



SOLICITUD A MEDICAID PARA MUJERES, NIÑOS, Y FAMILIAS



Si Ud. necesita este formulario en español, comuníquese con su trabajador(a). Intérpretes están disponibles gratuitamente

Programas de Asistencia Médica

MEDICAID PARA FAMILIAS (JUL)

Proporciona *Medicaid* a los padres o parientes que cuidan a niños dependientes meno de 19 años, aunque no califiquen para asistencia en efectivo, o no desean solicitar asistencia en efectivo. *Medicaid* está totalmente separado del programa de asistencia en efectivo. Al recibir beneficios de *Medicaid* no cuentan para el límite de tiempo de asistencia en efectivo.

MEDICAID PARA NIÑOS SOLAMENTE

Proporciona cobertura para niños meno de 19 años. Algunos niños pueden ser elegibles para Children's Health Insurance Program (Programa de Seguro de Salud para Niños, siglas en inglés CHIP). Para los niños con cobertura CHIP se requerir copagos pequeños. Los niños Nativos Americanos que tengan cobertura con CHIP no tienen copagos.

PLANIFICACIÓN FAMILIAR PARA MUJERES

Cubre solamente aquellos servicios relacionados con planificación familiar. Para mujeres entre 18 y 50 años.

MUJERES EMBARAZADAS

Cubre solamente aquellos servicios relacionados con embarazos. La cobertura para estos servicios se extiende hasta dos meses después en el cual el niño nace o que el embarazo haya terminado.

Hay otros programas de *Medicaid* que requieren otra solicitud diferente a ésta.

Las regulaciones federales requieren que todos los individuos que reciben asistencia de *Medicaid* proporcionen documentos que verifiquen su estatus de Ciudadanía o su Residencia Permanente e Identidad. **Este proceso se requiere una sola vez.** Un certificado de nacimiento de los Estados Unidos es la forma más fácil de establecer prueba de su ciudadanía (otros modos para probar su ciudadanía o son mencionados más abajo).

Para individuos nacidos en Nuevo Mexico se verificará su certificado de nacimiento a través del Departamento de Salud del Estado de Nuevo Mexico (*New Mexico Department of Health*). Le daremos la información necesaria para obtener los certificados de nacimiento de aquellos miembros de su familia que son nacidos afuera del Estado de Nuevo Mexico.

Recuerde proporcionar prueba de lo siguiente con su solicitud: ▼

Una o más de estos documentos puede usarse como prueba ... ▼

<input checked="" type="checkbox"/>	Identidad	Copia de su licencia de conducir, identificación emitida por el Gobierno con foto, carta de INS o tarjeta de inmigración
<input checked="" type="checkbox"/>	Ciudadanía	Copia de su pasaporte, de los Estados Unidos, certificado de Naturalización, Certificado de Ciudadanía, Certificado de Nacimiento de los Estados Unidos, Certificación de nacimiento emitida por el Departamento de Estado, Certificado de Sangre India. No envíe su tarjeta de Seguro Social
<input checked="" type="checkbox"/>	Estatus Legal de Inmigrante	Copias de su tarjeta de inmigración, o carta del INS o Departamento de Seguridad Nacional.
<input checked="" type="checkbox"/>	Ingresos Ud. y su conyuge	Copias de cheques de pago de los últimos 30 días o una carta de su empleador Copia del su cheque o carta de otorgar del Seguro Social, Veteranos, Retiro, o otras fuentes de ingreso Pruebas de ingresos como la Declaración de Impuestos a la Renta o Pruebas de Salarios Personales
<input checked="" type="checkbox"/>	Seguro de Salud (solamente para <i>Medicaid</i> para Familias o CHIP)	Copias de la tarjetas de identificación o carta de la Compañía de Seguro de Salud
<input checked="" type="checkbox"/>	Fecha de Término de Embarazo (si se aplica a Ud.)	Declaración del médico de la fecha de término de su embarazo

ISD Office Use Only	Status <input type="checkbox"/> Application <input type="checkbox"/> Redetermination	Former Recipient <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Cat.	Application Date	Date Mailed	Date Received
PE/MOSAA Use Only	PE Interviewer Name	PE Interviewer's Site	PE Interviewer Phone	Date Mailed to ISD Office		

