Departamento de Servicios Humanos de Illinois

Departamento de Ayuda Pública de Illinois

Solicitud por Correo para Beneficios Médicos

Hay beneficios médicos disponibles para personas elegibles que necesitan ayuda para pagar sus facturas médicas. Cualquiera que quiera solicitar beneficios médicos puede usar esta solicitud.

Esto **NO ES** una solicitud para ayuda de dinero o estampillas de comida. Si usted quiere solicitar para esos programas, llame a su oficina local del Departamento de Servicios Humanos (DHS).

¿CUÁLES SERVICIOS MÉDICOS SE CUBREN?

Se cubren casi todos los servicios médicos más necesarios. No se harán pagos por servicios que son gratuitos o pagados por otros, tal como seguros de salud. Se cubren los siguientes servicios:

- cuidado en el hospital
- cuidado en asilo de ancianos
- servicios de doctores
- recetas médicas
- vacunas y los exámenes para niños
- cuidado en clínicas
- terapia física, ocupacional y del habla
- pruebas de laboratorio y radiografías
- ayuda para abuso de alcohol y substancias
- equipo médico, suministros y aparatos
- transportación médica
- cuidado de hospicio
- cuidado de salud en el hogar
- diálisis renal
- planificación familiar
- cuidado de la vista
- cuidado de podología
- cuidado dental
- cuidado de quiropractico
- servicios de audiología
- cuidado de salud mental

¿DÓNDE PUEDE OBTENER USTED ESTOS SERVICIOS MÉDICOS?

Usted puede ir a cualquier proveedor médico que acepte pagos del Departamento de Ayuda Pública.

¿CUÁNTO TIEMPO SE TARDA PROCESAR LA SOLICITUD?

Si solicita porque usted tiene una deshabilidad, el DHS le enviará un aviso para decirle si usted es elegible para beneficios médicos dentro de los 60 días de la fecha en que usted solicita. Si usted no tiene una deshabilidad, el aviso será enviado dentro de los 45 días.

¿A DÓNDE ENVÍA USTED ESTA SOLICITUD?

Envíe la solicitud a su oficina local del DHS. Si usted no sabe la dirección, llame gratis al 1-800-252-8635. Las personas que usan un teletipo (TTY), pueden llamar gratis al 1-800-447-6404.

INSTRUCCIONES: Lea la solicitud cuidadosamente y siga todas las instrucciones.

1. Se debe completar una solicitud separada para cada persona que es ciega, tiene una deshabilidad o tiene 65 años de edad es mayor.

2. **Complete las páginas 1 - 5 de la solicitud.** Dependiendo de su situación, complete también los Formularios A - G adjuntos. Asegúrese enviar todos los documentos juntos. Conteste las preguntas completa y exactamente. Si usted no puede contestar todas las preguntas, llene lo más que pueda. Si usted necesita más espacio para contestar las preguntas, añada otra hoja de papel. Si usted tiene preguntas, llame a su oficina local del Departamento de Servicios Humanos (DHS) o llame gratis al 1-800-252-8635. Las personas que usan un teletipo (TTY), pueden llamar gratis al 1-800-447-6404.

   < Complete el **Formulario A** si alguien que solicita beneficios médicos tiene Medicare u otro seguro de salud.

   < Complete el **Formulario B** si alguien que solicita es ciego, tiene una deshabilidad o tiene 65 años de edad o es mayor.

   < Complete el **Formulario C** si alguien que solicita vive en un lugar de cuidados de largo plazo o en una institución de vivienda con apoyo o piensa mudarse a un lugar de cuidados de largo plazo o a una institución de vivienda con apoyo, o recibe o ha solicitado servicios del Programa de Cuidados en la Comunidad por medio del Departamento de Ancianos. Complete el **Formulario D** si la persona está casada.

   < Complete el **Formulario E** si alguien que solicita es ciego, tiene una deshabilidad o tiene 65 años de edad o es mayor y está empleado **o** si un pariente responsable que vive con la persona está empleado. El pariente responsable es el cónyuge o los padres de un niño menor de 18 años de edad.

   < Complete el **Formulario F** si alguien que solicita está casado, pero no vive con su cónyuge.

   < Complete el **Formulario G** si usted solicita para un niño que ya está cubierto por el seguro de salud o por quien usted ya ha hecho arreglos para que la cobertura del seguro de salud comience pronto.

