



Información sobre la solicitud para el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP), Medicaid para Niños y cobertura perinatal de CHIP

CHIP

CHIP ofrece seguro médico a niños desde su nacimiento hasta los 18 años de edad, que sus familias ganan demasiados ingresos para recibir los beneficios de Medicaid y que no pueden pagar un seguro médico privado. Para obtener CHIP, sus bienes deben ser de valor limitado. Los bienes pueden incluir dinero en efectivo, acciones, inventarios, y bienes raíces. Además, debe tener ingresos por debajo de los límites establecidos basados en el número de personas en su familia. La cuota de inscripción de CHIP y los copagos por consultas médicas, medicamentos con receta y otros servicios se calculan de acuerdo a los ingresos de su familia.

Medicaid para Niños

Medicaid ofrece servicios de salud gratis a niños desde su nacimiento hasta los 18 años de edad que sus familias tienen bajos ingresos. Para obtener beneficios de Medicaid, sus bienes deben ser de valor limitado y debe tener ingresos por debajo de los límites del programa. Si su hijo puede obtener beneficios de Medicaid, no tendrá que pagar cuota de inscripción ni copagos por consultas médicas, medicamentos con receta ni otros servicios.

Cobertura perinatal de CHIP

La cobertura perinatal de CHIP ofrece beneficios de atención de salud a los niños por nacer de mujeres embarazadas que no pueden recibir beneficios de Medicaid ni otras formas de CHIP por sus ingresos o su estatus migratorio. En algunos casos CHIP Perinatal no cubre los costos del parto ni del nacimiento. Estos gastos se pagan mediante Medicaid de Emergencia. Las embarazadas que necesitan Medicaid de Emergencia recibirán el formulario de Medicaid H3038 (Certificación de servicios médicos de emergencia) por correo. Es preciso que entregue este formulario a su doctor para que lo llene después del parto.

Programa de Pago de Prima del Seguro Médico

Por medio de este programa podría pagar los costos de seguro médico privado para toda su familia y no solamente para los miembros que reciben beneficios de Medicaid. La familia recibirá los beneficios por medio del seguro médico privado. Para más información o para llenar una solicitud, llámenos gratis al 1-800-440-0493 o escribanos a la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas, TMHP-HIPP, PO Box 201120; Austin, Texas 78720-1120

Maneras de solicitar

Si desea solicitar beneficios de CHIP, Medicaid para Niños o cobertura perinatal de CHIP, puede:

- Llamar gratis al 1-800-647-6558.
- Llenar la solicitud incluida y enviarla por correo con los documentos requeridos a:
HHSC
P. O. Box 14200
Midland, TX 79711-4200

- Llenar la solicitud incluida y enviarla al número de fax gratuito 1-877-542-5951, junto con los documentos requeridos.

Si quiere solicitar para estos programas y otros beneficios, como **estampillas de comida, asistencia económica o Medicaid para adultos**, usted puede:

- Llamar al 2-1-1
- Visitar www.yourtexasbenefits.com
- Visitar la oficina local de beneficios de HHSC

Documentos que necesitamos

Al revisar su solicitud, tendremos que ver pruebas de:

Ingresos

Necesitamos pruebas de la cantidad de dinero que gana cada persona en su hogar. Las pruebas deben mostrar los ingresos actuales de cada persona y pueden ser copias de uno o más de los siguientes:

- Talonario de cheque de pago emitido en los últimos 60 días que muestre la cantidad pagada antes de los impuestos o deducciones (salario bruto).
- Declaración de impuestos del IRS más reciente, incluyendo el Cuadro C (si llenó este formulario).
- Prueba de trabajo por su cuenta.
- Carta de un empleador.
- Recibo de asistencia económica.
- Estado de cuenta más reciente del Seguro Social.
- Talonario de cheque o recibo de manutención de niños.

Gastos

Necesitamos pruebas de cualquier gasto que anote en su solicitud. Las pruebas pueden ser recibos de gastos de cuidado de niños, gastos de cuidado de un adulto discapacitado, pagos de manutención de niños o de pensión alimenticia.

Ciudadanía de EE.UU. o estatus migratorio

Necesitamos pruebas de ciudadanía de EE.UU. o del estatus migratorio de cada persona que solicita CHIP, Medicaid para Niños o cobertura perinatal de CHIP. Para cada persona que solicita, envíe una copia de UNO de los siguientes:

- Tarjeta de residente permanente (I-551), copia del frente y el reverso.
- Formulario de llegada o salida (I-94) del Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS, por sus siglas en inglés).
- Acta de nacimiento de EE.UU.
- Pasaporte de EE.UU.

Números de Seguro Social

Necesitamos los números de Seguro Social de cada persona que solicita beneficios.*

Si usted está embarazada y no tiene número de Seguro Social o no es ciudadana, es posible que aún así pueda ser aprobada para recibir la cobertura perinatal de CHIP. Todas las declaraciones que presente como pruebas de su situación deben estar firmadas y fechadas con el nombre, dirección y teléfono de la persona que proporcione la declaración. Si envía el original de algún documento y nos parece que lo necesita para sus archivos personales, haremos una copia y se lo devolveremos.