Información sobre el Solicitante	
¿Cómo solicitar por asistencia?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Complete esta solicitud. 2. Traiga o envíe esta solicitud a la oficina de <i>ISD</i> de su área. 3. Proporcione toda la información necesario que le ayude a calificar para el programa. 4. Si los documentos no están completos, se le solicitará la información requerida. 5. Una decisión sobre su solicitud se hará dentro de 45 días, a menos que necesitemos mas información para continuar el proceso. 6. Se le enviará una carta sobre su solicitud.
Audiencia Justa	<p>Ud. puede solicitar una audiencia justa, por teléfono, en persona, dentro de los 90 días de la fecha en que se tomó una decisión sobre su caso. Puede ser representado por otra persona. Si Ud. no está de acuerdo con la decisión con respecto a su caso, tiene el derecho de solicitar que se revise su caso y los documentos utilizados para decidir su caso antes de la audiencia.</p>
Sus Derechos Civiles	<p>Todos los programas administrados por el Departamento de Servicios Humanos, (siglas en inglés <i>HSD</i>), son programas de oportunidad igual. Si Ud. cree que ha sido tratado injustamente, debido a su raza, color, origen nacional, edad, incapacidad y donde se aplique, debido a su sexo, estatus matrimonial, estatus familiar, estatus de padre o madre, religión, orientación sexual, información genética, creencias políticas, represalias, o porque todo o parte de su ingreso viene de programas de asistencia pública, Ud. puede presentar una queja. Las quejas sobre discriminación deben presentarse en la Oficina Central de Departamento de Servicios Humanos o la oficina local de <i>HSD</i> de su condado. Quejas de discriminación sobre el programa de <i>SNAP</i> presentarse en la oficina del Director de USDA, Oficina de Derechos Civiles, Suite 326 W, Whitten Bldg., 1400 Independence Ave. SW Washington DC 20250-9410 o llamar al (202) 720-5964 voz y TDD. Quejas por discriminación por Programas de Asistencia de Dinero y Asistencia Médica se deben presentar en la oficina de los Derechos Civiles, Department of Health and Human Services 1301 Young Street, Suite 1169, Dallas Texas 75202 o llame al teléfono gratis (800) 368-1019 (voz) y (214) 767-8940 (TDD).</p>
Responsabilidad de Reportar Cambios	<p>La información que di durante el proceso de solicitud se usa para determinar elegibilidad. Es mi responsabilidad reportar solamente cambios que puedan resultar en la pérdida de mi elegibilidad. Esto incluye: aumento de ingresos sobre el límite del programa, personas que vivan en mi casa, abandono del estado, y en algunos casos otros seguros de salud.</p>
Asignación de Derechos Para Pago	<p>Comprendo que a recibiré beneficios <i>Medicaid</i> para Familias o <i>CHIP</i> para mí o otras personas, yo automáticamente doy a <i>HSD</i> todos los derechos de apoyo médico y para pagar por cuidado médico de una tercera persona. Una tercera persona puede incluir padre o madre ausente, una compañía de seguros, u otra persona que pueda pagar por cuidado médicos y servicios.</p> <p>Comprendo que debo ayudar a <i>HSD</i> a:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificar al padre de mi niño que recibe <i>Medicaid</i> ▪ Identificar a terceras personas que puedan pagar cuidado médico y servicios. <p>Comprendo que si no le ayudo a <i>HSD</i> no seré elegible para recibir beneficios o perderé mis beneficios a menos que demuestre una buena razón de mi negativa para ayudar a <i>HSD</i>.</p>
Confidencialidad	<p>Comprendo que toda la información que doy a <i>HSD</i> es confidencial. Información solamente puede usarse para propósito de elegibilidad o para dar servicios. Por ley, la información confidencial puede compartirse con las agencias que administran los programas federales.</p>
Su Privacidad	<p>La información que Ud. Proporciona a <i>HSD</i> se usará para determinar si su hogar es elegible o continúa siendo elegible para tomar parte de los programas de <i>HSD</i>. Comprobaremos esta información a través de programas combinados por computadoras. Esta información será también usada para asegurarnos que Ud. cumple con las reglas del programa y para ayudarnos a administrar el programa. Esta información se podrá dar a otras agencias estatales y federales para reexaminación oficial, y a las agencias de la policía con el propósito del buscar a personas que huyen o evitan el cumplimiento de la ley.</p> <p>Si Ud. recibe beneficios los cuales no era elegible y se deben rembolsar, esto se llama un reclamo. Si Ud. y las personas que viven con Ud. reciben un reclamo en contra de Uds., la información en esta solicitud, incluyendo todas números de Seguro Social, puede ser dada a las agencias federales y estatales, y también a agencias privadas de colección de reclamos, para acción de recolección de deudas.</p>

