

Solicitud Para Recibir Asistencia Para Pagar las Primas del Seguro *Insure New Mexico*

INFORMACION PARA EL SOLICITANTE

Insure New Mexico! ofrece dos planes que ayudan a pagar los costos de la cobertura del seguro. Uno para menores cuyos ingresos familiares son muy altos para Medicaid y SCHIP y el otro para mujeres embarazadas cuyos ingresos son muy altos para la Clasificación 035 (de Medicaid) solo para el embarazo.

- **Asistencia con las primas para menores (PAK)** – cada mes, la persona matriculada paga una predeterminada prima del seguro medico y el estado paga el resto. Esto incluye:
 - a menores recién nacidos hasta la edad de doce años
 - a menores hasta la edad de dieciocho años que viven con un hermano o hermana cual tiene menos de doce años de edad
- **Asistencia con las primas para la Maternidad (PAM)** – la persona matriculada paga como prima \$500 o \$1,000 una vez. Esto es para:
 - mujeres embarazadas que no tienen seguro o seguro de maternidad

Para calificar para recibir asistencia para pagar la prima, las personas que viven en su casa tienen que cumplir lo que disponen ciertas normas. Favor de rellenar todos los espacios en la solicitud respecto a Ud. y las personas que viven en su casa. Si necesita más espacio para contestar cualquiera de las preguntas en esta solicitud, Ud. puede usar otra hoja de papel. Aunque Ud. va a solicitar Asistencia para pagar la Prima su solicitud será examinada para los programas indicados más abajo antes de que la examinen para la Asistencia para pagar las Primas.

- Medicaid para Niños
- Programa del Estado de Seguro Médico para Niños
- Clasificación 035 solo para el embarazo

Favor de elegir una de las siguientes:

- Si está aplicando como parte de un grupo de empleadores o como individuo, envíe por correo a: *Insure New Mexico!* PO Box 27117, Santa Fe, NM 87502 o Devuélvala a su empleador.
- Ud. puede fax la solicitud a 505-827-7200.

Ud. tiene que someter los documentos a continuación con su solicitud:

- Identificación— (ejemplos incluyen copia de la licencia de manejar, Tarjeta de Identificación del Gobierno, cartas de inmigración, tarjetas de Inmigración, tarjeta de su Seguro Social).
- Ingreso de todos las personas que viven en su casa (copia de los comprobantes de los cheques) de los últimos 30 días a partir de la fecha de la solicitud.
- Ciudadanía de los E.U. (ejemplos incluyen pasaporte original de los E.U., Acta de nacimiento de los E.U., certificado de naturalización).
- Prueba de los gastos que Ud. paga para sostener a las cargas familiares.
- Si solicitan Asistencia para pagar las Primas para Maternidad, una declaración escrita de su médico que confirma que está embarazada y la fecha del parto.

Después de que se reciba su solicitud, examinaremos todos los documentos. Si los documentos no están completos le pediremos que nos facilite la información necesaria. Le enviaremos una carta respecto a si Ud. reúne los requisitos. Si aprobamos su solicitud de PAK, es válida por 12 meses a partir de la fecha cuando se aprueba la solicitud. Si aprobamos su solicitud de PAM, es válida hasta 2 meses después del parto. Si Ud. necesita ayuda para rellenar la solicitud o si quiere hacer preguntas respecto a esta solicitud, comuníquese con ***Insure New Mexico* llamando al número 1-888-997-2583.**



Si Ud. es una persona que está discapacitada y Ud. requiere esta información en formato alternativo o necesita acomodo especial para participar en cualquier audiencia pública, programa o servicios favor de comunicarse con el Departamento de Servicios Públicos llamando gratis al número 1-800-432-6217, o TDD 1-800-609-4TDD o mediante el Sistema de Transmisión por el número 1-800-659-8331. El Departamento solicita aviso por lo menos 10 días por adelantado para proveerle los formatos alternativos.

MIS DERECHOS Y OBLIGACIONES

Lea con mucho cuidado antes de completar la solicitud.

