

# Solicitud para Acceso para bebés y madres

## SECCIÓN 1

**INFORMACIÓN DE LA EMBARAZADA:** Esta sección nos da la información básica acerca de la embarazada. Si alguna pregunta no es aplicable, escriba "N/A". Es opcional que dé su número de Seguro Social. Si contesta "SÍ" a las preguntas sobre si usted fuma no afectará la inscripción de ninguna manera.

Apellido	Nombre, Inicial	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento	
Domicilio (No aceptamos P.O. Box)			Unidad/ Apto. Número	Teléfono ( )
Ciudad	Condado		Estado	Código postal
Primer día de su última regla (obligatorio)		¿Fuma? SÍ/NO	¿Fuma alguien de su casa? SÍ/NO	

**ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE SUS DIRECCIONES DE FACTURACIÓN Y POSTAL SI NO SON LAS MISMAS DE ARRIBA:**

Apellido	Nombre			
Dirección o P.O. Box Unidad/Apto. Número				Unit/Apt. Number
Ciudad	Condado		Estado	Código postal

**Raza o etnicidad:** (Opcional: Marque la que mejor se aplique)

<input type="checkbox"/> Blanca	<input type="checkbox"/> Nativa de Alaska	<input type="checkbox"/> Japonesa	<input type="checkbox"/> Guameña
<input type="checkbox"/> Hispana	<input type="checkbox"/> Filipina	<input type="checkbox"/> Coreana	<input type="checkbox"/> Laosiana
<input type="checkbox"/> Negra o afroamericana	<input type="checkbox"/> Amerasiática	<input type="checkbox"/> Samoana	<input type="checkbox"/> Vietnamita
<input type="checkbox"/> Asiática	<input type="checkbox"/> China	<input type="checkbox"/> India asiática	<input type="checkbox"/> Otra
<input type="checkbox"/> Indígena nativa americana	<input type="checkbox"/> Camboyana	<input type="checkbox"/> Hawaiana	
¿Qué idioma habla mejor? _____		¿En qué idioma lee mejor? _____	

## SECCIÓN 2

**1ª OPCIÓN DE PLAN DE SEGURO MÉDICO:** (La solicitante debe llenar esta sección)

Instrucciones: Lea en la página 24 de esta solicitud qué planes de seguro médico de AIM hay disponibles en su condado. A partir de la página 28 usted encontrará una descripción de cada plan de seguro médico, para que los revise.

**1ª opción de plan de seguro médico:**

Grupo médico y proveedor elegidos ( <b>si son requeridos</b> ):	Código de proveedor ( <b>si son requeridos</b> ):
---	---

**2ª OPCIÓN DE PLAN DE SEGURO MÉDICO:** (La solicitante debe llenar esta sección)

**2ª opción de plan de seguro médico: (si la 1ª opción no está disponible)**

Grupo médico y proveedor elegidos ( <b>si son requeridos</b> ):	Código de proveedor ( <b>si son requeridos</b> ):
---	---



# Solicitud para Acceso para bebés y madres

## SECCIÓN 3

**INFORMACIÓN ACERCA DEL TAMAÑO DE LA FAMILIA, INGRESOS y SEGUROS:** Esta sección nos da la información sobre el tamaño de la familia de la embarazada, ingresos y si la embarazada o el bebé por nacer tienen seguro disponible.

Parte A: Información de la embarazada			
Nombre		¿Trabaja en este momento? SÍ/NO	
Nombre del patrón (si está empleada)		Teléfono del patrón ( ) Extensión. _____	
Dirección del patrón		Ciudad	Estado Código postal
Fuente de ingresos (trabajo, seguro social, pensión, etc.):	¿Qué tan seguido recibe dinero? (semanalmente, cada dos semanas, dos veces al mes, mensualmente, anualmente)	¿Cuánto dinero recibe?	
¿Tiene seguro médico al momento de hacer la solicitud? SÍ/NO		Sí contesta "Sí" a cualquiera de las preguntas, se le EXIGE que nos dé la siguiente información:  Nombre de la póliza de seguros o plan de seguro médico:  Dirección:  Número de póliza:	
¿El seguro cubre su embarazo? SÍ/NO			
Si es aplicable ¿cuánto es su deducible o copago específico por servicios de maternidad solamente*? \$ _____			

