



NEW YORK STATE Department of Health

access
NY
health care

Seguro médico
para adultos mayores, personas con discapacidades
y otros grupos determinados
SOLICITUD

INSTRUCCIONES

DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD Se mantendrá la confidencialidad de toda la información que incluya en esta solicitud. Los únicos que verán esta información son los Assistors y las agencias y los planes médicos locales o estatales que necesiten conocer esta información para determinar si usted (el solicitante) y su familia son elegibles. La persona que lo ayude con esta solicitud no puede hablar de la información con nadie, excepto con un supervisor o con las agencias o los planes médicos locales o estatales que necesiten esta información.

PROPÓSITO DE ESTA SOLICITUD Complete esta solicitud si quiere que el seguro médico cubra los gastos médicos. Esta solicitud se puede usar para solicitar Medicaid o el Family Planning Benefit Program o para obtener ayuda para pagar sus primas del seguro médico. Puede presentar una solicitud para usted o para sus familiares inmediatos que viven con usted.

SI NECESITA AYUDA PARA COMPLETAR ESTA SOLICITUD POR UNA DISCAPACIDAD, COMUNÍQUESE CON EL LOCAL DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES. SE TOMARÁN TODAS LAS MEDIDAS PARA OFRECER ADAPTACIONES RAZONABLES PARA SATISFACER SUS NECESIDADES.

LEA el manual completo de la solicitud antes de empezar a llenar la solicitud. Si tiene más de 65 años, ceguera certificada o una discapacidad certificada, está internado o solicita una cobertura para recibir atención en un centro de cuidados especializados, debe llenar esta solicitud junto con el Complemento A. El Complemento A incluye preguntas sobre sus recursos, como el dinero en el banco o las propiedades que tiene. Este documento también se utiliza para presentar una solicitud a través de un proveedor o en el caso de las mujeres embarazadas o las personas menores de 19 años. Si la solicitud es para una mujer embarazada o una persona menor de 19 años, solo se deben completar las secciones A a G, la I y la J.

Los demás solicitantes de Medicaid deben presentar su solicitud a través de NY State of Health. Puede comunicarse con NY State of Health visitando su sitio web en <https://nystateofhealth.ny.gov/> o llamando al 1-855-355-5777.

Cada vez que vea la frase **ENVÍE CONSTANCIA** en la solicitud, consulte la sección “Documentos necesarios para solicitar un seguro médico” en las páginas 4 a 6 para obtener una lista de los documentos justificativos aceptables.

CÓMO OBTENER AYUDA Cuando solicite un seguro médico público, **NO** es necesario que vaya a su local department of social services ni que acuda a un Assistor para obtener una entrevista; de todas formas, **PUEDA** acudir a un Assistor o comunicarse con él si necesita ayuda para completar esta solicitud. Puede obtener una lista de Assistors en el lugar donde obtuvo esta solicitud o llamando al 1-800-698-4543. También puede llamar a la línea de ayuda de Medicaid al 1-800-541-2831. **TODA AYUDA ES GRATIS.**

(Línea TTY para personas con problemas de audición: 1-877-898-5849)

Después de completar esta solicitud, envíela por correo al local department of social services del condado en el que reside.

https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ldss.htm

SECCIÓN A Información del solicitante

Necesitamos poder comunicarnos con las personas que solicitan el seguro médico. El domicilio es el lugar donde viven las personas que solicitan el seguro médico. La dirección postal, si es diferente, es el lugar adonde quiere que enviemos las tarjetas del seguro médico y los avisos sobre su caso. También nos puede indicar si quiere que alguien más obtenga información sobre su caso o pueda hablar al respecto.

SECCIÓN B Información de la familia

Incluya información de todas las personas que vivan con usted, incluso si no solicitan seguro médico. Es importante que enumere a todas las personas que viven con usted para que podamos tomar una decisión correcta sobre la elegibilidad. Incluya el apellido de soltera (apellido legal antes del casamiento) cuando corresponda. También incluya la ciudad, el estado y el país de nacimiento. Si una persona nació fuera de los Estados Unidos, solo escriba el país de nacimiento. Necesitamos el apellido de soltera completo de la madre de cada solicitante. Esta información se puede usar para obtener constancia de la fecha de nacimiento del solicitante en determinadas circunstancias.

- **¿Está esta persona embarazada?** Si es así, ¿cuál es la fecha prevista de parto? Esta información nos ayuda a determinar la cantidad de personas que componen su familia. Una persona embarazada cuenta como dos personas.
- **Parentesco con la persona mencionada en la primera línea.** Explique cuál es el parentesco de cada persona con la persona mencionada en la primera línea (por ejemplo, cónyuge, hijo, hijastro, hermano, hermana, sobrina, sobrino, etc.).
- **Cobertura médica pública.** Si usted o alguien que vive con usted ya está inscrito o estuvo inscrito anteriormente en Medicaid, el Family Planning Benefit Program o cualquier otro programa de asistencia pública, como el Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), es necesario que lo sepamos. Además, debe indicarnos el número de la tarjeta de identificación de beneficios de New York State.
- **Número de Seguro Social.** Debe indicar el número de Seguro Social de todas las personas incluidas en la solicitud, si tienen uno. Si una persona no tiene un número de Seguro Social, deje el espacio en blanco.
- **Condición migratoria y ciudadanía.** Esta información es necesaria únicamente para aquellas personas que solicitan seguro médico. Para ser elegibles para obtener un seguro médico, las personas que tengan al menos 19 años deben ser ciudadanas de los Estados Unidos o estar en el país legalmente. Si no podemos verificar su identidad ni su condición de ciudadano de los Estados Unidos de forma electrónica a través de las bases de datos federales, necesitaremos ver su documentación de identidad y ciudadanía de los Estados Unidos. Comuníquese con el local department of social services o llame al 1-800-698-4543 para averiguar dónde puede presentar estos documentos. Tenga en cuenta que, si usted tiene Medicare o recibe Social Security Disability pero aún no es elegible para obtener Medicare, no es necesario que presente documentación de identidad o ciudadanía.
- **Raza o grupo étnico.** Esta información es opcional y nos ayudará a asegurarnos de que todas las personas tengan acceso a los programas. Si decide completar esta información, utilice el código que figura en la solicitud que describa mejor la raza o los antecedentes étnicos de cada persona. Puede elegir más de uno.

SECCIÓN C Ingresos familiares (dinero recibido)

- En esta sección, indique todos los tipos de ingresos (dinero recibido) y las cantidades recibidos por parte de las personas que enumeró en la Sección B.
- Indíquenos cuánto gana antes de que se le descuenten los impuestos.
- Si su grupo familiar no tiene ingresos, explique cómo paga sus gastos de subsistencia, como la comida y la vivienda.
- Necesitamos saber si cambió de trabajo o si es estudiante.
- También necesitamos saber si le paga a otra persona o lugar, como un centro de cuidado diurno, para que cuiden a sus hijos o a sus padres o cónyuge discapacitados mientras trabaja o asiste a la escuela. Si es así, necesitamos saber cuánto paga. Es posible que podamos deducir parte del importe que paga para cubrir estos costos de la cantidad que contamos como sus ingresos.



SECCIÓN D Seguro médico

Es importante que nos indique si alguna de las personas incluidas en la solicitud está cubierta o podría estar cubierta por el seguro médico de alguien más. Para algunos solicitantes, podemos deducir la suma que pagan por el seguro médico de la cantidad que contamos como sus ingresos, o bien podemos pagar el costo de la prima del seguro médico si determinamos que es asequible. Es posible que podamos ayudarlo a pagar las primas del seguro médico si tiene o puede obtener un seguro a través de su trabajo. Necesitaremos obtener más información sobre el seguro y le enviaremos un cuestionario sobre el seguro por correo.

