SOLICITUD PARA NIÑOS, MUJERES EMBARAZADAS Y PADRES

Centro de Servicio al Cliente de St. Joseph
525 Jules St. #127
St. Joseph, MO 64501

MO HEALTHNET es el programa de seguro de salud de Missouri para **niños menores de 19 años y mujeres embarazadas**. Para pedir su inscripción, **complete y firme** la solicitud adjunta y envíela a la dirección indicada arriba.

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA SOLICITUD PARA MO HEALTHNET

Sección A - Dirección postal:

Por favor, provea su nombre, dirección y números de teléfono. Le pedimos que indique bajo "Número de teléfono para mensajes" el número en que se lo(a) puede encontrar durante el horario de trabajo normal, o donde podamos dejar un mensaje para usted.

Sección B - Información del hogar:

Enumere todos los hijos, padres, padrastros o tutores en su hogar, usted primero. Es importante que indique el parentesco de la persona con usted; por ejemplo, cónyuge, hijo, hija, etc. La información sobre el grupo étnico es solo para uso estadístico y es opcional. Solo se requiere el número de seguro social para las personas que estén solicitando la cobertura de MO HEALTHNET. Coloque una "X" en la última casilla para indicar que usted está presentando una solicitud para MO HEALTHNET para esa persona.

Sección C - Ingresos:

A fin de determinar la elegibilidad de su familia para MO HEALTHNET, por favor, complete esta sección. Si necesita más espacio, adjunte una hoja. **Por favor, presente un comprobante de ingresos con la solicitud, de ser posible**.

Sección D - Seguro:

En el caso de algunos solicitantes, la elegibilidad para MO HEALTHNET dependerá de su acceso a un seguro de salud. Es importante que usted complete esta sección. Enumere todo seguro de salud, independientemente de la fuente.

Sección E - Padre/madre ausente:

Solo complete esta sección si el padre/la madre de uno de los niños que está presentando la solicitud para MO HEALTHNET está ausente del hogar. La ley exige cooperación con la División de Apoyo Familiar, Oficina de Cumplimiento de Manutención de Menores, para la obtención del pago para atención médica. Esto significa que usted debe cooperar en la identificación del padre/la madre ausente, ayudando a localizar al padre/la madre ausente, ayudando a establecer la paternidad y otras acciones necesarias. La falta de cooperación no afecta la elegibilidad de su hijo para la cobertura de MO HEALTHNET. Su propia elegibilidad puede verse afectada si usted no coopera. Su cooperación puede ser valiosa para usted y su hijo, ya que gracias a ella se puede llegar a encontrar al padre/la madre ausente, establecer la paternidad del menor y obtener pagos de manutención de menores y derechos a futuros beneficios de seguro social, veteranos y otros beneficios gubernamentales.

Si usted cree que no es en el mejor interés de su hijo buscar manutención médica provista por el padre ausente, por ejemplo, en el caso de abuso o amenaza de abuso en el pasado, marque "sí" en la Pregunta No. 1. Es posible que usted tenga una "buena causa" para no cooperar si su cooperación podría provocarle un daño físico o emocional al menor o a usted. Se le pedirá que brinde pruebas en apoyo a su alegación.

Si usted alega "buena causa" al marcar "sí" en la Pregunta No. 1, para no cooperar en la obtención de manutención médica, se le dará un aviso que explicará las circunstancias bajo las cuales puede haber buena causa y el tipo de prueba u otra información necesaria para decidir respecto de su alegación. También puede pedir este aviso como ayuda para decidir si alegar o no buena causa.

Sección F - Firma:

Por favor, lea esta sección detenidamente y firme el formulario. **La fecha efectiva de la cobertura bajo MO HEALTHNET se basa en la fecha en que se reciba su solicitud firmada**. Envíe la solicitud a la dirección indicada arriba.

Llame al 1-888-275-5908 si tiene preguntas
Por favor, conserve esta página. La misma contiene información importante.

OTRA INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE MO HEALTHNET

Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar la solicitud, llame sin cargo al **1-888-275-5908**.

Cuando se reciba su solicitud, la misma se examinará y si se necesita información adicional, usted será contactado(a). Si no tiene teléfono, puede comunicarse con nosotros al número indicado arriba algunos días después de haber enviado la solicitud por correo.

Se le notificará por correo cuando hayamos finalizado nuestra revisión. En el caso de las mujeres embarazadas, las solicitudes se procesan en un plazo de quince días. Todas las demás solicitudes para MO HEALTHNET se procesan dentro de los treinta días. Si usted no está de acuerdo con la decisión acerca de su elegibilidad, puede solicitar una audiencia justa dentro de los 90 días de la decisión.

