

Información sobre la solicitud para el Programa de seguro médico para niños (CHIP), Medicaid para niños y Cobertura perinatal de CHIP.

CHIP

CHIP ofrece seguro médico para niños desde su nacimiento hasta los 18 años de edad, que sus familias ganan demasiado para recibir beneficios de Medicaid y que no pueden pagar por un seguro médico privado. Para obtener CHIP, sus bienes deben ser de valor limitado. Los bienes pueden incluir dinero en efectivo, acciones, inventarios, y bienes raíces. Además, debe tener ingresos por debajo de los límites establecidos basados en el número de personas en su familia. La cuota de inscripción de CHIP y los copagos por visitas al doctor, medicamentos con receta y otros servicios se calculan de acuerdo a los ingresos de su familia.

Medicaid para niños

Medicaid ofrece servicios de atención médica gratis para niños desde su nacimiento hasta los 18 años de edad y que sus familias tienen bajos ingresos. Para obtener beneficios de Medicaid, sus bienes deben ser de valor limitado y debe tener ingresos por debajo de los límites del programa. Si su hijo puede recibir beneficios de Medicaid, no tendrá que pagar cuota de inscripción ni copagos por visitas al doctor, medicamentos con receta u otros servicios para su niño.

Cobertura perinatal de CHIP

La Cobertura perinatal de CHIP ofrece beneficios de atención médica para los niños por nacer de mujeres embarazadas que no pueden recibir beneficios de Medicaid ni de CHIP por sus ingresos o su estado migratorio. En algunos casos CHIP Perinatal no cubre los costos del parto ni del nacimiento. Estos gastos se pagan mediante Medicaid de Emergencia. Las embarazadas que necesitan Medicaid de Emergencia recibirán el formulario de Medicaid H3038 (Certificación de servicios médicos de emergencia) por correo. Es preciso que entregue este formulario a su doctor para que lo llene después del parto.

Programa de pago de seguro médico privado de Texas (HIPP por sus siglas en inglés)

Este programa podría pagar los costos de seguro médico privado para toda su familia y no solamente para los miembros que reciben beneficios de Medicaid. La familia recibirá los beneficios por medio del seguro médico privado. Para más información o para llenar una solicitud, llámenos gratis al 1-800-440-0493 o escribanos a la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (HHSC), TMHP-HIPP, PO Box 201120; Austin, Texas 78720-1120.

Cómo solicitar beneficios

Para solicitar beneficios de CHIP, Medicaid para niños o de la Cobertura perinatal de CHIP, puede:

- Solicitar por Internet en www.chipmedicaid.org
- Llamar gratis al 1-800-647-6558.
- Llenar la solicitud incluida y enviarla por correo con los documentos necesarios a:

HHSC
P. O. Box 14200
Midland, TX 79711-4200

- Llenar la solicitud incluida y enviarla por fax (llamada gratis) con los documentos necesarios al 1-877-542-5951.

Si quiere solicitar para estos programas u otros beneficios, como beneficios de comida del Programa SNAP, ayuda de dinero en efectivo o Medicaid para adultos, puede:

- Llamar al 2-1-1 para que le den información sobre la oficina de beneficios de la HHSC más cercana.
- Visitar www.yourtexasbenefits.com.

Documentos necesarios

Cuando revisemos su solicitud, necesitamos pruebas de:

Ingresos

Necesitamos pruebas de la cantidad de dinero que gana cada persona en su hogar. Las pruebas deben mostrar los ingresos actuales de cada persona y pueden ser copias de los siguientes:

- Talonario de cheque de pago de los últimos 60 días que muestre la cantidad pagada antes de los impuestos o deducciones (salario bruto).
- Declaración de impuestos del IRS más reciente, incluyendo el Cuadro C (si llenó este formulario).
- Prueba de trabajo por su cuenta.
- Carta de un empleador.
- Recibo de asistencia de dinero en efectivo.
- Estado de cuenta más reciente del Seguro Social.
- Talón de cheque o recibo de manutención de niños.

Gastos

Necesitamos pruebas de cualquier gasto que mencione en su solicitud. Las pruebas pueden ser recibos de gastos por cuidado de niños, gastos por cuidado de un adulto discapacitado, pagos de manutención de niños o de pensión alimenticia.

