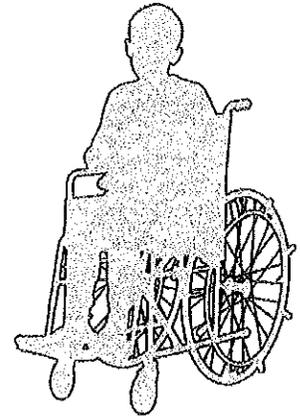
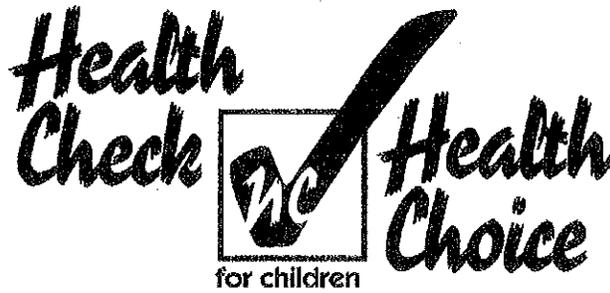
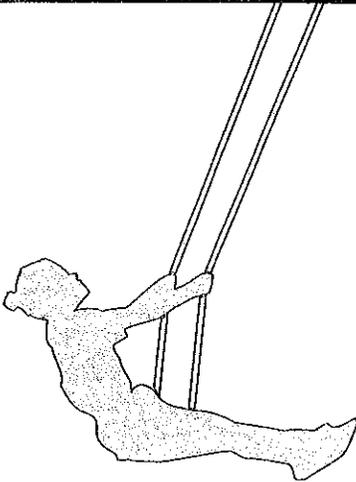


SOLICITUD DEL PROGRAMA HEALTH CHECK / NC HEALTH CHOICE PARA NIÑOS



Mejor salud para usted y sus hijos, tranquilidad de espíritu para usted.

Seguro de salud de bajo costo o sin cargo

(Mujeres embarazadas, padres, madres, u otros adultos pueden también utilizar esta solicitud para solicitar la inscripción en Medicaid como persona a cargo de prestar cuidados o para Servicios de planificación familiar.)

Si usted desea obtener el formulario DMA-5063, solicitud en español para seguro médico para niños, comuníquese con el Departamento de Servicios Sociales de su localidad. También puede llamar gratuitamente a la Línea de Recursos CARE-LINE al 1-800-662-7030. Se le atenderá en español. (Puede obtener una solicitud en español en el Departamento de Servicios Sociales local o llamar al 1-800-662-7030.)

¿QUÉ ES EL PROGRAMA HEALTH CHECK Y EL NC HEALTH CHOICE PARA NIÑOS?

Health Check (el Programa de seguro Medicaid) y el Health Choice son dos programas de seguro de salud similares. Los factores que determinan si usted o sus hijos pueden acceder a ellos son: los ingresos familiares, la cantidad de miembros de la familia y la edad de los hijos. Esta información también se utilizará para determinar a cuál programa se inscribirán usted o sus hijos.

¿CUÁLES SON LOS BENEFICIOS?

- Consultas por enfermedad
- Asesoramiento
- Exámenes de la vista y anteojos
- Chequeos rutinarios
- Recetas
- Exámenes de la audición y dispositivos auditivos
- Atención en el hospital
- Atención odontológica
- ¡Y más!

Transporte – Si usted o sus hijos están inscritos en Health Check, es posible que el departamento de servicios sociales le podrá brindar el transporte a las visitas médicas. Si los niños están inscritos en Health Choice, usted debe disponer de su propio transporte.

Los niños con necesidades de atención de salud especiales pueden ser elegibles para recibir servicios adicionales.

¿CÓMO SOLICITO EL BENEFICIO?

Es fácil. Simplemente llene la solicitud y envíela por correo, o llévela al departamento de servicios sociales del condado en el que vive. Si desea ayuda para llenar la solicitud, diríjase al Departamento de Servicios Sociales de su localidad o llame por teléfono. Puede encontrar la dirección y el número de teléfono en las páginas azules de su directorio telefónico bajo "County Government" ("Gobierno del condado") o llamando gratis a la Línea de Recursos CARE-LINE al 1-800-662-7030.