* Se le pedirá que presente los números de Seguro Social de todas las personas (incluyendo usted) que desean asistencia. Si alguna de estas personas no tiene número de Seguro Social, podemos ayudarlo a que lo solicite. Como requisito para los beneficios de Medicaid, es necesario tener un número de Seguro Social o prueba de solicitud para un número de Seguro Social. Por lo tanto, es posible que la persona que no solicite al Seguro Social o que no proporcione su número de Seguro Social, no reúna los requisitos para recibir los beneficios. La autoridad para este requisito se encuentra en Beneficios de asistencia médica, según 42 C.F.R. 435.910. No compartiremos su número de Seguro Social con el Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS, por sus siglas en inglés). Usted no tendrá que proporcionar los números de Seguro Social de ningún miembro de su familia que no reúna los requisitos por su estatus migratorio y que no solicita beneficios. Los números de Seguro Social se usan para verificar el cumplimiento con los requisitos, para hacer comparaciones por computadora con otras agencias (como Texas Workforce Commission (Comisión de Fuerza de Trabajo de Texas), Social Security Administration (Administración de Seguro Social), IRS (Servicio de Impuestos Internos), agencias de informes de crédito) y otras fuentes de datos y para recuperar beneficios a los que usted no tenía derecho a recibir. Podríamos compartir los números de Seguro Social con compañías telefónicas o electrónicas para ayudarles a determinar si usted reúne los requisitos para descuentos en sus facturas o con otros para ayudarlo a recibir beneficios de acuerdo a sus necesidades.

Instrucciones para llenar esta solicitud

Esta solicitud es para el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP), Medicaid para Niños y la cobertura perinatal de CHIP. Primero debemos revisar si cada uno de los solicitantes podría ser aprobado para Medicaid, antes de revisar si podrían ser aprobados para CHIP. Las leyes federales no permiten que la persona que reúne los requisitos para Medicaid se ingrese a CHIP o reciba la cobertura perinatal de CHIP.

Cómo solicitar:

- Llene, firme y ponga la fecha en la solicitud.
- Incluya todas sus pruebas de ingresos y gastos y los comprobantes de ciudadanía o de la situación de residencia permanente legal de cada persona que solicita beneficios.
- Anote los números de Seguro Social de cada uno de los solicitantes.
- Envíe por correo la solicitud completamente rellena y las demás pruebas en el sobre incluido con nuestra dirección (no necesita estampilla postal).

¿Quién puede solicitar?

- Cualquier adulto de 18 años o mayor que vive con los niños por más de la mitad del tiempo y que es responsable por su cuidado.
- Cualquier niño menor de 19 años que vive por cuenta propia.
- Cualquier mujer embarazada de su familia.
- Los empleados del estado solamente pueden solicitar el Programa Estatal de Seguro para Niños (SKIP en inglés). El formulario de solicitud se encuentra en la sección de "Insurance" del sitio web del Employees Retirement System, o sea el sistema de jubilación para los empleados, al www.ers.state.tx.

1 Llene la solicitud con tinta negra o azul. Si solicita para sus hijos no necesitamos su número de Seguro Social para tramitar la solicitud para los beneficios de atención médica. Cada niño que solicita debe vivir en Texas.

2 Llene esta información para cualquier mujer embarazada que solicita beneficios de seguro médico para su hijo por nacer.

Renglón (a)

Anote el nombre y la fecha esperada del parto de cualquier mujer embarazada de su hogar, incluyendo niñas, por quienes usted solicita. Díganos el apellido de soltera de la madre de la mujer embarazada de su familia, junto con toda la demás información solicitada.

Renglón (b)

Necesitaremos pruebas de ciudadanía de EE.UU. o de la situación de inmigrante de cada persona que solicita beneficios. Los residentes permanentes legales podrían ser aprobados para estos programas de atención médica. Para cada persona que solicita, envíe una copia del frente y el reverso de **UNO** de los siguientes documentos:

- Tarjeta de residente permanente (I-551).
- Formulario de llegada o salida (I-94).
- Acta de nacimiento de EE.UU.
- Pasaporte de EE.UU.

No necesitamos información sobre la ciudadanía ni de la situación de inmigrante de las personas que no solicitan beneficios. No compartiremos ninguna de la información que usted nos proporcione con el Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS, por sus siglas en inglés) y el USCIS no puede usar esta solicitud ni la participación de ninguna persona en estos programas para negarle entrada a los EE.UU., para dañar su estado de residente permanente legal ni para deportarlo. **Si usted no es ciudadano, aún así podría reunir los requisitos para recibir la cobertura perinatal de CHIP.**

Renglón (c)

Marque la casilla "Sí" si la mujer embarazada de su familia actualmente está asegurada por algún seguro médico privado y escriba la fecha cuando termina esta cobertura. Si no va a

terminarse el seguro médico privado, escriba "N/A". Marque la casilla "No" si la mujer embarazada de su familia no tiene algún seguro médico privado.

