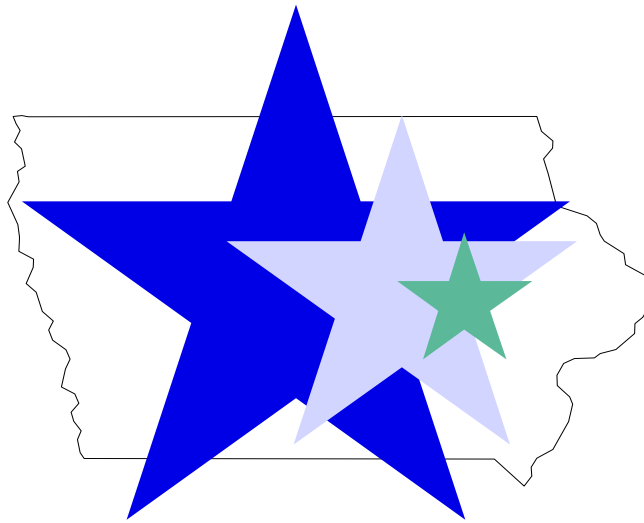


Iowa Department of Human Services

Solicitud para IowaCare



**Atención en salud
limitada, para personas
entre 19 y 64 años y
para mujeres
embarazadas.**



Iowa
Department of
Human Services

Comm. 239(S) (Rev. 10/10)

★ ¿Qué es IowaCare?

IowaCare es atención en salud limitada. Este programa puede brindar algunos servicios para pacientes internos y externos, servicios médicos y de enfermeras registradas, servicios dentales, beneficios limitados de medicamentos de prescripción y transporte y exámenes médicos preventivos de rutina.

Si parece que pudiera obtener Medicaid regular, necesitaremos pedir más información. Si no es elegible para IowaCare, su trabajador le informará.

★ ¿Dónde puedo obtener atención médica?

IowaCare ofrece beneficios limitados. **El proveedor de IowaCare que puede visitar para recibir atención médica dependerá del lugar donde usted vive.** Para averiguar dónde puede recibir servicios médicos, llame a la línea gratuita de Servicios a Miembros al 1-800-8366, o si vive en el área de Des Moines, llame al 256-4606. También puede solicitar información de Servicios a Miembros en la página electrónica de IowaCare: <http://www.ime.state.ia.us/IowaCare/index.html>.

Si necesita atención prenatal o de parto, puede asistir a cualquier hospital o instituto de atención en salud licenciado. Si vive en los condados de Cedar, Clinton, Iowa, Johnson, Keokuk, Louisa, Muscatine, Scott o Washington deberá ir a los hospitales y clínicas de la Universidad de Iowa.

★ ¿Cómo puedo obtener ayuda?

Paso 1. Llene una solicitud.

Cualquiera puede llenar esta solicitud. Responda todas las preguntas que pueda. Si necesita ayuda llenando la solicitud, por favor pídale.

Paso 2. Puede traer o enviar su solicitud por correo a su oficina local del DHS.

★ Información sobre su estado de inmigración

Puede hacer la solicitud para una parte de su grupo familiar si algunos miembros no son inmigrantes legales. Podría tener que presentar comprobantes de la situación de inmigración de las personas para las cuales hace la solicitud si no son ciudadanos estadounidenses ni están nacionalizados.

Se verificará el estado legal de extranjero de su grupo familiar a través del Servicio de Ciudadanía e Inmigración. Toda la información que obtengamos del Servicio de Ciudadanía e Inmigración podría afectar los beneficios que su grupo familiar podría recibir. No nos comunicaremos con el Servicio de Ciudadanía e Inmigración para averiguar sobre las personas para las cuales no presenta la solicitud. Sin embargo, podríamos utilizar sus ingresos y recursos para ver si el resto del grupo familiar puede obtener ayuda.

★ Los cambios al informe

Informe todos los cambios a DHS dentro de los 10 días corridos posteriores a la fecha en que ocurre el cambio:

- Mudanza y dirección postal
- Cobertura del seguro médico
- Ingreso a una institución sin fines médicos, cárcel o prisión

No es necesario que informe lo siguiente:

- Cambios en sus ingresos
- Alguien que se muda a su hogar o se va de su hogar
- Cambios con respecto a recursos o activos

Conserve esta parte

★ ¿Cuánto costará?

Podría tener que pagar una prima para obtener IowaCare. El importe de la prima dependerá del monto de dinero que reciba cada mes.

Si adeuda una prima, debe abonarla al final de cada mes. Será responsable de abonar por lo menos cuatro meses de primas.

La cobertura de IowaCare podrá ser interrumpida si no paga la prima mensualmente o no reclama exención por dificultades económicas.