Asegúrese responder todas las preguntas completamente de manera que podamos procesar su solicitud más rápidamente. Si necesita más espacio, adjunte páginas adicionales. El proceso de su solicitud puede demorar 45 días como máximo. Si necesitamos información adicional, nos comunicaremos con usted por correo. Mientras antes recibamos la información, antes podremos informarle si sus hijos cumplen con los requisitos.

¿QUÉ MÁS DEBO SABER SOBRE HEALTH CHECK Y HEALTH CHOICE?

¿Obtendrán mis hijos tarjetas del seguro?

¡Sí! Sus hijos recibirán tarjetas del seguro por correo. Mantenga la tarjeta a mano de manera que la pueda mostrar en las consultas médicas y para sus recetas médicas.

¿Cómo puedo elegir a un médico?

El departamento de servicios sociales le ayudará a escoger a su médico.

¿Es necesaria la reinscripción?

¡Sí! La reinscripción es necesaria para continuar recibiendo beneficios. Para la mayoría de los niños esto se hace una vez al año. Nos comunicaremos con usted cuando sea momento de reinscripción.

¿Tendré que pagar tarifas de inscripción y un copago?

Dependiendo de sus ingresos, es posible que tenga que pagar una tarifa de inscripción de \$50 a \$100 por familia al año. En algunos casos, también es posible que tenga que pagar un pequeño copago por visitas al médico y por recetas. Si le corresponde pagar la tarifa o el copago, se le informará al respecto.

¿Serán inscritos inmediatamente mis hijos?

Health Check (el Programa de seguro Medicaid) no tiene límites de provisión de fondos, así que no existe lista de espera. Si sus hijos cumplen con los requisitos de Health Choice, es posible que queden en una lista de espera antes de ser inscritos si no hay fondos estatales o federales suficientes para atender a más niños.

¿CUALES SON MIS RESPONSABILIDADES?

- ✓ Acepta informarle al departamento de servicios sociales en un plazo de 10 días si se presenta cualquier cambio en la información que dio en su solicitud.
- ✓ Un revisor estatal o federal puede revisar la información en este formulario. Acepta participar en la revisión y cooperará con el revisor.
- ✓ Si usted brindó información falsa a sabiendas o si usted retuvo información y usted o sus hijos reciben cobertura de salud para la cual no reúnen los requisitos necesarios, usted puede ser castigado legalmente por fraude y se le puede exigir que les reembolse a los programas cualesquiera de las cuentas y/o primas médicas que hubieren sido pagadas incorrectamente.
- ✓ Acepta informarle al departamento de servicios sociales si cualquiera inscrito en Health Check se encuentra en un accidente.
- ✓ Si Health Check (el Programa de seguro de Medicaid) / Health Choice paga los gastos médicos de usted o de sus hijos, usted autoriza al estado de Carolina del Norte a recibir los pagos de cualquier persona que se supone pague dicho gasto. También acepta compartir información médica sobre sus hijos con cualquier compañía de seguros para fines del pago de las cuentas médicas.
- ✓ Para que una persona esté inscrita a Health Check / Health Choice, usted debe indicar su número de seguro social o solicitar un número (sólo para la persona por la cual se está solicitando). Tenga presente que estos números se compararán por computadora con los registros de otros organismos gubernamentales (pero no la Oficina de Servicios de Ciudadanía e Inmigración) para verificar la información. Si decide no dar los números, la persona no se podrá inscribir.
- ✓ Para Health Check, presente prueba de identidad y de ciudadanía de EE.UU. o presente información al Departamento de Servicios Sociales del condado para obtener la prueba para los que solicitan los beneficios. Para los refugiados e inmigrantes documentados, presente prueba de estado civil de los que solicitan los beneficios.

¿CUALES SON MIS DERECHOS?

- ✓ Health Check (el Programa de seguro Medicaid) / Health Choice no pueden discriminar en base de raza, color, nacionalidad, sexo, religión, edad, discapacidad en el empleo o la prestación de servicios.
- ✓ Por ley, toda información que proporcione permanece privada.
- ✓ Puede pedir una audiencia si cree que alguna decisión es injusta, incorrecta o se toma demasiado tarde.

¿QUIEN PUEDE RESPONDER MIS PREGUNTAS?

Póngase en contacto con el departamento de servicios sociales del condado donde usted vive, o llame gratuitamente a la Línea de Recursos CARE-LINE al 1-800-662-7030.

