# Programa de Seguro Médico para los Niños de Kentucky (KCHIP)

# Solicitud

**Si usted necesita ayuda con este formulario o si tiene preguntas sobre KCHIP, llame al 1-800-662-5397 (en español).**
**Para TDD/TTY, llame al 1-877-KCHIP-19 (1-877-524-4719).**
**Las llamadas son gratis.**

Date Received

## 1 Datos Generales Sobre el Padre/Persona Responsable

Nombre: _____
Primer Nombre | Inicial del Segundo Nombre | Apellido de Soltera | Apellido

Dirección: _____
Calle | # de Apartamento | Ciudad | Estado | Código Postal

Dirección Postal: _____
Calle | # de Apartamento | Ciudad | Estado | Código Postal

Teléfono de Casa: _____ Teléfono Celular/del Día: _____

Condado: _____ Correo Electrónico (opcional): _____

¿Necesita usted un intérprete? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es sí, ¿en qué idioma? _____

## 2 Datos del Hogar

Haga una lista de todas las personas que viven en su hogar. Empiece con usted mismo.

Nombre: _____ Relación al niño: _____
Primer Nombre | Inicial del Segundo Nombre | Apellido

Número de Seguro Social*: _____ Fec. Nac.: _____ (mm/dd/aaaa) Lugar de Nacimiento: _____ (Ciudad y Estado)

Sexo (M/F) _____ ¿Ciudadano de los EE.UU.? (Sí/No)_____ Raza/Etnicidad: _____ (ver las instrucciones)

Nombre: _____ Relación al niño: _____
Primer Nombre | Inicial del Segundo Nombre | Apellido

Número de Seguro Social: _____ Fec. Nac.: _____ (mm/dd/aaaa) Lugar de Nacimiento: _____ (Ciudad y Estado)

Sexo (M/F) _____ ¿Ciudadano de los EE.UU? (Sí/No) _____ Raza/Etnicidad: _____ (ver las instrucciones)

¿Usted paga para el cuidado de esta persona mientras usted trabaja? (Sí/No) _____ ¿Asiste a la escuela? (Sí/No) _____ ¿En qué grado? _____

**Continúe la lista en la Página 2**

**Número de Seguro Social (SSN por sus siglas en inglés)--Si usted está solicitando el KCHIP para un niño, no se requiere que usted proporcione su propio número de Seguro Social (SSN), pero TENEMOS que tener el SSN del niño para que el niño reciba el KCHIP. Se establece esta política en la sección 1137(a)(1) de la Ley de Seguro Social y las directrices de Medicaid de 42 CFR 435.910. La agencia de Medicaid usará el SSN para verificar los ingresos y la elegibilidad de usted y para determinar la cantidad de pagos de KCHIP que haremos por parte de usted. La agencia de Medicaid podría también usar el SSN para determinar el derecho de otra persona al Medicaid o para cumplir con la Ley Federal que requiere que compartamos los datos de los registros de Medicaid. Los datos podrían ser verificados con los registros en otras agencias, tales como la Administración de Seguro Social o el Servicio de Impuestos Internos. Estas verificaciones podrían hacerse por computadora o de forma individua. Si el solicitante no tiene SSN, esta solicitud será procesada mientras la familia solicita un SSN o recibe ayuda para solicitar un SSN.*

## 2 Continuación de los Datos del Hogar

Nombre: _____ Relación al niño: _____
Primer Nombre Inicial del Segundo Nombre Apellido

Número de Seguro Social: _____ Fec. Nac.: _____ (mm/dd/aaaa) Lugar de Nacimiento: _____ (Ciudad y Estado)

Sexo (M/F) _____ ¿Ciudadano de los EE.UU.? (Sí/No)_____ Raza/Etnicidad: _____ (ver las instrucciones)

¿Usted paga para el cuidado de esta persona mientras usted trabaja? (Sí/No) _____ ¿Asiste a la escuela? (Sí/No)_____ ¿En qué grado? _____

