

# Solicitud y Forma de Renovación



Medicaid for Low-Income Adults



Connecticut Pre-Existing Condition Insurance Plan

**Esta solicitud es para individuos y familias que sólo necesitan seguro de salud.** Si usted necesita de otro tipo de asistencia para su familia, llame a INFOLINE al 211. Individuos sordos y con impedimentos auditivos pueden usar el TDD/TTY llamando al 1-866-492-5276. Para preguntas, preocupaciones, quejas, o pedido de formatos alternos llame a: 1-800-842-1508.

**Si usted tiene alguna pregunta sobre esta solicitud o necesita ayuda para completarla, llame al 1-800-656-6684.** Si la información que usted tiene no cabe en esta forma, por favor añada hojas de papel, como sea necesario.

## Sección A: - Deseo seguro de salud para: (Marque con,√, la(s) categoría(s) que reflejan mi situación).

<input type="checkbox"/> Yo, mismo, por que tengo 19 años de edad o más	<input type="checkbox"/> Sólo para mí, porque estoy embarazada. Mi fecha probable de parto es _____
<input type="checkbox"/> Mi esposo(a) (u otro padre o madre que vive conmigo)	<input type="checkbox"/> Mis niños menores de 19 años que no viven conmigo. Estoy bajo una orden judicial para proveerles seguro médico. Esta es la dirección de mis niños. _____
<input type="checkbox"/> Nuestros niños menores de 19 años que viven conmigo	
<input type="checkbox"/> Niños bajo mi cuidado, menores de 19 años y que viven conmigo	<input type="checkbox"/> Quiero solicitar el Beneficio Limitado de Cobertura de Planificación de Familia (p.ej., control de natalidad, esterilización y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual (las ETS)).

## Sección B: Información del Solicitante – Díganos a cerca de usted.

Apellido	Nombre	Inicial	Número de Teléfono Diurno	Número de Teléfono Nocturno	ID del Cliente
Dirección/Calle			Ciudad	Estado	Código Postal
Dirección si es diferente				Fecha de Nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
¿Es usted Hispano o Latino? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Raza–(Marque todos los que aplican) <input type="checkbox"/> Americano Indio/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Descendiente Africano <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco		Número de Seguro Social (Es opcional, si usted no está solicitando para usted mismo)	¿Es Ud. un Ciudadano (USA)? (Es opcional, si usted no está solicitando para usted mismo) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Que Lenguaje haba usted mejor?

## Sección C: Díganos sobre las personas que necesitan seguro de salud. Incluya su información si desea seguro de salud.

Apellido	Nombre E Inicial	Relación con el Solicitante	¿Es esta persona un padre de por lo menos uno de los niños?	Número del Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Sexo M/F	¿Es usted Hispano o Latino?	Raza (seleccione de las categorías de arriba)	¿Ciudadano (USA)? Si No, llene la Sección J	¿Tiene un salario u otro ingreso?
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Si alguien listada en la sección C *esta embarazada*, por favor anote el nombre de la persona y la fecha probable de parto:

¿Hay alguien en la lista que recibe SSI o tiene un *impedimento/disabilidad*?  Sí  No. Si marca, Si, anote el nombre de la persona:

¿Hay alguien en la lista *legalmente ciego*?  Sí  No. Si marca Si, anote el nombre de la persona:

¿Alguien listado aquí tiene una *condición médica preexistente*?  Sí  No. Sí, marca Si, anote el nombre de la persona (s):

**Sección D: Otros Miembros del Hogar** - Necesitamos información sobre otros que viven en el hogar y quienes son los padres, padrastros/madrastras o esposo(a) de las personas que desean seguro de salud. Incluya información sobre usted si es un padre/madre de la casa pero no puso su nombre en la Sección C porque usted no necesita seguro. También, ponga a cualquier otro niño en el hogar, menor de 19 años, que no está solicitando seguro de salud. No incluya a nadie ya listado en la Sección B o C de la primera página.

