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

Si usted necesita ayuda con esta Solicitud o si tiene preguntas sobre KCHIP, llame al 1-800-662-5397 (en español).
Para TDD/TTY, llame al 711.
Las llamadas son gratis.

Date Received
Office Use Only

1 Datos Generales de Contacto

Esta solicitud es solamente para cobertura médica de niños menores de 19 años. Cualquiera puede hacer una solicitud a favor de un niño. Pudiera ser necesario que nos comuniquemos con usted para solicitar más información para procesar la solicitud, por eso es importante que esta sección esté completa y correcta.

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

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 un intérprete? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es sí, ¿en qué idioma? _____ Relación con el niño: _____

2 Datos del Hogar-Proveedor de Cuidado/Persona Responsable

Escriba el nombre de la persona(s) principalmente responsable del cuidado del niño para el cual se está haciendo la solicitud. Ejemplo: Padres, Guardianes, Padres Adoptivos. No necesita incluir adultos que viven en la casa tal como padrastros, abuelos u otros familiares o no familiares a no ser que esa persona sea el guardián legal del niño.

Proveedor de Cuidado #1

Nombre: _____ _____ _____ Número de Seguro Social*: _____
Primer Nombre | Inicial del Segundo Nombre | Apellido | Opcional

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino ¿Ciudadano de los EE.UU.? ☐ Sí ☐ No
mm/dd/aaaa

¿Cuál es la relación con el niño(s)? _____

Proveedor de Cuidado #2 (Si hay)

Nombre: _____ _____ _____ Número de Seguro Social*: _____
Primer Nombre | Inicial del Segundo Nombre | Apellido | Opcional

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino ¿Ciudadano de los EE.UU.? ☐ Sí ☐ No
mm/dd/aaaa

¿Cuál es la relación con el niño(s)? _____

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 KCHIP. Esta política es requerida por ley.* *Se establece esta política en la sección 1137 (a)(1) de la Ley de Seguro Social y las regulaciones de Medicaid de 42 CFR 435.9 10. Si el solicitante no tiene SSN, esta solicitud será procesada mientras la familia solicita un SSN o recibe ayuda para solicitar un SSN.*

3 Datos del Hogar --Niños

Escriba el nombre de todos los **niños** para los que está haciendo una solicitud. Estos son niños que viven en su casa y de los cuales usted es el proveedor de cuidado. (Esta página se puede copiar para incluir más niños)

Niño #1

Nombre: _____ ____ _____ Número de Seguro Social: _____

Primer Nombre Inicial del Segundo Nombre Apellido

Fecha de nacimiento: _____ Lugar de Nacimiento: _____ Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino

mm/dd/aaaa

¿Ciudadano de los EE.UU.? ☐ Sí ☐ No ¿Este niño va a la escuela? ☐ Sí ☐ No Si responde sí, ¿en qué grado está el niño? ____

¿El proveedor de cuidado paga por el cuidado? ☐ Sí ☐ No **Si responde sí, por favor proporcione pruebas de pago (ej.: recibos, carta escrita, etc.)**

¿Cuánto paga?: _____ ¿Cuán seguido? _____ (ej. semanal, quincenal, mensual, bimensual)

Raza/Etnia: No requerido ☐ Indígena o Nativo de Alaska ☐ Asiática ☐ Negra o Afro-americana ☐ Hispana o Latina ☐ Blanca ☐ Otros ☐ Nativo de Hawai u Otras Islas del Pacífico

Niño #2

Nombre: _____ ____ _____ Número de Seguro Social: _____

Primer Nombre Inicial del Segundo Nombre Apellido

Fecha de nacimiento: _____ Lugar de Nacimiento: _____ Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino

mm/dd/aaaa

¿Ciudadano de los EE.UU.? ☐ Sí ☐ No ¿Este niño va a la escuela? ☐ Sí ☐ No Si responde sí, ¿en qué grado está el niño? ____

¿El proveedor de cuidado paga por el cuidado? ☐ Sí ☐ No **Si responde sí, por favor proporcione pruebas de pago (ej.: recibos, carta escrita, etc.)**