Su Privacidad	<p>Proporcionar la información solicitada, incluyendo sus números de seguro social de las personas que viven con Ud. es voluntario. Sin embargo, cada persona que vive con Ud. que solicita asistencia debe proporcionar su número de seguro social resultará en el rechazo para los beneficios del programa para cada uno de los individuos que no dieron su número de seguridad social. Los inmigrantes no-ciudadanos que no solicitan ayuda para si mismos, no necesitan dar información de su estatus migratorio ni números de seguro social. Cualquier número de seguro social dado será usado y compartido de la misma manera de seguros sociales de los otros miembros elegibles de su hogar.</p> <p>También coordinaremos con otras agencias y el Servicio Federal de Ingresos de Verificación de Elegibilidad (<i>Federal Income Eligibility Verification Service</i>, siglas en inglés <i>IEVS</i>,) y (<i>Public Assistance Reporting Information System</i>, siglas en inglés <i>PARIS</i>) sobre la información que Ud. nos ha proporcionado. Esta información puede afectar la elegibilidad de su hogar y la cantidad de beneficios.</p>
----------------------	--



Si Ud. es una persona con incapacidades y necesita esta información en otro formulario, o necesita ayuda especial en ser parte de algún programa, servicio o audiencia pública, por favor contáctenos al Departamento de Servicios Humanos (*Human Services Department*, siglas en inglés *HSD*) ya sea en persona o por teléfono al 1-800-432-6217 o a través del Servicio de Sistema de Relevo TDD- al 1-800-659-8331. *HSD* deberá ser notificado con 10 días de anticipación para darle esta ayuda especial.

1. Díganos Sobre Ud					
Si Ud. necesita ayuda para llenar esta solicitud o en la obtención de la información necesitada, contacte su oficina local de <i>ISD</i> . Si Ud. está solicitando ayuda para otra persona, complete esta sección para esa persona					
Primer Nombre, Inicial, Apellido		Correo Electrónico		Mejor Tiempo Para Contacto Con Ud.	
Dirección de Calle	Ciudad		Estado	Zona Postal	
				Número de Teléfono ()	

Si su dirección de correo es diferente, por favor llene abajo, Si no, déjelo en blanco.

Calle, o casilla postal	Ciudad	Estado	Zona Postal
-------------------------	--------	--------	-------------

2. Díganos sobre las personas por quien Ud. está solicitando
Por favor llene los espacios indicados abajo para todas las personas que viven en su hogar. Si necesita más espacio, adjunte una hoja de papel separada. Proporcione Números de Seguro Social y Ciudadanía SOLAMENTE para aquellos que solicitan asistencia.

Haga una lista de los nombres e información suya y de todos los que viven en su casa.					Llene esta sección solamente para cada persona que está solicitando			
Nombre Primer y Apellido	Relación	Sexo M/F	Fecha de Nacimiento	Origen (opcional)	Estado y Condado de origen	Nombre de soltera de la madre de cada aplicante	Ciudadanía* Vea la lista abajo	Número de Seguro Social
1.	(Ud. Mismo)							
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								
8.								

► **Lista de Ciudadanía:** elija la mejor descripción indicada abajo para la ciudadanía de cada persona para quien solicita asistencia y escriba el número correspondiente arriba.

- | | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|------------------------|---------------------------------------|
| 1. Ciudadano de los Estados Unidos | 2. Residente Legal Permanente (LPR) | 3. Refugiado | 4. Asilado |
| 5. Entrante Cubano/ Haitiano | 6. Asiático-Americano | 7. Parol a U.S. 1año | 8. Retención de Deportación |
| 9. Violencia doméstica a mujer/niño | 10. Servicio Activo Militar | 11. Tribu Hmong or Lao | 12. Indio Nativo Americano/Canadiense |
| 13. Otro | | | |

Por favor conteste las siguientes preguntas sobre las personas nombradas más arriba.

1. ¿Hay alguna mujer embarazada en su casa? Quién? _____ Fecha de término del embarazo _____ SI NO
2. ¿Hay alguien en su casa que haya recibido servicios médicos dentro de los últimos tres meses y que no haya pagado la cuenta todavía? SI NO
Si la respuesta es SI, por favor haga una lista de las personas quien tiene las cuentas y por cuales meses.