Antes de entregar la solicitud, por favor, asegúrese de hacer lo siguiente:

Lea las páginas 1,2 y 3. Despréndalas y guárdelas para su registro. Complete las preguntas de las páginas 4 a 8.

Firme la solicitud en la página 6.



SOLICITUD

| | | |
|----------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|
| For Office Use Only | | |
| County DSS: | _____ | |
| Date Received: | _____ | |
| Case #: | _____ | |
| <input type="checkbox"/> Mail in | <input type="checkbox"/> DSS | <input type="checkbox"/> Health Dept |

Complete esta solicitud. Luego envíe las páginas 4 a 8 al Departamento de Servicios Sociales de su localidad. Si quien completa esta solicitud es o representa a una mujer embarazada que no tiene otros hijos viviendo con ella, o usted está presentando la solicitud para Planificación familiar, complete esta solicitud como si la mujer embarazada o usted ya fueran padres.

Informenos sobre la familia

1. ¿Quiénes son todos los hijos menores de 21 años que viven en el hogar?
Llene esta información incluso para los hijos que no solicitarán Health Check / Health Choice. El número del Seguro Social, la prueba de identidad y el estado de ciudadanía se requieren sólo para quienes solicitan Health Check.

| Nombre del hijo (primer nombre, inicial del segundo, apellido) | Solicita para este hijo (S, N) | Fecha de nacimiento (mes/día/año) | Sexo (M, F) | *Raza (Use los códigos que aparecen más abajo. Indique todo lo que le corresponda.) | ** ¿Hispano o latino? (S, N) Si la respuesta es Sí, especifique usando los códigos que aparecen más abajo. | ¿El hijo es ciudadano de los EE.UU.? (S, N) | Número del Seguro Social (SSN) |
|---|-----------------------------------|--------------------------------------|----------------|---|--|--|-----------------------------------|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

*Asiático = A Indio americana o nativa de Alaska = I Nativo de Hawai o de otra isla del Pacífico = P Caucásico o Blanco = W Negro o afroamericano = B
 ** Hispano de Puerto Rico = P Hispano de Cuba = C Hispano de México = M Hispano de otro país = H

2. ¿Dónde viven usted y sus hijos? (Si viven en lugares diferentes, ponga su dirección en una hoja separada y devuélvala con esta solicitud.)

| | | | | | |
|------------|---------|----------------|--|---------|----------------|
| Dirección: | | | Dirección postal (si fuera diferente): | | |
| Ciudad: | Estado: | Código postal: | Ciudad: | Estado: | Código postal: |

Teléfono particular: () Teléfono durante el día: ()

3. ¿Quiénes son los padres que viven con los hijos? Si los hijos no viven con sus padres, ¿quiénes son los adultos que viven en el hogar y que cuidan a los hijos?

| Nombre del padre, madre o adulto (primer nombre, inicial del segundo, apellido) | Fecha de nacimiento (mes/día/año) | Sexo (M, F) | *Raza (Use los códigos usados arriba. Indique todo lo que le corresponda.) | ** ¿Hispano o latino? (S, N) Si la respuesta es Sí, use código usado arriba. | Nombres de los hijos y relación de los padres o adultos con ellos (madre de Juan, madrastra de María) |
|--|--------------------------------------|----------------|--|--|---|
| | | | | | |
| | | | | | |

a. ¿Desea solicitar cobertura de embarazo para alguna de las personas mencionadas en el N° 3 anterior? Sí No
Si está solicitando ayuda para el embarazo, debe proporcionar una declaración del médico que incluya la fecha de parto y el número de bebés que espera. De todos modos, envíe un formulario de solicitud si aún no tiene la declaración del médico.

Si la respuesta es Sí, ¿para quién? _____ Relación: _____
 SSN (N° de seguro social) _____

b. ¿Desea solicitar Medicaid para alguna de las personas mencionadas en el N° 3 anterior? Si desea solicitarlo, nos pondremos en contacto con usted para solicitarle información sobre ingresos, cuentas bancarias, bienes muebles e inmuebles, valores en efectivo de seguro de vida, acciones de capital, bonos, etc. Los recursos totales no deben superar los \$3000. Además, aunque usted reúna los requisitos para poder acceder a estos beneficios, es posible que deba pagar alguna de sus cuentas médicas. Sí No
Los solicitantes deben dar su número de Seguro Social y es posible que tengan que dar información a la Oficina de Sustento (Manutención) de Niños.