Renglón (d)

Anote el nombre y dirección del padre del niño por nacer.

3 Si **SOLAMENTE** está solicitando la cobertura perinatal de CHIP y no hay niños en su hogar **PASE** a la siguiente sección. Si no es así, por favor llene una columna para cada niño en su hogar **aunque no solicita cobertura médica para ese niño**. Solamente puede solicitar para los niños que viven en su hogar. Si viven con usted más de cuatro niños, favor de escribir la información acerca de los niños adicionales en una hoja de papel por separado y envíela junto con esta solicitud. Si usted es menor de 19 años y no vive con sus padres, puede llenar esta sección con sus propios datos.

Renglón (c)

Por favor ponga una marca en la casilla "Solicita" de cada columna bajo el nombre del niño que necesita beneficios de atención médica. Si usted no necesita beneficios de atención médica para alguno de los niños anotados, por favor marque la casilla "No solicita" en la columna debajo del nombre del niño.

Renglón (d)

Díganos el parentesco entre usted y cada uno de los niños que viven en su casa. Como ejemplos de respuestas puede escribir hija, hijo, nieto o sobrino. Si no tiene parentesco con el niño pero éste vive con usted, escriba "otro". Si solicita para usted mismo, escriba "yo mismo".

Renglón (g)

Necesitaremos pruebas de ciudadanía de EE.UU. o de la situación de inmigrante de cada niño que solicita CHIP o Medicaid para Niños. Los niños que son residentes permanentes legales podrían reunir ser aprobados para estos programas de atención médica. Para cada niño, envíe una copia del frente y el reverso de **UNO** de los siguientes documentos:

- Tarjeta de residente permanente (I-551).
- Formulario de llegada o salida (I-94).
- Acta de nacimiento de EE.UU.
- Pasaporte de EE.UU.

No necesitamos información sobre la ciudadanía ni de la situación de inmigrante de las personas que no solicitan beneficios. No compartiremos ninguna de la información que usted nos proporcione con el Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS, por sus siglas en inglés) y el USCIS no puede usar esta solicitud ni la participación de sus hijos en Medicaid para Niños o CHIP para negarle entrada a los EE.UU., para dañar su estado de residente permanente ni para deportarlo.

Renglón (h)

Debemos tener el número de Seguro Social de todos los niños que están solicitando beneficios de atención médica. Si el niño no tiene número de Seguro Social, envíenos por correo prueba por parte de su oficina local del Seguro Social, de que usted ha solicitado un número de Seguro Social para su hijo (copia del Formulario SSA 2853 ó SSA 5028). Si necesita ayuda para solicitar el número de Seguro Social para el niño, por favor llame al 1-800-772-1213. No daremos ni al Servicio de impuestos internos ni al USCIS su número de Seguro Social ni el de su hijo.

Renglón (j)

Anote el apellido de soltera de la madre de cada niño. Esto nos ayudará a obtener pruebas de ciudadanía de EE.UU. si su hijo nació en Texas.

Renglón (o)

Esta pregunta es opcional y se usa con fines estadísticos y no afecta su derecho a solicitar los servicios.

4 Si **SOLAMENTE** está solicitando la cobertura perinatal de CHIP, **PASE** a la siguiente sección. Si no es así, por favor llene una columna por cada niño que viva con usted.

Renglón (a)

Marque la casilla "Sí" si el niño tiene cobertura médica en este momento por algún seguro médico privado. Escriba el nombre de la compañía aseguradora, el nombre del titular de la póliza y el número de grupo de la póliza. Si está por terminar el seguro médico, anote la fecha que terminara en el espacio indicado.

Marque la casilla "No" si el niño no está asegurado por algún seguro médico privado o si el niño tiene seguro por compensación laboral, algún seguro de automóvil, de accidentes o deportivo o mediante el Programa de Servicios para Niños con Necesidades Médicas Especiales de Salud (CSHCN).

Si el niño no está asegurado por algún seguro médico privado, pero tuvo seguro médico durante los últimos 90 días anteriores, por favor marque la casilla que mejor indica por qué se cancelo el seguro y anote la fecha en que término el seguro.

Renglón (b)

Su respuesta a esta pregunta no afectará la capacidad de sus hijos para recibir Medicaid para Niños o CHIP. Preguntamos esto porque si su hijo reúne los requisitos para Medicaid para Niños, usted podría recibir ayuda financiera para pagar las cuotas del seguro médico privado del niño.

