

**REGLAS PARA SOLICITAR
ASISTENCIA MÉDICA (en inglés MA)
PARA FAMILIAS, MUJERES EMBARAZADAS Y NIÑOS
Y
EL PROGRAMA DE SALUD PARA NIÑOS DE MARYLAND (en inglés MCHP)**

Instrucciones: Envíe por favor esta aplicación a su Departamento Local de Salud.

- Estoy embarazada.
- Soy padre/madre u otro miembro de la familia a cargo de niños que estoy solicitando para mí y para el niño/niños.
- Estoy solicitando solamente para un niño/niños (MCHP).

Si Ud. quiere Asistencia Financiera Temporal [en inglés Temporary Cash Assistance (TCA)] o Estampillas para Alimentos, por favor comuníquese con la oficina del Departamento de Servicios Sociales del área (Ver lista adjunta)

Números de Seguro Social

- ✧ Debe darnos un número de Seguro Social por cada persona que desee MA/MCHP.
- ✧ Si una persona que desea MA/MCHP no tiene número de Seguro Social, debe solicitar un número. Podemos ayudarle a hacerlo.
- ✧ Si una persona ha solicitado el número de Seguro Social, no demoraremos el proceso de solicitud mientras espera que le llegue el número.
- ✧ Usamos los números de Seguro Social para comprobar el ingreso. No se los damos a otras agencias, tales como los Servicios de Inmigración y Ciudadanía.

Información sobre Ingreso

- ✧ Posiblemente deberá presentar prueba de ingreso.
- ✧ Los otros miembros de la familia que nos den su información recibirán MA/MCHP si reúnen los requisitos de elegibilidad.

Identidad

- ✧ Debe presentar prueba de identidad por cada persona que desea MA/MCHP. Ver la lista de pruebas de identidad y ciudadanía en la próxima página.

Estado de Ciudadanía e Inmigración

- ✧ Debe presentar prueba de ciudadanía o inmigración por cada miembro de familia que desee MA/MCHP. Ver la lista de pruebas de identidad y ciudadanía en la próxima página.

Asistencia Médica de Emergencia

- ✧ Si Ud. no es ciudadano ni inmigrante legal y está solicitando Asistencia Médica de Emergencia, no necesita presentar Número de Seguro Social ni estado de ciudadanía o inmigración.

Proceso de Solicitud

- ✧ Por favor, complete la solicitud y envíela por correo, fax o llévela a la oficina del departamento de salud de su área (en inglés LHD) o la oficina del departamento de servicios sociales de su área (en inglés LDSS). Las direcciones de las oficinas de LHD y LDSS se encuentran en las últimas dos páginas de la solicitud.
- ✧ También puede enviar sus solicitudes en forma electrónica por medio del sistema Service Access & Information Link (SAIL) en la página www.marylandsail.org.

Si necesita ayuda para solicitar beneficios, tiene preguntas o no habla inglés y necesita servicios de traducción gratuitos, por favor llame al 1-800-456-8900 ó al 1-800-332-6347.

Si necesita ayuda para llenar el formulario favor de llamar al 1-800-456-8900 ó al 1-800-332-6347.

website: www.dhmf.state.md.us

PROCEDIMIENTOS PARA PROBAR LA CIUDADANÍA Y LA IDENTIDAD

Si tiene preguntas respecto a la ciudadanía e identidad, por favor llame al 1-800-492-5231.

A. Use uno de los siguientes documentos para probar **tanto** la ciudadanía **como** la identidad:

1. Pasaporte de los EE.UU. (vigente o vencido), o
2. Certificado de Naturalización (N-550 ó N-570), o
3. Certificado de Ciudadanía (N-560 ó N-561).

O

B. Uno de los documentos de la lista de Prueba de Ciudadanía **Y** uno de los documentos de la lista de Prueba de Identidad.