Si la respuesta es Sí, para quién desea solicitar Medicaid: _____ Relación: _____
 SSN (N° de seguro social) _____

c. ¿Desea solicitar servicios de planificación familiar para alguna persona de 19 años o más mencionada anteriormente? Sí No
Los solicitantes deben dar su número de Seguro Social.

SI LA RESPUESTA ES SÍ, PARA QUIÉN: _____ RELACIÓN: _____
 SSN (N° DE SEGURO SOCIAL) _____

4. ¿Algún integrante de la familia vive lejos del hogar durante menos de 12 meses (ejemplo: servicio militar, escuela)? Sí No
Si la respuesta es sí, proporcione la información a continuación: ▼

| Nombre completo (primer nombre, inicial del segundo, apellido) | Relación | Motivo de la ausencia | Fecha programada de regreso |
|--|----------|-----------------------|-----------------------------|
| | | | |
| | | | |

Informenos sobre el seguro de salud y las necesidades médicas de la familia.

5. ¿Alguno de los padres **no** vive actualmente en el hogar? ▶▶ Sí No

Si la respuesta es Sí, ¿cuál es el nombre de dicho padre/madre? (opcional) _____
¿Algún acuerdo exige que dicho padre/madre pague el seguro de salud? ▶▶ Sí No

6. ¿Alguno de los solicitantes tiene otro plan de seguro de salud? ▶▶ Sí No
Si la respuesta es sí, proporcione la información a continuación: ▼

| Nombre del asegurado (primer nombre, inicial del segundo, apellido) | Titular de la póliza de seguro de salud | Nombre de la compañía de seguros | Dirección de la compañía de seguros | Número de teléfono de la compañía de seguros | Número de grupo / póliza |
|---|---|----------------------------------|-------------------------------------|--|--------------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |

7. ¿Alguno de los solicitantes necesita ayuda para pagar cuentas médicas de los últimos tres meses? ▶▶ Sí No
Si la respuesta es sí, proporcione la información a continuación: *Podríamos ayudarle a pagar esas cuentas.* ▼

| Nombre de la/s persona/s con la cuenta (primer nombre, inicial del segundo, apellido) | Nombre del médico, clínica u hospital en donde se trató a la persona | Fecha del tratamiento médico: |
|---|--|-------------------------------|
| | | |
| | | |

8. ¿Alguno de los solicitantes ha estado en un accidente en los últimos 12 meses? ▶▶ Sí No
¿Recibió esta persona atención médica debido al accidente? ▶▶ Sí No
Si la respuesta es Sí, infórmenos quién. _____
¿Cuándo fue el accidente? ____/____/____

Informenos sobre los ingresos de padres e hijos.

9. ¿Quiénes son los padres e hijos en el hogar que trabajan y cuáles son sus salarios? ▼

| Nombre de la persona que trabaja (primer nombre, inicial del segundo, apellido) | Nombre y número de teléfono del empleador | Monto bruto de ingreso (durante cada periodo de pago) | Propinas ganadas | ¿Con qué frecuencia cobra? (mensual, semanal, etc.) |
|---|---|---|------------------|---|
| | | \$ | \$ | |
| | | \$ | \$ | |
| | | \$ | \$ | |

Proporcione copias de todos los comprobantes de sueldo del último mes de todas las personas mencionadas. Envíe la solicitud incluso si no tiene sus comprobantes.

10. ¿Alguno de los padres o de los hijos del hogar actualmente trabaja por su propia cuenta? ▶▶ Sí No
Por ejemplo, ¿alguno gana dinero de la agricultura, tiene su propio negocio o recibe ingresos por el alquiler de una propiedad?
Si la respuesta es Sí, adjunte registros comerciales que muestren ingresos y gastos durante los últimos 6 meses, o el número de meses en la actividad comercial si es inferior a 6 meses. Si el ingreso es anual, adjunte registros comerciales de los últimos 12 meses.