Si no puede pagar la prima porque necesita su dinero para pagar alimentos, vivienda, servicios públicos, transporte o atención médica adicional, puede reclamar una exención debido a dificultades económicas. Para reclamar una exención debido a dificultades económicas debe firmar las facturas mensuales. Las facturas deben estar selladas por el correo con fecha anterior a la fecha de vencimiento. Si la fecha del sello postal es posterior a la fecha de vencimiento, tendrá que pagar la prima.

★ Montos de primas (Efectivo 10/1/2010)

Algunos miembros de IowaCare deben pagar una prima para obtener IowaCare. Para averiguar si usted debe pagar prima, utilice los ingresos de todos los miembros de su familia que viven en su hogar. Mire el cuadro Tamaño de la Familia que figura debajo, si el ingreso de su familia es superior al importe correspondiente al tamaño de su familia, entonces tendrá que pagar prima.

Tamaño de la familia	1	2	3	4	5	6
150% FPL=Ingresos mensuales de	\$1354	\$1822	\$2289	\$2757	\$3224	\$3692

Si usted es la única persona de su grupo familiar que desea IowaCare, las primas se muestran en la columna **Un Miembro de IowaCare**. Si hay dos o más personas en su hogar que desean obtener IowaCare, las primas conjuntas se muestran en la columna **Dos o Más Miembros**. Primas conjuntas significa que todos los miembros de IowaCare en un hogar pagan solamente una prima todos juntos.

Uno de los miembros y el ingreso es igual o inferior al de la FPL	prima de miembros es	Dos o más y los ingresos de la unidad familiar es igual o menor de las FPL::	prima conjunta miembros es
150%	Sin costo	150%	Sin costo
160%	\$47.00	160%	\$63.00
170%	\$50.00	170%	\$68.00
180%	\$53.00	180%	\$72.00
190%	\$56.00	190%	\$76.00
200%	\$60.00	200%	\$80.00

Conserve esta parte

Iowa Department of Human Services

Solicitud para IowaCare

Por favor responda todas las preguntas y firme al respaldo. Si tiene preguntas o necesita ayuda para llenar este formulario, por favor llame al **1-800-338-8366**. Si vive en el Condado de Polo, puede llamar al 256-4606. ¡Estaremos gustosos de ayudarle!!

★ Infórmenos sobre usted

Nombre	Número telefónico	
Dirección postal	Dirección de correspondencia (si es diferente)	
Ciudad	Estado	Código Postal

★ Personas en su hogar

Liste todas las personas en su hogar, incluyéndose usted, y marque sí o no si está solicitando para esa persona. Por favor utilice otra hoja de papel si lo necesita.

¿Solicita? Sí/No	Nombre (Nombre, Apellido)	Relación con usted	Fecha de nacimiento	Número de Seguridad Social	Raza (Opcional)	Ciudadano Sí/No	Si es extranjero, estatus
		Usted					

Liste cualquier persona de su hogar que sea incapacitado: _____

Liste cualquier persona de su hogar que esté embarazada: _____ Fecha posible de parto _____
Si tiene facturas médicas sin pagar, incluya una copia de las que aún deba.

¿Fue al Centro Médico Broadlawns o a los hospitales y clínicas de la Universidad de Iowa durante el último mes? Sí No
Si lo hizo, puede recibir cobertura del programa IowaCare para el mes anterior.

★ Ingreso

Usted debe indicarnos todo el dinero que las personas en su hogar reciben o esperan recibir. Si deja un espacio en blanco, entenderemos que no recibe ese tipo de dinero. Si está temporalmente sin trabajo, estime su ingreso mensual. Por favor utilice otra hoja de papel si lo necesita.

¿Quién es su empleador? _____

De dónde proviene el dinero	Quién obtiene el dinero	Cantidad	Mensual o anual
Dinero del trabajo sin incluir impuestos (Bruto)			
Trabajador independiente o trabajos ocasionales (ingreso anual)			
Propinas			
Desempleo o compensación del trabajador			
Seguridad Social o Supplemental Security Income (SSI)			
Beneficios de veteranos, pensiones, o jubilación			
Mantenimiento de niños o pensión de alimentos			
Dinero de amigos o parientes			
Otro (incluyendo suma global):			

A
r
r
a
n
q
u
e
y
e
n
v
í
e
s
t
a
p
a
r
t
e

★ Activos o recursos

Un recurso o activo es efectivo o cualquier cosa que pueda ser cambiada a efectivo. Liste todos sus recursos y activos y el monto o valor. Incluye elementos como dinero en efectivo disponible, cuentas corrientes, vehículos, seguros de vida, títulos valores, bonos, certificados de depósitos (CDs), fondos fiduciarios, cuentas de jubilación, contratos de entierro y espacios de entierro. Si deja un espacio en blanco, entenderemos que significa que no tiene recursos o

Personas con Recurso	Tipo de Recurso	Monto o Valor	Ubicación del Recurso

★ Seguro de salud

Debe responder sí o no a las siguientes preguntas.

