

El Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Sur
Solicitud para South Carolina Healthy Connections
Cobertura para Niños, Mujeres Embarazadas, y Familias

Nota: Solamente necesita proveernos el Número de Seguro Social y contestar la pregunta sobre la ciudadanía estadounidense para las personas para quienes usted está solicitando. Sin embargo, si nos provee su Número de Seguro Social, aunque si no está solicitando los beneficios, puede ayudarnos a tramitar su solicitud más rápidamente. Usamos los Números de Seguro Social solamente para ayudarnos a verificar los ingresos.

- Hay que proveer los documentos originales para probar la ciudadanía estadounidense para cada persona que está solicitando la cobertura.
- Si está solicitando por alguien que no es ciudadano, hay que proveer los documentos de la Agencia de Servicios de Ciudadanía e Inmigración (Bureau of Citizenship and Immigration Services, BCIS) para apoyar su entrada legal a los EEUU.
- Si está solicitando Servicios de Emergencia Solamente por alguien que no es ciudadano, no se requiere que usted provea estos documentos ni un Número de Seguro Social.

1. Cuéntenos de usted (Individuo Primario)

Fecha de recibo de la Solicitud por el DHHS: _____

Nombre (Nombre, Inicial del 2º Nombre, Apellido):		Número de Seguro Social: (no se lo requiere para servicios de emergencia)		Fecha de Nacimiento:	
Dirección postal (donde recibe el correo) (incluya el número del apartamento) Ciudad Estado Código Postal				Condado:	
Dirección del domicilio (si no es la misma que la dirección postal) Ciudad Estado Código Postal				Número de Teléfono: ()	
Su Nombre Completo al Nacimiento: Para ayudarnos a verificar la ciudadanía		Nombre Completo de Su Mamá cuando Ella Nació:		Condado/Estado donde usted nació:	
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado	Marque todos que sean aplicables <input type="checkbox"/> Ciudadano de los EEUU <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Embarazada Fecha del Parto: _____	¿Está solicitando para usted mismo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Recibió Servicios Médicos durante los últimos tres meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Está asistiendo a una escuela actualmente? <input type="checkbox"/> Sí ¿Qué nivel/año? _____ <input type="checkbox"/> No	
¿Tiene Seguro de Enfermedad ahora? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contesta que sí, Nombre de Compañía _____ No. de Póliza _____					
Es usted uno de los padres, el padrastro o la madrastra, o el/la guardián/a de uno de los niños registrados en la solicitud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
¿Cuál es su idioma principal? <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> El Lenguaje por Señas <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro:		Raza	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Africano Americano <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Mexicano <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Indio Americano <input type="checkbox"/> Asiático/Pacífico <input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> Otro:		

2. Cuéntenos de su esposo/a (si usted es uno de los padres o el/la guardián/a de los niños y está casado/a)

Nombre (Nombre, Inicial del 2º Nombre, Apellido):		Número de Seguro Social: (no se lo requiere para servicios de emergencia)		Fecha de Nacimiento:	
Su Nombre Completo al Nacimiento: Para ayudarnos a verificar la ciudadanía		Nombre Completo de Su Mamá cuando Ella Nació:		Condado/Estado donde usted nació:	
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado	Marque todos que sean aplicables <input type="checkbox"/> Ciudadano de los EEUU <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Embarazada Fecha del Parto: _____	¿Está solicitando para usted mismo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Recibió Servicios Médicos durante los últimos tres meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Está asistiendo a una escuela actualmente? <input type="checkbox"/> Sí ¿Qué nivel/año? _____ <input type="checkbox"/> No	
¿Tiene Seguro de Enfermedad ahora? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contesta que sí, Nombre de Compañía _____ No. de Póliza _____					
Es uno de los padres, el padrastro o la madrastra, o el/la guardián/a de uno de los niños registrados en la solicitud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
¿Cuál es su idioma principal? <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> El Lenguaje por Señas <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro:		Raza	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Africano Americano <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Mexicano <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Indio Americano <input type="checkbox"/> Asiático/Pacífico <input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> Otro:		

