IDAHO DEPARTMENT OF
HEALTH & WELFARE

Solicitud para Asistencia

- **Available in Spanish.**
- **We provide interpreter services at no cost.**
- **Disponible en español.**
- **Proveemos servicios de intérprete sin costo a usted.**
- **Para ayuda con la solicitud, llame al 1-866-326-2485 ó**

211 Idaho CareLine
dial 2-1-1 or
1-800-926-2588
TDD 208-332-7205
Se Habla Español.
www.idahocareline.org

Instrucciones

AVISO IMPORTANTE: Si usted necesita cualquiera de los siguientes servicios, por favor solicítelos. Estos servicios son gratis:

- Interpretador de Idiomas Nosotros proveemos los servicios de un intérprete, sin costo alguno - llame al 1-866-326-2485 ó Idaho CareLine, 1-800-926-2588);
- Ayuda llenando esta forma;
- La forma en un formato diferente (Braille, letra grande, un lector para ciegos); o
- Acomodaciones si tiene alguna discapacidad.

Esta solicitud es para usarla cuando se solicita para los programas de CHIP B y Tarjeta de Acceso para Niños. Si desea más información, visite www.idahohealth.org. Para solicitar CHIP B o la Tarjeta de Acceso para Niños, siga estos pasos:

1. Llene la Solicitud
   - Conteste las preguntas;
   - Si está solicitando para más de un niño, puede colocar diferentes respuestas para cada niño.

2. Entregar las Pruebas Solicitadas
   - En la página 2, se le pide un número de seguro social. Si su niño no tiene uno, vaya a la Oficina del Seguro Social y solicite uno. Envíenos una copia de la forma sometida. También, nosotros le podemos ayudar a solicitar uno.
   - Nosotros no compartimos los Números del Seguro Social con el servicios de inmigración federal.
   - Usted nos tiene que dar información sobre la ciudadanía y de inmigración sólo para aquellos que desean beneficios.

3. Envíe la Solicitud por Correo a:

   Health and Welfare
   CHIP B/Access Consolidation Unit
   150 Shoup Avenue, Suite 5
   Idaho Falls, ID 83402-3653

4. ¿Cómo puedo averiguar sobre mi socilitud?

   Llame al 1-866-326-2485.

Igualdad de Oportunidad

De acuerdo con la ley federal y con la política del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. (HHS por sus siglas en inglés), el Departamento de Salud y Bienestar tiene prohibido discriminar a causa de raza, color, origen nacional ,sexo, edad o discapacidad. Para registrar una queja de discriminación, contacte a HHS, Office of Civil Rights, U.S. Department of Health and Human Services, Region X, 2201 Sixth Avenue, M/S RX-11, Seattle, WA 98121-1831, 800-368-1019 (voz) 800-537-7697 (TTY/TDD). HHS es un proveedor y empleador de igual oportunidad.

Importante

Tenemos cupo limitado para CHIP B y la Tarjeta de Acceso para Niños de Idaho, por lo que no debe demorarse en enviar la solicitud de sus niños por correo. Su niño es elegible para cobertura el primero del mes del período de inscripciones si la solicitud es marcada con el sello postal dentro del período de apertura de inscripciones.

¿Cuál es su idioma preferido? Hablado _____ Escrito _____

Si usted es entrevistado, ¿quiere ayuda de un intérprete? (Un intérprete se le proveerá sin costo a usted.)

☐Sí ☐No

Caso #: _____

☐ Recibido por Correo

Fecha del Sello Postal: _____

Asignado a: _____

Fecha Recibida: _____

Solicitud para Asistencia

Su Primer Nombre	Inicial del 2do. Nombre	Apellido	Apellido de Soltera, si hubiera

Domicilio	Ciudad	Condado	Estado	Código Postal

Dirección para Correspondencia (si fuera otra)	Ciudad	Condado	Estado	Código Postal

Teléfono de Día	Si no tiene, ¿dónde le podemos localizar? Teléfono:	Dirección de Correo Electrónico

Siga estos pasos para seleccionar el plan de salud para su niño:

1. Lea la información proporcionada abajo acerca de los programas CHIP B y la Tarjeta de Acceso para Niños.
2. Decida cuál de los dos programas se ajusta mejor a su familia.
3. Haga su elección en esta forma.
4. Devuelva la solicitud y el formulario en el sobre proporcionado. Si no tiene sobre, envíelo a la dirección en la pág. 2

¿Cuál es la diferencia entre CHIP B y la Tarjeta de Acceso para Niños?

CHIP B: Es un plan de salud individual manejado por el estado. El detalle del plan de beneficios se encuentra en www.idahohealth.org. El costo del Plan de Beneficios CHIP-B es de $15 al mes por cada niño elegible. Puede ser que usted también sea responsable de co-pagos en algunos de los servicios.