Parte B: Para que complete el padre del niño por nacer. <b>Sólo</b> complete esta sección si el padre del niño por nacer vive con la embarazada y está casado con ella o si tienen al menos otro hijo en común.			
Nombre del padre del bebé (si vive con la embarazada)		Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social (opcional)
¿Está casado con la embarazada? SÍ/NO	Si no, ¿tienen por lo menos otro hijo juntos? SÍ/NO	¿Trabaja en este momento? SÍ/NO	
Nombre del patrón (si está empleado)		Teléfono del patrón ( ) Extensión.	
Dirección del patrón		Ciudad	Estado Código postal
Fuente de ingresos (trabajo, seguro social, pensión, etc.):	¿Qué tan seguido recibe dinero? (semanalmente, cada dos semanas, dos veces al mes, mensualmente, anualmente)	¿Cuánto dinero recibe?	
¿Tiene seguro médico al momento de hacer la solicitud? SÍ/NO		Sí contesta "Sí" a cualquiera de las preguntas, se le EXIGE que nos dé la siguiente información:  Nombre de la póliza de seguros o plan de seguro médico:  Dirección:  Número de póliza:	
¿El seguro cubre el embarazo? SÍ/NO			
Si es aplicable ¿cuánto es su deducible o copago específico por servicios de maternidad solamente*? \$ _____			

\*Las solicitantes pueden tener un plan de seguro médico privado y seguir siendo elegibles para AIM si el plan privado tiene un deducible o copago sólo para maternidad de más de \$500.



# Solicitud para Acceso para bebés y madres

**Parte C: Vea en la página 12 más información acerca de las deducciones de ingresos y la documentación que tiene que enviar la embarazada.** Escriba los nombres de todos los hijos o hijastros menores de 21 años de las personas casadas o sin casar que tengan un hijo en común, que vivan en la casa o que asistan a la escuela en otra población y que sean declarados como dependientes para fines fiscales. Incluya a los dependientes discapacitados que vivan en la casa de la embarazada y los gastos mensuales aplicables de guardería infantil o de cuidado del dependiente discapacitado, pagados por la embarazada o por el padre del bebé (si vive con la embarazada). Si no hay gastos, escriba "N/A" o "cero". Si necesita más espacio, escriba en una hoja de papel por separado y envíela por correo con la solicitud.

Nombre del niño o del dependiente discapacitado	Fecha de nacimiento	Parentesco con la embarazada	Cantidad mensual pagada

¿La embarazada paga manutención infantil o respaldo conyugal mensual ordenado por un juez? SÍ/NO  Si es así ¿cuánto de manutención infantil? \$ _____ ¿Cuánto de respaldo conyugal? \$ _____ <b>Documentación requerida</b>	El padre del bebé anotado en la parte B ¿paga manutención infantil o respaldo conyugal mensual ordenado por un juez? SÍ/NO  Si es así ¿cuánto de manutención infantil? \$ _____ ¿Cuánto de respaldo conyugal? \$ _____ <b>Documentación requerida</b>
--	--

Consulte la página 12 para mayor información sobre las deducciones de ingresos y la documentación de la embarazada necesita enviar.

¿Dónde se enteró del Programa AIM? (haga un círculo alrededor de uno)		
1. Consultorio médico	6. Oficina del gobierno	11. TV o Radio
2. Clínica comunitaria	7. 1-800-BABY-999	12. Feria de salud o evento comunitario
3. Periódico	8. Patrón	13. Agente de seguros
4. Internet	9. Escuela o iglesia	14. Otro (especifique) _____
5. Hospital	10. Amigo o pariente	

## SECCIÓN 4

### DECLARACIONES DE LA EMBARAZADA

Declaro que:

- Si mi solicitud no es elegible para AIM, entiendo que mi solicitud será enviada al condado y tratada como una solicitud de Medi-Cal.
- Entiendo que mi cobertura del Programa AIM terminará 60 días después del final de mi embarazo.
- Creo de buena fe que no tengo más de 30 semanas de embarazo a la fecha de la solicitud y que he incluido un documento que certifica que estoy embarazada.
- Vivo en el estado de California y tengo la intención de quedarme.
- No se me ha reembolsado y ningún proveedor de atención médica o entidad del gobierno me reembolsará los pagos de mi contribución de la afiliada, con excepción de un gobierno indígena tribal de California, si es aplicable.
- No tengo seguro médico que cubra mi embarazo.
- Tengo un deducible o copago por servicios de maternidad solamente de más de \$500 a través de mi plan de seguro médico privado.
- No estoy afiliada a Medi-Cal sin costo ni a Medicare Parte A y Parte B al momento de la solicitud.
- Doy permiso al Programa AIM para verificar mis ingresos familiares, situación de seguro médico, residencia y cualquier otra información presentada en la solicitud.
- Obedeceré las reglas de participación, el proceso de revisión de utilización y el proceso de resolución de disputas del plan de seguro médico al que esté afiliada.
- He revisado los beneficios ofrecidos por los planes de seguro médico participantes.
- Entiendo y obedeceré las reglas y reglamentos del Programa AIM.
- Acepto pagar la contribución de afiliada requerida, aún si no aprovecho completamente la cobertura o los servicios que ofrece AIM y reconozco que el Programa AIM dará los pasos necesarios para cobrar la contribución de la afiliada.



# Solicitud para Acceso para bebés y madres

## SECCIÓN 5

### AUTORIZACIONES Y CONDICIONES DE INSCRIPCIÓN

Aviso requerido por la ley de Confidencialidad e información médica de 1/1/80, Sección 56 y siguientes, del Código civil de California para todas las solicitantes de 18 años de edad y mayores: Autorizo que cualquier compañía de seguros, médico, hospital, clínica o proveedor de atención médica proporcione al administrador del programa Acceso para bebés y madres, todos y cada uno de los expedientes relativos a mi historial médico, servicios o tratamientos proporcionados a la solicitante y al bebé nacido producto del embarazo de la solicitante, anotado en esta solicitud, con fines de revisión, investigación o evaluación. Esta autorización tiene efecto inmediatamente y seguirá en efecto por tanto tiempo como el administrador lo necesite. Una fotocopia de esta autorización es tan válida como el original.

### Aviso de privacidad

La Ley de prácticas de información de 1977 y la Ley federal de privacidad exige a este programa que avisemos lo siguiente a las personas a quienes el programa Acceso para bebés y madres pida que den información (establecido por la Parte 6.3 de la División 2 del Código de seguros): El motivo principal por el que pedimos la información personal es el de identificar a la afiliada y para la administración del programa. Los reglamentos del programa requieren que todas las personas presenten la información apropiada para la solicitud para el programa Acceso para bebés y madres. La falta esta información puede ser motivo para que se considere que usted no es elegible. La siguiente información de la solicitud es voluntaria: Los números de seguro social, la información de raza o etnia y quién le recomendó el programa.

Toda persona tiene derecho a los expedientes que contengan su información personal y conservados por la Junta de seguros médicos de riesgos administrados (Managed Risk Medical Insurance Board). El funcionario responsable de conservar la información es: Deputy Director, Eligibility, Enrollment and Marketing Division, Managed Risk Medical Insurance Board, P.O. Box 2769, Sacramento, CA 95812-2769. La Junta puede cobrar una pequeña cantidad para cubrir el costo de las copias de esta información.

Entiendo que éste es un programa estatal y que mis derechos y obligaciones bajo el programa serán determinados por la Parte 6.3 de la División 2 del Código de seguros de California y el Título 10, Parte 5.6 del Código de reglamentos de California.