Nombre: _____ Relación al niño: _____
Primer Nombre Inicial del Segundo Nombre Apellido

Número de Seguro Social: _____ Fec. Nac.: _____ (mm/dd/aaaa) Lugar de Nacimiento: _____ (Ciudad y Estado)

Sexo (M/F) _____ ¿Ciudadano de los EE.UU.? (Sí/No) _____ Raza/Etnicidad: _____ (ver las instrucciones)

¿Usted paga para el cuidado de esta persona mientras usted trabaja? (Sí/No) _____ ¿Asiste a la escuela? (Sí/No) _____ ¿En qué grado? _____

Nombre: _____ Relación al niño: _____
Primer Nombre Inicial del Segundo Nombre Apellido

Número de Seguro Social: _____ Fec. Nac.: _____ (mm/dd/aaaa) Lugar de Nacimiento: _____ (Ciudad y Estado)

Sexo (M/F) _____ ¿Ciudadano de los EE.UU.? (Sí/No) _____ Raza/Etnicidad: _____ (ver las instrucciones)

¿Usted paga para el cuidado de esta persona mientras usted trabaja? (Sí/No) _____ ¿Asiste a la escuela? (Sí/No) _____ ¿En qué grado? _____

Nombre: _____ Relación al niño: _____
Primer Nombre Inicial del Segundo Nombre Apellido

Número de Seguro Social: _____ Fec. Nac.: _____ (mm/dd/aaaa) Lugar de Nacimiento: _____ (Ciudad y Estado)

Sexo (M/F) _____ ¿Ciudadano de los EE.UU.? (Sí/No) _____ Raza/Etnicidad: _____ (ver las instrucciones)

¿Usted paga para el cuidado de esta persona mientras usted trabaja? (Sí/No) _____ ¿Asiste a la escuela? (Sí/No)_____ ¿En qué grado?_____

Nombre: _____ Relación al niño: _____
Primer Nombre Inicial del Segundo Nombre Apellido

Número de Seguro Social: _____ Fec. Nac.: _____ (mm/dd/aaaa) Lugar de Nacimiento: _____ (Ciudad y Estado)

Sexo (M/F) _____ ¿Ciudadano de los EE.UU? (Sí/No) _____ Raza/Etnicidad: _____ (ver las instrucciones)

¿Usted paga para el cuidado de esta persona mientras usted trabaja (Sí/No) _____ ¿Asiste a la escuela? (Sí/No)_____ ¿En qué grado? _____

**Se puede sacar una copia de esta página para nombrar a más personas.**

## 3 Ingresos

Haga una lista de todas las personas que reciben dinero de cualquier fuente y que viven en el hogar de usted. Empiece con usted mismo.

| Persona que Recibe el Dinero (Nombre) | Nombre del Empleador u Otro Tipo de Ingreso | Tasa de Pago Antes de los Impuestos ($900/mes, $6/hora, etc.) | Horas que se Trabaja por Semana | Con qué Frecuencia Pagado (semanalmente, cada dos semanas, dos veces por mes, etc.) |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

## 4 Otros Datos

☐ Sí ☐ No 1. ¿Viven todas las personas de su hogar en Kentucky?

☐ Sí ☐ No 2. ¿Tiene usted o su cónyuge acceso a un plan de seguro médico de un empleador?

☐ Sí ☐ No 3. ¿Está alguien de su hogar ingresado en un plan de seguro médico?

Si la respuesta es sí, ¿quién? _____

¿Cuándo empezó la cobertura? (mm/dd/aa) _____

☐ Sí ☐ No 4. ¿Alguien de su hogar ha cancelado/cambiado su seguro médico durante los últimos seis meses?

Si la respuesta es sí, ¿quién? _____

¿Cuándo fue cancelado/cambiado? (mm/dd/aa) _____

Por qué: _____

Nombre de la compañía de seguro: _____ Teléfono: _____

☐ Sí ☐ No 5. ¿Alguien de su hogar está embarazada?