Si un Representante Autorizado está completando esta solicitud, favor de completar lo siguiente:

Nombre: _____ Número de Teléfono: _____
 Dirección: _____ Parentesco: _____

3. Cuéntenos de los niños que viven con usted. No se requiere un Número de Seguro Social si está solicitando Solamente Servicios de Emergencia

	Niño 1	Niño 2	Niño 3
Nombre Completo (Nombre, 2º Nombre, Apellido)			
¿Está solicitando cobertura para el Niño?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Número de Seguro Social			
Número de Reclamación de Seguro Social o Medicare			
Fecha de Nacimiento del Niño			
Ciudad, Condado y Estado donde el Niño nació			
Sexo	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino
Nombre Completo de la Mamá cuando ella Nació			
Marque todos que sean aplicables al Niño	<input type="checkbox"/> Ciudadano de los EEUU <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Embarazada Fecha del Parto: _____	<input type="checkbox"/> Ciudadano de los EEUU <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Embarazada Fecha del Parto: _____	<input type="checkbox"/> Ciudadano de los EEUU <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Embarazada Fecha del Parto: _____
¿Hay facturas médicas que no se han pagado durante los últimos tres meses?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Raza	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Africano Americano <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Indio Americano <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Mexicano <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Americano Asiático <input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Africano Americano <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Indio Americano <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Mexicano <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Americano Asiático <input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Africano Americano <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Indio Americano <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Mexicano <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Americano Asiático <input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> Otro _____
¿El Niño está asistiendo a la escuela actualmente?	<input type="checkbox"/> Sí Nombre de Escuela y Nivel/Año _____ <input type="checkbox"/> No _____	<input type="checkbox"/> Sí Nombre de Escuela y Nivel/Año _____ <input type="checkbox"/> No _____	<input type="checkbox"/> Sí Nombre de Escuela y Nivel/Año _____ <input type="checkbox"/> No _____
Parentesco del Niño al Individuo Primario	<input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Hijastro/a <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Hijastro/a <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Hijastro/a <input type="checkbox"/> Otro _____
Parentesco del Niño al/a la Esposo/a del Individuo Primario	<input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Hijastro/a <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Hijastro/a <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Hijastro/a <input type="checkbox"/> Otro _____
¿Paga usted a alguien para cuidar a este Niño mientras usted trabaja o asiste a la escuela?	Nombre del Cuidador o Guardaría _____ _____ ¿Cuánto paga?: _____ ¿Con qué frecuencia?: _____ ¿Cupón de ABC? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre del Cuidador o Guardaría _____ _____ ¿Cuánto paga?: _____ ¿Con qué frecuencia?: _____ ¿Cupón de ABC? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre del Cuidador o Guardaría _____ _____ ¿Cuánto paga?: _____ ¿Con qué frecuencia?: _____ ¿Cupón de ABC? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene el Niño Seguro de Enfermedad ahora? Si contesta que sí, favor de proveer una copia de ambos lados de cada tarjeta de seguro de enfermedad.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contesta que Sí , favor de proveer: Tipo de Póliza _____ Nombre de Compañía _____ No. de Póliza _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contesta que Sí , favor de proveer: Tipo de Póliza _____ Nombre de Compañía _____ No. de Póliza _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contesta que Sí , favor de proveer: Tipo de Póliza _____ Nombre de Compañía _____ No. de Póliza _____
¿Tenía el Niño Seguro de Enfermedad durante los últimos tres (3) meses?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contesta que Sí , favor de proveer: Tipo de Póliza _____ Nombre de Compañía _____ No. de Póliza _____ Fecha de Terminación: _____ Razón por la terminación del seguro: _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contesta que Sí , favor de proveer: Tipo de Póliza _____ Nombre de Compañía _____ No. de Póliza _____ Fecha de Terminación: _____ Razón por la terminación del seguro: _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contesta que Sí , favor de proveer: Tipo de Póliza _____ Nombre de Compañía _____ No. de Póliza _____ Fecha de Terminación: _____ Razón por la terminación del seguro: _____ _____ _____