Cada plan tiene sus propias reglas de resolución de disputas sobre la prestación de servicios y otros asuntos. Algunos planes dicen que usted debe usar arbitraje obligatorio para las disputas; otros no. Algunos planes dicen que las reclamaciones por negligencia deben decidirse con arbitraje obligatorio; otros no. Si el plan que usted elija requiere arbitraje obligatorio, usted renuncia a su derecho a un juicio por jurado y no podrá exigir que su disputa se resuelva ante un tribunal. Para averiguar más acerca de cómo el plan resuelve las disputas, usted puede llamar al plan y solicitar una Prueba de cobertura o folleto de Certificado de seguros.

Entiendo que la cobertura de AIM es secundaria a mi seguro médico privado, lo que significa que AIM pagará por beneficios que no estén cubiertos por mi seguro médico privado. **Avisaré inmediatamente a mi plan de seguro médico de AIM que tengo seguro médico privado, para que el plan de seguro médico de AIM coordine mis beneficios.**

Yo, la solicitante, certifico que he leído y entendido la declaración jurada y las declaraciones anteriores. También certifico que la información que he proporcionado en este formulario es verdadera y correcta a lo mejor de mi saber y entender. Yo, la solicitante, acepto pagar la contribución de afiliada requerida y entiendo que el estado dará los pasos apropiados para cobrar el total de las contribuciones de afiliada como se describe en este contrato.

Declaro bajo pena de perjurio que la información de este formulario es verdadera y correcta a lo mejor de mi saber y entender.

X \_\_\_\_\_  
Signature of Applicant (required)

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Nota: Si resulta afiliada, la cobertura de AIM terminará 60 días después de la terminación de su embarazo.**

Envíe por correo su solicitud y los demás materiales a:

Dirección postal:  
Access for Infants and Mothers Program  
P.O. Box 15559  
Sacramento, CA 95852-0559  
*Por favor no envíe por fax su solicitud*

Dirección para envíos por servicios de mensajería: (Fed-Ex, etc.)  
Access for Infants and Mothers Program  
625 Coolidge Drive  
Suite 100  
Folsom, CA 95630

Si necesita ayuda para llenar la solicitud, llame a AIM Program al 1-800-433-2611. Toda la ayuda es gratuita.

No olvide:

- llenar la solicitud
- firmar la solicitud
- reunir todos los documentos de ingresos y embarazo
  - certificado de embarazo
  - documentos de verificación de ingresos
  - prueba de deducciones de ingresos
  - Cheque de caja o giro postal (firmado) de \$50

- haga su cheque de caja o giro postal de \$50 (no se aceptan cheques personales ni efectivo) pagadero a:  
**Access for Infants and Mothers Program**
- haga fotocopias de todos los documentos enviados para sus registros, si así lo desea

**Nota: Su aplicación completa tiene que ser recibida por el programa de AIM antes de cumplir las 30 semanas de embarazo en orden de que se le considere para el programa de AIM. Si se acerca el final de su semana 30 de embarazo, usted puede enviar su solicitud de un día para otro a través de Fed-Ex, el Servicio postal nacional, etc.**



# Solicitud para Acceso para bebés y madres

## Certificado de embarazo para que lo llene la solicitante:

Apellido de la embarazada	Nombre de la embarazada	Inicial.
Dirección de la embarazada	Unidad/Apto. Número	
Ciudad	Estado	Código postal

## Formulario de certificado de embarazo de AIM

Deberá enviar con su solicitud un certificado de embarazo emitido en los Estados Unidos o enviarlo antes del final de su semana número 30. Puede usar el formulario de abajo para certificar el embarazo. Usted puede usar un formulario diferente, siempre y cuando contenga la misma información que éste y que sea firmado por alguna de las personas anotadas abajo.

Ser elegible para AIM, la embarazada no debe tener más de 30 semanas de embarazo en la fecha en que envíe al programa la solicitud elegible y completa. El certificado de embarazo debe firmarlo un profesional de atención médica autorizado o certificado. Entre las personas que pueden certificar el embarazo para el Programa AIM se encuentran, sin limitación, los siguientes:

- Médicos (generales u obstetras)
- Enfermeras tituladas
- Enfermeras parteras certificadas
- Enfermeras vocacionales autorizadas
- Asistentes de los médicos
- Asistentes médicos
- Miembros del personal autorizados por la Organización de paternidad planificada

## Para que la llene la persona que certifica el embarazo:

Certifico que la persona anotada arriba está embarazada.