INFORMACIÓN NECESARIA:

La siguiente información puede necesitarse antes de aprobar su solicitud para MO HEALTHNET:

- Comprobante de ingresos (i.e., talón de cheque de paga, carta del empleador, declaración de impuestos a la renta federales, carta de otorgamiento, etc.);
- Documentos de inmigración que indiquen el nombre, la situación inmigratoria, el número de registro y la fecha de entrada de los solicitantes de MO HEALTHNET que no sean ciudadanos de los EE.UU.; y
- Declaración médica que confirme un embarazo e indique la fecha prevista del parto (si solicita MO HEALTHNET como mujer embarazada).

De ser posible, envíe estos comprobantes con su solicitud. Aceptaremos copias de estos comprobantes; sin embargo, si envía originales, haremos copias de los mismos y le devolveremos los originales con su carta de notificación. NO POSTERGUE EL ENVÍO DE SU SOLICITUD SI NO TIENE LOS COMPROBANTES RÁPIDAMENTE DISPONIBLES. Se le notificará si se necesita información adicional o comprobantes.

PROGRAMA NIÑOS Y JÓVENES SALUDABLES:

Si sus hijos cumplen los requisitos para MO HEALTHNET, pueden recibir servicios a través del programa Niños y Jóvenes Saludables [Healthy Children and Youth (HCY)]. HCY brinda atención médica primaria y preventiva. Su hijo puede obtener exámenes, vacunas y pruebas que lo ayuden a mantenerse saludable o para identificar problemas médicos que puedan requerir tratamiento. MO HEALTHNET pagará por estos servicios de atención médica.

Si está embarazada y desea una evaluación de riesgos de salud y servicios de gestión de caso, comuníquese con su departamento de salud local o llame a TEL-LINK (1-800-835-5465).

RIESGOS Y RESPONSABILIDADES

Usted debe **informar cualquier cambio en las circunstancias declaradas en la declaración de solicitud dentro de los DIEZ DÍAS** de ocurridas, sin importar qué es lo que cause los cambios. Usted tiene la obligación continua de informar y no puede esperar a ser contactado(a).

Cualquier información provista en la solicitud está sujeta a verificación por funcionarios federales, estatales y locales. Se le podrán negar beneficios y/o estar sujeto(a) a enjuiciamiento penal por brindar información falsa a sabiendas. El delito de robar o intentar robar beneficios de asistencia pública por un valor de setecientos cincuenta dólares ($750.00) o más, en caso de condena, es punible con encarcelamiento por un periodo no superior a cinco años, o con reclusión en una cárcel del condado por un periodo no superior a un año, o con una multa no superior a diez mil dólares ($10,000.00), o ambos. Si el valor de los beneficios obtenidos de manera ilícita es inferior a setecientos cincuenta dólares ($750.00), se trata de un delito menor.

Usted tiene derecho a recibir un tratamiento justo e igualitario, independientemente de su edad, sexo, raza, color, discapacidad, credo, origen nacional o creencia política.

Por favor, conserve esta página. La misma contiene información importante.

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES DE MISSOURI
MO HEALTHNET

SOLICITUD PARA NIÑOS, MUJERES EMBARAZADAS Y PADRES

MoHealthNet for kids • MoHealthNet

COMPLETAR CON TINTA.

SOLO PARA USO ADMINISTRATIVO
FECHA DE LA SOLICITUD
DCN
ESPECIALISTA EN ELEGIBILIDAD/SUPV/CARGA

A. DIRECCIÓN POSTAL

NOMBRE (PRIMERO, SEGUNDO, APELLIDO)			
DIRECCIÓN (NO. DE LA CASA, CALLE O RUTA RURAL, NO. DE CASILLA DE CORREO) CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL		CONDADO	
NÚMERO DE TELÉFONO PARTICULAR	NÚMERO DE TELÉFONO DEL TRABAJO	NÚMERO DE TELÉFONO PARA MENSAJES	

INSTRUCCIONES: Le pedimos que responda cada pregunta íntegramente. Adjunte una hoja adicional si necesita más espacio en alguna sección.

B. INFORMACIÓN DEL HOGAR (ENUMERE TODOS LOS HIJOS, PADRES/TUTORES Y PADRASTROS QUE VIVAN EN SU HOGAR, USTED PRIMERO).

NOMBRE (PRIMERO, SEGUNDO, APELLIDO) (APELLIDO DE SOLTERA)	RAZA*/ SEXO	HISPANO SÍ/NO	PARENTESCO CON LA PERSONA a.	FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	(X) SOLICITANDO
a.			YO MISMO(A)				
b.							
c.							
d.							
e.							
f.							