CUANDO YO FIRMO ESTA SOLICITUD, ESTOY DE ACUERDO DE CUMPLIR LAS OBLIGACIONES A CONTINUACION:

- Proveer toda la información y la prueba necesaria para determinar si reúno los requisitos.
- Proveer el Número de Seguro Social de cada persona que vive en mi casa que está solicitando beneficios.
- Permitir que el personal del Departamento de Servicios Humanos (DSH) se comunique con personas o agencias para verificar la información necesaria si yo no puedo proveer la información.
- Permitir que toda la información que yo le remito al DSH que se coteje con otras agencias federales, estatales y locales.
- El DSH usará la información que yo les proporcioné para que decidan si yo reúno los requisitos, por consiguiente la información tiene que ser lo más correcta posible.
- Si la información que yo proporcioné es falsa o incompleta, me pueden denegar o terminar mis beneficios.
- Si yo con conocimiento proporcioné información falsa, incorrecta o incompleta me pueden denunciar por ese delito.
- Entiendo que tengo que pagar el valor de cualquiera de los beneficios que yo no haya satisfecho los requisitos que me dan el derecho de recibirlos.

INFORMACIÓN SOBRE SU PRIVACIDAD - La información que Ud. Proporciona a HSD se usará para determinar si su hogar es elegible o continúa siendo elegible para tomar parte de los programas de HSD. 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.

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 todos los 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. 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 sí 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.

También coordinaremos con otras agencias y el Servicio Federal de Ingresos de Verificación de Elegibilidad (*Federal Income Eligibility Verification Service*, siglas en inglés *IEVS*,) y (*Public Assistance Reporting Information System*, siglas en inglés *PARIS*) sobre la información que Ud. nos ha proporcionado. Esta información puede afectar la elegibilidad de su hogar y la cantidad de beneficios.

DERECHOS A UNA AUDIENCIA JUSTA – Entiendo que yo puedo solicitar una audiencia justa, ya sea por teléfono, personalmente, o por escrito dentro de 90 días a partir de la fecha cuando se tomó la decisión en mi caso. Tengo el derecho de que otra persona me represente. Entiendo que si yo no estoy de acuerdo con cualquiera decisión que se tome en cualquier asunto con respecto a mi caso, que tengo el derecho de examinar los expedientes en mi caso y otros documentos que se usen para decidir mi caso antes de que tenga lugar la audiencia.

CONFIDENCIALIDAD – Toda la información que yo le proporcione al Departamento de Servicios Humanos (DSH) es confidencial. Esta información se les proporcionará a los empleados del DSH que la necesitan para administrar los programas que yo he solicitado. Pueden divulgar la información a otras agencias que administran programas federales o que son financiados con fondos federales. Toda la información se usará para determinar si satisface los requisitos y o para proveer los servicios.

OBLIGACIÓN DE REPORTAR CAMBIOS –La información que yo proporciono durante el proceso de la solicitud se usará para determinar si yo satisfago los requisitos. Cambios en el ingreso o cambios en la familia no tienen que reportarse hasta cuando ocurra la re-certificación. Entiendo que tengo que avisar si me mudo fuera del estado, si tengo nueva dirección, o obtengo otra cobertura de atención de salud dentro de diez días a partir de la fecha del cambio o que por otro motivo me lo exijan.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA – Cuando yo firme esta solicitud, le permito al personal del DSH que examinen los documentos clínicos que necesitan para tomar decisiones si yo satisfago los requisitos y lo para pagar beneficios.

DECLARACIÓN DE DERECHOS CIVILES –Todos los programas que administra el personal del DSH son programas de oportunidad igual. Si Ud. cree que lo/ la han 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. Quejas de discriminación pueden presentarse al a la oficina central del Departamento de Servicios Humanos, la oficina de Manutención de Ingreso del Condado, el Departamento Federal de Salud y Servicios Humanos, el Departamento de Justicia de los Estados Unidos o Oficina de Civil Rights, Departamento de Salud y Servicios Humanos, 1301 Young Street, Suite 1169, Dallas, TX 75202 o llamar al 1-800 368-1019(voz) y (214)- 767- 8940 (TDD).