Si cumplirá 65 años en los próximos tres meses o si tiene más de 65 años, tiene derecho a recibir otros beneficios médicos a través del programa Medicare. Debe presentar una solicitud para Medicare como condición de elegibilidad para recibir Medicaid. Medicare es un programa federal de seguros médicos para personas de 65 años o más y para determinadas personas con discapacidades, independientemente de sus ingresos. Si una persona tiene Medicare y Medicaid, le corresponde pagar primero a Medicare y segundo a Medicaid. Debe presentar una solicitud para Medicare en estos casos:

- Si tiene insuficiencia renal crónica (enfermedad renal en etapa terminal o ESRD) o esclerosis lateral amiotrófica (ALS).
- Si cumple 65 años en los próximos tres meses o si ya tiene 65 años o más Y sus ingresos son iguales o inferiores al nivel de ingresos de Medicaid (según el tamaño de la familia para una persona o un matrimonio). De ser así, el programa Medicaid puede pagar su prima o reembolsarle sus primas de Medicare. Si el programa Medicaid puede cubrir o reembolsarle sus primas, deberá presentar una solicitud para Medicare como condición de elegibilidad para recibir Medicaid. Solo los ciudadanos y los residentes permanentes legales que hayan vivido en los Estados Unidos de manera continua durante cinco años pueden presentar una solicitud para Medicare. Muchos inmigrantes y personas que no son ciudadanas no tienen la obligación de presentar una solicitud para Medicare.

SECCIÓN E Gastos de vivienda

Indique su costo mensual de vivienda. Esto incluye su alquiler, el pago mensual de la hipoteca u otros pagos en concepto de vivienda. Si paga una hipoteca, incluya los impuestos a la propiedad en la cantidad que indique por la hipoteca. Si comparte sus gastos de vivienda o recibe un subsidio para el alquiler, solo debe indicarnos cuánto paga USTED en concepto de alquiler o hipoteca. Si paga el servicio de agua, indíquenos cuánto paga y con qué frecuencia.

SECCIÓN F Personas con ceguera, discapacidades o enfermedades crónicas que reciben atención en un centro de cuidados especializados

Estas preguntas nos ayudan a determinar qué programa es el mejor para cada solicitante y qué servicios se podrían necesitar. Una persona con una discapacidad, una enfermedad grave o gastos médicos elevados puede obtener más servicios médicos. Si sus actividades diarias están limitadas por una enfermedad o condición que haya durado o se espere que dure al menos 12 meses, es posible que tenga una discapacidad. Si tiene ceguera, una discapacidad o una enfermedad crónica o necesita atención en un centro de cuidados especializados, deberá llenar el Complemento A. Si ni usted ni ninguna de las personas incluidas en la solicitud tiene ceguera, una discapacidad o una enfermedad crónica ni necesita atención en un centro de cuidados especializados, vaya a la Sección G.

SECCIÓN G Otras preguntas médicas

Si tiene facturas médicas pagadas o sin pagar de los últimos tres meses, es posible que Medicaid pueda cubrir esos costos. Díganos para quiénes son estas facturas y en qué meses se emitieron. Incluya copias de las facturas médicas en esta solicitud. Nota: Este período de tres meses comenzará cuando el local department of social services reciba su solicitud o cuando se reúna con un Assistor para presentar la solicitud. Deberá indicarnos cuáles eran sus ingresos en los meses en los que recibió esas facturas médicas para que podamos determinar si era elegible durante ese tiempo. También le preguntaremos dónde vivió en los últimos tres meses, ya que esto puede afectar nuestra capacidad de pagar facturas previas. Necesitamos saber sobre toda demanda o problema médico pendiente ocasionado por terceros para poder determinar si alguien más debería pagar una parte de sus costos de atención médica.



SECCIÓN H

Padre, madre o cónyuge que no vive con la familia o ha fallecido

- Si alguno de los solicitantes tiene un padre, una madre o un cónyuge que no vive con la familia o ha fallecido, debe completar esta sección para que podamos determinar si está disponible el apoyo médico para usted o su hijo.
- Si usted está embarazada, no debe responder estas preguntas hasta 60 días después del nacimiento de su hijo. Todas las demás personas que presenten la solicitud y tengan 21 años o más deben estar dispuestas a dar información sobre el padre/la madre de un menor solicitante o el cónyuge que viva fuera de la casa para ser elegibles para recibir seguro médico, a menos que exista una causa justificada. Un ejemplo de una "causa justificada" es el miedo a que usted o un familiar sufran daño físico o emocional. La pregunta 2 se refiere al **PADRE O LA MADRE** de todo solicitante menor de 21 años. La pregunta 3 se refiere al **CÓNYUGE** de cualquier solicitante.
- Si el padre o la madre solicitante no está dispuesto a dar esta información, el menor solicitante aún podría ser elegible para recibir Medicaid.

SECCIÓN I

Selección del plan médico

¿Qué es un plan médico? Si se determina que usted es elegible para recibir Medicaid, es posible que deba obtener su cobertura de atención médica a través de un plan de atención médica administrada. Dicho plan le ofrecerá atención a través de una red de médicos, clínicas, hospitales y farmacias que ofrecen a sus miembros atención médica de alta calidad. Cuando se inscriba en un plan, deberá seleccionar un médico (proveedor de atención primaria o PCP) de ese plan para que se encargue de sus necesidades médicas habituales. Si quiere conservar el médico que tiene, debe seleccionar un plan que trabaje con su médico. Los planes de atención médica administrada se enfocan en la atención preventiva para que los problemas pequeños no se conviertan en problemas grandes. Si necesita un especialista, su PCP lo derivará a uno que forme parte de la red de su plan.

¿Quién debe elegir el plan médico? **LA MAYORÍA** de las personas elegibles para recibir Medicaid **DEBEN** elegir un plan médico para aprovechar al máximo sus beneficios de Medicaid. Siga leyendo para averiguar cómo obtener más información sobre esto.

¿Cómo sé qué plan médico elegir y si me puedo inscribir?

En cuanto a Medicaid, en el caso de que quiera saber cómo funcionan los planes de atención médica administrada, si tiene que inscribirse y cómo elegir un plan, llame a **Medicaid CHOICE** al **1-800-505-5678**, o llame o vaya al local department of social services. Pida un paquete de información sobre la atención médica administrada. También hay información sobre los planes médicos en el sitio web del NYS Department of Health: www.nyhealth.gov. También se puede inscribir por teléfono llamando al **1-800-505-5678**.

NOTA: Si se determina que usted o un familiar suyo son elegibles para recibir Medicaid y son indios americanos o nativos de Alaska, no es necesario que se inscriban en un plan médico. **Seguirá** inscrito en plan médico que elija, a menos que marque la casilla de la solicitud que dice que no quiere estar inscrito o nos indique que no quiere estarlo llamando o escribiendo al local department of social services.

SECCIÓN J

Firma

Lea atentamente esta sección y la sección **Términos, derechos y responsabilidades**. Luego, firme y feche la solicitud. Recuerde enviar la solicitud al local department of social services del condado en el que reside.

DOCUMENTOS NECESARIOS PARA SOLICITAR UN SEGURO MÉDICO

Nombre del solicitante _____

Fecha de la solicitud _____

*** Su inscripción solo se podrá completar una vez que se hayan recibido todos los documentos NECESARIOS. Si necesita ayuda para obtener alguno de estos documentos, avísenos.**

NO ES NECESARIO QUE NOS PRESENTE **TODOS** ESTOS DOCUMENTOS. Solo necesitamos los documentos que se apliquen a usted o a las personas incluidas en la solicitud. Si no podemos verificar su identidad ni su condición de ciudadano de los Estados Unidos de forma electrónica a través de las bases de datos federales, necesitaremos ver su documentación de identidad y ciudadanía de los Estados Unidos. No envíe por correo los documentos originales de identidad o ciudadanía de los Estados Unidos. Puede enviar por correo con su solicitud copias de otros documentos necesarios para determinar la elegibilidad o entregarlas en su local department of social services. Comuníquese con su local department of social services o llame al 1-800-698-4543 para averiguar dónde puede presentar estos documentos.