Ciudadanía de EE.UU. o estado migratorio

Necesitamos pruebas de ciudadanía de EE.UU. o del estado migratorio de cada persona que solicita CHIP, Medicaid para niños o Cobertura perinatal de CHIP. No necesitamos información de ciudadanía o estado migratorio de las personas que no solicitan beneficios. No compartiremos su información con el Servicio de ciudadanía e inmigración de los Estados Unidos (BCIS por sus siglas en inglés), y el BCIS no puede usar esta solicitud o la información de ninguna persona que solicite beneficios de cualquiera de estos programas para negarle la entrada a los Estados Unidos. Tampoco podrá afectar su estado de residencia permanente o deportación. Por cada persona que solicite, envíe una copia de uno de los siguientes:

- Tarjeta de residente permanente (I-551), copia del frente y de atrás.
- Formulario de llegada o salida (I-94) del Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS, por sus siglas en inglés).
- Acta de nacimiento de EE.UU.
- Pasaporte de EE.UU.

Números de seguro social

Necesitamos los números de seguro social de cada persona que solicita beneficios.*

Si usted está embarazada y no tiene número de seguro social o no es ciudadana, es posible que aún así pueda recibir beneficios de la Cobertura perinatal de CHIP. Todas las declaraciones que presente como pruebas deben tener la fecha y estar firmadas con el nombre, dirección y teléfono de la persona que da la declaración. Si envía el original de algún documento y nos parece que lo necesita para sus archivos personales, haremos una copia y se lo devolveremos.

* Se le pedirá que presente los números de seguro social de todas las personas (incluyendo usted) que desean solicitar beneficios. Si alguna de estas personas no tiene número de seguro social, podemos ayudarlo a que lo solicite. Como requisito para los beneficios de Medicaid, es necesario tener número de seguro social o prueba de solicitud para un número de seguro social. Por lo tanto, la persona que no solicite al seguro social o que no de su número de seguro social, no reunirá los requisitos para recibir los beneficios. La autoridad para este requisito está en los Beneficios de asistencia médica, según 42 C.F.R. 435.910. No compartiremos su número de seguro social con el Servicio de ciudadanía e inmigración de los Estados Unidos (BCIS, por sus siglas en inglés). No tendrá que darnos los números de seguro social de ningún miembro de su familia que no reúna los requisitos por su estado migratorio y que no solicite beneficios. Los números de seguro social se usan para verificar el cumplimiento con los requisitos, para hacer comparaciones por computadora con otras agencias (como la Comisión de Fuerza de Trabajo de Texas (*Texas Workforce Commission*), Administración de Seguro Social (*Social Security Administration*), Servicio de Impuestos Internos (*IRS*), agencias de informes de crédito) y otras fuentes de datos y para recuperar beneficios a los que no tenía derecho a recibir. Podríamos compartir los números de seguro social con compañías telefónicas o electrónicas para ayudarles a determinar si reúne los requisitos para descuentos en sus facturas o con otros para ayudarlo a recibir beneficios de acuerdo a sus necesidades.

Instrucciones para llenar esta solicitud

Esta solicitud es para el Programa de seguro médico para niños (CHIP), Medicaid para niños y la Cobertura perinatal de CHIP. Primero revisaremos si cada uno de los solicitantes podría ser aprobado para Medicaid, antes de revisar si podrían ser aprobados para CHIP. Las leyes federales no permiten que la persona que reúne los requisitos para Medicaid se inscriba a CHIP o reciba beneficios de la Cobertura perinatal de CHIP.

Cómo solicitar:

- Llene, firme y ponga la fecha en la solicitud. Asegúrese de escribir los números de seguro social de cada persona que solicita beneficios.
- Incluya todas sus pruebas de ingresos y gastos y los comprobantes de ciudadanía o del estado de residencia permanente legal de cada persona que solicita beneficios.
- Envíe la solicitud completamente llena con los documentos de prueba por correo en el sobre pre-pagado incluido con la solicitud.

¿Quién puede solicitar?

- Cualquier adulto de 18 años de edad o mayor que viva con los niños más de la mitad del tiempo y que es responsable por su cuidado.
- Cualquier niño menor de 19 años de edad que vive por cuenta propia.
- Cualquier mujer embarazada de su familia.
- Los empleados del estado solamente pueden solicitar beneficios del Programa estatal de seguro para niños (SKIP, por sus siglas en inglés). La solicitud está en la sección de "Insurance" del sitio web del Sistema de retiro de los empleados del estado (ERS, por sus siglas en inglés), en www.ers.state.tx.us.

1 Llene la solicitud con tinta negra o azul. Si solicita beneficios para sus hijos no necesitamos su número de seguro social para trabajar en su solicitud. Cada niño que solicita beneficios debe vivir en Texas.

2 Dénos información sobre cualquier mujer embarazada que solicita beneficios de seguro médico para su hijo por nacer.

Línea (a)

Díganos el nombre de cualquier mujer embarazada de su familia, incluyendo niñas, por quienes solicita. Díganos el apellido de soltera de la madre de la mujer embarazada de su familia y otra información necesaria.

Línea (b)

Necesitamos pruebas de ciudadanía de EE.UU. o del estado migratorio de cada persona que solicita beneficios. Los residentes permanentes legales podrían recibir beneficios de estos programas de atención médica.