3. Firme la solicitud.

4. Adjunte a la solicitud copias de cualquier documento requerido. Vea las páginas 3 y 4.

Si no está satisfecho con las acciones tomadas en esta solicitud, usted tiene el derecho a una audiencia imparcial. Usted puede pedir una audiencia imparcial llamando gratis al 1-800-435-0774 (si usa TTY: 1-877-734-7429) o escriba a: Departamento de Servicios Humanos de Illinois, Bureau of Assistance Hearings, 401 South Clinton Street, 6th El piso, Chicago, IL 60607.

Los programas de beneficios médicos cumplen con todas las leyes federales y estatales, reglas y regulaciones referentes a igual acceso sin consideración del sexo, raza, deshabilidad, origen nacional, religión, o edad. El estado de Illinois provee acomodaciones razonables según la Sección 504 del Acta de Rehabilitación de 1973 y del Acta de Americanos con Deshabilidades de 1990.

Para registrar una queja por discriminación, comuníquese con el Departamento de Servicios Humanos de Illinois (DHS), Departamento de Ayuda Pública de Illinois (DPA) o el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. (HHS). Escriba al DHS a: Departamento de Servicios Humanos, Oficina de EEO / AA, 401 South Clinton Street, 3rd Floor, Chicago, Illinois 60607. Escriba al DPA a: Departamento de Ayuda Pública, Oficina de EEO / AA, 401 South Clinton Street, 3rd Floor, Chicago, Illinois 60607. Escriba a: HHS, Director, Oficina de Derechos Civiles, Room 506-F, 200 Independence Avenue, S. W. Washington, D. C. 20201, o llame al (202) 619-0403 (voz), o al (202) 619-3257 (TTY). DHS, DPA, y HHS son proveedores con igualdad de oportunidades.

INFORMACIÓN PARA INCLUIR CON LA SOLICITUD

Para obtener beneficios médicos, usted debe proveer comprobantes o pruebas de alguna información que usted entrega. Por favor adjunte a esta solicitud copias de los documentos siguientes. No envíe originales. Incluya todo lo que aplica**.**

- **Ingresos** - Envíe comprobantes de cada tipo de ingresos anotados en la solicitud. Si la persona que solicita vive con su cónyuge, incluya el ingreso del cónyuge. Esto puede incluir:
  - Copias de talones de pago de su trabajo y comprobantes de propinas que recibieron durante el último mes. Si alguien trabaja por su cuenta o tiene negocio propio, provea los registros detallados del negocio que incluya ingresos y gastos del último mes.
  - Copias de cheques del último mes o cartas de Beneficios de Desempleo, Beneficios del Seguro Social y Beneficios para Veteranos.
  - Copias de cheques del último mes o una orden judicial para mantenimiento de niños o pensión del cónyuge.
  - Comprobantes de otros ingresos incluyendo ingresos de fondos fiduciarios, pensiones, renta de propiedades, etc. Envíe también comprobantes de gastos relacionados a los ingresos de rentas.
- **Mantenimiento Pagado** - Para obtener el crédito por mantenimiento de niños o de pensión pagada al cónyuge, provea comprobantes de pagos hechos en el último mes.
- **Gastos por Cuidado de Niños** - Si alguien que solicita beneficios médicos paga por el cuidado de niños para poder trabajar, provea comprobantes de los pagos hechos el último mes para que puedan obtener el crédito para esos gastos.
- **Documentos de Inmigración para No Ciudadanos** - Si alguien que solicita beneficios médicos no es ciudadano de los Estados Unidos, provea comprobantes de su estado de inmigración. Comprobante es una copia de cualquiera de lo siguiente:
  - Tarjeta o Recibo de registro de extranjería/Tarjeta de Residencia Permanente/Tarjeta Verde (INS-3A); o
  - Pasaporte con los sellos o fijaciones siguientes: Registro de Llegada-Salida con el sello indicando el estado (I-94), o Formulario de Residente extranjero (I-151 o I-551), o Tarjeta Temporal de Residente (I-688); o
  - Orden judicial de notificación para Asilados; o
  - Documentos del INS con un número-A; o
  - Otra prueba del estado legal de inmigración.

  No se requiere que una mujer embarazada provea comprobantes de su estado de inmigración.