Es necesario que presente constancias de identidad, ciudadanía de los Estados Unidos o condición migratoria y fecha de nacimiento.

Puede presentar UNO de los siguientes documentos para demostrar tanto su identidad y condición de ciudadano de los Estados Unidos como su fecha de nacimiento:

- Pasaporte o tarjeta de residencia de los Estados Unidos
- Certificado de naturalización (Formularios DHS N-550 o N-570)
- Certificado de ciudadanía de los Estados Unidos (Formularios DHS N-560 o N-561)
- Licencia de conducir ampliada del estado de Nueva York (EDL)
- Documento tribal de nativo americano emitido por una tribu reconocida a nivel federal

Si no tiene ninguno de los documentos anteriores, se puede usar UNO de la lista de documentos de ciudadanía de los Estados Unidos y UNO de la lista de documentos de identidad para demostrar su ciudadanía o identidad.

Esta no es una lista exhaustiva. Si no tiene ninguno de estos documentos, consulte la sección “Cómo obtener ayuda” en “Instrucciones”.

Los documentos con un * también sirven para demostrar la fecha de nacimiento.

Ciudadanía de los Estados Unidos (proporcione uno)

- Certificado de nacimiento de los Estados Unidos*
- Certificado de nacimiento emitido por el Department of State (Departamento de Estado) (Formularios FS-545 o DS-1350)*
- Informe de nacimiento en el extranjero (FS-240)
- Tarjeta de identificación nacional de los Estados Unidos (Formulario I-197 o I-179)
- Expedientes académicos o religiosos*
- Expediente militar de servicio que demuestre su lugar de nacimiento en los Estados Unidos
- Decreto definitivo de adopción
- Prueba de calificación para la ciudadanía de los Estados Unidos conforme a la Child Citizenship Act (Ley de Ciudadanía Infantil) de 2000

E

Identidad (proporcione uno)

- Tarjeta de identificación con foto o licencia de conducir emitida por el estado*
- Tarjeta de identificación emitida por una agencia gubernamental federal, estatal o local
- Tarjeta o constancia del servicio militar de los Estados Unidos o tarjeta de marino mercantil de la U.S Coast Guard (Guardia Costera de EE. UU.).
- Tarjeta de identificación escolar con foto (también podría servir para demostrar la fecha de nacimiento)
- Certificado de grado de ascendencia indígena u otro documento tribal de indio americano o nativo de Alaska con foto
- Expedientes académicos, de guardería o de cuidado infantil verificados (para menores de 18 años) (también podría servir para demostrar la fecha de nacimiento)
- Expedientes clínicos, médicos u hospitalarios (para menores de 18 años)*

Si no tiene ninguno de los documentos que sirven para demostrar la fecha de nacimiento, también debe enviar uno de los siguientes:

- Certificado de matrimonio
- NYS Benefit Identification Card

***Presente todos los documentos necesarios antes del _____; de lo contrario, se puede denegar la solicitud.**

DOCUMENTOS NECESARIOS PARA SOLICITAR UN SEGURO MÉDICO

Si no es ciudadano de los Estados Unidos

La lista que figura abajo incluye algunos de los formularios más frecuentes de United States Citizenship and Immigration Services (USCIS) que se utilizan para demostrar su condición migratoria.

Esta no es una lista exhaustiva. Si no tiene ninguno de estos documentos, consulte la sección “Cómo obtener ayuda” en “Instrucciones”.

Necesitamos ver **UNO** de los siguientes documentos para verificar su condición migratoria, su identidad y su fecha de nacimiento. Debe demostrar las tres.

Los documentos con un * también sirven para demostrar la fecha de nacimiento.

Condición migratoria/Identidad

- Tarjeta de residencia permanente I-551 (“tarjeta verde”)*
- Tarjeta de autorización de empleo I-688B o I-766*

Condición migratoria (se exige otro documento de identidad)

- Registros de ingreso o salida I-94*
- Formulario USCIS I-797, Aviso de acción

Fecha de nacimiento/Identidad (se exige otro documento de condición migratoria)

- Visa
- Pasaporte de los Estados Unidos

Domicilio: Esta dirección debe coincidir con el domicilio que anote en la Sección A de la solicitud. La fecha de la constancia debe estar dentro de los 6 meses a partir del momento en que firmó la solicitud.

- Recibo de alquiler, letra de cambio o contrato de arrendamiento con el domicilio del propietario
- Factura de servicios públicos (gas, electricidad, teléfono, cable, combustible o agua)
- Estado de cuenta de la hipoteca o registros de impuestos sobre bienes inmuebles
- Licencia de conducir (si se emitió en los últimos 6 meses)
- Tarjeta de identificación emitida por el gobierno con el domicilio
- Sobre con sello postal o tarjeta postal (no se puede usar si se envió a un apartado postal)

CONSTANCIA DE INGRESOS ACTUALES O INGRESOS QUE PODRÍA RECIBIR EN EL FUTURO EN CONCEPTO DE BENEFICIOS DE DESEMPLEO O COMO RESULTADO DE UNA DEMANDA: Debe presentar una carta, una declaración escrita o una copia del cheque o de los recibidos proporcionada por el empleador, la persona o la agencia que provee los ingresos. NO ES NECESARIO QUE NOS PRESENTE TODOS ESTOS DOCUMENTOS; solo debe presentar aquellos que se apliquen a usted y a las personas que viven con usted.

Se necesita una constancia de cada tipo de ingresos que tenga. Presente la constancia de ingresos más reciente antes de los impuestos y de cualquier otra deducción. La constancia debe tener fecha, incluir el nombre del empleado e indicar los ingresos brutos del período de pago. Además, debe ser de las últimas cuatro semanas, independientemente de que reciba pagos semanales, quincenales o mensuales. Es importante que estos datos sean actuales.

Sueldos y salarios

- Recibidos de sueldo
- Carta del empleador en una hoja con membrete de la compañía, firma y fecha
- Registros comerciales o de nóminas

Trabajador autónomo

- Declaración de impuestos sobre la renta actual firmada y fechada y todos sus anexos
- Registros de ingresos y gastos o registros comerciales

Beneficios para desempleados

- Carta o certificado de adjudicación
- Estado de cuenta de beneficios mensuales del NYS Department of Labor
- Copia impresa de la información de cuenta del destinatario del sitio web del NYS Department of Labor (www.labor.ny.gov)
- Copia impresa de la tarjeta de pago directo
- Correspondencia del NYS Department of Labor

Pensiones privadas o renta vitalicia

- Declaración de pensión o renta vitalicia

Seguro Social

- Carta o certificado de adjudicación
- Declaración de beneficios anuales
- Correspondencia de la Social Security Administration

Compensación de los trabajadores

- Carta de adjudicación
- Talón de cheque

Pensión alimenticia o manutención

- Carta de la persona que provee la manutención
- Carta del tribunal
- Talón del cheque de pensión alimenticia o manutención
- Copia impresa de NY EPPICard
- Copia de la información de la cuenta de manutención de www.childsupport.ny.gov
- Copia del estado de cuenta bancaria en el que figure el depósito directo

Beneficios de veteranos

- Carta de adjudicación
- Talón de cheque de beneficios
- Correspondencia del Veterans Affairs (Departamento de Asuntos de los Veteranos)

Pago para militares

- Carta de adjudicación
- Talón de cheque

Ingresos de alquiler o pensión completa

- Carta del inquilino, huésped o arrendatario
- Talón de cheque

Intereses, dividendos o regalías

- Estado de cuenta reciente del banco, cooperativa de crédito o institución financiera
- Carta del corredor
- Carta del agente
- Formulario 1099 o declaración de impuestos (si no hay otra documentación disponible)

DOCUMENTOS NECESARIOS PARA SOLICITAR UN SEGURO MÉDICO

Si paga para que cuiden a sus hijos o a un adulto de su familia mientras trabaja, proporcione uno de estos documentos:

- Declaración escrita del centro de cuidado diurno o de otro proveedor de cuidados para niños o adultos
- Recibos o cheques cancelados en los que figuren sus pagos