Si usted no es ciudadano, aún así podría reunir los requisitos para recibir beneficios de la Cobertura perinatal de CHIP.

Línea (c)

Marque la casilla "Sí", si la mujer embarazada de su familia tiene seguro médico privado actualmente y escriba la fecha en que termina la cobertura. Si el seguro médico privado no terminará, escriba "N/A". Marque la casilla "No" si la mujer embarazada de su familia no tiene seguro médico privado.

Línea (d)

Anote el nombre y dirección del padre del niño por nacer.

3 Si **solamente** solicita beneficios de la Cobertura perinatal de CHIP y no hay niños en su hogar **pase** a la siguiente sección. Si no es así, por favor llene una columna para cada niño en su hogar **aunque no solicite beneficios para ese niño**. Solamente puede solicitar para los niños que viven en su hogar. Si más de cuatro niños viven con usted, favor de escribir la

información acerca de los niños adicionales en una hoja de papel por separado y envíela junto con esta solicitud. Si es menor de 19 años de edad y no vive con sus padres, puede llenar esta sección con sus propios datos.

Línea (c)

Por favor ponga una marca en la casilla "Solicita" de cada columna bajo el nombre del niño que necesita beneficios. Si no necesita beneficios de para alguno de los niños anotados, por favor marque la casilla "No solicita" en la columna debajo del nombre del niño.

Línea (d)

Díganos el parentesco entre usted y cada uno de los niños que viven en su casa. Como ejemplos de respuestas puede escribir hija, hijo, nieto o sobrino. Si no tiene parentesco con el niño pero vive con usted, escriba "otro" Si solicita para usted mismo, escriba "yo mismo".

Línea (g)

Necesitamos pruebas de ciudadanía de EE.UU. o del estado migratorio de cada niño que solicita beneficios de CHIP o Medicaid para niños. Los niños que son residentes permanentes legales podrían recibir beneficios de estos programas de atención médica.

Línea (h)

Necesitamos el número de seguro social de todos los niños que solicitan beneficios de atención médica. Si el niño no tiene número de seguro social, envíenos prueba por parte de su oficina local del Seguro Social por correo, de que ya solicitó un número de seguro social para su hijo (copia del Formulario SSA 2853 ó SSA 5028). Si necesita ayuda para solicitar el número de seguro social para el niño, por favor llame al 1-800-772-1213. No daremos su número de seguro social ni el de su hijo al Servicio de impuestos internos ni al USCIS.

Línea (j)

Escriba el apellido de soltera de la madre de cada niño Esto nos ayudará a obtener pruebas de ciudadanía de EE.UU. si su hijo nació en Texas.

Línea (o)

Esta pregunta es opcional y no afecta su derecho a solicitar beneficios. Esta información es para fines estadísticos.

4 Si **solamente** solicita beneficios de la Cobertura perinatal de CHIP, **pase** a la siguiente sección. Si no es así, por favor llene una columna por cada niño que viva con usted.

Línea (a)

Marque la casilla "Sí" si el niño tiene seguro médico privado en este momento. Escriba el nombre de la compañía aseguradora, el nombre del dueño de la póliza y el número de grupo de la póliza. Si el seguro médico está por terminar, escriba la fecha en que terminará en el espacio indicado.

Marque la casilla "No" si el niño no está asegurado por algún seguro médico privado. Marque la casilla "No" si el niño sólo está cubierto por seguro de auto, de compensación laboral, de accidentes o deportivo o mediante el Programa de servicios para niños con necesidades médicas especiales de salud (CSHCN, por sus siglas en inglés).

Si el niño no está asegurado por algún seguro médico privado, pero tuvo seguro médico durante los últimos 90 días, por favor marque la casilla que mejor diga por qué se canceló el seguro y escriba la fecha en que terminó el seguro.

Línea (b)

Su respuesta a esta pregunta no afectará que sus hijos puedan recibir beneficios de Medicaid para niños o CHIP. Preguntamos esto porque si su hijo reúne los requisitos para Medicaid para niños, usted podría recibir ayuda financiera para pagar los costos del seguro médico privado del niño.

5 Las siguientes preguntas no afectan su derecho para recibir beneficios. Usaremos sus respuestas para coordinar mejor los servicios de salud que su familia necesita.

6 Por favor anote a todos los padres y padrastros **que viven con los niños**, incluso si ya los mencionó en otra parte de esta solicitud. Si no es el padre o padrastro de los niños, no tiene que incluirse en esta sección.