3. ¿Hay alguien en su casa que tenga seguro de salud? SI NO
4. ¿Hay sido el seguro de salud de algún niño cancelado en los últimos seis meses? Si la respuesta es SI, proporcione el nombre del los niños y las fechas cuando se canceló.
a. _____; b. _____; c. _____ SI NO

Proporcione la razón porque el seguro de salud fue cancelado. _____

3. Díganos Sobre Su Ingreso

¿Ha recibido o espera recibir Ud. o alguien de su casa ingresos este mes? SI NO
Si su respuesta es SI, por favor complete lo siguiente.

Persona con Ingresos	¿De dónde es el Ingreso?	\$ Cantidad Mensual (Antes de deducciones)	¿Cada cuanto tiempo se recibe? (Mensual, bi mensual, seminal etc.)
		\$	
		\$	
		\$	

¿Ha pagado Ud. manutención para un niño este mes? Si la respuesta es SI, proporcione el nombre de los niños y la cantidad pagada por mes. SI NO

Cantidad pagada: \$ _____

¿ Recibe Ud. ayuda para pagar manutención de niños? SI NO

4. Padres que no viven con sus niños

Al aceptar asistencia médica para sus niños, Ud. asigna a HSD derechos para coleccionar manutención para niños del padre ausente. Por favor, hacer lista de toda la información pertinente a los padres ausentes.

Nombre del Niño	Nombre del padre ausente

5. USTED PUEDE REGISTRARSE PARA VOTAR

¿SI USTED NO ESTÁ REGISTRADO PARA VOTAR EN EL LUGAR DONDE UD. VIVE AHORA, QUIERE UD. REGISTRARSE PARA VOTAR AQUÍ HOY? SI NO (Sirvase poner su marca en uno de los cuadros.)

(SI UD. NO PONE SU MARCA EN CUALQUIERA DE LOS DOS CUADRADOS NO REGISTRARSE PARA VOTAR AHORA).

La LEY NACIONAL DE REGISTRO DE VOTANTES pone a disposición suya la oportunidad de registrarse para votar en este lugar. Si ud. desea que alguna persona le ayude a llenar el formulario para registrarse, nosotros le ayudaremos. Usted es la única persona que puede decidir si necesita ayuda o no. Usted puede llenar la solicitud propia cuenta sin la ayuda de persona alguna. Usted puede llenar la forma de solicitud en privado.

IMPORTANTE: El hecho de que ud. solicita ayuda o que decida no registrarse para votar NO AFECTARÁ la ayuda que esta agencia le opondrá a ud.

Firma	Fecha
-------	-------

CONFIDENCIALIDAD: Si ud. decide registrarse o no, la decisión que ud. tome permanecerá en calidad de confidencial. **SI UD. CREE QUE ALGUNA PERSONA HA INTERVENIDO CON** su derecho de registrarse para votar, o rechazar su registro de votar, o ha intervenido con su derecho a la privacidad al decidir si se registra para votar o al indicar que desea registrarse, o su derecho a elegir el partido político, ud. puede presentar su queja a la Oficina de la Secretaria de Estado, 419 State Capitol, Santa Fe, NM, 87503, (telefono: 1-800-477-3632).

6. Su Firma (Su representante autorizado también puede firmar aquí)

Firmando esta Solicitud, yo estoy de acuerdo a lo siguiente:

- Proporcionar toda la información y pruebas que se necesitan para determinar elegibilidad.
- Proporcionar el número de seguro social de cada persona que está solicitando asistencia para beneficios.
- Permitir que el Departamento de Servicios Humanos (*HSD*) contacte a personas o agencias para verificar la información si yo no puedo proveer información.
- Permitir que toda la información que he proporcionado a *HSD* sea comparado por computadora con otras agencias federales, estatales y locales.
- Permitir a *HSD* que examine los informes médicos necesarios para determinar elegibilidad y/o para pagos de beneficios.
- Yo estoy declarando la identidad de mis niños menores de 16 años.
- Si proporciono a sabiendas información falsa, incorrecta o incompleta, yo podré estar procesado por esos crímenes.
- Yo comprendo que tendré que devolver cualquier pago por algún beneficio que haya recibido sin haber sido elegible de recibirlo.
- *HSD* usará la información para decidir mi elegibilidad, y por lo tanto, la información debe ser lo más correcta posible.

► Firme Aquí X _____ Fecha de hoy _____