	Niño 4	Niño 5	Niño 6
Nombre Completo (Nombre, 2º Nombre, Apellido)			
¿Está solicitando cobertura para el Niño?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Número de Seguro Social			
Número de Reclamación de Seguro Social o Medicare			
Fecha de Nacimiento del Niño			
Ciudad, Condado y Estado donde el Niño nació			
Sexo	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino
Nombre Completo de la Mamá cuando ella nació			
Marque todos que sean aplicables al Niño	<input type="checkbox"/> Ciudadano de los EEUU <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Embarazada Fecha del Parto: _____	<input type="checkbox"/> Ciudadano de los EEUU <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Embarazada Fecha del Parto: _____	<input type="checkbox"/> Ciudadano de los EEUU <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Embarazada Fecha del Parto: _____
¿Hay facturas médicas que no se han pagado durante los últimos tres meses?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Raza	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Africano Americano <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Indio Americano <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Mexicano <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Americano Asiático <input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Africano Americano <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Indio Americano <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Mexicano <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Americano Asiático <input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Africano Americano <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Indio Americano <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Mexicano <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Americano Asiático <input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> Otro _____
¿El Niño está asistiendo a la escuela actualmente?	<input type="checkbox"/> Sí Nombre de Escuela y Nivel/Año _____ <input type="checkbox"/> No _____	<input type="checkbox"/> Sí Nombre de Escuela y Nivel/Año _____ <input type="checkbox"/> No _____	<input type="checkbox"/> Sí Nombre de Escuela y Nivel/Año _____ <input type="checkbox"/> No _____
Parentesco del Niño al Individuo Primario	<input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Hijastro/a <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Hijastro/a <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Hijastro/a <input type="checkbox"/> Otro _____
Parentesco del Niño al/a la Esposa/a del Individuo Primario	<input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Hijastro/a <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Hijastro/a <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Hijastro/a <input type="checkbox"/> Otro _____
¿Paga usted a alguien para cuidar a este Niño mientras usted trabaja o asiste a la escuela?	Nombre del Cuidador o Guardaría _____ _____ ¿Cuánto paga?: _____ ¿Con qué frecuencia?: _____ ¿Cupón de ABC? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre del Cuidador o Guardaría _____ _____ ¿Cuánto paga?: _____ ¿Con qué frecuencia?: _____ ¿Cupón de ABC? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre del Cuidador o Guardaría _____ _____ ¿Cuánto paga?: _____ ¿Con qué frecuencia?: _____ ¿Cupón de ABC? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene el Niño Seguro de Enfermedad ahora? Si contesta que sí, favor de proveer una copia de ambos lados de cada tarjeta de seguro de enfermedad.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contesta que Sí , favor de proveer: Tipo de Póliza _____ Nombre de Compañía _____ No. de Póliza _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contesta que Sí , favor de proveer: Tipo de Póliza _____ Nombre de Compañía _____ No. de Póliza _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contesta que Sí , favor de proveer: Tipo de Póliza _____ Nombre de Compañía _____ No. de Póliza _____
¿Tenía el Niño Seguro de Enfermedad durante los últimos tres (3) meses?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contesta que Sí , favor de proveer: Tipo de Póliza _____ Nombre de Compañía _____ No. de Póliza _____ Fecha de Terminación: _____ Razón por la terminación del seguro: _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contesta que Sí , favor de proveer: Tipo de Póliza _____ Nombre de Compañía _____ No. de Póliza _____ Fecha de Terminación: _____ Razón por la terminación del seguro: _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contesta que Sí , favor de proveer: Tipo de Póliza _____ Nombre de Compañía _____ No. de Póliza _____ Fecha de Terminación: _____ Razón por la terminación del seguro: _____ _____ _____

4. Cuéntenos cuántos ingresos tiene su hogar.

Escriba los ingresos BRUTOS antes de los impuestos y las deducciones, no el sueldo neto. Escriba cero ("0") si no está trabajando.

Tiene que mandarnos prueba de ingresos por las últimas 4 semanas.