¿Alguien tiene Medicare? Sí No ¿Quién? ____

¿Alguien tiene otro seguro de salud? Sí No ¿Quién? ____

¿Su empleador ofrece seguro de salud? Sí No ¿Quién? ____

Si tiene niños, ¿están cubiertos por el programa Healthy and Well Kids in Iowa (hawk-I)? Sí No

¿Cuánto cuesta la prima mensual? \$10 \$20 \$15 dentales sólo

★ Su Firma y Entendimiento

Certifico, bajo la gravedad del juramento, que:

- Las respuestas que di son correctas y completas según mi leal saber y entender.
- Mi respuesta sobre el estado de ciudadanía o extranjería de cada persona que hace la solicitud es acertada.

Entiendo que si soy aprobado para IowaCare, es posible que deba pagar una prima mensual o pedir penuria a fin de obtener cobertura. También entiendo que:

- Se me enviará un extracto de cobro para cada mes que deba la prima.
- Acepto entregar a la agencia Medicaid los pagos de gastos médicos realizados por terceros para mí y otras personas elegibles para Medicaid, para las cuales yo estoy legalmente autorizado/a a asignar beneficios. Además, acepto cooperar para obtener pagos de gastos médicos provenientes de terceros.
- Si aún no estoy en IowaCare y debo una prima, las primas no vencerán hasta el mes siguiente a que se tome una decisión sobre mi solicitud. Si esta es una solicitud para continuar IowaCare y si debo pagar una prima, ésta se pagará cada mes del nuevo período de inscripción.
- Debo devolver el extracto de cobro con mi pago o solicitar el estado de penuria económica cada mes aún si no recibo atención médica en esos meses. El extracto de cobro no debe tener matasellos anterior a la fecha límite de pago allí marcada.
- Si debo pagar una prima, me comprometo a pagarla o a pedir estado de penuria por un mínimo por cuatro meses, aún si IowaCare se suspende antes del final de estos cuatro meses.
- Si no pago mi prima ni solicito el estado de penuria económica antes de la fecha límite de pago, se suspenderán mis beneficios de IowaCare.
- Si no pago mi prima ni solicito el estado de penuria económica antes de la fecha límite de pago, deberé al DHS el monto no pagado. Este monto no pagado se constituirá en una deuda legal que el DHS puede cobrar por cualquier medio permitido por la ley.

Su firma o marca	Fecha de hoy
Firma o marca del cónyuge o del otro padre	Fecha de hoy
Firma de la persona que ayudó a completar el formulario	Fecha de hoy

★ Usted tiene derecho a apelar

Usted o la persona que le esté ayudando, puede solicitar una audiencia de apelación en caso que usted no esté de acuerdo con alguna acción tomada en su caso. Debe apelar por escrito.

Para apelar por escrito, haga **una** de las siguientes cosas:

- Llene una apelación electrónicamente en <https://dhssecure.dhs.state.ia.us/forms/>, o
- Escriba una carta en la que nos diga por qué cree que la decisión está errada, o
- Llene un formulario de Apelación y Solicitud de Audiencia, que puede obtener de la oficina del DHS de su condado.

Envíe o lleve su apelación al Department of Human Services, Appeals Section, 5th Floor, 1305 E Walnut Street, Des Moines, Iowa 50319-0114. Si necesita ayuda para llenar una apelación, solicítela en la oficina del DHS local.

Usted puede representarse a sí mismo. O puede hacer que un amigo, pariente, abogado o alguien más actúe en su nombre.

Puede contactar su oficina local del DHS para obtener servicios legales. Es posible que deba pagar por estos servicios legales. Si lo hace, su pago se basará en su ingreso. También puede llamar a Iowa Legal Aid al (800) 532-1275. Si vive en Polk County, llame al (515) 243-1193.

★ Nosotros verificamos lo que usted nos dice

La información que usted nos proporciona puede ser verificada por funcionarios federales, estatales y locales para asegurarse que es cierta. Las cosas que podríamos verificar son datos sobre las personas mencionadas como: número de seguridad social, empleo y salario, montos recibidos de otras fuentes como la Seguridad Social o desempleo, y calidad de extranjero. Si cualquier información que nos brinde no es correcta, podremos negar su solicitud.

Podremos verificar los registros para ver si alguien en su hogar está obteniendo beneficios en otro estado.