11. ¿Alguno de los padres o hijos del hogar perdió el empleo en los últimos tres meses? Sí No
 Si elige Sí, por favor proporcione la siguiente información: ▾

| Nombre de la(s) persona(s) que perdió (perdieron) el empleo | Fecha de pérdida del empleo | Nombre del ex-empleador | Dirección y número de teléfono del ex-empleador |
|---|-----------------------------|-------------------------|---|
| | | | |
| | | | |

12. Si el padre o hijo recibe ingresos de cualquier otra fuente, llene las siguientes casillas. ▾

| Tipo de ingreso | Nombre de la persona que recibe otros ingresos | Monto recibido | Con qué frecuencia se recibe (mensual, semanal, etc.) |
|---------------------------|--|----------------|---|
| Sustento de hijos: | | \$ | |
| Seguro social: | | \$ | |
| Beneficios por desempleo: | | \$ | |
| Otros (explique): | | \$ | |

Informe sobre los gastos de padres e hijos

Algunos de estos gastos se pueden usar para reducir el ingreso que consideramos para determinar la inscripción a Health Check / Health Choice.

13. ¿Alguno de los padres que trabaja paga una guardería, una niñera o un cuidador para un adulto a su cargo? Sí No
 Si la respuesta es Sí, proporcione la información a continuación: ▾

| Nombre, dirección y número de teléfono de la niñera o del proveedor de cuidado infantil | Nombre de la persona a quien se cuida | Nombre de la persona que paga el cuidado | ¿Cuánto paga? | Con qué frecuencia paga (mensual, semanal, etc.) |
|---|---------------------------------------|--|---------------|--|
| | | | \$ | |
| | | | \$ | |

14. ¿Alguno de los padres que vive en el hogar paga el sustento de menores de algún hijo que no vive en el hogar? Sí No
 Si la respuesta es Sí, proporcione la información a continuación: ▾

| Quién paga el sustento y a quién | Para el beneficio de quién se paga el sustento | ¿Es por sentencia judicial? (S, N) | ¿Cuánto paga? Por favor, adjuntar verificación | Con qué frecuencia recibe pago (mensual, semanal, etc.) |
|----------------------------------|--|------------------------------------|--|---|
| | | | \$ | |
| | | | \$ | |

Informe si desea ayuda con la manutención de sus hijos

La Agencia de Sustento (manutención) de niños puede ayudar a obtener ayuda médica y financiera para el hijo de parte del padre ausente. Si usted solicita ayuda de esta agencia, los tribunales pueden establecer la paternidad y hacer cumplir el pago de obligaciones de sustento de menores.

Existen otros beneficios de trabajar con la Agencia de Sustento para Menores. Por ejemplo, su hijo podrá acceder a otros beneficios financieros, como el Seguro Social, los beneficios de pensión, los beneficios para veteranos y posibles herencias. De la misma forma, su hijo se puede beneficiar del vínculo entre él y su padre. Por último, su hijo se puede beneficiar recibiendo información importante de sus antecedentes médicos.

Si desea que la Agencia Sustento para Menores le ayude a establecer la paternidad o a obtener una orden judicial de ayuda con los gastos médicos, marque la opción "Sí". Si marca esta casilla, alguien se comunicará con usted. Sí, deseo recibir ayuda de la Agencia de Sustento de Menores.

- ✓ Doy fe de que, a mi entender, todas las declaraciones registradas en este documento son reales y correctas.
- ✓ Leí o me leyeron todos los anexos de esta solicitud y comprendo mis derechos y deberes como solicitante/beneficiario.
- ✓ Autorizo la divulgación de cualquier información necesaria para establecer el cumplimiento de los requisitos por parte de mi familia. Comprendo que esta información puede incluir información médica sobre las personas que solicitan un seguro de salud y/o información no médica sobre dichas personas y otros. Esto puede incluir información de parte de médicos, hospitales, empleadores y compañías de seguros.
- ✓ He recibido o entiendo que recibiré una copia de este "Aviso de prácticas de privacidad de Medicaid".
- ✓ Autorizo la copia de este formulario de divulgación para verificar información. Éste tendrá validez hasta que yo lo revoque por escrito.
- ✓ Entiendo que si Medicaid paga la atención en un establecimiento de enfermería, servicios de salud en domicilio o servicios brindados en virtud del Programa de alternativas comunitarias (CAP), Medicaid puede hacerse acreedor de mi testamentaria/patrimonio y éste puede ser usado para hacer pagos a Medicaid.
- ✓ Aviso de Recuperación de Testamentaria/Propiedad: Yo entiendo que las leyes Federales y Estatales requieren que la División de Asistencia Médica (DMA, por sus siglas en inglés) pongan una demanda contra la propiedad de ciertos individuos para recuperar la cantidad que pagó el programa de Medicaid durante el periodo de tiempo que el individuo recibió asistencia para ciertos servicios médicos. Pregúntele a su trabajador de caso de Medicaid por información específica sobre cuáles servicios pueden ser aplicable en el proceso de recuperación de propiedad.