  Otros adultos que desean beneficios médicos deben proveer comprobantes de su estado de inmigración. Nosotros nos comunicaremos con el Servicio de Inmigración y Naturalización de los Estados Unidos para verificar su estado. Los adultos también tienen que haber estado en los Estados Unidos por lo menos cinco años. El estado sólo puede cubrir cuidado médico provisto en casos de emergencia si nosotros no podemos verificar el estado legal de inmigración del adulto o si ellos están en los Estados Unidos por menos de cinco años.
- **Prueba del Embarazo** - Si alguien que solicita beneficios médicos está embarazada, provea una declaración firmada de su doctor o clínica que incluya la fecha que se espera el parto y el número de bebés esperado.
- **Prueba de Solicitud para un Número del Seguro Social** - Si alguien que solicita beneficios médicos no tiene un número del Seguro Social, provea una declaración firmada de la Administración del Seguro Social indicando que se ha hecho una solicitud para un número.
- **Medicare u Otro Seguro de Salud** - Si alguien que solicita tiene Medicare u otro seguro de salud, complete el **Formulario A** adjunto o provea una copia (ambos lados) de la tarjeta Medicare o tarjeta del seguro de salud. Si alguien puede obtener seguro de salud gratis por medio de un trabajo o gremio/unión, provea la información del plan y los requisitos para calificar.

LAS PERSONAS QUE SON CIEGAS, ESTÁN DESHABILITADOS O TIENEN 65 AÑOS DE EDAD O SON MAYORES VEAN LA PAGINA 4

INFORMACIÓN PARA INCLUIR CON LA SOLICITUD (cont.)

Si alguien que solicita es ciego, tiene una deshabilidad o tiene 65 años de edad o es mayor, provea comprobantes de la siguiente información, si aplica.

- **Edad** - Si alguien que solicita beneficios médicos tiene 65 años de edad o es mayor, provea comprobante de la edad. Esto puede incluir una copia del certificado de nacimiento de la persona, registros del Seguro Social, pasaporte o registros de la Administración de Veteranos.

- **Deshabilidad** - Si alguien que solicita beneficios médicos tiene una deshabilidad, provea comprobante de la deshabilidad. Si reciben Ingresos del Seguro Social Suplementario (SSI), o beneficios del Seguro Social por Deshabilidad (SSDI), no tienen que proveer otro comprobante de la deshabilidad. Si la persona no recibe SSI ni beneficios de SSDI, provea un informe médico actual.

- **Gastos de Empleo** - Complete el **Formulario E** si alguien que solicita beneficios médicos tiene empleo**.** También complete el **Formulario E** para el cónyuge o padres de un menor de 18 años de edad que esta empleado si ellos viven juntos. Descontaremos lo siguiente de sus ingresos si usted provee comprobantes de:

  - Impuestos Federales, Estatales o de la Ciudad,
  - Impuestos del Seguro Social,
  - Gastos de transportación para trabajar, la tasa más razonable. Permitimos 19 centavos por milla si usted usa su propio automóvil,
  - Herramientas especiales y uniformes requeridos para el tipo del trabajo que tiene,
  - Pagos de gremio/unión, primas de seguros de vida en grupo, primas de seguros de salud en grupo y plan de retención de ingresos para jubilación, si se requiere como una condición del empleo, y
  - Para personas con deshabilidades, gastos especiales de trabajo, tal como transportación especial para trabajar o un artefacto de comunicación para los que tienen impedimentos de audición, si eso permite que ellos trabajen. Para ser permitido como una deducción, los gastos deben ser pagados por el solicitante y no son reembolsados por una agencia ni por otra persona.

- **Bienes** - Envíe comprobantes de todos los bienes anotados en el **Formulario B**. Si la persona vive con su cónyuge, incluya los bienes del cónyuge. Esto puede incluir, pero no se limita a, copias actuales del estado de cuenta de bancos, certificados de depósito, pólizas de seguros de vida, títulos de propiedad de vehículos, contratos pagados para entierros, documentos de fiduciarios, títulos de propiedades y facturas de impuestos de las propiedades.

- **Bienes e Ingresos del cónyuge** - Provea comprobantes de los bienes e ingresos del cónyuge, si alguien que solicita desea transferir bienes y dar ingresos a su cónyuge y la persona que solicita:

  - vive en o piensa mudarse a un lugar de cuidados de largo plazo, o
  - vive en o piensa mudarse a un lugar de vivienda con apoyo, o
  - recibe o ha solicitado servicios del Programa de Cuidado en la Comunidad por medio del Departamento de Ancianos.
  -

SOLICITUD POR CORREO PARA BENEFICIOS MÉDICOS

SÓLO PARA USO DE LA AGENCIA Date Received Recycle Instruction pages 1 through 4 upon receipt of this application.
Case Number

Si su solicitud es sometida por una institución de cuidados de la salud, escriba la fecha de admisión del solicitante a la institución _____, la fecha actual o que se espera dar de alta _____ y el nombre de la institución _____.

Conteste las preguntas completamente y con precisión.