Tarjeta de Acceso para Niños: Con la Tarjeta de Acceso para Niños puede seleccionar entre unirse al plan de salud patrocinado por su empleador o comprar un plan de salud individual. Nosotros pagaremos el costo de las cuotas mensuales hasta $100 por cada niño elegible, con un límite de $300 por familia al mes. Usted es responsable por el resto del pago de las cuotas, los co-pagos y los deducibles de este plan.

Escriba el nombre de su niño, luego seleccione entre el CHIP B o la Tarjeta de Acceso para Niños para cada niño.

Nombre del Niño	CHIP B	Tarjeta de Acceso para Niños
_____	☐	☐
_____	☐	☐
_____	☐	☐
_____	☐	☐
_____	☐	☐

Si está aplicando para la Tarjeta de Acceso para Niños ¿desea cobertura de CHIP B hasta que su seguro privado inicie? ☐ Sí ☐ No

Si sus ingresos están por debajo del nivel de ingresos para estos programa ¿desea que nosotros determinemos si usted es elegible para Medicaid? ☐ Sí ☐ No

Para asegurarnos que usted reciba toda la ayuda para la que califica, responda las siguientes preguntas marcando sí o no y escribiendo quién:

			¿Quién?
¿Hay alguien en su casa con alguna incapacidad?	☐Sí	☐No	_____
¿Alguien en su casa está solicitando o recibiendo Seguro Social?	☐Sí	☐No	_____
¿Hay algún niño en su casa que tenga a uno de los padres no viviendo con él?	☐Sí	☐No	_____

Por favor escriba a cada persona que vive en su hogar. Complete la información en este lado de la línea para cada una. Incluya a los niños no nacidos y las fechas de parto.

Únicamente personas solicitando beneficios deben responder las preguntas de este lado. Toda información del seguro social o de inmigración en esta solicitud es privada y se usará sólo para decidir elegibilidad.

NOMBRE (Primer, Segundo, Apellido)	RELACIÓN (esposo, hijo, hijastro)	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	¿EMBARAZADA? (✓ si es sí)	¿OTRO SEGURO DE SALUD? (✓ si es sí)	POR FAVOR COMPLETE LA INFORMACIÓN APROPIADA
	Mismo		☐M ☐F			Número de Seguro Social_____ Ciudadano americano: ☐Sí ☐No Número de Identificación de extranjero_____
			☐M ☐F			Número de Seguro Social_____ Ciudadano americano: ☐Sí ☐No Número de Identificación de extranjero_____
			☐M ☐F			Número de Seguro Social_____ Ciudadano americano: ☐Sí ☐No Número de Identificación de extranjero_____
			☐M ☐F			Número de Seguro Social_____ Ciudadano americano: ☐Sí ☐No Número de Identificación de extranjero_____
			☐M ☐F			Número de Seguro Social_____ Ciudadano americano: ☐Sí ☐No Número de Identificación de extranjero_____
			☐M ☐F			Número de Seguro Social_____ Ciudadano americano: ☐Sí ☐No Número de Identificación de extranjero_____
			☐M ☐F			Número de Seguro Social_____ Ciudadano americano: ☐Sí ☐No Número de Identificación de extranjero_____

Si alguien en su familia canceló algún seguro de salud en los pasados seis meses, indique quién y la razón de la cancelación:_____

Por favor enumere todo el dinero recibido y/o esperado para este mes de todos los miembros de familia que viven en su casa. Si nadie en su casa recibe dinero, marque esta casilla. ☐

¿Algún miembro de la familia trabaja para el Estado de Idaho? ☐Sí ☐No Si la respuesta es sí, ¿quién? _____

¿Podría el seguro del estado cubrir a los niños? ☐Sí ☐No

TIPOS DE DINERO RECIBIDOS (Ingresos, Seguro Social, Sostenimiento de Niños, Desempleo, etc.)	RECURRENCIA DE PAGO (Semanal, Mensual, etc.)	CANTIDAD (Antes de impuestos o deducciones)	QUIIÉN RECIBIÓ EL DINERO (incluyendo a los niños)

Información Étnica y Racial

El completar esta sección para la Solicitud de Asistencia (AFA) es voluntaria. Su tipo de raza o pertenencia étnica no afectarán su elegibilidad para los beneficios. Esta información se colecta para asegurarnos que los beneficios del programa se están distribuyendo sin importar raza, color u origen nacional. Para los propósitos de esta sección, "Hispano o Latino" es considerado origen étnico, no una raza. Por favor responda ambas preguntas de pertenencia étnica y raza para cada persona.