7 Por favor escriba en esta sección los ingresos brutos de todos los padres, padrastros y niños. El ingreso bruto es la cantidad pagada antes de los impuestos y deducciones. Incluya los ingresos recibidos de trabajos, seguro social (jubilación, sobreviviente y discapacidad), manutención de niños, pensión alimenticia y la Asistencia temporal a familias necesitadas (TANF). Debe enviar pruebas de cada fuente de ingresos. Si no es el padre o padrastro de los niños, no tiene que darnos información sobre sus ingresos.

8 Por favor llene esta sección si alguno de los miembros de la familia que vive en el hogar paga por:

- Gastos de cuidado infantil.
- Manutención de niños.
- Pensión alimenticia.
- Cuidado de un adulto discapacitado.

Podríamos descontar la cantidad que paga por el cuidado de dependientes, manutención de niños y pensión alimenticia del total de los ingresos del hogar para determinar si el niño podría recibir beneficios de Medicaid. También podríamos descontar lo que paga por el cuidado de niños para determinar si su hijo podría recibir beneficios de CHIP o de la Cobertura perinatal de CHIP.

Aceptaremos copias de cheques cancelados o un estado de cuenta de la oficina del fiscal general si la manutención de niños se paga a través de esta oficina. Puede enviarnos copias recibos del centro de cuidado de niños, de la compañía que da cuidado a discapacitados o los cheques cancelados.

9 Si **solamente** solicita beneficios de la Cobertura perinatal de CHIP, **pase** a la siguiente sección. Si no es así, tiene que llenar esta sección. Si es el padre o padrastro de los niños, conteste las preguntas sobre los bienes (cosas de las que es dueño) de los miembros de la familia que viven en su hogar. Si no es el padre o padrastro de los niños, su casa y otras propiedades no cuentan como bienes. Sólo dénos información acerca del niño o de sus bienes.

Línea (a)

Para los padres y niños que viven en el hogar, por favor escriba la cantidad total de dinero que tenían disponible el último día del mes pasado en cuentas de cheques, ahorros y/o de TANF; dinero en efectivo a la mano y fideicomisos accesibles. Escriba "\$0" si los miembros de la familia que viven en su hogar **no** tienen dinero en cuentas bancarias, en efectivo a la mano o en algún otro lugar.

Línea (b)

Para los padres y niños que viven en el hogar, por favor escriba la marca, modelo y año de cada auto que es propiedad de la familia o que esté pagando. Por favor escriba "NA" en la casilla si su familia no tiene ningún auto registrado a su nombre y o está pagando por uno. No tiene que dar información acerca de autos que renta a largo plazo. Según los ingresos de su familia, posiblemente tengamos que comunicarnos con usted para pedirle más información acerca de los autos.

10 Si el niño por el que solicita beneficios tiene facturas médicas sin pagar de los últimos tres meses, Medicaid podría pagarlas. Marque la casilla "Sí", si el niño por el que solicita beneficios tiene facturas médicas sin pagar de los últimos tres meses. Envíenos copias de las facturas médicas sin pagar. Asegúrese que la factura muestra la fecha en que le dieron el servicio. También envíenos prueba de los ingresos de cada miembro de la familia que vivió en su hogar por los últimos tres meses. Si marca "Sí" y

el niño por el que solicita beneficios es aprobado para recibir beneficios de Medicaid, le llamaremos para pedirle más información.

11 Si desea que otra persona, aparte de usted mismo y el otro padre o padrastro mencionado en la Sección 1 ó 4, se comunique con nosotros como su representante, escriba su información. Debe nombrar a una persona y no a una agencia. Es importante entender que esta persona tendrá los mismos derechos que usted y podrá cambiar cualquier parte de su solicitud, incluyendo sacar a sus hijos de Medicaid para niños o CHIP. Esta persona también tendrá derecho a cambiar el plan de seguro médico y el doctor principal de sus hijos. Usted también da permiso a la Comisión de salud y servicios humanos de Texas (HHSC) y a sus contratistas a compartir información de esta persona.

12 Por favor lea esta sección cuidadosamente. Al firmar esta solicitud, acepta los derechos y responsabilidades mencionados.

13 Revise esta sección y asegúrese de incluir todas las pruebas necesarias de sus ingresos, gastos y comprobantes de ciudadanía estado de residente permanente legal de sus hijos. Si no incluye todas las pruebas necesarias con su solicitud, nos comunicaremos con usted para pedirle la información.

14 Por favor firme y escriba la fecha en la solicitud. Sin su firma, no podremos trabajar con su solicitud y no podremos ofrecerle beneficios de atención médica a los miembros de su familia. Envíe la solicitud y los documentos de prueba por correo usando el sobre pre-pagado. Si no tiene este sobre, use su propio sobre y envíe su solicitud y documentos de prueba a la siguiente dirección:

HHSC
P. O. Box 14200
Midland, TX 79711-4200

O envíe la solicitud y documentos de prueba por fax (llamada gratis) al: 1-877-542-5951.