| Prueba de Ciudadanía | Prueba de Identidad |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Certificado de nacimiento de los EE.UU. • Datos de Estadísticas Vitales que concuerden con los del Departamento de Salud e Higiene Mental [DHMH] para documentar el nacimiento • Sistema de Verificación de Extranjeros Legales para Autorizaciones (en inglés SAVE) – solamente para ciudadanos naturalizados • Para niños de 16: una constancia originada cerca de la fecha de nacimiento, ó 5 años antes de la solicitud inicial de MA/MCHP, y que muestre a los EE.UU. como el lugar de nacimiento en papel con membrete del hospital u otra constancia médica. • Constancia que indique los EE.UU. como lugar de nacimiento, si fue creada al menos 5 años antes de la solicitud inicial de MA/MCHP: constancia en papel con membrete del hospital u otra constancia médica originada cerca de la fecha de nacimiento, papeles de admisión a una institución, constancia firmada por el médico o partera que asistió en el nacimiento, Nota de Estadísticas Vitales acerca de el registro del nacimiento, constancia de seguro. • Decreto final de adopción para un niño nacido en los EE.UU. • Certificado de ciudadano nacido en el extranjero (DS-1350, FS-240, FS-545) • Constancia escolar que indique los EE.UU. como lugar de nacimiento, la fecha de admisión a la escuela, la fecha de nacimiento (o la edad en el momento que se realizó el certificado), y el nombre(s) y lugar(es) de nacimiento del padre/madre del solicitante. • Constancia Religiosa – registrada en los EE.UU. dentro de los tres meses posteriores al nacimiento, que indique el nacimiento en los EE.UU. y la fecha del nacimiento o la edad del individuo en el momento que se realizó el certificado. La constancia debe ser un documento oficial de la organización religiosa, no la “biblia” de familia. • Constancia de servicio militar que indique los EE.UU. como lugar de nacimiento • Evidencia de empleo civil de los EE.UU. antes del 1º de junio de 1976 • Constancia de censo federal o estatal para 1900-1950 que indique ser ciudadano de los EE.UU. o los EE.UU. como lugar de nacimiento • Tarjeta de Identificación para ciudadano naturalizado (I-179 o I-197) • Declaraciones Juradas (también pueden usarse para ciudadanos naturalizados) Tres Declaraciones Juradas escritas y firmadas. Dos deben ser de ciudadanos que tengan conocimiento de la ciudadanía de la persona, uno de los cuales no debe ser pariente. Ambos firmantes deben ser ciudadanos de los EE.UU. La tercera Declaración Jurada debe estar firmada por la persona, su representante u otra persona que pueda explicar por qué no se dispone de una prueba. | <ul style="list-style-type: none"> • Licencia de Conducir o Tarjeta de Identificación de la Administración del Registro Automotor [en inglés MVA] • Los mismos datos en otros programas de beneficios (elegibilidad para TCA, Estampillas para Alimentos, TDAP, SSI actual o pasada) para documentar la identidad • Tarjeta escolar de identificación • Tarjeta de Identificación de un organismo del gobierno local, estatal o federal • Tarjeta de Identificación militar de los EE.UU. constancia de la baja o de servicio militar. • Documento de Tribu Indígena de los EE.UU. • Tarjeta de Marino Mercante de la Guardia Costera de los EE.UU. • Para niños de 16: Constancia de Clínica, medico, hospital o escuela (ej. Formulario DHR/FIA 604 ó 604-A), constancia de guardería incluyendo los formularios de salud pre-escolar y Formulario 1131. Las constancias escolares pueden incluir las constancias de calificaciones/notas pero deben ser verificados con la escuela que las emite. • <u>Tres o más documentos que corroboren la identidad</u> tales como certificados de matrimonio, decretos de divorcio, diplomas de escuela secundaria y Universidad, títulos/escrituras de propiedad y tarjetas de identificación como empleado. Estos pueden usarse en el caso de que no se pueda presentar un documento más confiable, como una licencia de conducir, por ejemplo. (Estos documentos sólo podrán usarse si el individuo no usó declaraciones juradas para verificar la ciudadanía.) <p>Nota: Los documentos recientemente vencidos se pueden usar siempre y cuando no haya razón para creer que los datos no concuerdan con el individuo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Pueden usarse Declaraciones Juradas para lo siguiente</u> <p><u>Para niños de 16:</u> declaración jurada escrita firmada por el padre/madre/tutor - pero sólo si no se usó una declaración jurada para probar la ciudadanía. <u>Individuos discapacitados (Adulto/Niño)</u> en establecimientos de atención a largo plazo o residenciales de rehabilitación; firmadas por el Director o Administrador de la misma.</p> |

Si necesita ayuda para llenar el formulario favor de llamar al 1-800-456-8900

SOLICITUD DE ASISTENCIA MÉDICA (MA)/MCHP PARA FAMILIAS, MUJERES EMBARAZADAS Y NIÑOS

Date Received (Agency use only)

