

**ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE SÓLO CON TINTA AZUL O NEGRA**

**For Agency Use Only:**

**1. Díganos acerca de usted:** Si solicita beneficios sólo para sus hijos, hay que nombrar a un padre, un tutor o un adulto que viva en la casa con ellos.

Nombre legal: \_\_\_\_\_ Otro nombre que usa: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Dep./Núm.de Lote: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Dirección postal (si es diferente): \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular/Dejar mensaje: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ ¿Se puede llamarlo en el trabajo? **No** \_\_\_\_ **Sí** \_\_\_\_

**2. Díganos acerca de cada persona en su casa:** Comience con usted mismo en el renglón número 1. Indique cada persona para la cual quiere cobertura y anote su número de Seguro Social (SSN). Podemos ofrecerle mejores servicios si anota el SSN de cada persona en la casa. Si necesita más espacio, puede usar otra hoja.

Quiere cobertura	Nombre legal (Si está embarazada, anote "niño por nacer" en un renglón aparte)		Si está embarazada, anote la fecha cuando esperar a luz.	Parentesco con persona número 1	Sexo	Numero de Seguro Social	Fecha de nacimiento	¿Es ciudadano de los EE.UU.?		Estado/ País de Nacimiento	Raza/ Etnicidad (opcional)	Nombre completo de los padres – Complete para la persona menor de 19 años, incluyendo al niño aún no nacido (Nombre de soltera)		
	Sí	No						Sí	No			Padre	Madre	(Nombre de soltera)
		1.		yo mismo										
		2.												
		3.												
		4.												
		5.												
		6.												

**3. Díganos acerca de sus ingresos:** Se requieren comprobantes de todos los ingresos, antes de restar las deducciones.

**¿Alguna persona de su casa tiene trabajo o trabaja independientemente?** No \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ Si contestó que sí, complete la tabla que aparece a continuación por cada trabajo. Se requieren comprobantes de todos los ingresos, antes de restar las deducciones. Por ejemplo, puede adjuntar una copia del talón de cheque, una declaración del empleador, etcétera. Si trabaja de su propia cuenta (el autoempleo) tiene que adjuntar la más reciente devolución de impuestos, si pagó impuestos federales. Si no tiene una devolución de impuestos, se requiere que se adjunte una declaración de los ingresos y gastos que tuvo su negocio durante los últimos tres meses.

Nombre del trabajador	Nombre de la compañía, dirección y teléfono (Si trabaja independientemente, anote el tipo de negocio)	Sueldo o pago por hora	Propinas, comisión o bono	Núm. de horas que trabaja cada semana	¿Con qué frecuencia recibe su pago?	Dia de la semana cuando recibe su pago	Fecha del siguiente cheque de paga	Sólo para la persona con autoempleo	
								Ingresos mensuales (Antes de gastos)	Gastos mensuales del negocio

**¿Alguna persona en su casa, incluyendo a los niños, recibe ingresos como por ejemplo, sostenimiento para niños, alimentos, desempleo, Seguro Social/SSI, indemnización del obrero, o beneficios del veterano?** No \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ Si contestó que sí, complete la tabla que aparece a continuación por cada persona que reciba ingresos. Se requieren comprobantes de los ingresos. Adjunte copias de cartas otorgando beneficios, órdenes del tribunal, listados del Centro de Pagos de Kansas, etcétera.

Nombre de la persona que recibe los ingresos	Tipo/fuente de ingresos	cantidad recibida (antes de deducciones)	Frecuencia de los ingresos	Número del reclamo/ de la orden del tribunal

4. ¿Alguna persona en su casa tiene un fondo fiduciario? No \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ Si necesitamos más información, nos comunicaremos con usted.
5. ¿Usted paga a alguna persona para que cuide a un miembro de la familia mientras usted trabaja? No \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No se necesita esta información en todos los programas. Si hace falta, nos comunicaremos con usted.
6. ¿Usted pide cobertura para alguna persona que tiene cuentas médicas no pagadas por servicios que haya recibido durante los últimos 3 meses? No \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ Si contestó que sí, indique la cantidad total: \_\_\_\_ ¿Quiere que investiguemos para saber si usted es elegible para cobertura durante los últimos tres meses? No \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ Si contestó que sí, adjunte comprobantes de los ingresos mensuales durante los últimos tres meses.
7. ¿Usted pide cobertura para alguna persona que ya tiene cualquier tipo de seguro médico (que no sea Medicaid o HealthWave)? No \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ Si contestó que sí, complete la tabla que aparece a continuación y adjunte copias de ambos lados de la tarjeta de seguro médico. Si usted pide cobertura para alguna persona a quien le terminaron los beneficios médicos durante los últimos ocho meses, por favor explique la razón. \_\_\_\_\_

Nombre de la compañía de seguros	Asegurado	Personas que tienen cobertura	Tipo de cobertura (Hospital, Dental, Otro)	Fecha de inicio	Fecha en que terminó	Núm. de la póliza y del grupo

8. ¿Prefiere un idioma que no sea el inglés? No \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ Si contestó que sí, anote el idioma aquí. Por escrito: \_\_\_\_\_ Hablado: \_\_\_\_\_ Usa otros medios para comunicarse, como por ejemplo, el lenguaje de señas, Braille, TDD, u otro método? No \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ Si contestó que sí, anote aquí. Otra manera de comunicarse: \_\_\_\_\_

#### 9. Disposiciones importantes y autorización para divulgar información:

Entiendo que tengo el derecho a que me traten con igualdad sin importar la raza el color, el sexo, la edad, la discapacidad, la religión, las creencias políticas o el origen nacional.