Firma del padre, madre o de otro adulto: ✓ _____ Fecha: _____



Preferencia de idioma y necesidades especiales (Opcional)

Aunque no responda a las preguntas de esta página, aún puede solicitar la inscripción a Health Check / Health Choice.

¿Qué idioma prefiere hablar la familia?

El gobierno federal exige que el estado le brinde información sobre los idiomas que habla la familia. Por favor, ayúdenos a brindar esta información sobre el padre o la madre, u otro adulto que viva en el hogar.

| Nombre de la persona (primer nombre, inicial del segundo, apellido) | Idioma que la persona prefiere hablar (encierre en un círculo uno) |
|--|--|
| 1. | Inglés Español Otro (especifique _____) |
| 2. | Inglés Español Otro (especifique _____) |
| 3. | Inglés Español Otro (especifique _____) |
| 4. | Inglés Español Otro (especifique _____) |
| 5. | Inglés Español Otro (especifique _____) |
| 6. | Inglés Español Otro (especifique _____) |

¿Tiene su hijo necesidades especiales de atención de salud?

Por favor, ayúdenos a mejorar los servicios para los niños con necesidades especiales de atención de salud, y a cumplir los requisitos federales de informes, respondiendo a las siguientes preguntas. Sus respuestas no afectarán la capacidad de su hijo de acceder a los servicios de Health Check o NC Health Choice.

- ¿Alguno de sus hijos necesitan actualmente medicamentos--que no sean vitaminas--que deban ser recetados por un médico? Sí No

Si su respuesta es 'sí', ¿su hijo (o hijos) necesita(n) este medicamento debido a *cualquier* afección médica o de conducta u otra afección de salud que haya durado o que se espera que dure, por lo menos, 12 meses? Sí No

Si su respuesta es 'sí', indique el nombre del niño (o niños): _____
- ¿Alguno de sus hijos necesita más servicios de atención médica, de salud mental o de educación que lo normal o de rutina que necesita la mayoría de los niños de la misma edad? Sí No

Si su respuesta es 'sí', ¿su hijo (o hijos) necesita(n) estos servicios debido a *cualquier* afección de salud, médica o de conducta que haya durado o que se espera que dure, por lo menos, 12 meses? Sí No

Si su respuesta es 'sí', indique el nombre del niño (o niños): _____
- ¿Alguno de sus hijos está limitado o impedido de alguna manera en cuanto a su capacidad de hacer las cosas que la mayoría de los niños de su edad puede hacer? Sí No

Si su respuesta es 'sí', ¿esta limitación se debe a alguna afección de salud, médica o de conducta que haya durado o que se espera que dure por lo menos 12 meses? Sí No

Si su respuesta es 'sí', indique el nombre del niño (o niños): _____
- ¿Alguno de sus hijos necesita terapia especial, tal como fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla? Sí No

Si su respuesta es 'sí', ¿su hijo (o hijos) necesita(n) esta terapia debido a *cualquier* afección médica o de conducta u otra afección de salud que haya durado o que se espera que dure, por lo menos, 12 meses? Sí No

Si su respuesta es 'sí', indique el nombre del niño (o niños): _____
- ¿Alguno de sus hijos actualmente tiene algún tipo de dificultad emocional, de desarrollo o de conducta para la cual necesita tratamiento u orientación psicológica? Sí No

Si su respuesta es 'sí', ¿su hijo (o hijos) necesita(n) este tratamiento u orientación debido a *alguna* afección médica o de conducta u otra afección de salud que haya durado o que se espera que dure, por lo menos, 12 meses? Sí No

Si su respuesta es 'sí', indique el nombre del niño (o niños): _____

¿FIRMÓ LA PÁGINA 5 DE LA SOLICITUD?