Nombre	Fecha de Nacimiento	Número del Seguro Social (Opcional)	Indique quien es esta persona y como están relacionadas (Ejemplo: padre de Billy Smith)	¿Recibe un salario?	¿Recibe otros ingresos?
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

**Sección E: Padres Que No Viven en el Hogar** - Si Ud. es un padre/madre o pariente que vive y cuida de un niño y desea seguro de salud usted deberá cooperar con la manutención de menores. Esto quiere decir que usted nos dará información sobre padres que no viven en el hogar y nos ayudará a conseguir el apoyo médico. Si usted no coopera, usted no puede obtener seguro de salud de HUSKY o Charter Oak para usted, sin embargo, sus niños si pueden obtener HUSKY. Ud. puede pedir una excepción de este requisito si usted cree que hay amenaza de violencia doméstica. Aunque no desee seguro de salud para Ud., nosotros le ayudaremos a obtener la manutención de menores.

¿Ud. acepta cooperar con la División de Manutención de Menores para obtener el apoyo médico para sus niños de un padre que no vive en la casa?  Sí  No

¿La razón por la cual no desea cooperar, es debido al miedo a ser abusada por el padre que no está en la casa?  Sí  No

¿Desea que nosotros le ayudemos a obtener la manutención de menores?  Sí  No Si usted está de acuerdo en ayudarnos a conseguir el apoyo, favor de darnos la siguiente información. También, si está solicitando para los niños que no viven con usted, favor de darnos la siguiente información.

Nombre del Padre	Nombre del Niño	Dirección del Padre	Nombre, Dirección y Número de Teléfono del Empleador del Padre

**Sección F: Ingreso de Empleo** – Complete la siguiente información para persona listadas en la Secciones C y D, si ganan salario. Incluya su ingresos si Ud. es cónyuge o es el padre/madre de un niño listado en la Sección C. Incluya también su ingreso si Ud. es el familiar responsable y desea seguro de salud para Ud. Si la persona tiene mas de un trabajo, liste cada trabajo por separado. Si Ud. trabaja para sí mismo, por favor envíenos prueba de los ingresos y gastos del negocio. Esta puede ser la copia de la planilla de los impuestos incluyendo todos las formas. Si la planilla es de hace mas de 3 meses, provéanos la forma de Ganancias y Pérdidas que detalla el ingreso y gastos desde la última vez que declaró impuestos y copia de los records del negocio para este mismo periodo de tiempo. Si ninguno de los dos documentos están disponibles, envíe para que examaminemos, una declaración jurada y notarizada, o forma DSS W-38, mostrando ingresos y gastos del negocio.

Nombre de Persona Empleada	¿Estudiante tiempo completo o parcial? Si lo es, nombre de la escuela?	¿Este ingreso es de su propio negocio?	Nombre, Dirección y Número de Teléfono del Empleador	¿Empleado del gobierno?	Horas Trabajadas por Semana	Pago Antes de Deducciones (incluya propinas)	Fecha de Comienzo
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Ciudad/Pueblo <input type="checkbox"/> Estado <input type="checkbox"/> Federal		\$ por	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Ciudad/Pueblo <input type="checkbox"/> Estado <input type="checkbox"/> Federal		\$ por	

**Sección G: Otro Ingreso** – Por favor complete la siguiente información para persona listadas en la Secciones C y D que reciben otro ingreso tal como **manutención de menores, Seguro Social, o Compensación por Desempleo**. Incluya estos ingreso no ganado si usted es el padre de un niño listado en la Sección C. También, incluya su otro ingreso no ganado si usted es un familiar que cuida de un niño y desea seguro de salud para Ud.

Nombre de la Persona	Tipo de Ingreso	¿Cuánto?	¿Cuántas veces?

**Sección H: Gastos del Cuidado Infantil y Adulto Incapacitado** - Si Ud. o alguien en el hogar paga por el cuidado de un niño o de un adulto incapacitado complete la siguiente información. También, incluya cualquier pago hecho por una agencia estatal como el Programa de Asistencia de Cuidado para Niños (Care4Kids).