1. SOLICITANTE - Por lo general el solicitante es la persona que completa este formulario como una persona de edad avanzada o con deshabilidades, los padres de un niño, tutor u otro pariente con el que vive el niño; o una mujer embarazada. La información que usted provee en esta solicitud es confidencial y sólo se puede usar para propósitos conectados directamente con la administración de programas para beneficios médicos**.**

Nombre (Apellido, Nombre, Inicial)				Teléfono y horario para llamarle por el día
				( )
Calle	**Ciudad**	**Estado**	**Zona Postal**	**Condado**
Dirección de Correos (Si es diferente a la de arriba)				

Preferencia de Lenguaje	Raza o Grupo Étnico
Inglés Español Otro_____	Blanco Negro Hispano Asiático o Isleño del Pacífico Indio Americano o Nativo de Alaska Otro _____

2. INFORMACIÓN PERSONAL

Complete lo siguiente para la persona que solicita beneficios médicos y para todas las personas que viven con usted. No tiene que escribir el número de Seguro Social o el estado de ciudadanía para mujeres embarazadas o para alguien que no desea beneficios médicos. Si necesita más espacio, añada otra página.

A. Nombre (Apellido, Nombre, Inicial)	**Sexo**	**Fecha de Nac.**	**Parentesco con el/la Solicitante** (Cónyuge, hijo(a), etc.)	**Quiere Beneficios Médicos**	**Ciudadano de los EE. UU.**	**Número de Seguro Social**
	M F		Solicitante	Sí No	Sí No	
	M F			Sí No	Sí No	
	M F			Sí No	Sí No	
	M F			Sí No	Sí No	

2. INFORMACIÓN PERSONAL (cont.)

B. Escriba el nombre completo de ambos padres para cada persona menor de 18 años de edad que solicita beneficios médicos. Si uno de los padres no vive con el niño, escriba la dirección de ese padre.

Nombre del Niño	Nombre y Dirección de la Madre	Nombre y Dirección del Padre

C. ¿Es alguien que solicita veterano o cónyuge, niño, viudo(a) o padre de un veterano?	Sí No
Si contestó sí, escriba el nombre de la persona y el parentesco con el veterano.	

D. ¿ Es ciego o tiene una deshabilidad alguien que solicita?	Sí No
Si es sí, escriba el nombre de la persona.	

E. ¿Viven en Illinois todos los que solicitan?	Sí No
Si es no, escriba el nombre de la persona.	

F. ¿No es ciudadano de Estados Unidos alguien que solicita?	Sí No
Si contestó sí, escriba el nombre de la persona y el número de registro de extranjería. Añada documentación del número.	

G. ¿Vive en un lugar de cuidado a largo plazo o vivienda con apoyos alguien que solicita?	Sí No
Si es sí, escriba el nombre de la persona.	
¿Fue la persona un residente en la institución antes de 07/01/96?	Sí No No sabe
Escriba el nombre de la institución, dirección y número teléfono.	

H. ¿Recibe o solicitó servicios por medio del Programa de Cuidado en la Comunicad del Departamento de Ancianos alguien que solicita?	Sí No
Si es sí, escriba el nombre de la persona.	

2. INFORMACIÓN PERSONAL (cont.)

I. ¿Es esta una solicitud para pagar las cuentas de alguien que ha muerto?	Sí No
Si contestó sí, escriba el nombre de la persona y fecha de fallecimiento.	

J. ¿Tiene un tutor legal alguien que solicita?	Sí No
¿Si es sí, quién tiene el tutor?	
Nombre del tutor. Añada una copia de los papeles de tutela.	

K. ¿Está embarazada o ha estado embarazada en los últimos 3 meses alguien que solicita?	Sí No
Si es sí, escriba el nombre de la persona, la fecha del parto y número de bebés que espera.	

L. ¿Recibió alguien que solicita algún servicio médico durante los 3 meses anteriores al mes de esta solicitud?	Sí No
Si contestó sí, quiere que nosotros decidamos si pueden recibir ayuda para pagar esas facturas?	Sí No
¿Si contestó sí, qué meses?	

M. ¿Está alguien que solicita cubierto por Medicare u otro seguro de salud? Si es sí, complete el Formulario A.	Sí No

N. ¿Tiene alguien que solicita una condición médica costosa?	Sí No
Si contestó sí, escriba el nombre de la persona.	
¿Está la persona cubierta por seguro de salud para la condición médica o pueden obtener seguro de salud por medio de un reciente empleador o póliza de un pariente?	Sí No

O. ¿Puede alguien que solicita obtener seguro de salud por medio de un gremio/unión o trabajo?	Sí No
Si contestó sí, escriba el nombre de la persona.	