Nombre (1ro., 2do., Apellido)	Pertenencia étnica (✓opción que mejor describa a cada persona)	Race (✓one or more options that best describe each person)	Ethnicity and Race Definitions
	☐ Hispano o Latino ☐ Ni Hispano ni Latino	☐ Indio Americano o Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o Afro Americano ☐ Nativo Hawaiiano o Isleño del Pacífico ☐ Blanco	Definición de Pertenencia Étnica Hispano o Latino: Una persona de Cuba, México, Puerto Rico, Sur o Centro América u otra cultura de origen española sin importar la raza. Definiciones de Categorías de Razas Indio Americano o Nativo de Alaska: Una persona que tiene origen de cualquiera de las personas originales de Norte y Sur América (incluyendo Centro América), y que mantiene afiliación o raíces tribales. Asiático: Una persona que tiene orígenes de cualquier persona original del lejano Este, del Sur de Asia o del subcontinente Indio incluyendo, por ejemplo, Cambodia, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las Islas Filipinas, Tailandia y Vietnam. Negro o Afro Americano Una persona con orígenes de cualquiera de los grupos negros raciales de África. Nativo Hawaiiano o Isleño del Pacífico Una persona con orígenes de cualquier persona original de Hawaii, Guam, Samoa u otras Islas del Pacífico. Blanco Una persona con orígenes de cualquier persona original de Europa, el Medio Oriente o África del Norte.
	☐ Hispano o Latino ☐ Ni Hispano ni Latino	☐ Indio Americano o Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o Afro Americano ☐ Nativo Hawaiiano o Isleño del Pacífico ☐ Blanco	
	☐ Hispano o Latino ☐ Ni Hispano ni Latino	☐ Indio Americano o Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o Afro Americano ☐ Nativo Hawaiiano o Isleño del Pacífico ☐ Blanco	
	☐ Hispano o Latino ☐ Ni Hispano ni Latino	☐ Indio Americano o Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o Afro Americano ☐ Nativo Hawaiiano o Isleño del Pacífico ☐ Blanco	
	☐ Hispano o Latino ☐ Ni Hispano ni Latino	☐ Indio Americano o Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o Afro Americano ☐ Nativo Hawaiiano o Isleño del Pacífico ☐ Blanco	
	☐ Hispano o Latino ☐ Ni Hispano ni Latino	☐ Indio Americano o Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o Afro Americano ☐ Nativo Hawaiiano o Isleño del Pacífico ☐ Blanco	

Por favor denos la siguiente información:

1. ¿Alguien aplicando para cobertura de salud necesita ayuda pagando cuentas médicas de los últimos 3 meses? ☐Sí ☐No
Si es sí, ¿quién? _____. Indique cuánto ha sido todo el ingreso o dinero recibido por su familia en los últimos 3 meses.

El Mes Pasado	Hace Dos Meses	Hace Tres Meses

2. Al día de hoy, ¿cuánto tienen entre todos los miembros de la casa/familia (incluyendo niños)?:

Efectivo	Cuentas	Ahorros	Otras Cuentas/Fondos

3. Enumere año, marca, modelo y valor de cada carro, camión o motocicleta que pertenezcan a los miembros de su casa. Enumere otros en el dorso.

Año/Marca/Modelo/Valor/Cantidad que Debe	Año/Marca/Modelo/Valor/Cantidad que Debe

4. ¿Cuál es el valor total de otros bienes como tierras, trailers, lanchas, carros de nieve, otros vehículos recreacionales?
(No incluya la casa en donde vive.) $ _____

Yo entiendo que . . .

- **Proveer información falsa a conciencia o retener información puede resultar en una acción criminal, civil o administrativa (incluyendo negación de beneficios o reembolso solicitado de beneficios).**
- **Mi firma (o la firma de mi representante) autoriza a oficiales del Estado y federales a obtener y usar información computarizada u otra información acerca de mí para determinar si soy elegible para los beneficios.**
- **Puedo solicitar una audiencia justa si estoy en desacuerdo con las decisiones hechas respecto a esta solicitud y tengo 30 días para hacerlo.**
- **Debo devolver cualquier reembolso de pagos médicos que reciba mientras esté inscrito en la cobertura del Seguro de Salud del Estado y dárselo al Departamento de Salud y Bienestar.**
- **Por aplicar para la cobertura de salud, los servicios de sostenimiento de los niños pueden persuadir para obtener soporte médico y/o una orden de sostenimiento para niños.**
- **Mi firma abajo certifica que la ciudadanía/estado migratorio indicada en la página 2 es correcta para cada persona que está solicitando.**
- **Mi firma o la firma de mi representante autoriza a los oficiales del Estado que se comuniquen con compañías de seguros relacionadas con mi asistencia médica.**

Yo, _____, juro que la información dada en esta forma es verdadera y correcta.

_____

Firma del Solicitante/Representante Autorizado **Fecha**