Sus Ingresos del Empleo	Los Ingresos del Empleo del/de la Otro/a Padre/Esposo/a (si está viviendo en la casa)
Nombre de la persona que trabaja _____	Nombre de la persona que trabaja _____
Nombre del Empresario _____	Nombre del Empresario _____
Dirección del Empresario _____	Dirección del Empresario _____
_____	_____
_____	_____
¿Es la persona un Empleado del Estado de Carolina del Sur? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es la persona un Empleado del Estado de Carolina del Sur? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Número de Teléfono del Empresario (incluyendo el código del área) _____	Número de Teléfono del Empresario (incluyendo el código del área) _____
_____	_____
¿Cantidad bruta ganada por periodo de pago antes de los impuestos? \$ _____	¿Cantidad bruta ganada por periodo de pago antes de los impuestos? \$ _____
¿Con qué frecuencia? <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente	¿Con qué frecuencia? <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente
¿Está trabajando todavía? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si no, ¿dónde trabajó por última vez? _____	¿Está trabajando todavía? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si no, ¿dónde trabajó por última vez? _____
_____	_____
¿Cuándo dejó de trabajar allí? _____	¿Cuándo dejó de trabajar allí? _____
<p>¿Uno de ustedes trabaja por cuenta propia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contesta que sí, favor de proveer el nombre del Negocio del Trabajo Autónomo y/o Sociedad _____</p> <p style="text-align: center;">Usted tiene que mandar copias de todos los formularios de los impuestos Federales recientemente sometidos incluyendo todos los formularios anexos.</p>	

Otros Ingresos	Cantidad	¿Quién es el miembro de la familia que recibe los ingresos?	¿Con qué frecuencia los recibe?
Sustento de Menores	\$		
Pensión Alimenticia	\$		
Ingresos de Seguro Social	\$		
Beneficios del Desempleo	\$		
Beneficios para Veteranos	\$		
Indemnización por Accidentes Laborales/ Discapacidad a Corto o Largo Plazo	\$		
Dinero de Amigos/Parientes	\$		
Interés	\$		
Jubilación/Pensiones/Anualidades	\$		
Otros Ingresos (Favor de Explicar)	\$		

5. Si su familia no tiene ninguna fuente de ingresos, explique cómo se pagan las facturas de la casa. _____

6. ¿Hay alguien en la casa que tenga lo siguiente?

Activo/Recurso	Sí	No	Nombre, dirección y no. de teléfono de la compañía; Número de Cuenta/Póliza; y/o Descripción	¿A quién pertenece?	¿Cuánto vale?	¿Cuánto debe?
Dinero en Efectivo					\$	
Cuenta(s) Corriente(s) (de Cheques)					\$	
Cuenta(s) de Ahorros					\$	
Certificado(s) de Depósito					\$	
A anualidades/Fondos Fiduciarios/Acciones/Bonos					\$	
Bienes de Casa (ubicación/descripción)					\$	\$
Otros Bienes (ubicación/descripción)					\$	\$
Seguro de Vida/Entierro					\$	\$
Contratos de Entierro					\$	\$
Parcelas de Entierro					\$	\$
Vehículos (marca, modelo, año)					\$	\$
Cuenta de Retiro/Jubilación					\$	\$
Otro (favor de especificar)					\$	\$

7. ¿Paga usted sustento de menores por mandato judicial para un niño que vive afuera de su hogar? Sí No

Nombre del Niño	¿Cuánto paga?	¿Con qué frecuencia paga esta cantidad?

8. ¿Paga usted a alguien para cuidar a un adulto dependiente mientras usted trabaja o asiste a la escuela? Sí No

Nombre del Adulto	¿A quién paga?	¿Cuánto paga?	¿Con qué frecuencia?

IMPORTANTE

Marque abajo para indicar a nosotros lo que usted ha adjuntado.