FOR HSD USE ONLY (SOLO PARA USO DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS)				
Date Received / Reviewed By	Program <input type="checkbox"/> PAK <input type="checkbox"/> PAM	PAK HH Inc BCBS / Lov / Pres Initials / DL / BC / SS	PAM HH Inc Initials / DL / BC / SS EDC	Missing DL / BC / SS / EDC HH Inc Initials / Sign MCO Choice Other:
		Weeks	Ins. Baby Y / N	
FOR HSD USE ONLY				

CABEZA DE LA FAMILIA O SOLICITANTE de PAM

Nombre	Número de teléfono en su casa	Número de teléfono en su trabajo
Dirección: Calle – Número/ Calle o Camino / Casilla Postal Número		
Ciudad	Estado	Código Postal

DIRECCIÓN POSTAL (Si es distinta a la dirección de su casa)

Número de la casa y Calle o Número de la Casilla Postal		
Ciudad	Estado	Código Postal

PERSONAS QUE VIVEN EN SU CASA – Ud., su cónyuge o pareja, y todos los dependientes menores que viven con Ud. y que tienen menos de 19 años.

Solamente tienen que proporcionar el número de seguro social y ciudadanía por aquellos que solicitan asistencia médica.

Si es necesario use páginas adicionales

Nombre (Apellido, nom. De pila, 2o nombre)	Plan que Ud. solicita Ponga un círculo por persona			Fecha de Nacimiento			Número de Seguro Social	Parentesco Con el Jefe de la Casa	Sexo	Raza	Ciudadano de los EE.UU.		Extranjero Legal	
				Mes	Dia	Ano					M/F	Sí	No	
	PAK	PAM	ningún											
	PAK	PAM	ningún											
	PAK	PAM	ningún											
	PAK	PAM	ningún											
	PAK	PAM	ningún											
	PAK	PAM	ningún											

1. ¿Es el solicitante, el padre, la madre (padre natural, padre adoptivo, padrastro/ madrastra o tutor legal) de las cargas familiares (si existen) listadas más arriba? Sí No

2. ¿Si un adulto está listado bajo Miembros de la Unidad Familiar está el solicitante y esa persona adulta legalmente casados? Sí No

3. ¿Si un adulto está listado bajo Miembros de la Unidad Familiar y esa persona adulta no está casada con el solicitante , el solicitante y esa persona adulta tienen por lo menos un menor que es carga familiar en común que vive en la casa de la Unidad Familiar. Sí No
4. ¿Ha solicitado Ud. o cualquiera otra persona Plan de Medicaid o de Medicare (incluso SSI, Medicaid Institucionalizado, etcétera)? Sí No Si su respuesta es Sí, ¿cuando solicitó Ud. el otra Plan de Medicaid o de Medicare?_____

SEGURO DE SALUD

¿Alguna persona en su entidad familiar tiene seguro de salud? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Si Ud es solicitante del Plan PAM, su solicitud cubre maternidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Favor de escribir el/los nombre/s de cada persona que tiene cobertura de seguro de salud: 1 _____ 2. _____ 3. _____	
¿Dentro de los últimos 6 meses, se ha cancelado el seguro de salud para un niño, niños o mujer? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si responde sí, escriba el nombre o nombres y fecha /s cuando canceló	
1. _____ 2. _____ 3. _____	
Explique porqué canceló el seguro	
¿El solicitante ha solicitado y le han denegado cobertura de seguro de salud en los últimos seis meses? Si su respuesta es sí, adjunte una copia de la carta en la que deniegan ese seguro.	

INGRESO – Indique todo el dinero que recibieron todos los miembros de la entidad familiar. Eso incluye dinero de adiestramiento de trabajo o trabajo, trabajo por su propia cuenta beneficios del gobierno (SSA, VA, Etcétera) pensión alimenticia, regalías, fideicomisos, inversiones, ingresos de bienes, sostén de niños, desempleo y cualquier otro dinero que ha ganado o no ganado de cualquier origen.

Nombre de la persona que recibió el dinero	Nombre del empleador, persona o Agencia que proporcionó el dinero.	¿Con qué frecuencia recibe el dinero? (cada semana cada dos semanas)	SUMA TOTAL CADA VEZ QUE LE PAGAN (antes de las deducciones)

GUARDERÍA PARA CARGAS FAMILIARES

¿Ud. paga guardería para que cuiden a un niño o a otro miembro de la entidad familiar, para que Ud. pueda trabajar o adiestrarse para un trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿A quién están cuidando?			
1.	2.	3.	
¿Quién provee el cuidado?	Suma de dinero que Ud. paga	Suma de dinero que otra Persona paga	¿Con qué frecuencia se pagan esas sumas de dinero?