Si usted o su cónyuge deben pagar manutención por orden judicial, debe presentar lo siguiente:

- Orden judicial

Como constancia de seguro médico, proporcione todo lo que corresponda:

- Constancia del seguro actual (póliza, certificado o tarjeta del seguro)
- Carta de terminación del seguro médico
- Tarjeta de Medicare (tarjeta roja, blanca y azul)
- Confirmación de la solicitud de Medicare
- Carta de concesión o denegación de Medicare

Si tiene facturas médicas de los últimos tres meses, proporcione lo siguiente (si corresponde):

Para la determinación de la elegibilidad para la cobertura de los gastos médicos de los últimos tres meses:

- Constancia de ingresos de los meses en los que se hizo el gasto
- Constancia de su domicilio particular o residencial de los meses en los que se hizo el gasto, si dicho domicilio difiere de la dirección que figura en la Sección A de esta solicitud
- Facturas médicas de los últimos tres meses, pagadas o sin pagar

Recursos (solo si tiene 65 años o más, ceguera certificada o una discapacidad certificada y no tiene hijos menores de 21 años que vivan con usted):

- Estados de cuentas bancarias: cuenta corriente, caja de ahorro, cuenta de retiro (IRA y plan Keogh)
- Constancias de acciones, bonos y certificados de valores
- Copia de la póliza del seguro de vida
- Copia de fideicomisos funerarios, acta de planes para el fondo de servicios funerarios o contrato funerario
- Escritura de bienes inmuebles distintos de la residencia

Constancia de condición de estudiante para estudiantes universitarios que trabajan:

- Copia del programa de estudios
- Declaración de la institución educativa
- Correspondencia de la institución educativa que demuestre la condición de estudiante

ACCESS NY HEALTH CARE Medicaid

Escriba en letra de imprenta clara con tinta azul o negra. Las solicitudes incompletas no se pueden procesar y retrasan la toma de decisiones sobre las solicitudes.

SECCIÓN A Información del solicitante Díganos quién es y cómo nos podemos comunicar con usted.

Nombre legal		Inicial del segundo nombre	Apellido legal	
N.º de teléfono principal	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro	Otro n.º de teléfono	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro	Idioma: ¿Qué idioma habla?: ¿En qué idioma lee?:
DOMICILIO de las personas que solicitan el seguro médico. ENVÍE CONSTANCIA		Calle	N.º de apto.:	
<input type="checkbox"/> Marque aquí si no tiene casa.		Ciudad	Estado	Código postal Condado
DIRECCIÓN POSTAL de las personas que solicitan el seguro médico si difiere del domicilio indicado arriba.		Calle	N.º de apto.:	
		Ciudad	Estado	Código postal
OPCIONAL: Si quiere que otra persona reciba sus avisos de Medicaid, indique la información de contacto de esa persona. Quiero que esta persona de contacto:		Nombre	Estado	
		Calle	N.º de apto.:	Código postal
<input type="checkbox"/> Solicite o renueve Medicaid por mí. <input type="checkbox"/> Hable sobre mi solicitud o caso de Medicaid, si fuera necesario. <input type="checkbox"/> Reciba avisos y correspondencia.		Ciudad	N.º de teléfono	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro

Aviso importante

Opciones disponibles para los solicitantes con ceguera o problemas de la vista

Si usted tiene ceguera o algún problema de la vista y necesita información en un formato alternativo, marque el tipo de correo que quiera recibir de nuestra parte.

- Aviso estándar y aviso en letra grande.
- Aviso estándar y aviso en CD de datos
- Aviso estándar y aviso en CD de audio.
- Aviso estándar y aviso en braille, si indica que ninguno de los otros formatos alternativos sería igual de eficaz para usted.

Si necesita otras adaptaciones, comuníquese con el servicio social de su distrito.

LAS SOLICITUDES DE BENEFICIOS ADMINISTRADOS POR EL PROGRAMA NEW YORK STATE MEDICAID (INCLUIDOS EL MEDICARE SAVINGS PROGRAM Y EL FAMILY PLANNING BENEFIT PROGRAM) ESTÁN DISPONIBLES EN LETRA GRANDE Y EN FORMATO DE DATOS. LAS VERSIONES EN AUDIO Y EN BRAILLE DE LAS SOLICITUDES ESTÁN DISPONIBLES ÚNICAMENTE PARA FINES INFORMATIVOS.

SECCIÓN B

Información de la familia

Si vive con su grupo familiar, empiece por usted. Si no es así, empiece por cualquier adulto que viva con su grupo familiar. Enumere los nombres legales completos de las personas que solicitan o que ya reciben Medicaid e **indique el número de id. de su Benefit Card o tarjeta de id. del plan médico. Debe dar información de sus familiares, incluidos los padres, los padrastros y los cónyuges. Debe dar información de otros familiares (por ejemplo, un hijo dependiente menor de 21 años). Si enumera otros familiares, es posible que podamos darle un nivel más alto de elegibilidad. Las solicitantes que estén embarazadas o sean menores de 19 años pueden ser elegibles para recibir el seguro, independientemente de su condición migratoria.** El New York State garantiza su derecho a acceder a los beneficios o servicios estatales sin importar su sexo ni su identidad o expresión de género. Si quiere indicarnos cómo se identifican en la actualidad usted o sus familiares, también seleccione la identidad de género.

	Fecha de nacimiento	*Identidad de género (opcional)	¿Solicita esta persona seguro médico?	¿Está esta persona embarazada?	¿Es esta persona el padre o la madre de un menor solicitante?	¿Cuál es el parentesco con la persona que figura en el recuadro 1?	Si esta persona tiene o tuvo cobertura médica pública en el pasado, marque la casilla que corresponda.	Número de Seguro Social (si tiene)	Marque la casilla que indique su ciudadanía o condición migratoria actual.	Raza/grupo étnico (Opcional)	**¿Recibió un servicio del IHS o de otro programa de salud indígena?
	ENVÍE CONSTANCIA								ENVÍE CONSTANCIA		
	Sexo										
1	____/____/____ <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Género no binario/ fuera de lo establecido <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> Otra identidad Describa su identidad (opcional): _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	USTED MISMO	<input type="checkbox"/> Child Health Plus <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Family Health Plus Número de id. de la Benefit Card o tarjeta del plan, si lo conoce: _____		<input type="checkbox"/> Ciudadano de los Estados Unidos <input type="checkbox"/> Inmigrante o no ciudadano Escriba la fecha en que recibió su condición migratoria: ____/____/____ MM DD AAAA <input type="checkbox"/> No inmigrante (titular de una visa) <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores	<input type="checkbox"/> N - Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> I - Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> B - Blanco <input type="checkbox"/> D - Desconocido <input type="checkbox"/> **A - Asiático <input type="checkbox"/> **U - Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico *Otro AAPI _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Primer nombre, segundo nombre, apellido Nombre completo de soltera (nombre de nacimiento de esta persona antes de casarse) Ciudad Estado de nacimiento País de nacimiento			¿Cuál es la fecha prevista de parto? ____/____/____					<input type="checkbox"/> Ciudadano de los Estados Unidos <input type="checkbox"/> Inmigrante o no ciudadano Escriba la fecha en que recibió su condición migratoria: ____/____/____ MM DD AAAA <input type="checkbox"/> No inmigrante (titular de una visa) <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores	<input type="checkbox"/> N - Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> I - Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> B - Blanco <input type="checkbox"/> D - Desconocido <input type="checkbox"/> **A - Asiático <input type="checkbox"/> **U - Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico *Otro AAPI _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2	____/____/____ <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Género no binario/ fuera de lo establecido <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> Otra identidad Describa su identidad (opcional): _____	<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"/> Child Health Plus <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Family Health Plus Número de id. de la Benefit Card o tarjeta del plan, si lo conoce: _____		<input type="checkbox"/> Ciudadano de los Estados Unidos <input type="checkbox"/> Inmigrante o no ciudadano Escriba la fecha en que recibió su condición migratoria: ____/____/____ MM DD AAAA <input type="checkbox"/> No inmigrante (titular de una visa) <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores	<input type="checkbox"/> N - Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> I - Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> B - Blanco <input type="checkbox"/> D - Desconocido <input type="checkbox"/> **A - Asiático <input type="checkbox"/> **U - Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico *Otro AAPI _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Primer nombre, segundo nombre, apellido Nombre completo de soltera (nombre de nacimiento de esta persona antes de casarse) Ciudad Estado de nacimiento País de nacimiento			¿Cuál es la fecha prevista de parto? ____/____/____					<input type="checkbox"/> Ciudadano de los Estados Unidos <input type="checkbox"/> Inmigrante o no ciudadano Escriba la fecha en que recibió su condición migratoria: ____/____/____ MM DD AAAA <input type="checkbox"/> No inmigrante (titular de una visa) <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores	<input type="checkbox"/> N - Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> I - Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> B - Blanco <input type="checkbox"/> D - Desconocido <input type="checkbox"/> **A - Asiático <input type="checkbox"/> **U - Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico *Otro AAPI _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