¿Cuánto paga?: _____ ¿Cuán seguido? _____ (ej. semanal, quincenal, mensual, bimensual)

Raza/Etnia: No requerido ☐ Indígena o Nativo de Alaska ☐ Asiática ☐ Negra o Afro-americana ☐ Hispana o Latina ☐ Blanca ☐ Otros ☐ Nativo de Hawai u Otras Islas del Pacífico

Niño #3

Nombre: _____ ____ _____ Número de Seguro Social: _____

Primer Nombre Inicial del Segundo Nombre Apellido

Fecha de nacimiento: _____ Lugar de Nacimiento: _____ Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino

mm/dd/aaaa

¿Ciudadano de los EE.UU.? ☐ Sí ☐ No ¿Este niño va a la escuela? ☐ Sí ☐ No Si responde sí, ¿en qué grado está el niño? ____

¿El proveedor de cuidado paga por el cuidado? ☐ Sí ☐ No **Si responde sí, por favor proporcione pruebas de pago (ej.: recibos, carta escrita, etc.)**

¿Cuánto paga?: _____ ¿Cuán seguido? _____ (ej. semanal, quincenal, mensual, bimensual)

Raza/Etnia: No requerido ☐ Indígena o Nativo de Alaska ☐ Asiática ☐ Negra o Afro-americana ☐ Hispana o Latina ☐ Blanca ☐ Otros ☐ Nativo de Hawai u Otras Islas del Pacífico

3 Continuación de los Datos del Hogar --Niños

Escriba el nombre de todos los **niños** para los que está haciendo una solicitud. Estos son niños que viven en su casa y de los cuales usted es el proveedor de cuidado. (Esta página se puede copiar para incluir más niños)

Niño #4

Nombre: _____ _____ _____ Número de Seguro Social: _____

Primer Nombre Inicial del Segundo Nombre Apellido

Fecha de nacimiento: _____ Lugar de Nacimiento: _____ Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino

mm/dd/aaaa

¿Ciudadano de los EE.UU.? ☐ Sí ☐ No ¿Este niño va a la escuela? ☐ Sí ☐ No Si responde sí, ¿en qué grado está el niño? _____

¿El proveedor de cuidado paga por el cuidado? ☐ Sí ☐ No **Si responde sí, por favor proporcione pruebas de pago (ej.: recibos, carta escrita, etc.)**

¿Cuánto paga?: _____ ¿Cuán seguido? _____ (ej. semanal, quincenal, mensual, bimensual)

Raza/Etnia: No requerido ☐ Indígena o Nativo de Alaska ☐ Asiática ☐ Negra o Afro-americana ☐ Hispana o Latina ☐ Blanca ☐ Otros ☐ Nativo de Hawai u Otras Islas del Pacífico

Niño #5

Nombre: _____ _____ _____ Número de Seguro Social: _____

Primer Nombre Inicial del Segundo Nombre Apellido

Fecha de nacimiento: _____ Lugar de Nacimiento: _____ Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino

mm/dd/aaaa

¿Ciudadano de los EE.UU.? ☐ Sí ☐ No ¿Este niño va a la escuela? ☐ Sí ☐ No Si responde sí, ¿en qué grado está el niño? _____

¿El proveedor de cuidado paga por el cuidado? ☐ Sí ☐ No **Si responde sí, por favor proporcione pruebas de pago (ej.: recibos, carta escrita, etc.)**

¿Cuánto paga?: _____ ¿Cuán seguido? _____ (ej. semanal, quincenal, mensual, bimensual)

Raza/Etnia: No requerido ☐ Indígena o Nativo de Alaska ☐ Asiática ☐ Negra o Afro-americana ☐ Hispana o Latina ☐ Blanca ☐ Otros ☐ Nativo de Hawai u Otras Islas del Pacífico

Niño #6

Nombre: _____ _____ _____ Número de Seguro Social: _____

Primer Nombre Inicial del Segundo Nombre Apellido

Fecha de nacimiento: _____ Lugar de Nacimiento: _____ Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino

mm/dd/aaaa

¿Ciudadano de los EE.UU.? ☐ Sí ☐ No ¿Este niño va a la escuela? ☐ Sí ☐ No Si responde sí, ¿en qué grado está el niño? _____