Complete esta columna si está solicitando Asistencia para pagar las primas para el seguro de Maternidad (PAM)

¿Está U. embarazada? Sí No ¿Qué si, cuantos semanas esta embarazada? _____ ¿En qué fecha va a dar a luz U? _____

Favor de someter con esta prueba del embarazo (una declaración por escrito de su médico que confirma el embarazo y la fecha cuando va a dar a luz U.)

¿Usted tiene seguro médico para su bebé recién nacido? Sí No

Solicitante de *PAM* Favor de Leer y escriba sus **INICIALIES** -

Estoy consciente de que tengo que obedecer las estipulaciones con respecto a mi cobertura del seguro *PAM*:

_____ No soy elegible para Medicaid.

_____ Yo en los últimos seis meses voluntariamente no he cancelado el seguro de salud que incluye cobertura de maternidad.

_____ Soy un residente de Nuevo México y Ciudadano de los E.U.

_____ El plan de beneficios *PAM* **NO** cubre intervenciones quirúrgicas, servicios, farmacéuticos ni diversos artículos que no están relacionados con el embarazo.

_____ Mi privilegio de seguir recibiendo los beneficios del plan *PAM* va a continuar hasta incluso el segundo mes después del mes del nacimiento o terminación del embarazo, salvo que yo me mude fuera del estado, o el ingreso de mi familia reporta que decayó los cuales resultan que puedo reunir los requisitos que exige Medicaid.

_____ El plan de *PAM* cubre el parto y entrega, pero no cubre los servicios del cuidado médico proporcionados a mi recién nacido inmediatamente después de entrega.

Estoy consciente de las estipulaciones a continuación con respecto a la prima del plan *PAM*:

_____ Entiendo que hay una cuota que tengo que pagarla una vez-\$500 si me matriculo en los primeros 20 semanas de mi embarazo (los meses 1-5) o \$1,000 si me matriculo en las segundas 20 semanas de mi embarazo (meses 6-9).

_____ Yo certifico que estoy en el- _____ mes de mi embarazo.

_____ La fecha cuando se estima que daré a luz al bebé es _____.
(Se requiere confirmación por escrito de su médico.)

_____ Entiendo que no me voy a matricular en el Plan *PAM* hasta la fecha cuando pague la cuota del prima por primera vez.

_____ Al someter mi solicitud para el plan *PAM* yo reconozco que todas las primas que yo le pague a *PAM* no son reembolsables y yo voluntariamente pierdo el derecho de que me devuelvan todos los pagos que yo he pagado.

Nombre de la persona asegurada en Letra de Molde

Firma de la persona asegurada

Fecha

Complete esta columna si está solicitando Asistencia para pagar la Prima para el plan pequeño (PAK)

Seleccione por favor un plan de PAK: Blue Cross Blue Shield PAK Plan Lovelace PAK Plan Presbyterian PAK Plan (*not available in Lea or Eddy County*)

Padre/Madre o Persona que tiene la tutela. Favor de leer y escriba sus **INICIALES** -

Estoy consciente de que las estipulaciones a continuación con respecto a la cobertura del seguro PAK:

_____ Mi/s niño/s no es elegible para Medicaid.

_____ No he cancelado voluntariamente el seguro de salud para mi/s niño/s durante los últimos 6 meses.

_____ Mi/s niño/s es residente de Nuevo México y Ciudadano de los E.U.

_____ Mi/s niño/s es más joven de doce, o es parte de un grupo del hermano que incluya a niño bajo edad de doce.

_____ Tengo que completar el Cuestionario de la Solicitud del Plan de Salud.

_____ El Plan de beneficios de PAK tiene deducciones cada año, co-pagos y co-seguro además de la prima mensual y **NO** cubre servicios dentarios, asistencia ocular, salud mental, acupuntura o servicios quiroprácticos.

_____ Cada 12 meses tiene que determinarse que mi /s niño /s satisface los requisitos para el plan PAK.

_____ Entiendo que la cobertura de mi/ s niño/s puede discontinuarse si él o ella se encuentra que satisface los requisitos para otro tipo de seguro de salud incluso Medicaid.