ENVÍE CONSTANCIA Consulte los "Documentos necesarios para solicitar un seguro médico" en las páginas 4 a 6 para obtener una lista de los documentos que demuestran su identidad, su ciudadanía o su condición migratoria.

*Identidad de género: La identidad de género es cómo usted se percibe y se llama a sí mismo. Su identidad de género puede ser igual o diferente a su sexo.

**Si ha seleccionado A - Asiático, P - Nativo de Hawái o Isleño del Pacífico consulte a continuación la información sobre otros AAPI.

†Otros Asiáticos americanos/isleños del Pacífico (opcional) - Identifique su subgrupo AAPI. Los subgrupos dentro de esta comunidad incluyen, entre otros: Chino, japonés, filipino, coreano, vietnamita, camboyano, indonesio, pakistaní, ceilanés, taiwanés, nativo de Hawái, samoano, tongano, guameño o chamorro, marshalés, fiyiano y otros.

††¿Alguna vez recibió servicios del Indian Health Service (IHS), un Tribal Health Program, un Urban Indian Health Program o mediante una derivación del IHS o de uno de estos programas?

SECCIÓN B

Información de la familia Continuación de la página anterior

	Fecha de nacimiento ENVÍE CONSTANCIA Sexo	*Identidad de género (opcional)	¿Solicita esta persona seguro médico?	¿Está esta persona embarazada?	¿Es esta persona el padre o la madre de un menor solicitante?	¿Cuál es el parentesco con la persona que figura en el recuadro 1?	Si esta persona tiene o tuvo cobertura médica pública en el pasado, marque la casilla que corresponda.	Número de Seguro Social (si tiene)	Marque la casilla que indique su ciudadanía o condición migratoria actual. ENVÍE CONSTANCIA	Raza/grupo étnico (Opcional)	**¿Recibió un servicio del IHS o de otro programa de salud indígena?
3	____/____/____ <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Género no binario/ fuera de lo establecido <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> Otra identidad Describa su identidad (opcional): _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuál es la fecha prevista de parto? ____/____/____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Child Health Plus <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Family Health Plus Número de id. de la Benefit Card o tarjeta del plan, si lo conoce: _____		<input type="checkbox"/> Ciudadano de los Estados Unidos <input type="checkbox"/> Inmigrante o no ciudadano Escriba la fecha en que recibió su condición migratoria: ____/____/____ MM DD AAAA <input type="checkbox"/> No inmigrante (titular de una visa) <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores	<input type="checkbox"/> N - Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> I - Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> B - Blanco <input type="checkbox"/> D - Desconocido <input type="checkbox"/> **A - Asiático <input type="checkbox"/> **U - Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico *Otro AAPI _____ Indíquenos si es hispano o latino <input type="checkbox"/> H - Hispano o latino	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4	____/____/____ <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Género no binario/ fuera de lo establecido <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> Otra identidad Describa su identidad (opcional): _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuál es la fecha prevista de parto? ____/____/____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Child Health Plus <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Family Health Plus Número de id. de la Benefit Card o tarjeta del plan, si lo conoce: _____		<input type="checkbox"/> Ciudadano de los Estados Unidos <input type="checkbox"/> Inmigrante o no ciudadano Escriba la fecha en que recibió su condición migratoria: ____/____/____ MM DD AAAA <input type="checkbox"/> No inmigrante (titular de una visa) <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores	<input type="checkbox"/> N - Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> I - Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> B - Blanco <input type="checkbox"/> D - Desconocido <input type="checkbox"/> **A - Asiático <input type="checkbox"/> **U - Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico *Otro AAPI _____ Indíquenos si es hispano o latino <input type="checkbox"/> H - Hispano o latino	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5	____/____/____ <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Género no binario/ fuera de lo establecido <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> Otra identidad Describa su identidad (opcional): _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuál es la fecha prevista de parto? ____/____/____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Child Health Plus <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Family Health Plus Número de id. de la Benefit Card o tarjeta del plan, si lo conoce: _____		<input type="checkbox"/> Ciudadano de los Estados Unidos <input type="checkbox"/> Inmigrante o no ciudadano Escriba la fecha en que recibió su condición migratoria: ____/____/____ MM DD AAAA <input type="checkbox"/> No inmigrante (titular de una visa) <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores	<input type="checkbox"/> N - Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> I - Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> B - Blanco <input type="checkbox"/> D - Desconocido <input type="checkbox"/> **A - Asiático <input type="checkbox"/> **U - Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico *Otro AAPI _____ Indíquenos si es hispano o latino <input type="checkbox"/> H - Hispano o latino	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

¿Alguna de las personas que vive en su casa es veterano? Sí No Si la respuesta es "Sí", indique el nombre: _____

ENVÍE CONSTANCIA Consulte los "Documentos necesarios para solicitar un seguro médico" en las páginas 4 a 6 para obtener una lista de los documentos que demuestran su identidad, su ciudadanía o su condición migratoria.

*Identidad de género: La identidad de género es cómo usted se percibe y se llama a sí mismo. Su identidad de género puede ser igual o diferente a su sexo.

**Si ha seleccionado A - Asiático, P - Nativo de Hawái o Isleño del Pacífico consulte a continuación la información sobre otros AAPI.

*Otros Asiáticos americanos/isleños del Pacífico (opcional) - Identifique su subgrupo AAPI. Los subgrupos dentro de esta comunidad incluyen, entre otros: Chino, japonés, filipino, coreano, vietnamita, camboyano, indonesio, pakistání, ceilanés, taiwanés, nativo de Hawái, samoano, tongano, guameño o chamorro, marshalés, fiyiano y otros.

**¿Alguna vez recibió servicios del Indian Health Service (IHS), un Tribal Health Program, un Urban Indian Health Program o mediante una derivación del IHS o de uno de estos programas?