Solicitud para el Programa de seguro médico para niños (CHIP), Medicaid para niños y la Cobertura perinatal de CHIP

Enviarla por fax (llamada gratis) 1-877-542-5951

1 Use tinta negra o azul solamente.

Su nombre _____

Su número de seguro social* _____ Su fecha de nacimiento (mes/día/año) _____

Dirección de su casa _____ N° de Apt. o Lote _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Condado _____

Correo electrónico _____

Dirección postal _____ N° de Apt. o Lote _____
(Si es diferente a la de arriba)

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Condado _____

Número de teléfono de su casa () _____ Otro Número de teléfono () _____

Número de teléfono móvil () _____

Si tenemos que llamarlo, ¿qué idioma prefiere? Inglés Español Vietnamita Otro _____

*No necesitamos su número de seguro social para trabajar con su solicitud si solicita beneficios para sus hijos solamente.

2 ¿Hay alguna mujer embarazada en su familia? Sí No

a. Por favor dé el nombre y la fecha esperada del parto de todas las mujeres embarazadas de su familia.

Primer nombre	Inicial	Apellido	Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año)	Número de seguro social (si lo tiene)
		/	/	
Apellido de soltera de la madre		Fecha esperada del parto (Mes/Día/Año)	Número de niños esperados	Parentesco con el solicitante

b. ¿Es la mujer embarazada de su familia ciudadana de EE.UU? Sí No

Si es "No" ¿es la mujer embarazada de su familia residente legal permanente?..... Sí No

c. ¿Tiene la mujer embarazada de su familia algún otro seguro médico además de Medicaid o CHIP? Sí No

Si es "Sí" ¿cuándo termina la cobertura de atención médica? (Escriba N/A si no terminará la cobertura) _____ / _____

d. Escriba el nombre y dirección del padre del niño por nacer.

Primer nombre	Inicial	Apellido	N° de teléfono
Dirección (Ciudad, Estado, Código Postal)			

3 Si **SOLAMENTE** está solicitando beneficios de la Cobertura perinatal de CHIP y no hay otros niños en el hogar, **PASE** a la siguiente sección. Si no es así, díganos acerca de **TODOS los niños que viven en su hogar**. Añada hojas de papel si es necesario. Los niños **DEBEN** vivir en **SU** hogar para solicitar.

	Niño 1	Niño 2	Niño 3	Niño 4
a. Nombre e inicial del niño				
b. Apellido del niño				
c. Marque una casilla por cada niño	<input type="checkbox"/> Solicita <input type="checkbox"/> No solicita	<input type="checkbox"/> Solicita <input type="checkbox"/> No solicita	<input type="checkbox"/> Solicita <input type="checkbox"/> No solicita	<input type="checkbox"/> Solicita <input type="checkbox"/> No solicita
d. Parentesco del niño con usted				
e. Fecha de nacimiento del niño (Mes/Día/Año)	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____
f. Sexo del niño	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
g. ¿Es el niño es ciudadano de EE.UU.?	<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 es "No" ¿Es el niño residente legal permanente?	<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
Los niños que son residentes permanentes legales podrían reunir los requisitos para estos programas de seguro médico. Lea las instrucciones en la sección 3g.				
h. Número de seguro social del niño				
i. Nombre e inicial de la madre del niño				
j. Apellido de soltera de la madre del niño				
k. Apellido de la madre del niño				
l. Nombre e inicial del padre del niño				
m. Apellido del padre del niño				
n. ¿Asiste este niño a la escuela durante el año escolar regular?	<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
o. Raza del niño (opcional)				