✓ **Por favor, escriba en letra de IMPRENTA con tinta azul o negra.**

| | | | | | | | |
|--|--|---------------------|--------|------------------------|--------|------------------|--|
| Nombre del Jefe de familia (Apellido, Primero, Segundo) | | Teléfono de la casa | | Teléfono del trabajo | | Teléfono Celular | |
| ¿Dónde vive? (Calle y número) | | Apt. # | Ciudad | | Estado | Código Postal | |
| Dirección Postal (si es diferente de la de su casa) | | | | | | | |
| ¿Qué idioma habla? <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____ ¿Tiene alguna factura médica sin pagar en los últimos 3 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es afirmativo, ¿qué mes(es)? _____ ¿Está Ud. o alguien en su casa embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es afirmativo, ¿quién? _____ Fecha de parto _____ ¿Está Ud. o alguien en su casa discapacitado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es afirmativo, ¿quién? _____ ¿Discapacidad? _____ | | | | | | | |
| ¿Ha alguna vez recibido asistencia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | ¿Con qué nombre? _____ | | | |

SECCIÓN A. MIEMBROS EN LA CASA

Llene los casilleros con todas las personas en su casa. Escriba **SÍ** para cada persona para la cual esté solicitando beneficios. Escriba **NO** para cada persona para la cual no esté solicitando beneficios.

Por favor complete para cada persona que solicita Asistencia Médica/MCHP ↓

| SOLICITANDO ASISTENCIA MÉDICA/ MCHP Y = Sí N = No | NOMBRE (Apellido, Primero, Segundo) | RELACIÓN CON UD.: | FECHA DE NACIMIENTO MM/DD/AA | SEXO M = Masc. F = Fem. | ESTADO CIVIL M = Casado S = Soltero D = Divorciado P = Separado W = Viudo | *RAZA (Indique para cada persona) A = Asiático B = Negro/Afro-estadounidense C = Blanco N = Indígena de los EE.UU o de Alaska P = Indígena de Hawai o de las Islas del Pacífico (Puede seleccionar más de un código) | *ETNIA H/L = Hispano/Latino N/L = No-Hispano/No-Latino | CIUDADANO DE LOS EE.UU. Y = Sí N = No (Si la respuesta es No, complete la sección B) | NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (SSN) |
|---|-------------------------------------|-------------------|------------------------------|-------------------------------|--|--|--|---|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N | | YO MISMO | | | | | <input type="checkbox"/> H/L <input type="checkbox"/> N/L | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N | |
| <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N | | | | | | | <input type="checkbox"/> H/L <input type="checkbox"/> N/L | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N | |
| <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N | | | | | | | <input type="checkbox"/> H/L <input type="checkbox"/> N/L | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N | |
| <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N | | | | | | | <input type="checkbox"/> H/L <input type="checkbox"/> N/L | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N | |

*Ud. no tiene que dar información acerca de su raza/etnia. No usaremos esta información para decidir si es elegible. El que no nos diga su raza, no afectará su solicitud. El director del caso, entrará los códigos solo para efectos estadísticos. El Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 nos permite pedir este tipo de información.

—VAYA A LA PRÓXIMA PÁGINA—

Puede adjuntar más páginas si necesita más espacio.

SECCIÓN B. ESTADO INMIGRATORIO (Sólo para No Ciudadanos)

Conteste estas preguntas para cada persona que no sea ciudadano que desee Asistencia Médica/MCHP. **SI ESTÁ SOLICITANDO ASISTENCIA MÉDICA/MCHP DE EMERGENCIA, NO TIENE QUE LLENAR LA SECCIÓN B.**

| | | | |
|--|--------------------------------|-----------------|--|
| Nombre (Apellido, Primero, Segundo) | Fecha de entrada a los EE.UU.: | País de origen: | ¿Sin documentos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Número del Servicio de Inmigración y Naturalización de los EE.UU. (en inglés USCIS): | | | |
| Nombre (Apellido, Primero, Segundo) | Fecha de entrada a los EE.UU.: | País de origen: | ¿Sin documentos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Número del Servicio de Inmigración y Naturalización de los EE.UU. (en inglés USCIS): | | | |
| Nombre (Apellido, Primero, Segundo) | Fecha de entrada a los EE.UU.: | País de origen: | ¿Sin documentos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Número del Servicio de Inmigración y Naturalización de los EE.UU. (en inglés USCIS): | | | |

SECCIÓN C. REGISTRO PARA VOTAR

¿Hay alguna persona en su casa que no esté registrado para votar? ¿Les gustaría recibir los formularios para registrarse para votar?
 Sí ¿Cuántos? _____ No Ya registrados

SECCIÓN D. INGRESO QUE SE RECIBE

¿Hay alguien en su casa que reciba ingreso/salario de un empleo? Sí No Si es afirmativo, indique todos los ingresos brutos **antes de deducir impuestos** (de empleos de tiempo completo, parte del tiempo, independiente, por cuidar niños, trabajos raros, jornal, pago de servicios de pensión, etc.)