SECCIÓN C**Ingresos familiares**

Escriba los tipos de ingresos y la cantidad que reciben las personas enumeradas en la Sección B y

ENVÍE CONSTANCIA**Ingresos de trabajo:** Incluye sueldos, salarios, comisiones, propinas, horas extra, trabajo autónomo. Si usted es trabajador autónomo, marque aquí: Si no tiene ingresos de trabajo, marque aquí:

Nombre de la persona	Tipo de ingresos y nombre del empleador	¿Cuánto? (antes de impuestos)	¿Con qué frecuencia? (semanal, mensual)

Ingresos no devengados: Incluye Social Security Benefits, pagos por discapacidad, pagos por desempleo, intereses y dividendos, beneficios de veteranos, compensaciones de los trabajadores, pagos por manutención o pensión alimenticia, ingresos de alquiler, pensión, renta vitalicia e ingresos de fideicomisos. Si no tiene ingresos no devengados, marque aquí:

Nombre de la persona	Tipo de ingresos o fuente	¿Cuánto? (antes de impuestos)	¿Con qué frecuencia? (semanal, mensual)

Contribuciones: Dinero de parientes o amigos, inquilinos o huéspedes (incluya todo dinero que reciba de cualquier persona todos los meses para cubrir los gastos de subsistencia). Si no tiene contribuciones, marque aquí:

Nombre de la persona	Tipo de ingresos o fuente	¿Cuánto? (antes de impuestos)	¿Con qué frecuencia? (semanal, mensual)

Otro: Temporary (cash) Assistance, pagos del Supplemental Security Income (SSI), becas de estudiantes o préstamos. Si no tiene este tipo de ingresos, marque aquí:

Nombre de la persona	Tipo de ingresos o fuente	¿Cuánto? (antes de impuestos)	¿Con qué frecuencia? (semanal, mensual)

Si usted o un adulto solicitante incluido en la Sección B no tiene ingresos, indíquenos quién es:

1. Si no se indicaron ingresos arriba, explique cómo vive (por ejemplo, vive con un amigo o un familiar):

2. ¿Usted u otro solicitante ha cambiado de trabajo o ha dejado de trabajar en los últimos 3 meses? No Sí

Si responde "Sí", indique esto su último trabajo: Fecha / / Nombre del empleador:

3. ¿Es usted o alguna de las personas incluidas en la solicitud estudiante en un programa vocacional, de grado o de posgrado? No SíSi responde "Sí", especifique: A tiempo completo A tiempo parcial Grado Posgrado Nombre del estudiante: _____4. ¿Tiene que pagar servicios de cuidado de niños (o de un adulto discapacitado) para poder trabajar o ir a la escuela? No Sí

Nombre del niño/adulto: _____ ¿Cuánto? \$ _____ ¿Con qué frecuencia? (semanal, quincenal, mensual)

Nombre del niño/adulto: _____ ¿Cuánto? \$ _____ ¿Con qué frecuencia? (semanal, quincenal, mensual)

Nombre del niño/adulto: _____ ¿Cuánto? \$ _____ ¿Con qué frecuencia? (semanal, quincenal, mensual)

5. Si no es elegible para recibir la cobertura de Medicaid, es posible que igual sea elegible para participar en el Family Planning Benefit Program. ¿Está interesado en recibir cobertura solo para los Family Planning Services? No Sí6. ¿Usted, su cónyuge o el padre/la madre deben pagar manutención por orden judicial? No Sí ¿Quién? _____ ¿Cuánto? \$ _____

SECCIÓN D Seguro médico

Es posible que usted y su familia sean elegibles incluso si tienen otro seguro médico.

1. ¿Alguna de las personas incluidas en la solicitud tiene Medicare?

No Sí

Si la respuesta es "Sí", incluya una copia de la tarjeta (tarjeta roja, blanca y azul) de cada beneficiario de Medicare. Complete el resto de esta solicitud y el Complemento A.

Si la respuesta es "No" y tiene insuficiencia renal crónica (enfermedad renal en etapa terminal o ESRD) o esclerosis lateral amiotrófica (ALS), o tiene 65 años o más o los cumplirá dentro de los tres meses y no tiene Medicare, debe solicitar Medicare y presentar constancia de la solicitud. Algunas personas deben presentar una solicitud para MEDICARE como condición de elegibilidad para recibir Medicaid. Lea las páginas 2 y 3 (Sección D) para obtener más información sobre los requisitos de elegibilidad.

Nota: Si únicamente quiere solicitar el Medicare Savings Program (MSP), vaya a la Sección G. NO es necesario que llene el Complemento A.

2. ¿Alguna de las personas incluidas en la solicitud tiene otro seguro médico comercial, incluido un seguro de atención a largo plazo?

No Sí

Si la respuesta es "Sí", debe enviar con esta solicitud una copia del frente y del reverso de la tarjeta del seguro.

ENVÍE CONSTANCIA

Nombre del asegurado (principal):

Personas cubiertas:

Costo de la póliza:

Fecha de finalización de la cobertura, si termina pronto _____ / _____ / _____
Mes Día Año

3. ¿Ofrece su trabajo actual un seguro médico?
Es posible que podamos ayudar a pagarlo.

No Sí

Si la respuesta es "Sí", se le enviará el formulario "Solicitud de información del seguro médico patrocinado por el empleador".

SECCIÓN E Gastos de vivienda

1. El pago mensual de gastos de vivienda, como el alquiler o la hipoteca, incluidos los impuestos a la propiedad (solamente su parte) \$

2. Si paga el servicio de agua por separado, ¿cuánto paga? \$

ENVÍE CONSTANCIA

¿Con qué frecuencia paga? Todos los meses Dos veces al año Cada tres meses (cuatro veces al año) Una vez al año

3. ¿Recibe vivienda sin costo como parte de su pago?

No Sí

SECCIÓN F Personas con ceguera, discapacidades o enfermedades crónicas o que reciben atención en un centro de cuidados especializados

Estas preguntas nos ayudan a determinar cuál es el mejor programa para los solicitantes.

Si ninguno de los solicitantes tiene ceguera, discapacidades ni enfermedades crónicas ni recibe atención en un centro de cuidados especializados, DETÉNGASE y vaya a la Sección G.

1. ¿Usted o alguna de las personas que viven con usted y que están incluidas en la solicitud está en un centro de tratamiento residencial o recibe atención en un hospital, en un centro de cuidados especializados u otra institución médica?

No Sí

Si la respuesta es "Sí", termine de completar esta solicitud Y llene el Complemento A.

2. ¿Usted o alguien que vive con usted tiene ceguera, una discapacidad o una enfermedad crónica?

No Sí

Si la respuesta es "Sí", termine de completar esta solicitud Y llene el Complemento A.

Nota: Si únicamente quiere solicitar el Medicare Savings Program (MSP), vaya a la Sección G. NO es necesario que llene el Complemento A.

SECCIÓN G Otras preguntas médicas

1. ¿Usted o alguna de las personas incluidas en la solicitud tiene facturas médicas o de medicamentos con receta pagadas o sin pagar de este mes o de los últimos tres meses? No Sí
Existe la posibilidad de que Medicaid pague esas facturas o le reembolse el pago.

Si la respuesta es "Sí", indique el nombre:

¿A qué mes (o meses) de los tres últimos meses corresponden sus facturas médicas?

ENVÍE CONSTANCIA de los ingresos del mes del período de tres meses al que corresponden sus facturas. Si pagó las facturas médicas por las que pide reembolso, debe enviar las copias y los comprobantes de pago.

2. ¿Usted o cualquiera de las personas incluidas en la solicitud tiene alguna factura médica o de medicamentos con receta sin pagar anterior a los últimos tres meses? No Sí

3. ¿Usted o alguna de las personas que viven con usted y que están incluidas la solicitud se ha mudado a este condado desde otro estado o condado del New York State en los últimos tres meses? No Sí

Si la respuesta es "Sí", ¿quién?

¿De qué estado?

¿De qué condado?

4. ¿Usted o cualquiera de las personas incluidas en la solicitud tiene alguna demanda pendiente por una lesión? No Sí

Si la respuesta es "Sí", ¿quién?

5. ¿Usted o alguna de las personas incluidas en la solicitud tiene un caso de Workers' Compensation o una lesión, enfermedad o discapacidad causada por alguien más (que podría estar cubierta por el seguro)? No Sí

Si la respuesta es "Sí", ¿quién?

SECCIÓN H

Padre, madre o cónyuge que no vive con la familia o ha fallecido

Las solicitantes embarazadas y las familias que solicitan cobertura solo para sus hijos NO tienen la obligación de completar esta sección. Todas las demás personas que presenten la solicitud y tengan 21 años o más deben estar dispuestas a dar información sobre el padre/la madre de un menor solicitante o el cónyuge que viva fuera de la casa para ser elegibles para recibir seguro médico, a menos que exista una causa justificada. Los menores podrían ser elegibles incluso si el padre o la madre no están dispuestos a dar esta información. Si teme sufrir daño físico o emocional por dar información sobre un padre, una madre o un cónyuge que no vive en la casa, puede quedar exento de la obligación de dar esta información. Esto se llama **causa justificada**. Es posible que se le pida que demuestre que tiene una buena razón que justifica sus miedos.