Verificamos y utilizamos sistemas informáticos como el State Income and Eligibility Verification System. Si algo de lo que usted nos dijo es diferente de lo que el sistema informático nos reporta, verificaremos cuál es la versión correcta. Podremos verificar su información contactando a su empleador, a su banco o a otras personas. Le preguntaremos antes de verificar con su empleador o con otras personas.

★ Cosas que debe saber

Las unidades de Quality Control e Investigations pueden revisar su caso. Ellos pueden contactar otras personas u organizaciones para obtener pruebas de su información. Mediante la firma de esta solicitud, usted otorga autorización para revelar información confidencial a las unidades de Quality Control o Investigations. Usted debe cooperar con ellos para mantener sus beneficios.

Es posible que deba devolver cualquier beneficio de IowaCare que obtuvo o que fue pagado a una tercera persona en su nombre si no era elegible.

La Sección 1128B de la Social Security Act establece penas federales para actos fraudulentos e informaciones falsas en relación con estos programas.

Cualquiera que obtenga, intente obtener, o ayude a otra persona a obtener asistencia a la cual no tiene derecho, es culpable de violación de las leyes del Estado de Iowa. Esto incluye, pero no se limita al Código de Iowa, Capítulo 249J.

Com. 223(S) se le dará a usted. Éste le informará sobre cualquier derecho y responsabilidad adicional que no estén cubiertos en esta solicitud.

Usted debe suministrar los números de seguridad social para todo aquel que desee IowaCare. Esto lo requiere la sección 1137(a)(1) de la Ley de Seguridad Social y 42 CFR 435.910. Si no desea IowaCare, no tiene que darnos su número de seguridad social. Nosotros usamos los números de seguridad social para:

- Verificar ingresos, elegibilidad y pagos de IowaCare
- Determinar el derecho de una persona a IowaCare
- Cumplir con la ley federal
- Cruzar registros con otras agencias

Mediante la firma de esta solicitud, otorga permiso al DHS para compartir sus registros médicos y de atención en salud con funcionarios federales y estatales.

Este permiso continua mientras obtenga beneficios de IowaCare y para cualquier mes que obtenga beneficios de IowaCare, aún si actualmente no está obteniendo los beneficios de IowaCare.

★ Cosas que debe saber

- Si soy aprobado para IowaCare, es posible que deba pagar una prima mensual o pedir penuria a fin de obtener cobertura.
- Se me enviará un extracto de cobro para cada mes que deba la prima.
- Acepto entregar a la agencia Medicaid los pagos de gastos médicos realizados por terceros para mí y otras personas elegibles para Medicaid, para las cuales yo estoy legalmente autorizado/a a asignar beneficios. Además, acepto cooperar para obtener pagos gastos médicos provenientes de terceros.
- No deberé la prima hasta el mes siguiente a que se tome una decisión sobre mi solicitud.
- Debo devolver el extracto de cobro con mi pago o solicitar el estado de penuria económica cada mes aún si no recibo atención médica en esos meses. El extracto de cobro no debe tener matasellos anterior a la fecha límite de pago allí marcada.
- Si debo pagar una prima, me comprometo a pagarla o a pedir estado de penuria por un mínimo por cuatro meses, aún si IowaCare se suspende antes del final de estos cuatro meses.
- Si no pago mi prima ni solicito el estado de penuria económica antes de la fecha límite de pago, se suspenderán mis beneficios de IowaCare.
- Si no pago mi prima ni solicito el estado de penuria económica antes de la fecha límite de pago, deberé al DHS el monto no pagado. Este monto no pagado se constituirá en una deuda legal que el DHS puede cobrar por cualquier medio permitido por la ley.

★ Cambios al informe

Informe los cambios al DHS dentro de los 10 días calendario siguientes a la fecha en que ocurra el cambio:

- Mudanza y dirección postal
- Cobertura del seguro de salud
- Ingresar a una institución no médica

No necesita informar lo siguiente:

- Cambios en su ingreso
- Alguien que se entre a vivir o salga de su hogar
- Cambios en recursos o activos

★ No será discriminado

Es política del Iowa Department of Human Services ofrecer trato igualitario en cuanto a empleo y ofrecimiento de servicios a los solicitantes, empleados y clientes, sin importar su raza, color, nacionalidad, sexo, orientación sexual, identidad de género, religión, edad, incapacidad, creencia política o estatus de veterano.

Si usted considera que el IDHS le ha discriminado o acosado, puede enviar una carta quejándose a:

Iowa Department of Human Services, Administrator, Diversity Program Unit, 1305 E. Walnut, Des Moines IA 50319-0114; teléfono (800) 972-2017; fax (515) 281-4243.