

Si ya tiene Medicaid, no es necesario llenar esta solicitud.

NUEVA SOLICITUD

RENOVACIÓN

Departamento de Salud e Higiene Mental de Maryland
Programa de Salud Para los Niños de Maryland(MCHP)

For Office Use Only

DATE STAMP

Instrucciones:

- ✓ **Llene el formulario de forma completa y verídica.**
- ✓ **Imprima todas las respuestas claramente.**
- ✓ **Llene todas las casillas. Si no tiene respuesta, escriba "Ninguna".**

1. Informenos acerca de su nombre y direccion.

Apellido(Padre/Madre o Guardian)	Primer Nombre	Inicial Segundo Nombre	Número de teléfono durante el día	Lengua Nativa	¿Casado(a)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Dirección(Incluya # de apto.)		Ciudad	Estado	Código Postal	¿Alguna vez ha usado otro nombre? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Otra dirección(Si es distinta a la anterior para enviar correo)		Ciudad	Estado	Código Postal	Si la respuesta es Si, liste los nombres:

2. Liste los miembros de su familia que viven con Ud. Marque la casilla de cada persona a quien está inscribiendo en el Programa MCHP. **NOTA:** Los números de Seguro Social no serán compartidos con el Servicio de Inmigración y Naturalización(INS).

Para Uso de la Oficina Solamente	¿Está inscribiendo a esta persona?	Apellido	Primer Nombre	Parentesco con Ud.	Fecha de Nacimiento (MMDDAA)	Sexo	Raza Blanco Africano-Amer Indio-Amer/Nativo de Alaska Asiatico Hispano Otro	Número de Seguro Social <i>(Requerido para los inscritos, opcional para los otros miembros)</i>
	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			Ud. Mismo		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Hijastro/a <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Otro		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Hijastro/a <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Otro		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Hijastro/a <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Otro		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Hijastro/a <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Otro		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Hijastro/a <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Otro		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		

3. ¿Hay alguna de las personas a quien está inscribiendo en el Programa MCHP que está embarazada? Si No

Nombre de la Persona que esta embarazada	Fecha de parto	¿uno?	¿ gemelos ?	¿triples?

4. Infórmenos si en los últimos tres(3) meses, el inscrito (mujer embarazada o niño) tiene alguna cuenta médica por pagar. Ejemplos de estas cuentas serían: visitas al médico, hospitalización, exámenes de laboratorio, medicinas, equipo médico, etc.

4A. ¿ Está interesado en que el Programa MCHP le ayude a pagar estas cuentas? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	4B. ¿ Cuándo y quién recibió tratamiento médico?	
	Nombre	Mes/Año

5. Si tiene otros gastos médicos. Complete la siguiente información si alguno de los inscritos, tiene gastos médicos como resultado de un accidente, accidente de trabajo o malpráctica, o espera recibir una liquidación por accidente, fondos de inversiones, herencia u otro dinero o propiedad.

Nombre de la persona lesionada _____	Fecha del accidente/lesión _____
Nombre y dirección de otras personas o compañías que pueden ser responsables _____	
Propiedad o dinero que espera recibir _____	Nombre, dirección y teléfono del abogado que lo representa _____

6. Estaría Ud. interesado en un plan de seguro ofrecido por el Programa de Salud para los Niños de Maryland llamado MCHP Premium.

6A. ¿Si el inscrito no es elegible para el plan de seguro gratis, Ud.(el padre o guardian), estaría dispuesto a contribuir al costo de un plan de seguro que provee cuidado médico? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
6B. ¿El empleador del padre o guardian del inscrito ofrece un plan de seguro médico? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

7. ¿Alguna de las persona que se está inscribiendo en el Programa MCHP tiene seguro médico? Si No

Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa, conteste lo siguiente:		
Nombre de la persona inscrita en esta póliza _____	¿ Quiénes están cubiertos en esta póliza? _____	
Nombre	Nombre(s)	
Nombre de la Compañía de Seguros _____	Número de la póliza _____	
# de Grupo _____	Fecha de iniciación _____	Fecha de expiración _____
En los últimos doce meses mientras aplicaba para MCHP, ¿ha cancelado el seguro médico que ofrecía su patrono para la persona que está inscribiendo,? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es afirmativa, díganos cuando y porqué razón lo canceló: <input type="checkbox"/> 0-3 meses <input type="checkbox"/> 4-6 meses <input type="checkbox"/> 7-9 meses <input type="checkbox"/> 10-12 meses		
<input type="checkbox"/> Cambio de Trabajo	<input type="checkbox"/> Despedido del trabajo	<input type="checkbox"/> Patrono ya no ofrece seguro
<input type="checkbox"/> Costo	<input type="checkbox"/> Se mudó fuera del area de servicio del Plan de Salud	<input type="checkbox"/> CANCELÓ los beneficios limitados(vision, dental, no hospitalización)
<input type="checkbox"/> COBRA terminó	<input type="checkbox"/> Ya no lo necesitaba	<input type="checkbox"/> Dejó el trabajo
<input type="checkbox"/> Otra		

8. Información sobre ingresos.

A. Declare cualquier sueldo, propina, comisión, ingreso de empleo o negocio propio. Para aplicantes menores de edad, contamos el sueldo de los padres, si viven juntos. Contamos los ingresos de sus hijos que trabajan, si Ud. nos pide que sean incluidos como miembros del grupo familiar. Para las mujeres embarazadas de cualquier edad, contamos su ingreso y del esposo, si están casados y viven juntos. No contamos los ingresos de otros adultos que viven con Ud. (abuelos, tíos/as).