1. ¿Falleció el cónyuge, el padre o la madre de alguna de las personas incluidas en solicitud? (Si el cónyuge, el padre o la madre falleció, vaya a la pregunta 3). No Sí

Si la respuesta es "Sí", indique el nombre del solicitante cuyo padre, madre o cónyuge haya fallecido.

2. ¿Vive fuera de la casa el padre o la madre de alguno de los menores solicitantes? (Si la respuesta es "No", pase a la pregunta 3). No Sí

Si teme sufrir un daño físico o emocional por dar información sobre un padre o una madre que no vive en la casa, marque esta casilla.

Nombre del menor:

Nombre del padre o la madre que vive fuera de la casa:

Dirección actual o última dirección conocida:

Calle:

Ciudad/Estado:

Fecha de nacimiento (si se conoce): / /

Número de Seguro Social (si se conoce):

Nombre del menor:

Nombre del padre o la madre que vive fuera de la casa:

Dirección actual o última dirección conocida:

Calle:

Ciudad/Estado:

Fecha de nacimiento (si se conoce): / /

Número de Seguro Social (si se conoce):

3. ¿Algunas de las personas incluidas en la solicitud está casada con alguien que vive fuera de la casa? No Sí

Si la respuesta es "Sí", indique el nombre de la persona incluida en la solicitud que está casada:

Si teme sufrir un daño físico o emocional por dar información sobre un cónyuge que no vive en la casa, marque esta casilla

Nombre legal del cónyuge que vive fuera de la casa:

Dirección actual o última dirección conocida:

Calle:

Ciudad/Estado:

Fecha de nacimiento (si se conoce): / /

Número de Seguro Social (si se conoce):

SECCIÓN I

Selección del plan médico

Estas preguntas nos ayudan a determinar cuál es el mejor programa para los solicitantes.

Si recibe Medicare, **DETÉNGASE** y omita esta sección.

IMPORTANTE: La mayoría de las personas que tiene Medicaid deben elegir un plan médico; si usted no elige un plan médico es posible que se lo inscriba automáticamente en un plan, a menos que se determine que está exento. Si necesita información sobre qué planes están disponibles en su condado, en qué planes participa su médico y si tiene que inscribirse, comuníquese con New York Medicaid CHOICE llamando al 1-800-505-5678. También puede llamar o ir al local department of social services. Si ya sabe qué plan quiere, utilice esta sección para elegir su plan.

NOTA: Si se determina que usted o sus familiares son elegibles para recibir Medicaid, se los inscribirá en plan médico que elijan. Si usted es indio americano o nativo de Alaska no está obligado a inscribirse en un plan médico; puede informarnos que no quiere estar inscrito en ningún plan médico llamando o escribiendo al local department of social services o marcando esta casilla .

Apellido legal	Nombre legal	Fecha de nacimiento	N.º de Social Security	Nombre del plan médico en el que se inscribe	Médico o centro de salud preferido (opcional) Marque la casilla si es su proveedor actual	OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA (opcional)
					<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	

SECCIÓN J

Firma

Acepto que la información incluida en esta solicitud y en la renovación anual se comparta únicamente entre Medicaid, los planes médicos indicados en la Sección I, el local department of social services y la organización que ofrece asistencia para la solicitud. También permito que se comparta esta información con cualquier centro de salud escolar que preste servicios a los solicitantes. Entiendo que esta información se comparte para determinar la elegibilidad de las personas que solicitan Medicaid o para evaluar el éxito de estos programas. Cada adulto solicitante debe firmar esta solicitud en el espacio que figura abajo.

He leído y entiendo los términos, derechos y responsabilidades que se incluyen en la próxima página de este manual de solicitud. Declaro bajo pena de perjurio que toda la información incluida en esta solicitud es verdadera a mi leal saber y entender.

Fecha

Firma del solicitante adulto o del representante autorizado del solicitante

Fecha

Firma del solicitante adulto o del representante autorizado del solicitante

Poder de atención médica

La New York Health Care Proxy Law le permite elegir a una persona en quien confía para que tome las decisiones de atención médica por usted en caso de que no pueda tomarlas usted mismo. Esta persona se llama representante de atención médica.

Puede conocer más sobre la New York State Health Care Proxy Law y obtener el formulario para designar un representante de atención médica (formulario de representante) en el sitio web del New York State Department of Health: www.health.ny.gov/professionals/patients/health_care_proxy.

Para recibir una copia del formulario por correo, llame a la New York State Medicaid Help Line al 1-800-541-2831.

TÉRMINOS, DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

Al completar y firmar esta solicitud, solicito Medicaid. Entiendo que esta solicitud y otra información de apoyo se enviarán a los programas para los que presento la solicitud. Acepto que se revele la información personal y financiera incluida en esta solicitud y cualquier otra información necesaria para determinar la elegibilidad para estos programas. Entiendo que existe la posibilidad de que me pidan más información. Acepto informar de inmediato cualquier cambio en la información incluida en esta solicitud.

- Entiendo que debo dar la información necesaria para demostrar mi elegibilidad para cada programa. Si no he podido obtener la información para Medicaid, le avisaré al local department of social services, que puede ayudarme a obtener la información.
- Si presento una solicitud en un lugar que no sea un local department of social services y mis hijos no son elegibles para recibir Medicaid con esta solicitud, puedo comunicarme con el local department of social services para ver si mis hijos son elegibles de alguna otra forma.
- Entiendo que los trabajadores de los programas para los que mis familiares o yo presentamos una solicitud pueden revisar la información que di para dicha solicitud. Las agencias que administran estos programas mantendrán la confidencialidad de esta información de acuerdo con el 42 U.S.C. 1396a(a)(7) y 42 CFR 431.300-431.307 y todas las regulaciones y leyes estatales y federales.
- Entiendo que Medicaid no pagará los gastos médicos que el seguro u otra persona debería pagar y que si solicito Medicaid, otorgo a la agencia mi derecho a pedir y obtener apoyo médico de un cónyuge o de los padres de personas menores de 21 años y mi derecho a pedir y obtener pagos de terceros por todo el tiempo en que reciba los beneficios.
- Presentaré todo reclamo por los beneficios de seguro médico o de accidente o cualquier otro recurso al que tenga derecho. Entiendo que tengo derecho a decir que tengo una causa justificada para no cooperar con el uso del seguro médico si su uso podría dañar mi salud o seguridad o la salud o seguridad de alguien de quien soy legalmente responsable.
- Entiendo que mi elegibilidad para Medicaid no se verá afectada por mi raza, color ni país de origen. También entiendo que, según los requisitos del programa, mi edad, mi discapacidad o mi ciudadanía pueden ser un factor para determinar mi elegibilidad.
- Entiendo que, si mi hijo tiene Medicaid, puede obtener atención integral primaria y preventiva, incluidos todos los tratamientos necesarios, a través del Child/Teen Health Program. Puedo pedir más información sobre este programa al local department of social services.
- Entiendo que toda persona que mienta u oculte la verdad de manera intencional para recibir los servicios de estos programas estará cometiendo un delito y quedará sujeta a sanciones federales y estatales, y es posible que deba reembolsar la suma de los beneficios recibidos y pagar multas civiles. El New York State Department of Tax and Finance tiene derecho a revisar la información de ingresos de este formulario.