PARA USO DE LA OFICINA

CBONumber

4 Si **SOLAMENTE** solicita beneficios de la Cobertura perinatal de CHIP, **PASE** a la siguiente sección.

	Niño 1	Niño 2	Niño 3	Niño 4
a. Actualmente, ¿tiene el niño otro seguro médico además de CHIP o Medicaid?	<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 es "Sí", por favor llene la siguiente información por cada niño asegurado. Nombre de la compañía de seguros: _____ Nombre del empleador: _____ Nombre del dueño de la póliza: _____ Número de póliza: _____ Número de grupo: _____ Fecha de inicio de la póliza: _____ Teléfono de la compañía de seguros: _____				
Fecha en que termina la cobertura médica (Mes/Día/Año).	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____
Si es "NO", pero el niño tuvo seguro médico en los últimos 90 días, marque la casilla que indica por qué el seguro terminó y la fecha en que terminó el seguro.	<input type="checkbox"/> El trabajo del padre terminó por desocupación o cierre del negocio <input type="checkbox"/> Terminó la cobertura de Medicaid <input type="checkbox"/> Terminó la cobertura COBRA o ERS del padre <input type="checkbox"/> Terminó la cobertura de CHIP de otro estado <input type="checkbox"/> Cambio en el estado civil del padre <input type="checkbox"/> Terminó la cobertura de seguro médico privado <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> El trabajo del padre terminó por desocupación o cierre del negocio <input type="checkbox"/> Terminó la cobertura de Medicaid <input type="checkbox"/> Terminó la cobertura COBRA o ERS del padre <input type="checkbox"/> Terminó la cobertura de CHIP de otro estado <input type="checkbox"/> Cambio en el estado civil del padre <input type="checkbox"/> Terminó la cobertura de seguro médico privado <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> El trabajo del padre terminó por desocupación o cierre del negocio <input type="checkbox"/> Terminó la cobertura de Medicaid <input type="checkbox"/> Terminó la cobertura COBRA o ERS del padre <input type="checkbox"/> Terminó la cobertura de CHIP de otro estado <input type="checkbox"/> Cambio en el estado civil del padre <input type="checkbox"/> Terminó la cobertura de seguro médico privado <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> El trabajo del padre terminó por desocupación o cierre del negocio <input type="checkbox"/> Terminó la cobertura de Medicaid <input type="checkbox"/> Terminó la cobertura COBRA o ERS del padre <input type="checkbox"/> Terminó la cobertura de CHIP de otro estado <input type="checkbox"/> Cambio en el estado civil del padre <input type="checkbox"/> Terminó la cobertura de seguro médico privado <input type="checkbox"/> Otro
Fecha en que terminó la cobertura médica (Mes/Día/Año).	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____
b. ¿Podría el niño obtener seguro médico privado a través del trabajo o el patrón del padre?	<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
c. Escriba la cantidad de dinero que paga o que ha pagado cada mes por seguro médico en los últimos 90 días.				Cantidad total \$ _____ /mensual

5 Las siguientes preguntas no afectan su derecho para recibir beneficios. Usaremos sus respuestas para coordinar mejor los servicios de salud que su familia necesita.

1. ¿Es alguna persona de su hogar miembro de alguna tribu india reconocida por el gobierno federal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Escriba el nombre de la persona si la respuesta es "Sí": _____
2. ¿Es alguna persona de su hogar un menor refugiado sin compañía? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Escriba el nombre de la persona si la respuesta es "Sí": _____
3. ¿Está alguna persona o niño de su hogar inscrito en el Programa de niños con necesidades médicas especiales del Departamento estatal de servicios de salud de Texas (DFPS)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Escriba el nombre de la persona si la respuesta es "Sí": _____
4. Los niños que solicitan beneficios ¿viajan con el padre o la madre, o algún miembro de la familia, que es trabajador agrícola migrante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5. ¿Está usted o su esposo(a) en el servicio activo de las fuerzas armadas, la Reserva, la Guardia Nacional o el servicio militar estatal de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Escriba el nombre de la persona si la respuesta es "Sí": _____

6 Mencione los padres y padrastros **QUE VIVEN CON LOS NIÑOS**, incluyendo a los mencionados previamente en esta solicitud.

Primer nombre	Inicial	Apellido	Parentesco con el niño
			<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padrastro
			<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padrastro
			<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padrastro
			<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padrastro

7

INGRESOS DEL HOGAR

Por favor escriba los ingresos actuales de los padres, padrastros y niños que viven en su hogar. Incluya los ingresos de trabajos, seguro social (jubilación, sobreviviente y discapacidad), manutención de niños, pensión alimenticia y Asistencia temporal para familias necesitadas (TANF). Tendrá que enviar pruebas de cada fuente de ingresos. Las pruebas pueden incluir una copia del talón de un cheque de pago de los últimos 60 días, que muestre la cantidad pagada antes de deducciones (salario bruto) o una carta del empleador. Otras pruebas incluyen un recibo de ayuda de dinero en efectivo, su estado de cuenta del seguro social más reciente o el talón de cheque o recibo de manutención de niños. Si trabaja por cuenta propia, las pruebas incluyen su declaración de impuestos del IRS más reciente incluyendo el Cuadro C o el Cuadro C-EZ. Si alguna de las personas que menciona no tiene ningún ingreso, escriba \$0. ATENCIÓN: Si envía el Cuadro C-EZ también tendrá que enviarnos pruebas de las deducciones de negocios que reportó en el Cuadro C-EZ; nosotros revisamos estos gastos al calcular sus ingresos para CHIP.