- Mandando esta información junta con la solicitud nos ayudará a tramitar su solicitud más rápidamente.
 - Usted tiene que leer y firmar este formulario en la última página para completar su solicitud.
 - Prueba de Ingresos
 - Copias de talones de pago por **las últimas 4 semanas de cada adulto registrado en el formulario**; o una carta del empresario que muestra el pago **BRUTO** de las últimas 4 semanas.
 - Una copia de la carta que dice la cantidad bruta de todos los beneficios recibidos (Seguro Social, Desempleo, Veterano, Indemnización por Accidentes Laborales, etc.)
 - Prueba de todos los otros ingresos por las últimas 4 semanas, incluyendo el sustento de menores.
- NOTA:** Puede ser que se requiere que usted solicite beneficios potenciales adicionales, como el desempleo o Beneficios de Seguro Social.
- Prueba de ingresos por los últimos 3 meses si usted ha recibido servicios médicos.
 - Los formularios más recientes de los impuestos sobre los ingresos, incluyendo todos los anexos, si usted trabaja por propia cuenta.
 - Verificación de los gastos para el cuidado de niño(s)/adulto(s) dependiente(s) (estado de cuenta de una guardería, recibo, etc.)
 - Documentos de la Agencia de Servicios de Ciudadanía e Inmigración (Bureau of Citizenship and Immigration Services, BCIS) para cada persona que no es ciudadano que está solicitando beneficios completos de Healthy Connections. Esto no se aplica si está solicitando Servicios de Emergencia Solamente.

- Documentos Originales de ciudadanía e identidad para cada ciudadano estadounidense que solicita cobertura. (Si usted ha provisto esta información antes, no tiene que proveerla otra vez.)

Se puede usar otros documentos para dar prueba. Si no está seguro de lo que debe mandar, llame a nuestra línea gratis para ayuda al 1-888-549-0820.

La División de la Aplicación del Sustento de Menores (Child Support Enforcement Division, CSED) del Departamento de Servicios Sociales de Carolina del Sur provee servicios para establecer la paternidad y el sustento de menores, modificar los órdenes del sustento de menores, y hacer cumplir los órdenes del sustento. Los servicios están disponibles gratis a los beneficiarios de Healthy Connections. Entiendo que si marco "no" y, más tarde, pido los servicios del sustento de menores, tendré que pagar un honorario de \$25. Quiero solicitar estos servicios voluntariamente: Sí No