Si la respuesta es sí: Nombre(s) _____ ¿Fecha aproximada del parto? _____

☐ Sí ☐ No 6. ¿Tiene usted facturas médicas de los tres meses anteriores?

☐ Sí ☐ No 7. ¿El niño de usted tiene doctor?

Si la respuesta es sí: Nombre _____ Teléfono: _____

☐ Sí ☐ No 8. ¿Desea usted que ayudemos con el cumplimiento obligatorio de manutención médica para cualquier niño nombrado en esta solicitud?

## 5 Derechos y Responsabilidades

- Entiendo que esta solicitud sólo es para los niños menores de 19 años de edad.
- Estoy de acuerdo con la revelación de datos personales y financieros de este formulario de solicitud y de los documentos acreditativos a las agencias estatales y sus contratistas que dirigen este programa para que puedan evaluarla y verificar la elegibilidad.
- Entiendo que los datos en esta solicitud serán compartidos solamente según 42 CFR 431.300-431.307.1 y cualesquiera otras leyes y directrices federales y estatales que son aplicables.
- Si mi niño es aprobado para los beneficios médicos a través de KCHIP o Medicaid, yo asigno todos los beneficios de seguro y manutención médica a Medicaid. Si Medicaid paga las facturas médicas de mi niño, entonces mi seguro u otros beneficios (tales como acuerdos de una demanda) tienen que ser usados para rembolsar Medicaid. Estoy de acuerdo con ayudar y cooperar con Medicaid para identificar y cobrar este dinero.
- Entiendo que tengo que informar cualquier cambio del tamaño de mi familia o de los ingresos del hogar a la oficina local del Departamento para Servicios Basados en la Comunidad (DCBS por sus siglas en inglés) dentro de diez (10) días del cambio.
- Entiendo que podrían pedir que yo proporcione información adicional para verificar la elegibilidad de mi niño para el programa.
- Entiendo que la elegibilidad no será afectada por mi raza, color, etnicidad, origen nacional, discapacidad, sexo, credo religioso o creencias políticas, menos en donde esto sea restringido por la ley.
- Tengo el derecho de apelar cualquier decisión sobre la elegibilidad que DCBS toma. Se puede obtener de DCBS la información sobre el proceso de apelación.
- Declaro que todas las personas por las cuales se hace esta solicitud son ciudadanos de los EE.UU. o son admitidos bajo un estado de extranjero aprobado.
- Entiendo que cualquier persona que da información falsa u oculta información para recibir o continuar recibiendo beneficios de Medicaid o de KCHIP está sujeta a acciones criminales bajo las leyes federales, estatales, o ambas.
- Si le conceden a mi niño la elegibilidad para KCHIP o Medicaid, estoy de acuerdo con no permitir que ninguna otra persona use la tarjeta médica de mi niño para recibir beneficios y estoy de acuerdo con cumplir con todos los otros estatutos y directrices federales y estatales de Medicaid que gobiernan los programas de KCHIP y Medicaid.
- Entiendo que podría ser responsable por rembolsar los beneficios recibidos de forma fraudulenta.
- Certifico, bajo penalidad de perjurio, que la información, incluyendo el estado de extranjero o ciudadanía, y la identidad de todas las personas menores de 16 años nombradas en esta solicitud y que yo he proporcionado en esta solicitud es cierta y verdadera según mi leal saber y doy mi consentimiento para que hagan todos los contactos necesarios para verificar mis declaraciones.

Firma: _____ Fecha Firmada: _____

## Atestación

Mi firma abajo es mi declaración que la identidad de los niños en esta solicitud es verdadera y precisa. Firmo esta Atestación bajo penalidad de perjurio.