| NOMBRE (Apellido, Primero, Segundo) | EMPLEADOR (INCLUIR DIRECCIÓN Y NÚMERO DE TELÉFONO) | PAGO (POR HORA) | NÚMERO DE HORAS TRABAJA DAS | MONTO BRUTO POR DÍA | FRECUENCIA DEL PAGO WE = Semanal BW = cada 2 semanas MO = Mensual | FECHA DE INICIO DEL TRABAJO (MM/DD/AA) | FECHA DEL FIN DEL TRABAJO (MM/DD/AA) | ESTUDIANTE (Tiempo completo o Parte del tiempo) |
|--|--|-----------------------|---|---------------------------|--|---|---|---|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

SECCIÓN E. CUIDADO DE UNA PERSONA A CARGO

Si alguien en su casa paga a otra persona por cuidar a un niño o adulto discapacitado en la casa, llene esta sección:

| | | | |
|--|---------------------|--|---------------------|
| Nombre del cuidador | Teléfono | Nombre del cuidador | Teléfono |
| Miembro que recibe el cuidado | | Miembro que recibe el cuidado | |
| ¿Quién paga? | Costo por mes \$ | ¿Quién paga? | Costo por mes \$ |
| ¿Tiene Vales para Servicios de Cuidado/Cupones del Departamento de Servicios Sociales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | ¿Tiene Vales para Servicios de Cuidado/Cupones del Departamento de Servicios Sociales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |

SECCIÓN F. GASTOS DE PENSIÓN ALIMENTICIA PARA HIJOS

¿Alguno de los miembros de su casa paga pensión alimenticia a una PERSONA QUE NO VIVE en la casa? Sí No (Incluir pagos actuales, pagos atrasados, seguro de salud)

| NOMBRE DE LA PERSONA QUE PAGA | NOMBRE DE LA PERSONA FUERA DE SU CASA QUE RECIBE EL PAGO | MONTO MENSUAL |
|-------------------------------|--|---------------|
| | | |
| | | |
| | | |

—VAYA A LA PRÓXIMA PÁGINA—
 Puede adjuntar más páginas si necesita más espacio.

Deberes y Derechos de los Clientes
Programa de Asistencia Médica de Maryland (en inglés MA)
Programa de Salud para Niños de Maryland (en inglés MCHP)
Por favor lea atentamente antes de firmar la solicitud.

Beneficios de Atención de la Salud Sé que tengo derecho a solicitar y, si reúno los requisitos/soy elegible, a recibir beneficios de MA/MCHP en base a las normas y pautas establecidas en la Ley de Maryland. Si soy una mujer embarazada que estoy solicitando, entiendo que el aborto no es un servicio que esté cubierto. Sólo use su tarjeta de MA/MCHP si es elegible.

Confidencialidad Entiendo que la información que he proporcionado es confidencial. Acepto que la información médica de mis hijos o mía pueda ser divulgada cuando las leyes así lo permitan.

Información Personal y Financiera Autorizo a que se entregue la información personal y financiera contenida en este formulario a las agencias que determinan la elegibilidad. Doy permiso a los funcionarios del Programa de MA/MCHP de Maryland para verificar la información en este formulario. Entiendo que se me podría solicitar información adicional.

Número de Seguro Social (en inglés SSN) y Estado de Inmigración Entiendo que se requiere proporcionar el Número de SS de un solicitante de MA/MCHP y que proporcionar el Número de SS de otros miembros de la familia, que no sean solicitantes, es voluntario. No se me penalizará si no se proporcionan los Números de SS de los miembros de la familia que no estén solicitando beneficios de MA/MCHP. No se divulgarán los Números de SS, ni el estado migratorio a las autoridades federales de inmigración. Sólo se usarán para verificar la información acerca del ingreso y de la cobertura de seguro y para ayudar a mantener los expedientes de elegibilidad. Si no tengo un Número de SS y deseo solicitarlo, entiendo que el Director de mi caso me ayudará. **No se requiere proporcionar el Número de SS a los solicitantes de MA/MCHP de Emergencia. Aunque los solicitantes no tengan un estatus migratorio apropiado, podrían ser elegibles para recibir Asistencia Médica de Emergencia, incluidos parto y alumbramiento, si reúnen todos los otros requisitos de elegibilidad.**

Prueba de Ciudadanía e Identidad Entiendo que todos los solicitantes que de claren ser ciudadanos de los EE.UU. por nacimiento o naturalización deben presentar la documentación que demuestre la ciudadanía y la identidad. Ve a la lista de pruebas de ciudadanía/identidad ubicada en la parte posterior de la primera página. A los solicitantes que todavía no sean ciudadanos de los EE.UU. se les pedirá que sometan prueba de identidad y estado migratorio..