- 5** Las siguientes preguntas no afectan su derecho para recibir los beneficios. Usaremos sus respuestas para mejor coordinar los servicios de salud que su familia necesita.
- 6** Por favor anote a todos los padres y padrastros **QUE VIVEN CON LOS NIÑOS**, incluso si ya los anotó en otra parte de esta solicitud. Si no es el padre o padrastro de los niños, no tiene que anotarse usted en esta sección.
- 7** Por favor anote en esta sección los ingresos brutos de todos los padres, padrastros y niños. El ingreso bruto es la cantidad pagada antes de los impuestos y deducciones. Si usted no es el padre o padrastro de alguno de los niños, no dé la información sobre sus ingresos. Incluya los ingresos recibidos de trabajos, Seguro Social (jubilación, sobreviviente y discapacidad), manutención de niños, pensión alimenticia y la Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF). Usted debe enviar pruebas de cada fuente de ingresos. Esto puede incluir una copia del talón de un cheque de pago emitido en los últimos 60 días, que muestre la cantidad pagada antes de deducciones (salario bruto), o una carta del empleador. Otras pruebas incluyen un recibo de asistencia en efectivo, su estado de cuenta del Seguro Social más reciente o el talón de cheque o recibo de manutención de niños. Si trabaja por cuenta propia, las pruebas incluyen su declaración de impuestos del IRS más reciente incluyendo el Cuadro C o el Cuadro C-EZ. Si envía el Cuadro C-EZ también tendrá que enviarnos pruebas de las deducciones de negocios que reporto en el Cuadro C-EZ; nosotros revisamos estos gastos al calcular sus ingresos para CHIP. Si no es el padre ni padrastro de alguno de estos niños, no tiene que dar esta información sobre ingresos.
- 8** Por favor llene esta sección si alguno de los miembros de la familia que vive en el hogar paga:
- Gastos de cuidado infantil
 - Manutención de niños
 - Pensión alimenticia
 - Cuidado de un adulto discapacitado
- Medicaid para Niños podría descontar la cantidad que usted paga en el cuidado a dependientes, manutención de niños y pensión alimenticia del total de los ingresos del hogar para determinar si el niño podría ser aprobado para Medicaid. También podríamos descontar lo que paga en el cuidado de niños para determinar si su hijo podría ser aprobado para CHIP o la cobertura perinatal de CHIP.
- Debemos tener pruebas y aceptaremos copias de cheques cancelados o un estado de cuentas de la oficina del fiscal general si la manutención de niños se paga a través de su oficina. Aceptaremos copias de los siguientes documentos como pruebas: recibos de la guardería de niños, de la compañía que proporciona cuidado a discapacitados o los cheques cancelados.

- 9** Si **SOLAMENTE** está solicitando la cobertura perinatal de CHIP, **PASE** a la siguiente sección. Si no es así, deberá llenar esta sección. Si usted es el padre o padrastro de los niños, conteste lo siguiente sobre las propiedades de los miembros de la familia que viven en su hogar. Si usted no es el padre o padrastro de los niños, su casa y otras propiedades de bienes raíces no cuentan como bienes. Únicamente anote información acerca del niño o de sus bienes.

Renglón (a)

Para los padres y niños que viven en el hogar, por favor escriba la cantidad total de dinero que tenían disponible el último día del mes pasado en cuentas de cheques, ahorros y transferencias electrónicas de beneficios (cuenta TANF solamente); dinero en efectivo en la mano y fideicomisos accesibles. Escriba "\$0" si los miembros de la familia que viven en su hogar **NO** tienen dinero en cuentas bancarias, en efectivo a la mano o en algún otro lugar.

Renglón (b)

Para los padres y niños que viven en el hogar, por favor escriba la marca, modelo y año de cada vehículo que es propiedad de la familia o que esté pagando. Por favor escriba "NA" en el cuadro si su familia no tiene ningún vehículo registrado a su nombre y no está pagando ningún vehículo. No tiene que dar información acerca de vehículos que renta a largo plazo. Según los ingresos de su familia, posiblemente tengamos que comunicarnos con usted para pedirle más información acerca de sus vehículos.

- 10** Si alguno de los solicitantes es aprobado para Medicaid y tiene facturas médicas sin pagar de los tres meses anteriores, Medicaid podría pagar esas facturas. Marque la casilla "Sí" si los solicitantes tienen facturas médicas sin pagar de los tres meses anteriores. Envíe copias de las facturas médicas sin pagar que muestren las fechas de servicio durante los últimos tres meses. Envíe pruebas de cada fuente de ingresos de los últimos tres meses de todos los miembros del hogar. Si marca la casilla "Sí" y alguno de los solicitantes son aprobados para Medicaid, nos comunicaremos con usted para pedirle más información.
- 11** Si desea que otra persona, aparte de usted mismo y el otro padre o padrastro anotado en la Sección I o 4, se comunique con nosotros como su representante, anote su información. Usted debe nombrar una persona y no una agencia. Es importante entender que esta persona tendrá los mismos derechos que usted y que podrá cambiar cualquier parte de su solicitud, incluyendo sacar a sus hijos de Medicaid para Niños o CHIP. Esta persona también tendrá derecho a cambiar el plan de seguro médico y el proveedor personal de sus hijos. Usted también da permiso a la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas y sus contratistas a compartir información con esta persona.
- 12** Por favor lea esta sección muy cuidadosamente. Al firmar esta solicitud, usted acepta los derechos y responsabilidades anotados.
- 13** Revise esta sección para asegurarse de incluir todas las pruebas necesarias de sus ingresos, gastos y comprobantes de ciudadanía o la situación de residente permanente legal de sus hijos. Si no incluye con su solicitud todas las pruebas necesarias, nos comunicaremos con usted para pedirle la información.
- 14** Por favor firme y escriba la fecha en la solicitud. Sin su firma, no podremos tramitar su solicitud y no podremos ofrecerle beneficios de atención médica a los miembros de su familia. Envíe por correo la solicitud y las pruebas usando el sobre con nuestra dirección y estampillas pagadas. Si no tiene este sobre, use su propio sobre y envíe la solicitud y pruebas a:

HHSC

P. O. Box 14200

Midland, TX 79711-4200

O envíe la solicitud y pruebas al número de fax gratuito:
1-877-542-5951.

Solicitud para el Programa de seguro médico para niños (CHIP), Medicaid para niños y CHIP perinatal

Enviarla al número de fax gratuito 1-877-542-5951

1 Use tinta negra o azul solamente.

Su nombre _____
Primer nombre Inicial del segundo nombre Apellido N° de caso

Su número de Seguro Social* _____ Su fecha de nacimiento (mes/día/año) _____

Dirección de su casa _____ N° de Apt. o Lote _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Condado _____

Dirección postal _____ N° de Apt. o Lote _____

(Si es diferente a la de arriba)

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Condado _____

N° de teléfono de su casa (_____) Otro N° de teléfono(_____)

Si tenemos que llamarlo, ¿qué idioma prefiere? Inglés Español Vietnamita Otro _____

*No necesitamos su número de Seguro Social para procesar la solicitud si solicita para sus hijos solamente.

2 ¿Solicita beneficios para mujeres embarazadas para usted o para alguna mujer de su familia? Sí No

a. Por favor dé el nombre y la fecha esperada del parto de todas las mujeres embarazadas de su familia.

Primer nombre Inicial del segundo nombre Apellido Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año) Número de Seguro Social (si lo tiene)

Apellido de soltera de la madre Fecha esperada del parto (Mes/Día/Año) Número de niños esperados Parentesco con el solicitante

b. ¿La mujer embarazada de su familia es ciudadana de EE.UU.? Sí No

Si es "No" ¿la mujer embarazada de su familia es residente permanente legal? Sí No

c. ¿La mujer embarazada de su familia tiene algún otro seguro médico además del Medicaid o CHIP? Sí No

Si es "Sí" ¿cuándo termina la cobertura de atención médica? (Escriba N/A si no terminará la cobertura) _____ / _____ / _____

d. Anote el nombre y dirección del padre del niño por nacer. Mes Año

Primer nombre Inicial del segundo nombre Apellido N° de teléfono

Dirección (Ciudad, Estado, CP)

3 Si **SOLAMENTE** está solicitando beneficios de CHIP perinatal y no hay otros niños en el hogar, **PASE** a la siguiente sección. Si no es así, díganos acerca de **TODOS los niños que viven en su hogar**. Agregue hojas de papel si es necesario. Los niños **DEBEN** vivir en **SU** hogar para solicitar.

	Niño 1	Niño 2	Niño 3	Niño 4
a. Nombre e inicial del segundo nombre del niño				
b. Apellido del niño				
c. Marque una casilla por cada niño	<input type="checkbox"/> Solicita <input type="checkbox"/> No Solicita	<input type="checkbox"/> Solicita <input type="checkbox"/> No Solicita	<input type="checkbox"/> Solicita <input type="checkbox"/> No Solicita	<input type="checkbox"/> Solicita <input type="checkbox"/> No Solicita
d. Parentesco del niño con usted				
e. Fecha de nacimiento del niño (Mes/Día/Año)	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____
f. Sexo del niño	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
g. ¿El niño es ciudadano de EE.UU.?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si es "No" ¿el niño es residente permanente legal?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Los niños que son residentes permanentes legales podrían reunir los requisitos para estos programas de seguro médico. Lea las instrucciones en la sección 3g.				
h. N° de Seguro Social del niño				
i. Nombre e inicial del segundo nombre de la madre del niño				
j. Apellido de soltera de la madre del niño				
k. Apellido de la madre del niño				
l. Nombre e inicial del segundo nombre del padre del niño				
m. Apellido del padre del niño				
n. ¿Este niño asiste a la escuela durante el año escolar regular?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
o. Raza del niño (opcional)				