Derechos y Responsabilidades

- Sé que mis hijos que tienen menos de 19 años que son elegibles para Medicaid con "Partners for Health" pueden recibir chequeos médicos gratuitos bajo un programa de prevención especial que se llama Exploración, Diagnóstico y Tratamiento Tempranos y Periódicos (Early and Periodic Screening, Diagnosis and Treatment, EPSDT).
- Sé que la información que he provisto es confidencial. Entiendo que, con la excepción de las circunstancias especificadas abajo, la información, incluyendo la información médica, puede ser hecha pública solamente para los propósitos directamente relacionados con la administración del Programa de Healthy Connections. A veces, el Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services, DHHS) hará pública información a organizaciones que emplea para llevar a cabo propósitos específicos, pero estas organizaciones habrán consentido en seguir las mismas pautas sobre la liberación de información. Además, sé que la información médica personal que proveo o que sea reunida más tarde por DHHS está cubierta por La Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos de 1996 (HIPAA) y que recibiré una Noticia sobre la Vida Privada con mi(s) tarjeta(s) de Healthy Connections.
 - Sé que, de acuerdo con las leyes federales rigiendo el Programa de Medicaid, cualquier información que he provisto tiene que ser repasada y verificada por el personal del DHHS. También, entiendo que tengo que cooperar completamente con los trabajadores estatales y federales si se revisan mi caso. No se necesita permiso adicional de mí para obtener confirmación u otra información.
 - Sé que, de acuerdo con las leyes federales rigiendo el Programa de Medicaid, el personal de DHHS tiene que proveer información sobre mi familia y mí a un sistema de computadora llamado el Sistema Estatal de Confirmación de Ingresos y Elegibilidad (State Income and Eligibility Verification System, IEVS). Este sistema de computadora permite a DHHS a comparar la información sobre mi familia y mí con información de otras agencias, y permite a otras agencias federales y estatales (incluyendo agencias de otros estados) a usar la información reunida en esta solicitud para confirmar la elegibilidad y determinar las sumas de los beneficios para sus programas. Otras agencias incluyen, pero no están limitadas al Servicio de Impuestos Internos (IRS), la Administración de Seguro Social, la Comisión de Seguro del Trabajo, programas de Medicaid de otros estados, y la agencia de TANF (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas) y Cupones para Alimentos (el Departamento de Servicios Sociales, DSS, en este estado). El estatus de inmigración será verificado con el Departamento de Seguridad Nacional (DHS).
 - Sé que, si no especifico lo contrario, información sobre mi familia y mí puede ser compartida por DHHS con el propósito de remitir correctamente mi caso a otras fuentes de servicios o tratamiento, de acuerdo con la ley federal y estatal. Cuando sea posible se pedirá consentir a mí, o a mi representante responsable. Sin embargo, además entiendo que en el caso del reportaje obligatorio, el DHHS tiene que presentar la información, y no puede honrar mis especificaciones al contrario.
 - Sé que, si no pido específicamente que no me incluyan, información sobre servicios (incluyendo servicios médicos) provista a mi familia y a mí, estará guardada en un depósito de datos administrado por el Consejo de Presupuestos y Control de Carolina del Sur (South Carolina Budget and Control Board), Oficina de Investigaciones y Estadísticas (Office of Research and Statistics), y que otras agencias estatales que proveen servicios a mí o a mi familia pueden tener acceso a esta información para asegurar que los servicios provistos a mi familia y a mí sean adecuados y necesarios.
- Sé que mi Número de Seguro Social, que se requiere que yo provea según §1137(a) (1) de la Ley de Seguro Social [42 U.S.C. 1320b-7(a) (1)], puede ser usado o divulgado a propósito de las excepciones en Artículo 2, arriba.
- Sé que de acuerdo con la ley Federal y la política del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EEUU (US Department of Health and Human Services, HHS), el DHHS no puede discriminar a base de la raza, el color, el origen nacional, la edad o discapacidad. Para hacer una reclamación de discriminación, debo ponerme en contacto con el HHS por escribir al Director del HHS: The HHS Director, Office of Civil Rights, Room 506F, 200 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20201 ó por llamar al (202) 619-0403 (voz) ó (202) 619-3257 (TDD). HHS es un proveedor y empleador de igualdad de oportunidades.
- Sé que el programa de Medicaid no paga los gastos médicos que un tercer partido, como una compañía de seguro de salud privado o alguien que me hace daño, debe pagar. Por lo tanto, designo y doy mis derechos a cualquier pago de un tercer partido responsable al DHHS hasta la cantidad que Medicaid ha pagado por mi cuidado médico. Esta designación se aplica a cualquier de mis hijos menores que puedan estar dañados. Estos pagos pueden incluir pagos de pólizas de seguro de salud y pólizas de hospital o pagos recibidos como un acuerdo después de un accidente.
- Es necesario llenar un Formulario de Referencia del Apoyo Médico para padre(s) ausente(s) si los parientes del cuidador/padre custodio quieren cobertura con Medicaid.
- Tengo que dar cuenta de cualquier y todos los cambios a mis ingresos, deducciones, recursos, circunstancias con respecto al alojamiento, miembros del hogar, u otra información que puede afectar la asistencia médica dentro de diez (10) días de la fecha de(l)/(los) cambio(s). Entiendo que si dejo de notificar al departamento puntualmente, puedo perder los beneficios y estar sujeto a sanciones o procesamiento.

Si la elegibilidad es para mi(s) hijo(s) solamente, no tengo que dar cuenta de cualquier cambio a mi situación, excepto el cambio de dirección. Si doy cuenta de otros cambios a mi situación, no va a afectar su elegibilidad para beneficios hasta la próxima revista proyectada.
- Sé que puedo solicitar una vista si creo que se ha hecho un error con el procesamiento de mi solicitud.

He leído los Derechos y Responsabilidades o alguien me los leyó. (Si es posible, ambos el/la Solicitante y su Representante Autorizado deben firmar.)

Firma del/de la Solicitante: _____ Fecha: _____

Firma del Representante Autorizado: _____ Fecha: _____