Derechos Civiles Sé que esta solicitud será considerada sin tener en cuenta la raza, el color, el sexo, la edad, la capacidad física y mental, la religión, la nacionalidad de origen o la posición política. Sé que podré solicitar una audiencia si creo que el Estado de Maryland ha cometido un error al procesar mi solicitud, o si creo que se me ha discriminado. Tengo derecho a apelar cualquier acción tomada por el Departamento. Si solicito una audiencia, el director de mi caso puede ayudarme a escribir el pedido de la misma. En la audiencia, puedo representarme a mí mismo o puedo tener a alguien que me represente. Tengo derecho a una notificación escrita de todas las decisiones que se refieran a mi elegibilidad.

Traspaso de los Derechos de Ayuda para MA/MCHP Cuando soy elegible para MA/MCHP, yo cedo todos los derechos, títulos e intereses en apoyo médico y pagos de seguro de salud que podría tener para mí o para cualquier persona que esté recibiendo MA/MCHP. Esto incluye apoyo médico atrasado o pagos de seguro de salud que no han sido cobrados. Acepto que la agencia que se encarga del cumplimiento de la pensión de manutención para el niño, cobre los pagos de ayuda médica que se deban a nombre de cualquier menor, y reciba los pagos de MA/MCHP que se realizaron. Acepto dar los pagos de ayuda médica del Estado de Maryland o del seguro de salud que reciba. Cooperaré a mi mejor saber y entender con la agencia que procura la pensión de manutención del menor, mientras esté recibiendo MA/MCHP. A menos que esté exento/a o que el Estado encuentre que tenga una razón justificada, podré perder todos mis beneficios y mi caso podrá cerrarse si no coopero con la agencia que procura la pensión de manutención del menor. No obstante, no se cerrará ningún caso relacionado con un menor.

Pagos a terceras partes interesadas y Cooperación con la Calidad de Control Entiendo que según la ley debo ceder al Estado todos los derechos de ayuda médica y pagos a otras partes interesadas (hospital y beneficios médicos) y cooperar con el proceso de revisión de control de calidad incluyendo la verificación de toda la información pertinente a la determinación de la elegibilidad.

Notificación de Cambios Tengo la responsabilidad de notificar todos los cambios que pudieran afectar la elegibilidad dentro de los diez (10) días posteriores al cambio. Ejemplos de los cambios que debo notificar son: cambios en el número de personas en el hogar, dirección, ingreso, empleo y embarazo. Puedo notificar cambios personalmente, por teléfono o por correo al director de mi caso, en la oficina del departamento de salud del área o en la oficina del departamento de servicios sociales del área.

Fraude Toda persona condenada por "Fraude en Asistencia Médica" por un valor de \$500 o más en dinero, servicios o artículos, es culpable de un delito, y deberá restituir el dinero, servicios o artículos; o el valor de esos servicios o artículos recibidos ilegalmente. Estará sujeta a una multa de no más de \$10,000, un período de cárcel no mayor de cinco años, o ambos. Toda persona condenada por "Fraude en Asistencia Médica" por un valor de menos de \$500 en dinero, servicios o artículos, es culpable de una falta, y deberá restituir el dinero, servicios o artículos; o el valor de esos servicios o artículos recibidos ilegalmente. Estará sujeta a una multa de no más de \$1,000, un período de cárcel no mayor de tres años, o ambos.