¿El proveedor de cuidado paga por el cuidado? ☐ Sí ☐ No **Si responde sí, por favor proporcione pruebas de pago (ej.: recibos, carta escrita, etc.)**

¿Cuánto paga?: _____ ¿Cuán seguido? _____ (ej. semanal, quincenal, mensual, bimensual)

Raza/Etnia: No requerido ☐ Indígena o Nativo de Alaska ☐ Asiática ☐ Negra o Afro-americana ☐ Hispana o Latina ☐ Blanca ☐ Otros ☐ Nativo de Hawai u Otras Islas del Pacífico

4 Ingresos

Liste solamente el ingreso bruto (antes de la deducción de los impuestos) de los padres que viven en el hogar, esto sólo incluye los padres biológicos o adoptivos. **No liste** el ingreso de personas que viven en el hogar como el de los abuelos, tías, tíos, primos o individuos emparentados por matrimonio tales como padrastros. Si los padres no tienen ingresos, una carta verificando que los padres no tienen ingresos tiene que ser incluida en la solicitud. La carta tiene que ser de una persona que no sea familia y que no vive en el hogar.

Ingreso del Trabajo:

La solicitud tiene que ser acompañada por talones de cheques o una carta del empleador que liste el total de los ingresos en los dos últimos meses. Si sus ingresos son como de trabajador por cuenta propia, incluya la declaración de impuestos del año anterior y todos los anexos adjuntos con esta solicitud.

Nombre	Nombre del empleador y dirección	Tasa de Pago antes de los impuestos	Salario por Propinas (si corresponde)	Horas que trabaja por semana	Con qué frecuencia le pagan (semanalmente, quincenalmente, dos veces al mes)	¿Que día de la semana le pagan?	¿Cuándo comenzó este trabajo?

Ingreso no Derivado del Trabajo:

Ejemplos de ingreso no derivado del trabajo: Jubilación, Seguro por Sobrevivientes y Discapacidad (RSDI por sus siglas en inglés), Ingreso del Seguro Social por Discapacidad (SSDI) Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), pensión alimenticia a ex-cónyuge, manutención infantil, compensación laboral, neumoconiosis (pulmón negro) y subsidio de desempleo. Esto tiene que ser verificado con una carta de adjudicación. Si la manutención infantil es recibida a través del Cumplimiento Obligatorio de Manutención Infantil, usted no tiene que enviar pruebas del monto recibido. Si la manutención infantil es recibida directamente desde el padre ausente o desde otro estado, usted tiene que proporcionar pruebas de la cantidad del pago.

Nombre	¿Qué Tipo?	¿Qué cantidad recibe?	¿Con qué frecuencia lo recibe?

5 Otros Datos

1. ¿Está alguien de su hogar afiliado a un plan de seguro médico? ☐ Si ☐ No

Si la respuesta es si, Escriba todos los miembros: _____

Por favor incluya copias del frente y el dorso de todas las tarjetas médicas.

2. ¿Cuándo comenzó la cobertura? (mm/dd/aaaa) _____

3. ¿Alguien de su hogar ha cancelado/cambiado/perdido el seguro médico durante los últimos seis meses? ☐ Si ☐ No

Si la respuesta es sí, Escriba todos los miembros: _____

4. ¿Cuándo fue cancelado/cambiado/perdido? (mm/dd/aaaa) _____

¿Por qué? _____

Por favor indique si usted perdió el seguro debido a la pérdida del trabajo, cambio de empleo o divorcio.

5. ¿Tiene usted facturas médicas sin pagar correspondientes a los últimos tres meses para alguno de los niños por los cuales está haciendo la solicitud? ☐ Si ☐ No

6. ¿Tiene usted facturas médicas sin pagar correspondientes al mes de la solicitud para alguno de los niños por los cuales está haciendo la solicitud? ☐ Si ☐ No

Si responde sí, por favor envíe copias de las pruebas de ingresos para los meses anteriores. Por favor, tenga en cuenta que facturas médicas anteriores puede que no sean cubiertas en todas las situaciones.