Nombre de la persona que recibe ingresos Primer nombre Inicial Apellido			Nombre del empleador o fuentes de los ingresos	¿Cada cuánto?	¿Cantidad?
				<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual	\$ _____
				<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual	\$ _____
				<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual	\$ _____
				<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual	\$ _____
				<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual	\$ _____

8

Escriba cuanto paga por los siguientes:

- **Gastos de cuidado infantil** que paga alguna persona de su hogar para poder trabajar, buscar trabajo o recibir capacitación.
- **Pagos de manutención infantil** ordenada por un tribunal que paga alguna persona de su hogar por algún niño que viva fuera del hogar.
- **Pagos de pensión alimenticia** que paga alguna persona de su hogar.
- **Gastos de cuidado a un adulto discapacitado** que paga alguna persona de su hogar para poder trabajar, buscar trabajo o recibir capacitación.

Tipo de gasto <small>(Cuidado infantil, manutención de niños, pensión alimenticia, cuidado a dependientes)</small>	¿Quién paga por este gasto?	Nombre de la persona que recibe el cuidado o manutención	¿Qué tan seguido le paga?*	¿Cuánto paga cada vez?	Nombre, dirección y teléfono de la persona a quien le paga

* *Semanal, cada dos semanas, dos veces al mes, cada mes*

9

Si **SOLAMENTE** solicita beneficios de la Cobertura perinatal de CHIP, **PASE** a la siguiente sección. Si no es así y es el padre o la madre, padrastro o madrastra, responda a las siguientes preguntas sobre bienes (cosas de las que es dueño) de los miembros de familia que viven en el hogar. Si no es el padre o la madre, padrastro o madrastra su hogar y otras propiedades no cuentan como bienes. En este caso, dé información sobre las propiedades de los niños solamente. Según los ingresos de su familia, posiblemente tengamos que pedirle más información acerca de los autos de los que es dueño o que esté pagando.

- Escriba la cantidad de dinero que tiene en cuentas bancarias, en efectivo a la mano o en cualquier otro lugar. Escriba "\$0" si **NO** tiene dinero en cuentas bancarias, en efectivo a la mano o en cualquier otro lugar. Si no escribe alguna cantidad es posible que su solicitud se retrase.
Cantidad total \$ _____
- Escriba la marca modelo y año de cada auto del que su familia es dueño o que esté pagando. Escriba "NA" en el cuadro de más abajo si su familia no es dueña ni está pagando un auto. **NO** escriba los autos que renta a largo plazo.

MARCA	MODELO	AÑO
Nissan	Sentra	1995

10 OTRA INFORMACIÓN Si el niño por el que solicita beneficios tiene facturas médicas sin pagar de los últimos tres meses, Medicaid podría pagarlas. Marque la casilla "Sí", si el niño por el que solicita beneficios tiene facturas médicas sin pagar de los últimos tres meses. Envíenos copias de las facturas médicas sin pagar. Asegúrese que la factura muestra la fecha en que le dieron el servicio. También envíenos prueba de los ingresos de cada miembro de la familia que vivió en su hogar por los últimos tres meses. Si marca "Sí" y el niño por el que solicita beneficios es aprobado para recibir beneficios de Medicaid, le llamaremos para pedirle más información.

¿Tiene el niño por el que solicita beneficios facturas médicas sin pagar de los últimos 3 meses? Sí No

Si marcó "Sí", escriba el nombre del niño.	Si marcó "Sí", díganos el mes de las facturas.

Le ayudó alguien a llenar esta solicitud? Sí No Nombre de la persona que le ayudó (opcional): _____

Nota importante: Si quiere que la Oficina del Procurador General de Texas le ayude a obtener manutención de niños o ayuda médica o le ayude a establecer la paternidad de su hijo, llame al 1-800-252-8014. También puede solicitar servicios del Programa de manutención de niños por Internet en www.oag.state.tx.us. Vaya a la versión en español y haga clic en manutención de niños, en el menú de la página principal.

11 SECCIÓN VOLUNTARIA: REPRESENTANTE AUTORIZADO Si quiere que otra persona, además de usted mismo y cualquier otro padre o padrastro mencionado en la Sección 1 ó 4, se comuniquen con nosotros como su representante, escriba su nombre, dirección y teléfono más abajo. No puede nombrar a ninguna agencia como su representante autorizado. Esta persona tendrá los mismos derechos que usted y el otro padre o padrastro mencionado en esta solicitud para cambiar cualquier parte de la cuenta de sus hijos, incluyendo agregar o sacar a sus hijos del programa de atención médica y para pedir una apelación. Usted también da permiso para que la HHSC y sus contratistas compartan información con esta persona.