OFICINAS DEL DEPARTAMENTO DE SALUD EN LAS DIFERENTES ÁREAS

| | | | |
|---|--|---|--|
| <p>Allegany Programa de Salud para Niños de Maryland 12501 Willowbrook Rd. P.O. Box 1745 S.E. Cumberland, MD 21502 (301) 759-5076 (301) 777-2097 FAX</p> <p>Anne Arundel Departamento de Salud del Co. Programa de Salud para Niños de Maryland 1 Harry S. Truman Pkwy. Suite 200 Annapolis, MD 21401 (410) 222-4792 (410) 222-4391 FAX</p> <p>Condado de Baltimore Departamento de Salud del Condado de Baltimore Programa MCHP 8501 LaSalle Rd. Suite 103 Towson, MD 21286 (410) 887-2957 (410) 887-8095 FAX</p> <p>Calvert Programa de Salud de Niños de Maryland P.O. Box 980 Prince Frederick, MD 20678 (410) 535-5400 (301) 855-1353 (410) 535-1955 FAX</p> <p>Caroline Departamento de Salud del Condado de Caroline P.O. Box 10 (Sólo por correo) 403 S. 7th Street Denton, MD 21629 (410) 479-8004 (410) 479-0244 FAX</p> <p>Departamento de Salud del Condado de Carroll 290 S. Center Street P.O. Box 845 Westminster, MD 21158 (410) 876-4916 (410) 876-4905 FAX</p> | <p>Cecil Programa de Salud para Niños de Maryland 401 Bow Street Elkton, MD 21921-5511 (410) 996-5126 (410) 996-5124 FAX</p> <p>Condado de Charles Servicios de Enfermería y Salud Comunitaria P.O. Box 1050 White Plains, MD 20695-1050 (301) 609-6869/70/71/37 (301) 609-6899 FAX</p> <p>Dorchester Departamento de Salud del Condado de Dorchester 503-B Muir Street Cambridge, MD 21613 (410) 228-3294 (410) 228-8976 FAX</p> <p>Frederick Departamento de Salud del Condado de Frederick 350 Montevue Lane Frederick, MD 21702 (301) 600-1324 TEL (301) 600-3111 FAX</p> <p>Garrett 1025 Memorial Drive Oakland, MD 21550 (301) 334-7720 (301) 334-7771 FAX</p> <p>Harford Programa de Salud para Niños de Maryland 119 S. Hays St. P.O. Box 797 Bel Air, MD 21014 (443) 643-0343 (443) 643-0344 FAX</p> <p>Departamento de Salud del Condado de Howard 7180 Columbia Gateway Drive Columbia, MD 21046 (410) 313-7500 (410) 313-5838 FAX</p> | <p>Departamento de Salud del Condado de Kent Programa de Salud para Menores de Maryland 125 S. Lynchburg Street Chestertown, MD 21620 (410) 778-7023 (410) 778-7019 FAX</p> <p>Montgomery Unidad de Elegibilidad de Servicios 1335 Piccard Drive, Upper Level Rockville, MD 20850 (240) 777-3120 (240) 777-1013 FAX</p> <p>8630 Fenton Street, 10th floor Silver Spring, MD 20910 (240) 777-3066 (240) 777-1307 FAX</p> <p>12900 Middlebrook Road Germantown, MD 20874 (240) 777-3591 (240) 777-3563 FAX</p> <p>Prince George's Programa de Salud para Niños de Maryland 425 Brightseat Road, Suite 101 Landover, MD 20785 (888) 561-4049 (301) 324-2809 FAX</p> <p>Queen Anne's 206 N. Commerce Street Centreville, MD 21617 (410) 758-0720 (443) 262-9357 FAX</p> <p>St. Mary's Elegibilidad para MCHP P.O. Box 316 21580 Peabody Street Leonardtown, MD 20650-0316 (301) 475-4275 (301) 475-4350 FAX</p> | <p>Somerset Departamento de Salud del Condado de Somerset 7920 Crisfield Highway Westover, MD 21871 (443) 523-1700 (410) 651-2572 FAX</p> <p>Departamento de Salud del Condado de Talbot 100 S. Hanson St. Easton, MD 21601 (410) 819-5670 (410) 819-5691 FAX</p> <p>Washington Programa de Salud para Niños de Maryland (240) 313-3330 1302 Pennsylvania Avenue Hagerstown, MD 21742 (240) 313-3334 FAX</p> <p>Wicomico Programa de Salud para Niños de Maryland (Sólo por correo) 108 E. Main Street (In Person) 300 West Carroll St. Salisbury, MD 21801 (410) 543-6944 (410) 543-6568 FAX</p> <p>Worcester Centro de Salud de Berlin 9730 Healthway Drive Berlin, MD 21811 (410) 629-0164 (410) 957-2005 (410) 629-0185 FAX</p> <p>Ciudad de Baltimore Acceso a Atención de la Salud de Baltimore MCHP One Calvert Plaza 201 E. Baltimore Street 9th Floor Baltimore, Md. 21202 (410) 649-0512 (410) 649-0533 FAX</p> |
|---|--|---|--|