Firma: _____ Fecha Firmada: _____

Relación al niño: _____

¿Alguien le ayudó a llenar esta solicitud? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es sí, proporcione la información abajo:

Nombre: _____ Dirección: _____

Organización: _____ Firma: _____

## 6 Presentar su Solicitud

Envíe la solicitud llenada y los documentos por correo a:

KCHIP
P. O. Box 34090
Lexington, KY 40588-4090

**O**

Envíe la solicitud llenada y los documentos por fax a:

KCHIP
Fax: 859-246-2890

Si necesita ayuda con este formulario o si tiene preguntas sobre KCHIP, llame a nuestro número telefónico sin cargo al 1-800-662-5397 (en español). Para TDD/TTY, call 1-877-KCHIP-19 (1-877-524-4719). Las llamadas son gratis.

*Revisado 03/31/2009*

## Instrucciones para llenar la solicitud de KCHIP

Esta solicitud será usada para determinar la elegibilidad para KCHIP o Medicaid solamente para los niños menores de 19 años de edad.

**Las secciones de esta solicitud que necesitan ser llenadas:**

**1. Datos Generales sobre el Padre/ Persona Responsable**

En esta sección, proporcione los datos sobre usted mismo y sobre los niños que necesitan KCHIP. Es posible que necesitemos comunicarnos con usted para más información para procesar la solicitud, así que es importante que esta sección sea completa y correcta.

**2. Datos del Hogar**

En esta sección, díganos sobre su familia. Haga una lista incluyendo a usted y todos los parientes viviendo en su hogar.

- En el primer recuadro, apunte sus propios datos.
- En el segundo recuadro, apunte a su cónyuge si está casado.
- En los otros recuadros, apunte a los niños por los cuales hace la solicitud. Estos son los niños que viven en su hogar y a quienes cuida.
- Llene todas las columnas del formulario para cada persona que apunta.
- Use uno o más de estos códigos en la columna de Raza/Etnicidad (esto no es requerido):

  --Indígena Americano/Nativo de Alaska=IN
  --Asiático=AS
  --Negro/Afroamericano=B
  --Nativo de Hawai/Otra Isla Pacífica=HPI
  --Blanco=W
  --Hispao=H

**3. Ingresos**

Esta sección le pide que apunte quién de su hogar está trabajando y en dónde trabaja. Haga una lista de los ingresos brutos mensuales (antes de deducciones de impuestos) de todo el hogar. Por favor tenga en cuenta que los ingresos de cualquier adulto que vive en el hogar sólo serán contados si ese adulto es padre o madre legal de ese niño. Para calificar para KCHIP, los ingresos de la familia no pueden sobrepasar el 200% del Umbral Federal de Pobreza que está indicado en la tabla a continuación:

| Tamaño de Familia | Límite de Ingresos Mensuales |
|---|---|
| 1 | $1,805 |
| 2 | $2,429 |
| 3 | $3,052 |
| 4 | $3,675 |
| 5 | $4,299 |
| 6 | $4,922 |
| 7 | $5,545 |
| 8 | $6,169 |
| Sume $625 por cada miembro adicional. | |

*Los límites de ingresos cambian cada año. Los niveles de ingresos dados son del 2009. Si los ingresos de su familia suman a un poco más de estas cantidades, es posible que sus niños califiquen para el programa de todos modos.*

**4. Otra Información**

Marque la casilla que mejor responde a cada pregunta.

**5. Derechos y Responsabilidades**

Lea esta sección y firme y feche la solicitud. Asesgúrese de llenar la casilla si alguien le ayudó a llenar esta solicitud.

**6. Las cosas que debe incluir con su solicitud por correo**

Revise la lista en la próxima página para descubrir qué tiene que incluir con su solicitud. Use las casillas para asegurar que su solicitud esté completa y adjunte los documentos para comprobar la identidad, la ciudadanía, los ingresos, los gastos de cuidado infantil, las tarjetas de seguro médico, y el formulario para la verficación de embarazo si es pertinente.