PARA USO DE LA OFICINA

CBONumber

4 Si **SOLAMENTE** está solicitando beneficios de CHIP perinatal, **PASE** a la siguiente sección.

	Niño 1	Niño 2	Niño 3	Niño 4
a. ¿El niño tiene algún seguro médico además del CHIP y Medicaid?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<p>Si es "Sí", por favor llene la siguiente información para cada niño asegurado</p> <p>Nombre de la compañía de seguros: _____</p> <p>Nombre del empleador: _____</p> <p>Nombre del titular de la póliza: _____</p> <p>Número de póliza: _____</p> <p>Número de grupo: _____</p> <p>Fecha de inicio de la póliza: _____</p> <p>Teléfono de la compañía de seguros: _____</p>				
Fecha en que termina la cobertura médica (Mes/Día/Año).	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____
<p>Si es "NO", pero el niño tuvo seguro médico en los últimos 90 días, marque la casilla que indica por qué el seguro terminó y la fecha en que terminó el seguro.</p>	<input type="checkbox"/> El trabajo del padre terminó por desocupación o cierre del negocio <input type="checkbox"/> Terminó la cobertura de Medicaid <input type="checkbox"/> Terminó la cobertura COBRA o ERS del padre <input type="checkbox"/> Terminó la cobertura de CHIP de otro estado <input type="checkbox"/> Cambio en el estado civil del padre <input type="checkbox"/> Terminó la cobertura de seguro médico privado <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> El trabajo del padre terminó por desocupación o cierre del negocio <input type="checkbox"/> Terminó la cobertura de Medicaid <input type="checkbox"/> Terminó la cobertura COBRA o ERS del padre <input type="checkbox"/> Terminó la cobertura de CHIP de otro estado <input type="checkbox"/> Cambio en el estado civil del padre <input type="checkbox"/> Terminó la cobertura de seguro médico privado <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> El trabajo del padre terminó por desocupación o cierre del negocio <input type="checkbox"/> Terminó la cobertura de Medicaid <input type="checkbox"/> Terminó la cobertura COBRA o ERS del padre <input type="checkbox"/> Terminó la cobertura de CHIP de otro estado <input type="checkbox"/> Cambio en el estado civil del padre <input type="checkbox"/> Terminó la cobertura de seguro médico privado <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> El trabajo del padre terminó por desocupación o cierre del negocio <input type="checkbox"/> Terminó la cobertura de Medicaid <input type="checkbox"/> Terminó la cobertura COBRA o ERS del padre <input type="checkbox"/> Terminó la cobertura de CHIP de otro estado <input type="checkbox"/> Cambio en el estado civil del padre <input type="checkbox"/> Terminó la cobertura de seguro médico privado <input type="checkbox"/> Otro
Fecha en que terminó la cobertura médica (Mes/Día/Año).	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____
b. ¿Podría el niño obtener seguro médico privado a través del trabajo o el patrón del padre?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
c. Si usted ha pagado seguro médico privado en los últimos 90 días o lo paga actualmente para cualquiera de los niños por los que hace esta solicitud, anote la cantidad pagada mensualmente.			Cantidad total \$ _____ / mensual	

5 Las siguientes preguntas no afectan su derecho para recibir los beneficios. Usaremos sus respuestas para mejor coordinar los servicios de salud que su familia necesita.

- ¿Alguna persona de su hogar es miembro de alguna tribu india reconocida por el gobierno federal? Sí No
 Anote el nombre de la persona si la respuesta es "Sí": _____
- ¿Alguna persona de su hogar es un menor refugiado sin compañía? Sí No
 Anote el nombre de la persona si la respuesta es "Sí": _____
- ¿Alguna persona de su hogar es un niño inscrito al programa de Niños con necesidades médicas especiales del Departamento estatal de servicios de salud de Texas? Sí No
 Anote el nombre de la persona si la respuesta es "Sí": _____
- Los niños que solicitan ayuda médica ¿viajan con el padre o la madre, o algún miembro de la familia, que sea trabajador agrícola migrante? Sí No
- ¿Está usted o su esposo/a en servicio activo de las Fuerzas Armadas, la Reserva, la Guardia Nacional o el servicio militar estatal de Estados Unidos? Sí No
 Si contesta "Sí", dé el nombre de esa persona: _____

6 Anote los padres y padrastros **QUE VIVEN CON LOS NIÑOS**, incluyendo a los anotados previamente en esta solicitud.

Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Parentesco con el niño
			<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padrastro
			<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padrastro
			<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padrastro
			<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padrastro

7 INGRESOS DEL HOGAR Por favor anote los ingresos actuales de los padres, padrastros y niños que viven en su hogar. Incluya los ingresos de trabajos, Seguro Social (jubilación, sobreviviente y discapacidad), manutención infantil, pensión alimenticia y Asistencia temporal para familias necesitadas (TANF). Usted tendrá que enviar pruebas de cada fuente de ingresos. Las pruebas pueden incluir una copia del talón de un cheque de pago emitido en los últimos 60 días, que muestre la cantidad pagada antes de deducciones (salario bruto) o una carta del empleador. Otras pruebas incluyen un recibo de asistencia en efectivo, su estado de cuenta del Seguro Social más reciente o el talón de cheque o recibo de manutención de niños. Si trabaja por cuenta propia, las pruebas incluyen su declaración de impuestos del IRS más reciente incluyendo el Cuadro C o el Cuadro C-EZ. Si alguna de las personas que usted enumera no tiene ningún ingreso, escriba \$0. ATENCIÓN: Si envía el Cuadro C-EZ también tendrá que enviarnos pruebas de las deducciones de negocios que reporto en el Cuadro C-EZ; nosotros revisamos estos gastos al calcular sus ingresos para CHIP.