3. MANTENIMIENTO PAGADO

¿Paga alguien mantenimiento por una persona que ellos son responsables legalmente o tienen una orden de mantenimiento por medio de la corte? Incluya comprobantes.					Sí No
Si contestó sí, escriba el nombre de la persona que paga el mantenimiento.					
Cantidad pagada:		**Frecuencia de pagos:**		**Orden de Corte:**	Sí No

4. INGRESOS Y BENEFICIOS

Anote todos los tipos de ingresos y ganancias que recibe cualquier persona que solicita beneficios médicos. Si está casado(a) y vive con su cónyuge, escriba también el dinero que recibe el cónyuge, si es menor de 18 años de edad y vive con los padres, también escriba el dinero que reciben los padres. Escriba la cantidad de los ingresos antes de deducciones tal como impuestos o seguros. Adjunte comprobantes. Marque todo lo que aplica y escriba los detalles a continuación:

Seguro Social	Beneficios de Retiro/Pensiones	Sueldos/Empleo propio	SSI
Beneficios para Veteranos	Beneficios de Retiro de Ferrocarril	Fiduciarios o Anualidades	Mant. de Niños
Dividendos o Interés	Regalías, Derechos de Petroleo/Minas	Comp. de Trabajadores	Ingreso de rentas
Pensión de esposo(a)	Contribuciones	Ingreso de Cultivo	Beneficios de Deshabilidad
Beneficios de desempleo	Otro: _____		

Nombre de la Persona que Recibe Ingresos	Origen de ingresos. Si trabaja, escriba el nombre del empleador.	Cantidad	¿Frecuencia?	Si es Seguro Social Escriba el Número del Reclamo

5. CUIDADO DE NIÑOS

¿Paga usted o alguien que vive con usted por cuidado de niños para poder trabajar? Adjunte comprobantes.	Sí No

Si contestó sí, complete lo siguiente:

Nombre del niño	Nombre de la Persona que Provee el Servicio	Cantidad Mensual	Persona que Paga por el Cuidado

LEA Y FIRME

< Yo autorizo a los oficiales con responsabilidad del programa de beneficios de salud para el cual he solicitado, verificar toda la información en este formulario por cualquier medio incluyendo medios electrónicos. Yo entiendo que tengo que cooperar con estos esfuerzos para verificar la información.

< Si mi solicitud es aprobada, yo doy al estado de Illinois el derecho de recuperar bajo los términos de cualquier programa de cobertura médica privada o pública, cualquier cantidad a la que yo o un miembro de mi hogar pueda ser elegible.

< Yo entiendo que el estado de Illinois revelará información concerniente a los servicios médicos que he recibido para cualquier propósito autorizado por la ley.

< Si soy aprobado para asistencia médica, otorgo al estado de Illinois mi derecho para recaudar cualquier pago por mantenimiento médico. También entiendo que para recibir asistencia médica, yo debo cooperar con el estado de Illinois para obtener mantenimiento para pagos médicos para los miembros de mi familia que están en mi unidad de asistencia a menos que sea declarado exonerado con justificación.

< Yo estoy de acuerdo en informar al Departamento de Servicios Humanos dentro de los 10 días de cualquier cambio en mi dirección, tamaño de mi hogar, ingresos, propiedad o arreglos de vivienda.

< Yo entiendo que cualquiera que sabiéndolo mal usa la tarjeta de beneficios médicos otorgada por el estado de Illinois puede estar cometiendo un delito.

< Yo certifico bajo pena de perjurio que las declaraciones que he hecho sobre ciudadanía o estado de inmigración de cada persona que solicita beneficios médicos son verdaderas y correctas.

< Yo entiendo que el estado de inmigración de cada persona que solicita beneficios médicos y que no es un ciudadano de Estados Unidos será verificado con el Servicio de Inmigración y Naturalización (INS). Esto requiere la entrega al INS de cierta información identificable que yo he provisto. La información recibida del INS puede afectar la elegibilidad para beneficios médicos.

< Yo entiendo que si quiero que alguien solicite asistencia médica por mí y yo puedo física y mentalmente solicitar, yo debo dar una declaración escrita dando permiso para que esta persona solicite por mí. Incluyendo el nombre, dirección y teléfono de esta persona. La declaración tiene que indicar que yo soy responsable por la información provista por esta persona.

Yo entiendo que si intencionalmente doy información falsa o fallo en proveer la información pedida para esta solicitud, puede resultar en juicio en corte criminal, civil o en ambas. Yo certifico bajo pena de perjurio que he leído la solicitud completada, formularios y materiales adjuntos y que la información que he dado es completa y verdadera bajo lo mejor de mi conocimiento.