Nombre de la Persona que Recibe el Cuidado	Cantidad Pagada por Ud.	Cantidad que Paga el Estado	¿Cuántas Veces?	Nombre, Dirección y Número de Teléfono del Proveedor del Cuidado de Niños o Adultos Incapacitados

**Sección I: Seguro de Salud** ¿Alguna persona por la que esta solicitando tiene otro seguro de salud o Medicare?  Sí  No. Si es Sí, favor complete la siguiente información:

Nombre(s) del Asegurado(s)	Nombre, Dirección y Número de Teléfono de la Compañía de Seguro	Tipo	Póliza o Número del Miembro	Fecha Inicial	Seguro Médico Proviene
		<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Visión <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Farmacia <input type="checkbox"/> Otra			<input type="checkbox"/> Patrocinado por Empleador <input type="checkbox"/> Empleado Municipal/Estatal <input type="checkbox"/> Privado (paga Ud. mismo)
		<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Visión <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Farmacia <input type="checkbox"/> Otra			<input type="checkbox"/> Patrocinado por Empleador <input type="checkbox"/> Empleado Municipal/Estatal <input type="checkbox"/> Privado (paga Ud. mismo)

¿En los últimos dos meses alguien tiene un empleador que canceló o terminó su seguro de salud?  Sí  No. Si es Sí, favor complete lo siguiente:

Nombre(s) de Asegurado(s)	Nombre, Dirección y Número de Teléfono de la Compañía de Seguro	Tipo	Póliza o Número de Miembro	Fecha de Terminación	¿Por que este seguro no es activo ahora?
		<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Visión <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Farmacia <input type="checkbox"/> Otra			

¿Cuánto paga usted, o pagó usted por este seguro? \$ \_\_\_\_\_ Cuántas veces? \_\_\_\_\_.

Si alguien en su hogar tiene facturas de servicios de salud no pagadas, facturas pagadas por servicios de salud recibidos en los últimos 3 meses, o está actualmente pagando un préstamo que tomó para pagar facturas médicas, favor de proveer la siguiente información. Nosotros podemos necesitar más información sobre sus facturas de servicios de salud mas tarde.

Fecha de Servicio Médico	Cargo Total	Cantidad que Todavía Debe	Cantidad que Paga Cada Mes	Si usted tomo un préstamo para pagar por cuidado médico, de el Nombre del Prestador, Cantidad del Préstamo y la Fecha que el Préstamo fue Tomado

**Sección J: Inmigración** - Provea información de inmigración para personas que no son ciudadanos y que están solicitando seguro de salud.

Nombre	Fecha de Entrada a USA	Número de INS	Estado de INS	Fecha en que Recibió sus papeles	¿Ciego o Incapacitado?	¿Recibe SSI?	Miembro de las fuerzas armadas de USA o Veterano o Niño o Cónyuge
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

**Sección K: Miembro de Tribu** - Miembros de tribus Indio Americano y Nativos de Alaska, reconocidas federalmente, califican para seguro subsidiado de HUSKY y no tienen que pagar primas o co-pagos. ¿Alguna persona listadas en la Sección B o C son miembros de una tribu Indio Americano o Nativo de Alaska, reconocidas federalmente?  Sí  No. Si es Sí, liste el nombre de la(s) persona(s) y tribu y copia de la tarjeta de la tribu o carta como verificación \_\_\_\_\_.