Nombre del trabajador	Nombre del Empleador	Dirección del Empleador	Número de teléfono	Pago antes de deducciones	Frecuencia semanal quincenal mensual bimensual trimestral anual	Fecha cuando termino el trabajo	Estado del estudiante (Estudiante a tiempo completo o parcial)

B. Declare cualquier dinero recibido por divorcio, pensión alimenticia, seguro social, retiro, renta de propiedad y beneficios de huelga, desempleo, veteranos, compensación de trabajo que Ud y su esposo(a) puedan recibir(éstos pueden incluir beneficios recibidos fuera del estado).

Persona beneficiada	Razón (Si es por beneficios, # de reclamación)	Cantidad recibida	Frecuencia

9. Información de deducciones de sus ingresos como gastos de cuidado de niños, manutención de niños o pensión alimenticia. Usando las siguientes razones determinamos la elegibilidad y deducimos la cantidad que será pagada.

A. Gastos del cuidado de niños

Nombre de la niñera o guardería infantil	Teléfono	Nombre del niño	Costo	¿Quién paga por el niño?
			\$ Por	
			\$ Por	

¿Tiene subsidio de gastos de guardería(Purchase of Care) que ofrece el Departamento de Servicios Sociales? Si No

B. Manutención de niños/pensión alimenticia. Enumere cualquier persona en su hogar que pague manutención de niños o pensión alimenticia a alguien fuera del hogar.

Nombre de la persona que paga manutención de niños o pensión alimenticia	Nombre del niño o persona que recibe manutención de niños o pensión alimenticia	Cantidad pagada	Frecuencia

10. Otra Información

Al Programa de Salud Para Niños de Maryland le gustaria saber como se enteró de este programa:
 Un amigo Familia Escuela Organizacion Comunitaria
 Doctor/Proveedor de Salud Anuncio Público Otro

Las personas mayores de 18 años que viven en su casa ¿Están inscritas para votar?
 Si No
 Y si no están inscritas, ¿Les gustaría recibir una solicitud de inscripción? Si No

Estos son sus derechos y responsabilidades con el Programa de Salud de los Niños de Maryland
Por favor lea cuidadosamente esta información antes de firmar.

Beneficios Medicos Yo entiendo que tengo derecho a solicitar, y si califico, a obtener beneficios del Programa de Salud de los Niños de Maryland, de acuerdo a las normas establecidas bajo la ley de Maryland.

Privacidad Yo entiendo que la información que he suministrado es confidencial. En caso de que sea necesario, yo acepto que la información acerca de mi salud o de la de mis niños sea suministrada al programa.

Número del Seguro Social (SSN) Yo entiendo que es necesario suministrar el número del seguro social de cada solicitante, pero el suministrar el número del seguro social de los demás miembros de la familia es voluntario, yo no seré penalizado si estos no son suministrados. El número del seguro social no será suministrado a los Servicios de Inmigración y Naturalización, solamente será usado como ayuda para verificar la información en cuanto a ingreso y cobertura medica, y así asistir a mantener archivos actualizados. Yo entiendo que si no tengo un numero de seguro social, y quiero aplicar por uno, siempre y cuando califique mi manejador de casos me asistira.

Información personal y financiera Yo me comprometo a suministrar mi información personal y financiera en esta solicitud para que la agencia pueda determinar mi elegibilidad en el programa. Yo doy permiso a los empleados del Programa de Salud de los Niños de Maryland para verificar toda la información necesaria para determinar mi elegibilidad en el programa. Entiendo que podrian necesitar informacion adicional.

Pagos a Terceros y Cooperación para la Supervisión de Control de Calidad Yo entiendo que por ley debo dar al Estado de Maryland todos los derechos para ayudarme con los servicios médicos y pagos a terceros (hospitales y beneficios médicos) y que cooperaré con el proceso de revisión de control de calidad de la asistencia médica del Estado que incluye la verificación de toda la información usada para la determinación de mi elegibilidad en el programa.

Información de cambios Yo tengo la obligación de suministrar cualquier cambio que pueda afectar mí participación en el programa dentro de diez días después de presentarse el cambio. Por ejemplo: debo informar cambios en el número de personas en el grupo familiar, dirección, ingresos, empleo y embarazo. Estos cambios pueden ser suministrados personalmente, por teléfono o por correo a la oficina local del Programa de Salud de los Niños de Maryland.

Derechos Yo sé que esta solicitud será considerada sin tomar en cuenta raza, color, sexo, edad, incapacidad física o mental, religión, nacionalidad o inclinación política. Yo sé que puedo solicitar una audiencia si yo considero que el Estado de Maryland a cometido un error en el proceso de mi solicitud o si yo creo que he sido discriminado. Yo tengo derecho a solicitar una revisión a cualquier decisión tomada por la oficina local del Programa de Salud de los Niños de Maryland. Si yo necesito una audiencia, la persona que procesó mi solicitud podrá ayudarme a pedirla por escrito. En la audiencia yo puedo hablar en mi nombre o elegir otra persona para que me represente. Yo tengo derecho a recibir por escrito cualquier decisión tomada en referencia a la aprobación de mi solicitud.

Por favor firme esta declaración

Yo hago constar que la información que he suministrado es cierta y doy permiso para que el Estado de Maryland haga cualquier contacto necesario para verificar mis declaraciones. Yo he leído la lista de mis derechos y responsabilidades y sé que puedo ser castigado si concientemente he dado alguna información falsa. Hago constar que la mujer embarazada y los niños por los cuales estoy solicitando son ciudadanos Americanos o inmigrantes legales.

Firma _____

Fecha _____