Estoy consciente de las estipulaciones a continuación respecto a los deducibles y primas de PAK:

_____ Entiendo que mi parte de la prima del primer mes tiene que pagarse antes de la primera fecha de cobertura. No empezará la cobertura hasta la fecha cuando se reciba el pago.

_____ Entiendo que tengo la obligación de pagar el 50% (efectivo antes de 31 de diciembre 2009); or 75% (efectivo después de 31 de diciembre 2009). Los pagos se pagarán de su cuenta de banco el día 25 de cada mes.

_____ Los co pagos que tengo la obligación de pagar no aplican para que yo pague mi deducción anual.

_____ Las sumas deducibles se establecen al empezar cada año calendario (1° de enero al 31 de diciembre). No hay cantidad que se lleve al próximo año no importa la fecha cuando yo renueve.

_____ Al someter la solicitud al plan PAK, yo reconozco que todas las primas y co-pagos pagados por recibir los beneficios de PAK no son reembolsables y yo voluntariamente pierdo mi derecho a todos los pagos que yo haya pagado.

Yo entiendo que si aprueban que yo me satisfago los requisitos no garantiza que me matriculen en plan de salud PAK. Yo entiendo que todas las solicitudes del plan de salud están sujetas al proceso del proceso normal de aseguramiento y que mi/s niño/s pueden ser rechazados y no reciban la cobertura después de que se ha completado este proceso.

Firma del Padre o la Madre/Persona que tiene la tutela

Fecha

Nombre del primer asegurado – en Letra de Molde 2° Asegurado (si corresponde escribirlo)

¿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 proporcionará a ud.

Signature	Date
-----------	------

CONFIDENCIALIDAD: Si ud. decide registrarse o no, la decisión que ud. tome permanecerá en calidad de confidencial. **SI UD. CREE QUE ALGUNA PERSONA HA 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).

He leído toda la información en esta solicitud o me la han leído a mí. Esta solicitud es únicamente para Asistencia con la Prima. Juro bajo pena de ley que la información que yo he proporcionado en esta solicitud es verídica, completa y correcta a mi mejor saber y entender. Otorgo mi permiso al personal de la DSH que se comunicó con personas o agencias para que obtengan la información que necesitan respecto a mí. Me han informado a mi qué son mis derechos y obligaciones.

Si Ud. tiene una solicitud pendiente con la Administración del Seguro Social o una solicitud de Medicaid pendiente, es posible que Ud. retroactivamente reúna los requisitos (por meses en el pasado) para cobertura total o Medicaid sin costo. Es importante que Ud. Sepa que la primas de Asistencia de Primas y co-pagos pagados no se le reembolsarán a Ud. por los meses los cuales posteriormente encuentre retroactivamente reúnen los requisitos para cobertura total o Medicaid sin costo.

Cuando someto esta solicitud, reconozco que las primas y co-pagos no son reembolsables y voluntariamente pierdo el derecho a toda prima y co-pagos que yo haya pagado.

 Firma del solicitante

 Fecha

 Firma de la persona que me ayudó a completar la Solicitud

 Testigo (si el solicitante firmó con una X)

LA LISTA DE DOCUMENTOS CONECTADOS

Ud. necesita estos documentos para PAM

- Una declaración por escrito de su médico que confirma el embarazo y la fecha cuando va a dar a luz Ud.
- Identificación—(ejemplares incluyen copia de la licencia de manejar, Tarjeta de Identificación del Gobierno, cartas de inmigración, tarjetas de inmigración, tarjeta de su Seguro Social).
- Ingreso de todos las personas que viven en su casa (copia de los comprobantes de los cheques) de los últimos 30 días a fecha de la solicitud.

Ud. necesita estos documentos para PAK

- Una copia de la certificado de nacimiento y tarjeta de su Seguro Social de los niños.
- Ingreso de todos las personas que viven en su casa (copia de los comprobantes de los cheques) de los últimos 30 días a partir de la fecha de la solicitud.
- Seleccione por favor un plan de PAK:
 - Blue Cross/Blue Shield
 - Presbyterian
 - Lovelace