Firma del/la Solicitante _____ Fecha _____
(Si no puede firmar, haga una marca y que un testigo firme al lado de su marca).

Si alguien completó esta solicitud a favor del/la solicitante, esa persona debe firmar y completar la información a continuación.

Firma _____ Fecha _____ Teléfono _____

Nombre (en letra de molde) _____ Parentesco con el Solicitante _____

Dirección _____ Ciudad _____
Estado _____ Zona Postal _____

Si la solicitud fue iniciada por alguien a favor del/la solicitante, identifique a un pariente u otra persona que pueda contestar preguntas sobre la situación financiera del solicitante:

Nombre_____ Dirección _____

Parentesco con el/la Solicitante _____ Teléfono _____

FORMULARIO A
MEDICARE Y OTROS SEGUROS DE SALUD

MEDICARE

Complete para cualquiera que tiene Medicare o adjunte una copia (ambos lados) de la tarjeta Medicare.		
Nombre	**Número de Reclamo Medicare**	**Fecha que Empieza**
		Parte A_____ Parte B _____
		Parte A_____ Parte B _____

SEGUROS DE SALUD

Complete para alguna cobertura de seguro privado o de grupo, incluyendo un plan por medio del empleador más reciente o adjunte una copia (ambos lados) de la tarjeta de seguro.

Nombre de la Persona que Tiene Cobertura: _____

Nombre del Dueño de la Póliza: _____ SSN del Dueño de la Póliza (opcional)_____

Compañía de Seguros _____ Número de Certificado/Póliza _____

Reclamos Médicos enviados a:

Nombre _____ Calle_____Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____

Reclamos de recetas enviados a:

Nombre _____ Calle_____Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____

Fechas de Cobertura: Fecha que Empieza _____ Fecha que Termina _____

Si el seguro es por medio del empleador/gremio/unión, anote el empleador/gremio/unión.

Nombre _____ Calle_____Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____

Marque todos los siguientes beneficios que recibe:

Médico Dental Visión LTC Recetas

Cantidad de la Prima Mensual $_____

Nombre de la Persona que Tiene Cobertura: _____

Nombre del Dueño de la Póliza: _____ SSN del Dueño de la Póliza (opcional)_____

Compañía de Seguros _____ Número de Certificado/Póliza _____

Reclamos Médicos enviados a:

Nombre _____ Calle_____Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____

Reclamos de recetas enviados a:

Nombre _____ Calle_____Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____

Fechas de Cobertura: Fecha que Empieza _____ Fecha que Termina _____

Si el seguro es por medio del empleador/gremio/unión, anote el empleador/gremio/unión.

Nombre _____ Calle_____Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____

Marque todos los siguientes beneficios que recibe:

Médico Dental Visión LTC Recetas

Cantidad de la Prima Mensual $_____

FORMULARIO B
INFORMACIÓN SOBRE BIENES

Complete sólo para personas que son ciegos, tienen una deshabilidad o tienen 65 años de edad o más. Si es casado(a) y vive con su cónyuge, anote también los biene que tiene su cónyuge. Si contesta que sí en cualquiera de los siguientes, anote los detalles a continuación. Adjunte comprobantes.

¿Tiene alguien alguna propiedad tal como casa, terreno o edificio?			Sí	No
Dueño	**Dirección**	**Tipo**	**Valor**	**Cantidad que Debe**

¿Tiene alguien un carro, camioneta, motocicleta, bote, remolque u otro vehiculo?			Sí	No
Dueño	**Tipo**	**Marca/Modelo/Año**	**Valor**	**Cantidad que Debe**

¿Tiene alguien algún seguro de vida?			Sí	No
Dueño	**Compañía de Seguro**	**Número de Póliza**	**Valor al Redimir**	**Valor al Contado**

¿Tiene alguien alguno de los siguientes bienes? Marque todo lo que aplica:

cuenta corriente cuenta de ahorros bonos y acciones fondos mutuos	fondos fiduciarios anualidades plan de funeral/ entierro	bonos del gobierno certificados dedepósitos	lotes para entierro cuentas para asilo de ancianos cuentas de dinero y valores	derechos de minas / Petróleo IRA otro _____

Dueño	**Tipo de Bienes**	**Núm. De Cuenta / Póliza**	**Valor**	**Nombre del Banco, Compañía, etc.**

FORMULARIO C
TRANSFERENCIA DE BIENES

Complete sólo para las personas que viven en una institución para cuidado de largo plazo o con apoyo o que intentan mudarse a una institución de cuidado a largo plazo o con apoyo, o que reciben o han solicitado servicios por medio del programa de Cuidados en la Comunidad del Departamento de Ancianos.