Entiendo que tengo derecho a que la información que presento se guarde en la más estricta confidencialidad a menos que tenga que ver directamente con la administración de los programas HealthWave 19 (Medicaid), HealthWave 21 u otro programa de beneficios.

Entiendo que tengo que proporcionar o solicitar un número de Seguro Social para la persona que solicita beneficios médicos y autorizo el uso de estos números en la administración del programa. También se usarán estos números para averiguar datos por computadora con otras instituciones como por ejemplo, los bancos, la Administración del Seguro Social y el Servicio de Rentas Internas.

Certifico que cada persona para la cual solicito cobertura médica y que se determine sea elegible para esta cobertura es ciudadano de los EE.UU. o si no es ciudadano, tiene un estado migratorio legal. Puede que se requieran comprobantes del estado migratorio de la persona.

Entiendo que es importante ofrecer información actual acerca de los ingresos, la dirección y el número de personas en la casa, y acepto la responsabilidad de avisar de cambios mientras esté elegible.

Entiendo que algunas o todas las personas para las cuales solicito cobertura pueden recibir una cobertura médica parecida bajo el programa de Medicaid si la persona es elegible.

Entiendo que tengo la responsabilidad de usar y avisar de cualquier recurso de algún tercero (como por ejemplo, seguro médico, fondos asignados por una decisión del tribunal, pagos de sostenimiento médico o fideicomisos) que el cual puede tener la obligación legal de pagar todo o una parte de los costos médicos incurridos por las personas para las cuales solicito cobertura. Entiendo que se puede retener el pago de cierto servicio mientras se haga una determinación sobre si la persona no haya utilizado los recursos de un tercero.

Entiendo que cualquier pago que se hace a mí de parte de un tercero por servicios médicos cubiertos bajo los programas de HealthWave 19 (Medicaid) y HealthWave 21 se usará para pagar las facturas médicas en cuestión y que estos programas sólo pagarán por servicios no cubiertos por ese tercero. Acuerdo en cooperar con la unidad de subrogación médica en llevar adelante los esfuerzos para conseguir el pago de esos terceros.

Entiendo que si recibo ayuda médica después de cumplir los 54 años o mientras viva en una institución, puede haber un reclamo contra mi patrimonio para recuperar los gastos médicos realizados por mi bien. Entiendo que se avisará a mi institución bancaria de algún reclamo pendiente.

Autorizo que se haga pagos bajo este programa directamente a médicos u otros proveedores médicos por cualquier servicio médico o de salud que se haya proporcionado a las personas para las cuales solicito cobertura, mientras sean elegibles.

Entiendo las preguntas que aparecen en esta solicitud y entiendo que hay penalidades por no divulgar información o por dar información falsa.

Certifico bajo pena de perjurio que mis respuestas son correctas y completas a mi mejor saber y entender.

Si solicito beneficios para adultos y niños y si se determina que alguno de esos adultos es elegible para cobertura médica, acuerdo en ayudar al Departamento de Hacer Cumplir el Sostenimiento para Niños (CSE) en establecer y llevar a cabo órdenes de sostenimiento para niños (si hace falta).

Si los adultos del hogar son elegibles para ayuda médica, acuerdo en entregar cualquier pago de asistencia médica de todas las personas que reciben asistencia médica.

Autorizo que los proveedores médicos de este programa divulguen información médica a la División de Finanzas y Políticas de la Salud (KHPA), al Departamento de Servicios Sociales y de Rehabilitación (SRS) al Departamento Federal de Salud y Servicios Humanos, compañías de seguro médico y otros proveedores médicos contratados. Además autorizo a la KHPA y al SRS a compartir información médica con otras agencias y contratistas por propósitos administrativos.

Esta solicitud es solamente para pedir beneficios de HealthWave 19 (Medicaid) y HealthWave 21. Usted puede solicitar beneficios de otros programas médicos, como son los programas para las personas de edad avanzada y los discapacitados, en la oficina local del SRS.

Entiendo que tengo el derecho de pedir una audiencia imparcial si no estoy de acuerdo con una decisión. Hay que hacer la petición por escrito dentro de los 30 días de la decisión.

#### 10. Firma: Para considerarse completa, esta solicitud tiene que llevar la firma y la fecha.

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante (Obligatoria)

\_\_\_\_\_  
Fecha

Mi firma en esta solicitud significa que he leído y entiendo las condiciones enumeradas aquí arriba. También autoriza a empleadores, proveedores médicos, instituciones bancarias, proveedores de seguros, proveedores de beneficios y otras personas o agencias que tengan conocimiento de mis circunstancias a divulgar a HealthWave, o a otro programa de beneficios cualquier información, incluyendo datos confidenciales, que sea necesaria para establecer mi elegibilidad. Toda la información que aparece en esta solicitud goce de la protección de las leyes estatales y federales de la confidencialidad. Este permiso toma vigencia a partir de esta fecha. Una copia de esta autorización es tan válida como el documento original.

\_\_\_\_\_  
Firma del conyuge u otro adulto (si solicita servicios) Fecha

11. Información acerca de la inscripción de votantes en Kansas: Esta sección no afectará la asistencia que usted pueda recibir. Si no marca ninguno de los espacios, se considerará que usted decidió no inscribirse para votar en este momento. ¿Desea inscribirse hoy para poder votar? No \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ Ya estoy registrado \_\_\_\_ Con todo gusto, KHPA o SRS le ayudará con la solicitud para inscribirse para votar. Si tiene preguntas adicionales o si necesita denunciar algún problema, puede comunicarse con el funcionario de elecciones del condado, la oficina del Secretario del Estado o llamar al 1-800-262-VOTE.