*(1 - BLANCO 2 - NEGRO/AFROESTADOUNIDENSE 4 - INDÍGENA ESTADOUNIDENSE/INDÍGENA DE ALASKA 5 - ASIÁTICO 6 - INDÍGENA DE HAWAI/ISLAS DEL PACÍFICO)

1. ¿Ambos padres de todos los niños están en el hogar? ☐ SÍ ☐ NO (Si No, completar sección E).
2. ¿Todos los solicitantes son ciudadanos de EE.UU? ☐ SÍ ☐ NO Si No, brindar la siguiente información para los solicitantes de MO HealthNet que no sean ciudadanos de EE.UU.: Nombre, situación inmigratoria y número de registro, fecha de entrada: _____
3. Puede ser que califique para la cobertura de cuentas impagas por servicios médicos recibidos en los últimos tres meses. ¿Alguna de las personas enumeradas arriba recibió servicios médicos impagos en los últimos tres meses? ☐ SÍ ☐ NO
   Si respondió que sí, ¿fueron distintos los ingresos en los meses anteriores? ☐ SÍ ☐ NO
4. ¿Alguna persona en su hogar está embarazada? ☐ SÍ ☐ NO Si respondió que sí, ¿quién? _____ ¿Fecha de parto prevista? _____
5. ¿Su patrimonio neto (patrimonio neto es el valor de todo lo que tiene, menos cualquier deuda) es: ☐ inferior a $50,000 ☐ $50,000-$100,000 ☐ $100,000-$150,000 ☐ $150,000-$200,000 ☐ $200,000 - $250,000 ☐ superior a $250,000

   Por favor, enumere sus activos (cuentas bancarias, acciones/bonos, vehículos, vivienda, inmuebles y bienes personales, etc.) _____

C. INGRESOS (Por favor adjunte comprobante(s); por Ej., talón de cheque de paga, nota del empleador, declaración de impuestos a la renta federales, carta de otorgamiento, etc.)

1. ¿Está usted empleado(a)? ☐ SÍ ☐ NO Si respondió que sí, nombre del empleador _____
   ¿Cuánto le pagan **antes** de impuestos o descuentos? $ _____ ☐ Semanalmente ☐ Cada dos semanas ☐ Dos veces al mes ☐ Mensualmente
2. ¿Alguna otra persona en su hogar está empleada? ☐ SÍ ☐ NO Si respondió que sí, ¿quién? _____
   Nombre del empleador _____
   ¿Cuánto les pagan **antes** de impuestos o descuentos? $ _____ ☐ Semanalmente ☐ Cada dos semanas ☐ Dos veces al mes ☐ Mensualmente
3. ¿Alguna persona en su hogar tiene su propio negocio o trabaja por su cuenta de alguna otra forma? ☐ SÍ ☐ NO
   De ser así, ¿quién? _____ Describa el tipo de trabajo por cuenta propia (cuidado de niños, ingresos agrícolas, otro) y la suma que gana: _____ ☐ Semanalmente ☐ Mensualmente ☐ Anualmente
4. Los costos por el cuidado de niños pueden ser una deducción de ingresos permitida para familias que trabajan. ¿Usted le paga a alguien para que cuide a su hijo?
   ☐ SÍ ☐ NO Si respondió que sí, enumere los nombres de los hijos bajo cuidado: _____
   ¿Cuánto paga por el cuidado de los niños?: $ _____ ☐ Semanalmente ☐ Cada dos semanas ☐ Dos veces al mes ☐ Mensualmente

SI TIENE PREGUNTAS, LLAME AL 1-888-275-5908

5. ¿Alguna persona en su casa recibe otros ingresos (tales como manutención de hijos, manutención de cónyuge, beneficios de Compensación por Desempleo, beneficios por enfermedad, ingresos por intereses, beneficios de Seguro Social u otros ingresos no salariales)? ☐ SÍ ☐ NO Si respondió que sí, complete lo siguiente:

PERSONA QUE RECIBE	¿QUIÉN PROVEE EL DINERO?	¿SUMA RECIBIDA?	¿RECIBIDA CON QUÉ FRECUENCIA?