¿Ha hecho usted o su cónyuge transferencias dentro de los últimos 36 meses, vendido o dado bienes, cerrado alguna cuenta de banco; o cambiado la manera en que se guardan sus bienes, (tal como, añadir el nombre a un título de una casa o crear una cuenta fiduciaria o anualidad?	Sí	No
¿Ha hecho usted o su cónyuge dentro de los últimos 60 meses: 1) Alguna transferencia de un fondo fiduciario revocable, 2) creado un fondo fiduciario irrevocable que no permite pagos a usted? ¿Tiene usted o su cónyuge un fondo fiduciario irrevocable que ha dejado de pagarle en los pasados 60 meses?	Sí	No
Si contestó sí, anote los detalles a continuación. Si necesita más espacio, adjunte una página adicional.		

¿Qué bienes fueron transferidos?				
¿Quién transfirió los bienes?	**Cantidad Recibida**	**¿A quién?**	**Fecha de la Transferencia**	**Valor en el Mercado**
Describa la transferencia. Por ejemplo, ¿fueron los bienes vendidos, regalados, o cambiaron la manera que se guardan?				
¿Por qué fueron transferidos los bienes?				

¿Qué bienes fueron transferidos?				
¿Quién transfirió los bienes?	**Cantidad Recibida**	**¿A quién?**	**Fecha de la Transferencia**	**Valor en el Mercado**
Describa la transferencia. Por ejemplo, ¿fueron los bienes vendidos, regalados, o cambiaron la manera que se guardan?				
¿Por qué fueron transferidos los bienes?				

FORMULARIO D
TRANSFERENCIA DE BIENES E INGRESOS AL CÓNYUGE

Complete sólo para personas que viven en una institución para cuidado de largo plazo o con apoyo o que intentan mudarse a una institución de cuidados a largo plazo o con apoyo, o que reciben o han solicitado servicios por medio del programa de Cuidados en la Comunidad del Departamento de Ancianos.

¿Quiere usted transferir bienes a su cónyuge?	Sí	No
Si contestó sí, adjunte copias de los bienes de su cónyuge.		

¿Quiere usted darle ingresos a su cónyuge?	Sí	No
Si contestó sí, adjunte copias de los ingresos de su cónyuge.		

¿Vive su cónyuge en una institución de cuidados a largo plazo o con apoyo?	Sí	No

¿Recibe su cónyuge o ha solicitado servicios por medio del programa de Cuidados en la Comunidad del Departamento de Ancianos.	Sí	No

¿Recibe su cónyuge beneficios médicos por medio del Departamento de Servicios Humanos o el Departamento de Ayuda Pública?	Sí	No
Si contestó sí, anote el numero de caso:		

FORMULARIO E
GASTOS POR EMPLEO

Complete sólo para personas que son ciegas, tienen una deshabilidad o tienen 65 años de edad o más. También anote los gastos de empleo del cónyuge o padres de niños menores de 18 años de edad que tienen un empleo y viven juntos.

Nombre de la Persona Empleada:			
Cantidad recibida antes de deducciones (cantidad bruta):			
Frecuencia de pagos:	Semanal Cada dos semanas Dos Veces al Mes Mensual		
Impuestos federales, estatales y de la ciudad retenidos:		**Impuestos del Seguro Social retenidos:**	
¿Compra o trae el almuerzo al trabajo la persona?	Compra Almuerzo Trae Almuerzo		
¿Compra esta persona uniformes o herramientas especiales?	Sí No		
Si es sí, anote las cosas que compra, frecuencia y costo. Adjunte recibos.			
¿Cómo va y viene al trabajo esta persona?	Propio Carro Ómnibus Otro		
¿Si la persona usa su propio carro, cuántas millas hay hasta el trabajo?			
¿Si la persona toma el ómnibus, cuánto cuesta el pasaje?			
Si va de otra manera, anote tipo y costo. Adjunte recibo.			
¿Tiene la persona que pagar gremio/unión, primas de seguro de vida en grupo, primas de seguro de salud en grupo, o retenciones por plan de retiro como condición de empleo?	Sí No Cantidad Mensual: $_____		