Nombre _____
 Primer nombre Inicial del segundo nombre Apellido

Dirección de su casa _____ Número de Apt. o Lote _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Condado _____

Número de teléfono de su casa _____ Otro teléfono _____

12 SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

Al firmar más abajo, acepto lo siguiente:

Tengo derecho a:

- Ser tratado justo e igualmente sin importar mi raza, color, religión, origen nacionalidad, sexo, edad, creencias políticas o discapacidad, de acuerdo con las leyes estatales y federales. Si me parece que no he sido tratado justamente, puedo llamar a la Oficina de derechos civiles de la Comisión de salud y servicios humanos de Texas (HHSC).
- Pedir la información que el estado de Texas obtenga de mí y mis hijos por medio de esta solicitud y revisar y corregir toda información equivocada (con unas pocas excepciones).
- Pedir una audiencia justa a la HHSC por escrito, en persona o por teléfono, si Medicaid me niega beneficios a través de esta solicitud y no estoy satisfecho con la decisión.

Tengo la responsabilidad de:

- No retener información intencionalmente o dar datos falsos o permitir que otros usen la identificación del seguro médico de mi hijo o el gobierno estatal o federal podrían exigirme que pague por todo beneficio prestado de manera incorrecta y el seguro médico de mis hijos podría ser negado o terminado.

Además, entiendo y acepto que:

- Esta solicitud puede resultar en la inscripción de mis hijos en el Programa de seguro médico para niños (CHIP) o Medicaid para niños.
- La información que de en relación con esta solicitud está sujeta a verificación por parte de Medicaid, CHIP, la Oficina del inspector general de la Comisión de salud y servicios humanos de Texas (HHSC), sus contratistas y otras agencias y federales.

Mi firma abajo, autoriza la divulgación de la información pertinente a tal verificación por Medicaid, CHIP, la Oficina del inspector general de la Comisión de salud y servicios humanos de Texas (HHSC), sus contratistas y otras agencias estatales y federales. Mi firma también autoriza a Medicaid, CHIP, la Oficina de la inspector general de la HHSC, sus contratistas y otras agencias estatales y federales para comunicarse con empleadores, agencias de información de crédito, proveedores de seguros de atención médica u otros con conocimientos relacionados a los requisitos de participación en Medicaid y CHIP de mis hijos y autoriza que aquellos con quienes se comuniquen, a divulgar la información pertinente a los requisitos de la participación en Medicaid y CHIP de mis hijos.

- Medicaid, CHIP, la Oficina del inspector general de la HHSC, sus contratistas y otras agencias estatales y federales pueden intercambiar la información de esta solicitud y la información médica, de salud u otra relacionada a la cobertura de mis hijos, con otras agencias y contratistas, incluyendo compañías que ofrezcan seguro médico a mis hijos, para ayudar con solicitudes, inscripción, administración y aseguramiento de calidad. El Servicio de impuestos internos (IRS) no puede usar la información en esta solicitud con fines tributarios ni la Oficina de servicios de ciudadanía e inmigración (BCIS) puede usarla para negarle entrada a los EE.UU., para dañar su situación de residente o para deportarlo.
- El estado de Texas o su designatario, tiene derecho a recibir el pago por servicios y suministros de las aseguradoras y otras fuentes responsables, como reembolso por los servicios médicos prestados a mis hijos. Mi firma de más abajo autoriza la asignación de los pagos médicos.
- Todos los proveedores de servicios médicos de mis hijos pueden divulgar toda la información médica o de otro tipo, necesaria para que se pague al proveedor.

13 DOCUMENTOS QUE NECESITAMOS Después que llene la solicitud, firmela y escriba la fecha, y envíela con los demás documentos de prueba por correo. Asegúrese de incluir:

- Pruebas de los ingresos actuales de su familia (incluyendo un talón de cheque de pago de los últimos 60 días que muestre la cantidad pagada antes de deducciones (salario bruto) o una carta del empleador. También puede ser recibo de asistencia en efectivo, su estado de cuenta del Seguro Social más reciente o talón de cheque o recibo de manutención infantil. Si trabaja por cuenta propia, las pruebas incluyen su declaración de impuestos del IRS más reciente incluyendo el Cuadro C.
- Pruebas de ciudadanía de EE.UU o de la situación de inmigrante de todos niños que solicitan cobertura (copias del frente y reverso del acta de nacimiento de EE.UU de los niños, pasaporte de EE.UU, Tarjeta I-551 de residente permanente o Formulario I-94 de llegada o salida)
- Pruebas de los gastos de cuidado infantil, cuidado de un adulto discapacitado, manutención de niños o pensión alimenticia.

Firma obligatoria: Si no firma y escriba la fecha en esta solicitud, no podremos ofrecer beneficios de seguro médico a sus hijos.

Declaro bajo pena de perjurio que la información que he proporcionado en esta solicitud es verdadera y completa a lo mejor de mi conocimiento. Si no lo es, puedo quedar sujeto a proceso criminal.

14
X

FIRMA (OBLIGATORIA)

FECHA (OBLIGATORIA)