D. SEGURO DE SALUD

1. ¿Alguna persona en su hogar tiene seguro médico, hospitalario o Medicare? ☐ SÍ ☐ NO

PERSONAS ASEGURADAS	NOMBRE DE LA COMPAÑÍA Y NÚMERO DE PÓLIZA	TIPO DE COBERTURA
		☐ Médico ☐ Hospital Si la cobertura es limitada, explicar:
		☐ Médico ☐ Hospital Si la cobertura es limitada, explicar:

2. ¿Alguna persona en su hogar ha perdido **o dejado** un seguro de salud en los últimos seis meses? ☐ SÍ ☐ NO Si respondió que sí, brindar el/los nombre(s), fecha y razón por la que finalizó la cobertura. _____

3. ¿Algún miembro de su familia tiene un seguro de salud disponible por medio de un empleador u otra membresía grupal? ☐ SÍ ☐ NO
Si respondió que sí, nombre del empleador o grupo: _____
¿El seguro está disponible para: ☐ Usted ☐ Cónyuge ☐ Hijos ¿Cuánto es la prima para los hijos? $ _____ por _____

4. ¿Alguno de sus hijos tiene una afección médica que, si no se trata, resultaría en la muerte o en una lesión física grave para el niño?
☐ SÍ ☐ NO Si respondió que sí, brindar el/los nombre(s) del/de los hijo(s) _____

5. ¿Algún tercero es responsable por pagar cualquier parte de su atención médica? ☐ SÍ ☐ NO Si respondió que sí, ¿quién? _____

E. INFORMACIÓN SOBRE PADRE/MADRE AUSENTE (Completar esta sección si el padre/la madre de cualquiera de los niños está ausente del hogar).

NOMBRE (PRIMERO, SEGUNDO, APELLIDO) (APELLIDO DE SOLTERA)	RAZA/ SEXO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO	¿PADRE/MADRE DE QUÉ NIÑO?	ÚLTIMA DIRECCIÓN CONOCIDA

1. ¿Tiene un buen motivo para no cooperar en la obtención de manutención para atención médica? ☐ SÍ ☐ NO Si respondió que sí, explicar.
_____

F. LE PEDIMOS QUE LEA DETENIDAMENTE Y FIRME ABAJO

- Yo/nosotros acepto/aceptamos que debo/debemos brindar los Números de Seguro Social de todas las personas que soliciten MO HealthNet, según lo exige la ley. Se utiliza el Número de Seguro Social para determinar la elegibilidad y verificar la información.
- Acepto/aceptamos que debo/debemos ser evaluado(s) para el Programa de Pago de Primas de Seguro Médico (HIPP - Health Insurance Premium Payment Program) si yo o los miembros del hogar están empleados o perdieron el empleo en los últimos 30 días y el empleador o ex empleador ofrece seguro médico grupal.
- Acepto/aceptamos que mis/nuestras declaraciones e información provista sean verificadas.
- Informaré/informaremos acerca de cualquier cambio en las circunstancias dentro de los DIEZ DÍAS de ocurrido el cambio.
- Sé/sabemos que es contra la ley obtener o intentar obtener beneficios a lo que no tenga/tengamos derecho. Cualquier alegación, declaración u ocultamiento de cualquier hecho material, ya sea integral o parcialmente, puede hacerme/hacernos pasible(s) de enjuiciamiento penal y/o civil.
- Acepto/aceptamos que al solicitar MO HealthNet (y ser determinado(s) elegible(s)) para un niño privado de manutención paterna, he/hemos transferido todos los derechos de manutención médica al Estado de Missouri, y que debo/debemos cooperar para establecer la paternidad y obtener manutención medica, **a no ser que tenga/tengamos una buena causa. La falta de cooperación no afecta la elegibilidad de un niño.**
- Comprendo/comprendemos que los beneficios de atención médica basados en que la persona tiene 65 años o más o que está ciega o discapacitada, no se determinan por completar esta solicitud. Si deseo/deseamos elegibilidad para beneficios médicos basados en que la persona tiene 65 años o más o que está ciega o discapacitada, debo/debemos completar una solicitud distinta para estos beneficios.
- Acepto/aceptamos que, si fuera necesario, se puede divulgar información médica sobre mí y/o mi familia para administrar este programa.
- Siempre y cuando se determine que yo/nosotros soy/somos elegible(s) para MO HealthNet sé/sabemos que Missouri pagará por los servicios cubiertos en mi/nuestro nombre y acepto/aceptamos que el estado cobre pagos a cualquier tercero (por Ej., seguro, sucesión, etc.) por servicios pagados por el estado.

Mi/nuestra firma abajo certifica bajo pena de perjurio que todas las declaraciones realizadas en esta declaración de elegibilidad son verdaderas, precisas y completas, a mi/nuestro mejor saber y entender. Autorizo/autorizamos a aseguradoras o empleadores a divulgar cualquier información sobre mi persona o mi(s) dependiente(s) para determinar la elegibilidad para el programa HIPP.

FIRMA/DECLARACIÓN	FECHA	FIRMA DE CÓNYUGE/DECLARACIÓN	FECHA

SI TIENE PREGUNTAS, LLAME AL 1-888-275-5908