DEPARTAMENTOS DE SERVICIOS SOCIALES EN LAS DIFERENTES ÁREAS

| | | |
|---|--|---|
| <p>BALTIMORE CITY DSS Talmadge Branch Building (En persona) 1910 N. Broadway Baltimore, MD 21213 P.O. Box 17466 (Sólo por correo) Baltimore, MD 21203-7466 443-423-6300 443-423-6501 FAX</p> <p>ALLEGANY COUNTY DSS 1 Frederick Street Cumberland, MD 21502 301-784-7000 301-784-7222 FAX</p> <p>ANNE ARUNDEL COUNTY DSS 80 West St 2nd Floor Deck Annapolis, MD 21401 410-269-4500 410-974-8566 FAX Glen Burnie: 410-421-8550</p> <p>BALTIMORE COUNTY DSS 6401 York Road Towson, MD 21212 410-853-3000 410-853-3955 FAX Catonsville: 410-853-3450 Dundalk: 410-853-3400 Essex: 410-853-3800 Reisterstown: 410-853-3010</p> <p>CALVERT COUNTY DSS 200 Duke Street Prince Frederick, MD 20678-0100 443-550-6900 410-286-7429 FAX</p> <p>CAROLINE COUNTY DSS 300 Market Street Denton, MD 21629 410-819-4500 410-819-4501 FAX</p> <p>CARROLL COUNTY DSS 10 Distillery Drive Westminster, MD 21157 410-386-3300 410-386-3429 FAX</p> <p>CECIL COUNTY DSS Elton District Court/ Multi-Service Building 170 E. Main Street Elkton, MD 21921 410-996-0100 410-996-0464 FAX Calls from Rising Sun: 410-658-2145</p> | <p>CHARLES COUNTY DSS 200 Kent Avenue LaPlata, MD 20646 301-392-6400 301-870-3958 FAX</p> <p>DORCHESTER COUNTY DSS P.O. Box 217 (Mail Only) 627 Race Street (Walk In) Cambridge, MD 21613 410-901-4100 410-901-1047 FAX</p> <p>FREDERICK COUNTY DSS P.O. Box 237 (Mail Only) Frederick, MD 21705 100 E. All Saints Street (Walk In) Frederick, MD 21701 301-600-4555 301-600-4550 FAX</p> <p>GARRETT COUNTY DSS 12578 Garrett Highway Oakland, MD 21550-0556 301-533-3000 301-334-5449 FAX</p> <p>HARFORD COUNTY DSS 2 South Bond St Bel Air, MD 21014 410-836-4700 410-836-4945 FAX 410-879-4500</p> <p>HOWARD COUNTY DSS 7121 Columbia Gateway Dr. Columbia MD, 21046 410-872-8700 410-872-4231</p> <p>KENT COUNTY DSS 350 High Street P.O. Box 670 Chestertown, MD 21620 410-810-7600 410-778-1497 FAX</p> <p>MONTGOMERY COUNTY DHHS 1301 Piccard Drive, 2nd Floor Rockville, Md 20850 240-777-4600 240-777-4100 FAX Germantown: 240-777-3420 240-777-3477 FAX Silver Spring: 240-777-3100 240-777-3070 FAX</p> | <p>PRINCE GEORGE'S COUNTY DSS 425 Brightseat Road Landover, MD 20785 301-909-6000 301-909-6067 FAX Hyattsville: 301-209-5000 301-209-5276 FAX South County: 301-316-7700 301-316-7701 FAX</p> <p>QUEEN ANNE'S COUNTY DSS 125 Comet Drive Centreville, MD 21617 410-758-8000 410-758-8110 FAX</p> <p>ST MARY'S COUNTY DSS Joseph D. Carter Building 23110 Leonard Hall Drive P.O. Box 509 (Mail Only) Leonardtwn, MD 20650 240-895-7000 240-895-7099 FAX</p> <p>SOMERSET COUNTY DSS P.O. Box 369 (Sólo por correo) 30397 Mt. Vernon Road Princess Anne, MD 21853 410-677-4200 410-677-4300 FAX</p> <p>TALBOT COUNTY DSS 301 Bay Street P.O. Box 1479 (Sólo por correo) Easton, MD 21601 410-770-4848 410-820-7117 FAX</p> <p>WASHINGTON COUNTY. DSS 122 N. Potomac Street P.O. Box 1419 (Sólo por correo) Hagerstown, MD 21740 240-420-2100 240-420-2299 FAX</p> <p>WICOMICO COUNTY DSS 201 Baptist Street, Suite 27 Salisbury, MD 21801 410-713-3900 410-713-3910 FAX</p> <p>WORCESTER COUNTY DSS 299 Commerce Street P.O. Box 39 (Sólo por correo) Snow Hill, MD 21863 410-677-6800 410-677-6810 FAX</p> |
|---|--|---|

Esta pagina ha sido dejada en blanco intencionalmente.