## Sección L: Lea Cuidadosamente y Firme Abajo

### YO ENTIENDO QUE

- Si no estoy de acuerdo con la acción tomada en mi caso, existe el proceso de queja y apelaciones;
- Que toda la información sometida en esta forma está sujeta a verificación con oficiales federales, estatales y locales;
- Que la información sometida en esta forma es confidencial y sólo el Departamento de Servicios Sociales (DSS) o sus agentes la usarán para administrar los programas de DSS; o según exige la ley o una orden de la corte;
- Que al recibir la asistencia médica, estoy permitiendo al estado recobrar el costo de mis gastos médicos, directamente de la compañía aseguradora, si estos servicios pudieron haber estado cubiertos por otro seguro;
- Que el estado puede recobrar de los beneficios de una demanda, el costo de los servicios médicos pagados por el estado por un accidente;
- Que cualquier pago hecho por el estado a favor de un cliente debido a una declaración falsa, a una representación falsa o encubrimiento de o de no revelar su ingreso o cobertura de seguro de salud por un solicitante responsable para mantener seguro puede ser recobrado por el estado; y
- Que si yo doy información incorrecta, yo puedo estar sujeto a una penalidad por declaración falsa y robo a como se especifica en los Estatutos Generales de Connecticut secciones 53a-122, 53a-123, 53a-157b, y 17b-97, como también penalidades bajo la Ley Federal.

### YO ESTOY DE ACUERDO

- A notificar a DSS o a sus agentes de todos los cambios en las circunstancias familiares dentro de 10 días, por ejemplo, ingreso, seguro médico, dirección, hogar del niño, o tamaño familiar;
- A cooperar con los oficiales federales, estatales y locales para suministrar de autorizaciones, documentos y otras pruebas relacionadas con la información que yo he provisto en esta forma;
- A cooperar con el personal de la Revisión de Control de Calidad federal y estatal;
- A no alterar, negociar, prestar o vender mi tarjeta de servicios médicos y/o la tarjeta de servicios médicos de cualquier niño por quien yo he solicitado por seguro de salud, y a hacer que el Departamento o sus agentes hagan reclamaciones de Medicare y seguir apelaciones.
- A permitir que DSS o cualquier seguro de salud, proveedor, u otra entidad que proporcionan los servicios a mi o mi familia bajo Medicaid, el programa HUSKY, el Plan de Salud Charter Oak o el Plan de Connecticut Pre-existing Condition (CT PCIP) a dar información sobre mi o mi familia como sea necesario para la entrega de servicios de Medicaid, del programa HUSKY y la administración del programa HUSKY o Plan de Salud Charter Oak o CT PCIP, como sea permisible por la ley federal o estatal.
- DSS puede dar a sus contratistas información confidencial del Departamento de Trabajo de beneficios de compensación de desempleo e información trimestral de sueldo que pertenezca a las personas quienes firmaron esta solicitud cuando sea necesaria para determinar la elegibilidad de HUSKY B o el Plan de Salud de Charter Oak.
- A pagar la prima del plan de salud (si es requerida) y co-pagos aplicables de acuerdo con las reglas de pago del plan. Entiendo que si no pago la prima requerida, la cobertura de cuidado de salud para mi o miembros de mi familia será cancelada.

**YO CERTIFICO QUE he leído esta forma o que he tenido a alguien que me lea en el lenguaje que yo entiendo y la información dada en esta forma es verdadera y completa a mi mejor entender.**

\_\_\_\_\_  
FIRMA Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Interprete Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo (si es firmado con una X) Fecha

*Si alguien ha ayudado al solicitante a completar esta forma, esta persona deberá firmar.*

### SOLAMENTE USO OFICIAL

\_\_\_\_\_  
Firma del Ayudante Fecha

\_\_\_\_\_  
Revisado Por Fecha

*Si alguien completó esta forma a favor del solicitante, esta persona deberá firmar.*

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante Fecha

*Devuelva esta forma en el sobre provisto. Si no recibió el sobre, envíe por correo las formas completas a:*

**HUSKY/Charter Oak /CT PCIP, P.O. BOX 280747, EAST HARTFORD, CT 06128. Usted también lo puede enviar a su oficina local de DSS.**

**¿Cómo escuchó sobre los planes de seguro HUSKY, Charter Oak o CT Pre-Existing Condition ?**

TV  Radio  Periódico  Oficina del Médico  InfoLine  Presentación  Otro \_\_\_\_\_

*La cobertura de asistencia de salud de HUSKY y Charter Oak no será negada debido a una previa condición médica.*

Esta solicitud será considerada sin tomar en cuenta raza, color, sexo, edad, incapacidad física o mental, credo religioso, origen nacional, orientación sexual, linaje, barreras de lenguaje, o creencias políticas.