Nombre de la persona que recibe ingresos	Nombre del empleador <input type="radio"/> fuentes de los ingresos	¿Cada cuándo?	¿Cuánto?
Primer nombre Inicial del segundo nombre Apellido		<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual	\$ _____
		<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual	\$ _____
		<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual	\$ _____
		<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual	\$ _____
		<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual	\$ _____

8 Escriba cuanto paga por los siguiente:

- **Gastos de cuidado infantil** que paga alguna persona de su hogar para poder trabajar, buscar trabajo o recibir capacitación.
- **Pagos de manutención infantil** ordenada por un tribunal que paga alguna persona de su hogar por algún niño que viva fuera del hogar.
- **Pagos de pensión alimenticia** que paga alguna persona de su hogar
- **Gastos de cuidado a un adulto discapacitado** que paga alguna persona de su hogar para poder trabajar, buscar trabajo o recibir capacitación.

Tipo de gasto (Cuidado infantil, manutención infantil, pensión alimenticia, cuidado a dependientes)	¿Quién paga por este gasto?	Nombre de la persona que recibe el cuidado o manutención	¿Qué tan seguido se paga?*	¿Cuánto se paga cada vez?	Nombre, dirección y teléfono de la persona a quien le paga

* *Semanal, cada dos semanas, dos veces al mes, mensual*

9 Si **SOLAMENTE** está solicitando beneficios de CHIP perinatal, **PASE** a la siguiente sección. Si no es así y usted es el padre o la madre, padrastro o madrastra, responda a las siguientes preguntas sobre bienes de los miembros de familia que viven en el hogar. Si usted no es el padre o la madre, padrastro o madrastra su hogar y otras propiedades no cuentan como bienes. En este caso, dé información sobre las propiedades de los niños solamente. Según los ingresos de su familia, posiblemente tengamos que pedirle más información acerca de los vehículos de su propiedad o que esté pagando.

a. Anote la cantidad de dinero que tiene en cuentas bancarias, en efectivo en la mano o en cualquier otro lugar. Escriba "\$0" si usted **NO** tiene dinero en cuentas bancarias, en efectivo en la mano o en cualquier otro lugar. Si usted no anota alguna cantidad es posible que se retrase su solicitud.

Cantidad total \$ _____

b. Anote la marca, modelo y año de cada vehículo propiedad de su familia o que esté pagando. Escriba "NA" en el cuadro de más abajo si su familia no es dueña ni está pagando un vehículo. **NO** anote vehículos en renta a largo plazo.

MARCA	MODELO	AÑO
Nissan	Sentra	1995

10 OTRA INFORMACIÓN

Si los solicitantes tienen facturas médicas sin pagar de los últimos tres meses, Medicaid **PODRÍA** pagar estas facturas. Por favor envíe copias de estas facturas médicas sin pagar, que muestren las fechas de servicio dentro de los últimos tres meses. Por favor envíe pruebas de cada fuente de ingresos de los últimos tres meses de todos los miembros del hogar.

¿Alguna de las personas que está solicitando tiene facturas médicas sin pagar de los últimos 3 meses? Sí No

Nota: Si usted quiere que la oficina del Fiscal general lo ayude a obtener manutención infantil y respaldo médico o ayuda para establecer la paternidad de su niño, llame al 1-800-252-8014. También puede leer y pedir servicios del Programa de manutención infantil en Internet, en <http://www.oag.state.tx.us/child/mainchil.htm>.

11 SECCIÓN VOLUNTARIA: REPRESENTANTE AUTORIZADO

Si quiere que otra persona, además de usted mismo y cualquier otro padre o padrastro anotado en la Sección 1 o 4, se comunique con nosotros como su representante, escriba más abajo su nombre, dirección y teléfono. No puede nombrar a ninguna agencia como su representante autorizado.

Esta persona tendrá los mismos derechos que usted y el otro padre o padrastro anotado en esta solicitud para cambiar cualquier parte de la cuenta de sus hijos, incluyendo agregar o sacar a sus hijos de su cobertura del programa de atención médica y para pedir una apelación. Usted también da permiso para que HHSC y sus contratistas compartan información con esta persona.