SECCIÓN G. OTROS INGRESOS QUE SE RECIBEN

Enumere otros ingresos recibidos como pensión alimenticia, pensión para hijos, Seguro Social, dinero de la renta de propiedades y beneficios (jubilación, seguro de desempleo, veteranos, compensación de los trabajadores). Incluir los beneficios que se reciben de otros estados.

| PERSONA QUE RECIBE EL INGRESO | TIPO (para beneficios, Incluya el N° de reclamo) | MONTO BRUTO RECIBIDO | ¿CUÁNTAS VECES AL AÑO? |
|-------------------------------|--|----------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

NOTA: Si Ud. no indicó ningún ingreso en las secciones D y G, por favor describa cómo obtiene alimentos y vivienda

SECCIÓN H. SEGURO DE SALUD

¿Alguno de los que está solicitando tiene Seguro de Salud? Sí No Si es afirmativo: es (marque uno) Privado Del Empleador

Si es afirmativo, responda lo siguiente: PÓLIZA DE SEGURO DE SALUD NÚMERO 1

| | | | |
|--------------------------------------|---------------|--------------------------------------|--|
| NOMBRE DE TITULAR DE LA PÓLIZA | | NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS: | |
| N° DE LA PÓLIZA | N° DEL GRUPO: | FECHA DE VIGENCIA (MM/DD/AA): | |
| MIEMBRO(S) CUBIERTO(S) POR LA PÓLIZA | | RELACIÓN CON EL TITULAR DE LA PÓLIZA | |
| | | | |
| | | | |

Si es afirmativo, responda lo siguiente: PÓLIZA DE SEGURO DE SALUD NÚMERO 2

| | | | |
|--------------------------------------|---------------|--------------------------------------|--|
| NOMBRE DE TITULAR DE LA PÓLIZA: | | NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS: | |
| N° DE LA PÓLIZA: | N° DEL GRUPO: | FECHA DE VIGENCIA (MM/DD/AA): | |
| MIEMBRO(S) CUBIERTO(S) POR LA PÓLIZA | | RELACIÓN CON EL TITULAR DE LA PÓLIZA | |
| | | | |
| | | | |

¿Ha dejado una cobertura de seguro de salud de su empleo para el solicitante, durante los 12 meses antes de la presentación de esta solicitud? Sí No

Si es afirmativo, díganos cuándo dejó la cobertura: 0 – 3 meses 4 – 6 meses 7 – 9 meses 10 – 12 meses

Si es afirmativo, díganos por qué terminó la cobertura: Cambio de Empleador Despedido del Empleo Empleador terminó la cobertura

Mudó fuera del área de servicio de los Planes de Salud del Empleador Renunció al trabajo el Costo No lo necesitaba más

Dejó los Beneficios Limitados (Visión, Dental, No Hospital) Cobertura de COBRA terminó Otro: _____

Si un niño no es elegible para atención médica gratuita, estaría Ud. (padre/madre/tutor del solicitante) dispuesto a pagar una cuota todos los meses para darle cobertura médica al niño a través de "MCHP Premium"? Sí No

—VAYA A LA PRÓXIMA PÁGINA—

Puede adjuntar más páginas si necesita más espacio.

**POR FAVOR LEA LOS DEBERES Y DERECHOS DE LOS CLIENTES SEGÚN EL PROGRAMA DE ASISTENCIA MÉDICA /MCHP,
(EN LA PRÓXIMA PÁGINA), ANTES DE FIRMAR A CONTINUACIÓN.**

SECCIÓN DE FIRMA

Certifico que la información brindada anteriormente es verdadera a mi mejor saber y entender, y doy autorización al Estado de Maryland para hacer los trámites necesarios para verificar la información que proporcioné. He leído y acepto los derechos y deberes en este paquete de solicitud. Sé que puedo ser penalizado si, intencionalmente, he dado información falsa, y declaro bajo penalidad de dar falso testimonio, que los hechos que he indicado en esta solicitud son verdaderos, correctos y completos a mi mejor saber, creer y entender.

| | | |
|---|-------------------------------|-------|
| Firma del Solicitante/el que a recibir los beneficios | En letra de imprenta (Nombre) | Fecha |
|---|-------------------------------|-------|

| | | |
|------------------------------------|-------------------------------|-------|
| Firma del testigo (Si firmó una X) | En letra de imprenta (Nombre) | Fecha |
|------------------------------------|-------------------------------|-------|

| | | |
|------------------------------------|-------------------------------|-------|
| Firma de esposo/a (Si corresponde) | En letra de imprenta (Nombre) | Fecha |
|------------------------------------|-------------------------------|-------|

| | | |
|--|-------------------------------|-------|
| Firma de Representante Autorizado (Si corresponde) | En letra de imprenta (Nombre) | Fecha |
|--|-------------------------------|-------|

| | |
|-----------------------------|---|
| Relación con el solicitante | Nº de Teléfono del Representante Autorizado |
|-----------------------------|---|

Esta pagina ha sido dejada en blanco intencionalmente.

**CIERRE AQUÍ CON CINTA ENGOMADA
NO USE GRAPAS**

Coloque
aquí
una
estampilla

De: _____

Para: _____

Departamento Local de Salud Calle y número

Ciudad Estado Código Postal