firmada por un miembro adulto del hogar (mayor de 18 años) o por un menor emancipado (menor de 18 años).

He recibido los "Derechos y Responsabilidades" y entiendo lo que significan.

Firma de la persona solicitante o del representante

Fecha

PARA PERSONAS QUE NO HABLAN INGLÉS

Se ofrecieron servicios de traducción o un familiar u otra persona estuvo presente para traducir.

Firma del traductor

Fecha

Número de teléfono y agencia/relación

PASO 7

Asistencia para completar esta solicitud - Opcional

Puede elegir un representante autorizado.

Puede dar permiso a una persona de confianza para que hable de esta solicitud con nosotros, vea su información y actúe en su nombre en asuntos relacionados con esta solicitud, incluida la obtención de información sobre su solicitud y la firma de su solicitud en su nombre. Esta persona se llama "representante autorizado". Si alguna vez necesita cambiar de representante autorizado, comuníquese con los Servicios Sociales y de Salud de Delaware (DHSS). Si usted es el representante legal de alguien que figura en esta solicitud, presente una prueba junto con la solicitud.

1. Nombre del representante autorizado (nombre, segundo nombre, apellido)		
2. Dirección		3. Número de apartamento o de oficina
4. Ciudad	5. Estado	6. Código postal
7. Número de teléfono () —		
8. Nombre de la organización		9. Número de identificación (si corresponde)
Al firmar, usted autoriza a esta persona a firmar su solicitud, a obtener información sobre la misma y a actuar en su nombre en todos los asuntos futuros con esta agencia.		
10. Su firma		11. Fecha (mm/dd/aaaa)

Solo para asesores de solicitudes, orientadores, agentes y corredores certificados.

Complete esta sección si usted es un consejero de solicitud certificado, orientador, agente o corredor que completa esta solicitud para otra persona.

1. Fecha de inicio de la solicitud (mm/dd/aaaa)	
2. Nombre, segundo nombre, apellido y tratamiento	
3. Nombre de la organización	4. Número de identificación (si corresponde)

PASO 8

Envíe por correo la solicitud completada.

Utilice el sobre sellado con su dirección para enviar la solicitud firmada. **Si no tiene toda la información que le solicitamos, firme y envíe su solicitud de todos modos.** Si es necesario, nos pondremos en contacto con usted. Completar esta solicitud no significa que tenga que contratar una cobertura de seguro médico.