Números de Seguro Social (SSN)

Se necesitan los SSN de todos los solicitantes, a menos que la persona sea un extranjero no calificado. Entiendo que esto responde a una exigencia de la Ley Federal en 42 U.S.C. 1320b-7(a) y las regulaciones de Medicaid en 42 CFR 435.910. Los SSN de mis familiares que no solicitan beneficios no son necesarios. Si mi elegibilidad depende de la cantidad de recursos que tiene mi cónyuge, se pueden verificar los recursos si se presenta el SSN de mi cónyuge. Los SSN se utilizan de muchas maneras, ya sea dentro del local department of social services (DSS) o entre el DSS y las agencias federales, estatales y locales, tanto en Nueva York como en otras jurisdicciones. Por ejemplo, los SSN se puede utilizar para verificar la identidad, para identificar y verificar los ingresos devengados y no devengados, para determinar si los padres sin tutela pueden obtener cobertura de seguro médico para sus hijos, para saber si los solicitantes pueden obtener apoyo médico, para ver si los solicitantes pueden obtener dinero u otra ayuda, y para verificar los recursos para los solicitantes y sus cónyuges no solicitantes. Los SSN también pueden utilizarse para identificar al destinatario dentro de las agencias gubernamentales centrales de Medicaid y entre ellas, con el fin de garantizar que los servicios adecuados se pongan a disposición del destinatario.

Solo para solicitantes de Medicaid

- Revelación de los expedientes académicos
Autorizo al local department of social services y al New York State a obtener cualquier información relacionada con los expedientes académicos de mis hijos, aquí nombrados, y necesaria para el reclamo de los reembolsos de Medicaid por los servicios educativos relacionados con la salud, y a dar acceso a esta información a la agencia gubernamental federal correspondiente con el fin exclusivo de hacer auditorías.
- Programa de Intervención Temprana (Early Intervention Program)
Si se evalúa a mi hijo o este participa en el New York State Early Intervention Program, autorizo al local department of social services y al New York State a compartir la información de elegibilidad para Medicaid de mi hijo con el Early Intervention Program de mi condado para facturar a Medicaid.
- Reembolso de gastos médicos
Entiendo que, como parte de mi solicitud de Medicaid o después de esta, tengo derecho a pedir el reembolso de gastos que pagué por atención médica, servicios y suministros cubiertos que recibí durante los tres meses anteriores al mes que presenté mi solicitud. Después de la fecha de mi solicitud y hasta la fecha en que reciba mi Medicaid benefit card (Common Benefit Identification Card [CBIC]), entiendo que el reembolso de los gastos de atención médica, servicios y suministros médicamente necesarios y cubiertos **solo** estará disponible si estos se obtienen de proveedores inscritos en Medicaid, y que el reembolso se limitará a la tasa o tarifa de Medicaid vigente en el momento del servicio, incluso si he pagado más. Entiendo que, una vez que reciba mi Medicaid (CBIC) benefit card, debo atenderme únicamente con los proveedores inscritos en Medicaid o con los proveedores de la red de mi plan de atención médica administrada de Medicaid para obtener atención y servicios cubiertos, que mi proveedor debe presentar un reclamo a Medicaid o a mi plan de atención médica administrada de Medicaid para que se le paguen los servicios médicamente necesarios y que no se me reembolsarán los gastos que tenga después de esa fecha y que pague por mi cuenta.

Atención administrada de Medicaid

He leído la información sobre cómo averiguar qué planes de atención médica administrada de Medicaid están disponibles para mí en mi condado. Entiendo que, si se determina que yo y mis familiares incluidos en la solicitud somos elegibles para recibir Medicaid y debemos estar inscritos en un plan de atención médica administrada, a mí y a mis familiares elegibles incluidos en la solicitud se nos inscribirá en el plan médico que yo elija.

He leído la información sobre cómo averiguar los derechos y beneficios que tendré como miembro del plan de atención médica administrada y los límites de los beneficios de la membresía de atención médica administrada. Entiendo que, en la atención médica administrada de Medicaid, debo elegir un Primary Care Provider (PCP) y tendré, por los menos, tres PCP para elegir en mi plan médico. Entiendo que una vez inscrito en un plan médico, deberé recurrir a mi PCP y a otros proveedores de mi plan médico, excepto en unas pocas circunstancias especiales.

Entiendo que, si tengo un hijo mientras soy miembro de un plan de atención médica administrada de Medicaid, a mi hijo se lo inscribirá en el mismo plan médico en el que estoy yo.

Revelación de información médica

Doy mi consentimiento para la revelación de información médica sobre mí y cualquier familiar para el que puedo dar consentimiento:

- Hecha por mi PCP, cualquier otro proveedor de atención médica o el New York State Department of Health (NYSDOH) a mi plan médico y cualquier proveedor de atención médica que participe en mi atención o en la de mi familia, según sea razonablemente necesario para que mi plan médico o mis proveedores provean tratamiento o hagan un pago u operaciones de atención médica. Esto puede incluir información de farmacia y otros reclamos médicos necesaria para ayudar a administrar mi atención.
- Hecha por mi plan médico y cualquier proveedor de atención médica al NYSDOH y otras agencias federales, estatales y locales autorizadas, para administrar los programas de Medicaid.
- Hecha por mi plan médico a otras personas u organizaciones, según sea razonablemente necesario para que mi plan médico provea tratamiento o haga un pago u operaciones de atención médica.

También acepto que las revelaciones para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica incluyan información sobre mí y mis familiares relacionada con el VIH, la salud mental o el abuso de drogas y alcohol, según lo permita la ley, hasta que revoque este consentimiento.

Si más de un adulto de la familia se inscribe en el plan médico de Medicaid, se requiere la firma de cada adulto solicitante a modo de consentimiento para revelar información.

Política de no discriminación

El programa New York Medicaid cumple las leyes federales de derechos civiles y las leyes estatales vigentes y no discrimina por motivos de raza, color, país de origen, credo o religión, sexo, edad, estado civil o familiar, discapacidad, antecedentes penales, condenas penales, identidad de género, orientación sexual, características de predisposición genética, condición militar, condición de víctima de violencia doméstica ni represalias.

Si cree que el programa New York Medicaid lo ha discriminado, puede presentar una queja a través de http://www.health.ny.gov/regulations/discrimination_complaints/ o enviando un correo electrónico a la Diversity Management Office a DMO@health.ny.gov.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights por Internet en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, por correo postal a U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, o por teléfono llamando al 800-368-1019 (TTY 800-537-7697). Los formularios de quejas están disponibles en <https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>.

Adaptaciones

El programa New York Medicaid ofrece ayuda y servicios gratis para que las personas con discapacidades se puedan comunicar de manera eficaz con nosotros, como:

- TTY a través del NY Relay Service.
- Si tiene ceguera o una discapacidad visual grave, necesita avisos u otros documentos escritos en un formato alternativo (letra grande, CD de datos o audio, o braille) y reside en un condado fuera de New York City, llame al local department of social services. Si reside en los cinco distritos de New York City, llame a la Human Resources Administration's Office of Constituent Services al 212-331-4640. También puede informarnos al respecto en la Sección A de la página 1 de esta solicitud.

El programa NY Medicaid también ofrece servicios gratis de asistencia de idiomas para las personas cuyo idioma principal no sea el inglés, como:

- Intérpretes calificados.
- Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios o quiere obtener más información sobre adaptaciones razonables y reside en un condado fuera de New York City, llame a su local department of social services. Si reside en los cinco distritos de New York City, llame a la Human Resources Administration's Office of Constituent Services al 212-331-4640.

Para uso exclusivo de la oficina

A esta parte la debe completar la persona que ayuda a hacer la solicitud

Firma de la persona que obtuvo la información de elegibilidad:

X

Empleado de: (marque una opción) Plan médico Local Department of Social Services
 Agencia proveedora Entidades calificadas

Nombre del empleador:

Esta parte es para uso del distrito local de servicios sociales

Elegibilidad determinada por:

Fecha:

Elegibilidad aprobada por:

Fecha:

Oficina central:

Fecha de la solicitud:

Id. de la unidad:

Id. del trabajador:

Nombre del caso:

Distrito:

Tipo de caso:

N.º de caso:

Fecha de entrada en vigor:

Código de motivo de resolución de MA:

Delegado:

N.º de registro:

Ver.:

Código de denegación Código de retiro

No Sí