Nombre del establecimiento		Fecha		
Dirección del establecimiento		Número de oficina		
Ciudad	Estado	Código postal		
Código de área y N° de teléfono ( )	Número de fax ( )	Fecha estimada para el parto		
Escriba con letra de molde el apellido del profesional de atención médica <b>(requerido)</b>		Escriba con letra de molde el nombre del profesional de atención médica <b>(required)</b>		Inicial
Firma del profesional de atención médica <b>(requerido)</b>	Título médico <b>(requerido)</b>		Número de licencia médica	



# Lista de comprobación de la solicitud de AIM

- Revise** este manual para enterarse de los requisitos de elegibilidad para el Programa AIM.
- Llene** la solicitud de AIM de las páginas A1-A5 de este manual. Todas las preguntas se deben contestar por completo. Si usted no proporciona toda la información necesaria (incluyendo la documentación requerida, firmas y pago), su solicitud no estará completa y eso retrasará su procesamiento.
- Firme y escriba la fecha** en la solicitud de AIM llena, en la página A5.
- Anexe** lo siguiente:
  - Certificado de embarazo** en la página A5 **o** puede usar un formulario diferente siempre y cuando contenga la misma información.

## Documentos de verificación de ingresos:

(Posiblemente pueda usar otros documentos que no se mencionan aquí.)

- Un documento de cada persona que viva en la casa y que tenga trabajo (por favor consulte la página 15 para obtener más información):**
  - Un talón de pago reciente (de hace menos de 45 días), **o**
  - Una declaración firmada y fechada de su patrón, que indique sus ingresos brutos y qué tan a menudo se le paga, **o**
  - La declaración de impuestos federales sobre ingresos del año pasado.
- Un documento de cada persona que viva en la casa y que trabaje por su cuenta (por favor consulte las páginas 14 y 15 para obtener más información):**
  - El formulario de la declaración de impuestos federales sobre ingresos del año pasado, con el Cuadro C, C-EZ o F, **o**,
  - Un estado de ganancias y pérdidas firmado y detallado para los últimos 3 meses. Para ver una muestra de un estado de ganancias y pérdidas, vaya a [www.aim.ca.gov/Spanish/AIMhome.asp](http://www.aim.ca.gov/Spanish/AIMhome.asp), luego haga clic en *Obtener una solicitud*
- Si usted tiene ingresos por discapacidad, pensiones, jubilación, Seguro Social, beneficios de veterano, compensación laboral o desempleo (por favor consulte las páginas 14 y 15 para obtener más información), envíe una copia de:**
  - La carta de concesión, cheque **o** estado de cuenta bancario que muestre un depósito directo por el pago más reciente.
- Si usted recibe **o** paga manutención infantil **o** respaldo conyugal (por favor consulte las páginas 14 a 16 para obtener más información), envíe una copia de:**
  - La orden judicial, talón de cheque de pago que muestre la deducción del respaldo, los recibos **o** el cheque de respaldo mensual, **o**
  - Una declaración del Departamento de servicios de manutención infantil **o** de la persona que pague el respaldo, que indique la cantidad de respaldo mensual, para quién es el respaldo y quién lo recibe.
- Si usted paga guardería infantil **o** cuidado de dependientes incapacitados (por favor consulte las páginas 14 a 16 para obtener más información):**
  - Un cheque cancelado **o** recibo **o** una declaración firmada del proveedor de guardería infantil de su hijo, que muestre cuánto paga cada mes.
- Un cheque certificado **o** giro postal** por \$50.00 (**o** toda la contribución de la afiliada completa y reciba un descuento de \$50.00) a nombre de **Access for Infants and Mothers Program**. No se aceptarán cheques personales con la solicitud (**por favor consulte la página 18 para obtener más información**).

**Envíe por correo la solicitud (La solicitud está en las páginas A1-A5) a:**



The AIM Program  
P.O. Box 15559  
Sacramento, CA 95852-0559