Nombre de la Persona Empleada:			
Cantidad recibida antes de deducciones (cantidad bruta):			
Frecuencia de pagos:	Semanal Cada dos semanas Dos Veces al Mes Mensual		
Impuestos federales, estatales y de la ciudad retenidos:		**Impuestos del Seguro Social retenidos:**	
¿Compra o trae el almuerzo al trabajo la persona?	Compra Almuerzo Trae Almuerzo		
¿Compra esta persona uniformes o herramientas especiales?	Sí No		
Si es sí, anote las cosas que compra, frecuencia y costo. Adjunte recibos.			
¿Cómo va y viene al trabajo esta persona?	Propio Carro Ómnibus Otro		
¿Si la persona usa su propio carro, cuántas millas hay hasta el trabajo?			
¿Si la persona toma el ómnibus, cuánto cuesta el pasaje?			
Si va de otra manera, anote tipo y costo. Adjunte recibo.			
¿Tiene la persona que pagar gremio/unión, primas de seguro de vida en grupo, primas de seguro de salud en grupo, o retenciones por plan de retiro como condición de empleo?	Sí No Cantidad Mensual: $_____		

FORMULARIO F
INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE AUSENTE

Anote la siguiente información para cada cónyuge ausente.

Nombre del Cónyuge Ausente			¿Cónyuge de Quién?		
Calle	**Núm. De Apto.**	**Ciudad**	**Estado**	**Zona Postal**	**Condado**
Número de Seguro Social					
Ingreso Mensual Bruto					
Origen de los Ingresos (Incluya nombre y dirección del empleador)					

Nombre del Cónyuge Ausente			¿Cónyuge de Quién?		
Calle	**Núm. De Apto.**	**Ciudad**	**Estado**	**Zona Postal**	**Condado**
Número de Seguro Social					
Ingreso Mensual Bruto					
Origen de los Ingresos (Incluya nombre y dirección del empleador)					

FORMULARIO G
REEMBOLSO KIDCARE

Complete este formulario si sus niños ya están cubiertos por un seguro de salud por medio de su empleo o de otro plan de seguro de salud privado o si usted tiene arreglos para que pronto empiece la cobertura de seguro de salud para ellos. Siga los pasos a continuación:

1) complete la Parte A;
2) el empleo del dueño de la póliza o su agente personal de seguros que complete la Parte B y se la entregue a usted; y
3) añada este formulario completado a una solicitud completada de KidCare antes de enviarla por correo.

Parte A Sección para el Empleado - *Para ser completada por el empleado/dueño de la póliza*.

Apellido del Empleado/Dueño de la Póliza_____ Nombre_____

Dirección_____ Ciudad_____ Estado_____ Zona Postal_____

Número de Seguro Social_____ Número de Teléfono ( )_____

(Para que el estado pueda hacer pagos al dueño de la póliza se requiere el número de Seguro Social)

Nombres de los niños para los cuales usted está solicitando Reembolso KidCare:_____

Atestiguación y Firma del Empleado / Dueño de la Póliza - Yo estoy de acuerdo en notificar inmediatamente a la Línea de Información de KidCare llamando gratis al 1-866-4-OUR-KIDS (1-866-4687543) (TTY: 1-877-204-1012) si termina el seguro para cualquiera de los niño(s) nombrado(s) arriba. Yo autorizo a mi empleador que provea la información requerida en la Parte B a continuación con el propósito de determinar la elegibilidad para KidCare. Yo también autorizo a mi empleador, administrador del plan y compañía de seguros que verifiquen mi cobertura y cualquier información indicada a continuación en cualquier momento durante mi participación en KidCare.

Firma del empleado/Dueño de la Póliza_____

Part B - Employer/Insurance Agent Section - *To be completed by the employer or by the policyholder's insurance agent if the policy is not provided through an employer.*

Note to Employer/Insurance Agent: The above named employee/policyholder is applying for a program called KidCare that may help cover the cost of their children's health insurance premiums. Please assist them by completing the information below about their coverage and returning the form to the employee/policyholder as soon as possible. (As used below, employee applies to an employee or private policyholder.)

Employer (if employer policy) _____

Employer Address _____ City_____ State_____ Zip_____

Person completing this form _____ Phone ( )_____ Fax ( )_____

Insurance Company_____ Policy Number_____ Group Number_____

Check which of the following benefits are covered: Physician Services Hospital Inpatient Services

Amount of Premium Paid by Employee $_____ (Include amounts paid for dental, vision and prescription coverage)

Premiums are paid: weekly every 2 weeks twice a month monthly
every 2 months quarterly semi-annually annually

Persons covered by the employee premium contribution _____ _____ _____ _____ _____

Does the employer pay 100% of the cost of the employee's coverage? Yes No

If NO, how much of the amount listed above is for coverage of the employee only (single rate)? $_____
(Include amounts for dental, vision and prescription coverage)

Enrollment Period for Policy _____ Date the Premium Listed Above Began/Begins_____

Date of Next Scheduled Change in Premium _____

Authorized Signature of Employer/Agent _____ Date_____