## Las cosas que debe incluir con su solicitud para KCHIP

*Si cualquiera de estas cosas es pertinente a usted y su familia, envíe verificación de estos documentos. Avísenos si no puede conseguirlos. Es posible que podamos ayudar.*

| | | |
|---|---|---|
| ☐ | **1.** | ***Para todos los solicitantes,*** envíe copias de las tarjetas de seguro médico (frente y dorso). |
| ☐ | **2.** | ***Para los niños nacidos fuera de Kentucky,*** envíe prueba de la ciudadanía de los EE.UU. tal como el acta de nacimiento, el Pasaporte de los EE.UU., o documentos de adopción. Visite a www.cdc.gov/nchs para una lista de oficinas estatales de registros vitales en donde podría pedir actas de nacimiento. |
| ☐ | **3.** | ***Para los solicitantes que no son ciudadanos de los EE.UU.,*** envíe prueba de Tarjetas de Residencia Permanente (tarjetas verdes) u otros formularios de los Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los EE.UU. |
| ☐ | **4.** | ***Para todos los niños, envíe prueba de identidad.*** Si va a enviar un Pasaporte de los EE.UU., un Certificado de Naturalización (Formularios de DHS N-550 ó N-570), o un Certificado de Ciudadanía de los EE.UU. (Formularios N-560 ó N-561) para los artículos 2 ó 3 de arriba, NO NECESITA ENVIAR PRUEBA DE IDENTIDAD.<br><br>La prueba de identidad podría ser:<br>--Una licencia estatal de manejar vigente<br>--Una identificación escolar con foto<br>--Una Identificación Militar para Dependientes<br>--Una identificación con foto emitida por el gobierno estatal, federal o local<br><br>Si no tiene estos documentos o si el niño es menor de 16 años, usted puede enviar otra prueba de la identidad tal como:<br>--Registro escolar incluyendo las notas, o registro de guardería o escuela preescolar<br>--Registro de una clínica, doctor u hospital<br><br>Si no puede obtener ninguno de estos documentos para comprobar la identidad de niños menores de 16 años de edad, firme la atestación en la página 4. |
| ☐ | **5.** | ***Para los niños y sus padres,*** envíe copias de todos los talones de cheques de los dos (2) meses pasados o una carta del empleador. Si trabaja por cuenta propia, envíe copias de la declaración de impuesto y todos los adjuntos de anexos.<br>***Los abuelos y otros cuidadores que no son padres no tienen que enviar esta información.*** |
| ☐ | **6.** | ***Para los niños y sus padres,*** envíe prueba de ingresos brutos (antes de deducciones de impuestos) de todo el dinero no derivado de un trabajo, como Beneficios de Veteranos, compensaciones al trabajador y manutención del cónyuge. Esta prueba podría incluir cartas de asignación o declaraciones de impuestos 1099. ***Los abuelos y otros cuidadores que no son padres no tienen que enviar esta información.*** |
| ☐ | **7.** | La prueba de pagos de cuidado infantil de la guardería. Prueba de pagos del cuidador para el cuidado de adultos. |
| ☐ | **8.** | Orden de corte y prueba de pagos de manutención infantil o manutención del cónyuge que se pagan a personas que no viven en el hogar.<br>***Si se paga a través del Cumplimiento Obligatorio de Manutención Infantil, no tiene que enviar prueba -- sólo avísenos.*** |
| ☐ | **9.** | En algunos casos, es posible que usted obtenga cobertura de KCHIP/Medicaid por tres (3) meses antes de solicitar. Si quiere pedir cobertura por los tres (3) meses antes de solicitar, envíe prueba de ingresos de esos meses. |

**Envíe por correo o por fax su solicitud llenada y los artículos que pedimos que incluyera.**

Envíe la solicitud llenada y los documentos por correo a:

KCHIP
P. O. Box 34090
Lexington, KY 40588-4090

**O**

Envíe la solicitud llenada y los documentos por fax a:

KCHIP
Fax: 859-246-2890

*Bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1997 (HIPAA por sus siglas en inglés), se requiere que KCHIP le avise de cómo sus datos de ingreso y/o datos médicos podrían ser usados y revelados (compartidos con otros socios de negocios) a través de nuestros negocios regulares.*

*Revisado 03/31/2009*

Imprimir