Nombre _____
 Primer nombre _____ Inicial del segundo nombre _____ Apellido _____
 Dirección de su casa _____ N° de Apt. o Lote _____
 Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Condado _____
 N° de teléfono de su casa _____ Otro teléfono _____

12 SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

Al firmar más abajo, acepto lo siguiente:

Tengo derecho a:

- Ser tratado justa e igualmente sin importar mi raza, color, religión, origen nacional, sexo, edad, creencias políticas o discapacidad, de acuerdo con las leyes estatales y federales. Si me parece que no he sido tratado justa e igualmente, puedo llamar a la Oficina de derechos civiles de la Comisión de salud y servicios humanos (HHSC)
- Pedir la información que el estado de Texas obtenga acerca de mí y mis hijos por medio de esta solicitud y revisar y corregir toda la información equivocada (con unas pocas excepciones)
- Pedir a la HHSC una audiencia justa por escrito, en persona o por teléfono, si se me niega Medicaid a través de esta solicitud y no estoy satisfecho con la decisión

Tengo la responsabilidad de:

- No retener información intencionalmente o dar datos falsos o permitir que otros usen la identificación del seguro médico de mi hijo o el gobierno estatal o federal podrían exigirme que pague por todo beneficio prestado de manera incorrecta y el seguro médico de mis hijos podría ser negado o terminado

Además, entiendo y acepto que:

- Esta solicitud puede resultar en la inscripción de mis hijos en el Programa de seguro médico para niños (CHIP) o Medicaid
- La información que proporcione en relación con esta solicitud está sujeta a verificación por parte de Medicaid, CHIP, la Oficina del inspector general de la Comisión de salud y servicios humanos (HHSC), sus contratistas y otras agencias

estatales y federales. Mi firma abajo, autoriza la divulgación de la información pertinente a tal verificación por Medicaid, CHIP, la Oficina del inspector general de la Comisión de salud y servicios humanos (HHSC), sus contratistas y otras agencias estatales y federales. Mi firma también autoriza a Medicaid, CHIP, la Oficina del inspector general de HHSC, sus contratistas y otras agencias estatales y federales para comunicarse con empleadores, agencias de información de crédito, proveedores de seguros de atención médica u otros con conocimientos relacionados a los requisitos de participación en Medicaid y CHIP de mis hijos y autoriza que aquellos con quienes se comuniquen, a divulgar la información pertinente a los requisitos de participación en Medicaid y CHIP de mis hijos.

- Medicaid, CHIP, la Oficina del inspector general de HHSC, sus contratistas y otras agencias estatales y federales pueden intercambiar la información de esta solicitud y la información médica, de salud u otra relacionada a la cobertura de mis hijos, con otras agencias y contratistas, incluyendo compañías que ofrezcan seguro médico a mis hijos, para ayudar con solicitudes, inscripción, administración y aseguramiento de calidad. El Servicio de impuestos internos (IRS) no puede usar la información proporcionada en esta solicitud con fines tributarios ni la Oficina de servicios de ciudadanía e inmigración (BCIS) puede usarla para negarle entrada a los EE.UU., para dañar su situación de residente o para deportarlo.
- El estado de Texas o su designatario, tiene derecho a recibir el pago por servicios y suministros de las aseguradoras y otras fuentes responsables, como reembolso por los servicios médicos prestados a mis hijos. Mi firma de más abajo autoriza la asignación de los pagos médicos.
- Todos los proveedores de servicios médicos de mis hijos pueden divulgar toda la información médica o de otro tipo, necesaria para que se pague al proveedor.

13 DOCUMENTOS QUE NECESITAMOS

Después que usted haya llenado la solicitud, firmela y escriba la fecha, y envíela por correo con los demás documentos de pruebas.

Asegúrese de incluir:

- Pruebas de los ingresos actuales de su familia (incluyendo un talón de cheque de pago emitido en los últimos 60 días que muestre la cantidad pagada antes de deducciones (salario bruto) o una carta del empleador. También puede ser recibo de asistencia en efectivo, su estado de cuenta del Seguro Social más reciente o talón de cheque o recibo de manutención infantil. Si trabaja por cuenta propia, las pruebas incluyen su declaración de impuestos del IRS más reciente incluyendo el Cuadro C.
- Pruebas de ciudadanía de EE.UU. o de la situación de inmigrante de todos niños que solicitan cobertura (copias del frente y reverso del acta de nacimiento de EE.UU. de los niños, pasaporte de EE.UU., Tarjeta I-551 de residente permanente o Formulario I-94 de llegada o salida)
- Pruebas de los gastos de cuidado infantil, cuidado de un adulto discapacitado, manutención infantil o pensión alimenticia.

Firma obligatoria: Si usted no firma y fecha esta solicitud, no podremos ofrecer a sus hijos la cobertura de seguro médico.

Declaro bajo pena de perjurio que la información que he proporcionado en esta solicitud es verdadera y completa a lo mejor de mi conocimiento. Si no lo es, puedo quedar sujeto a proceso criminal.

14

X

FIRMA (OBLIGATORIA)

FECHA (OBLIGATORIA)