5 Continuación de Otros Datos

¿Lo ayudó alguien a completar esta solicitud? ☐ Si ☐ No Si responde sí, la persona que lo ayudó debe completar esta sección.

Nombre: _____ _____ Teléfono el día: _____

Primer Nombre Apellido

Dirección: _____

Organización: _____

¿Revisó usted la documentación de identidad y ciudadanía? ☐ Si ☐ No Firma: _____

6 Ciudadanía/ Identidad

Ciudadanía

Para niños nacidos fuera de Kentucky, usted necesita enviar pruebas de Ciudadanía de los EE.UU. tales como el certificado de nacimiento, el Pasaporte de los EE.UU. o documentos de adopción. Visite www.cdc.gov/nchs para obtener una lista de oficinas estatales de registros vitales en donde podría solicitar certificados de nacimiento.

Para solicitantes que no son ciudadanos de los EE.UU**.,** envíe pruebas de la Tarjeta de Residencia Permanente (tarjeta verde) u otro formulario de Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los EE.UU.

Identidad

Para todos los niños, envíe pruebas de identidad. Si usted está enviando Pasaporte de los EE.UU., Certificado de Naturalización (DHS Formularios N-550 o N-570), o un Certificado de Ciudadanía de los EE.UU. (DHS formulario N-560 o N-561) para la sección de Ciudadanía de arriba, USTED NO NECESITA PRUEBA DE IDENTIDAD.

La prueba de identidad podría ser:
--Una licencia estatal de manejar vigente
--Una identificación escolar con foto
--Una Identificación Militar para Dependientes con foto
--Una identificación con foto expedida por el gobierno estatal, federal o local
--Registro escolar incluyendo informe escolar, registro de cuidado infantil o guardería
--Registro de una clínica, doctor u hospital

La Atestación de abajo necesita ser firmada como verificación para/de todos los niños si no hay prueba de identidad disponible para niños menores de 16 años de edad.

Atestación

Mi firma abajo es mi testimonio de que la identidad de los niños en esta solicitud es verdadera y correcta. Yo firmo esta Atestación bajo pena de perjurio.

Firma: _____ Fecha de la Firma: _____

Relación con el niño: _____

7 Rights and Responsibilities

- 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 cualquiera de las otras leyes y reglamentos 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 reembolsar a 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, etnia, 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 tome. 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 reglamentos federales y estatales de Medicaid que gobiernan los programas de KCHIP y Medicaid.
- Entiendo que podría ser responsable de reembolsar los beneficios recibidos de forma fraudulenta.
- Certifico, bajo pena 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 fe la Firma: _____

8 Presentar la Sollcitud

Envíe por correo o fax la solicitud después de llenarla y los documentos que necesitan ser incluidos a la siguiente dirección:

Correo:		FAX:
KCHIP P.O. Box 55270 Lexington, KY 40555-5270	Ó	KCHIP Fax #: 859-246-2890

Si usted necesita ayuda con esta solicitud o tiene preguntas sobre KCHIP, llame a nuestro número de teléfono sin cargo al 1-800-662-5397. Para TDD/TTY llame al 711. Todas las llamadas son gratis.

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.

Imprima la Solicitud

9 Lista de control para la solicitud y página de información

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 certificado 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 certificados de nacimiento.
☐	**3.**	Para los solicitantes que no son ciudadanos de los EE.UU., envíe prueba de Tarjeta de Residencia Permanente (tarjeta verde) 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. La prueba de identidad podría ser: --Una licencia estatal de manejar vigente --Una identificación escolar con foto --Una Identificación Militar para Dependientes con foto expedida por el gobierno estatal, federal o local --Una identificación con foto expedida por el gobierno estatal, federal o local --Registro escolar incluyendo informe escolar, registro de cuidado infantil o guardería --Registro de una clínica, doctor u hospital 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 5.
☐	**5.**	Para los niños y sus padres que tienen ingresos de trabajo, envíe copias de todos los talones de cheques de los dos (2) meses anteriores o una carta del empleador diciendo cuanto pagará. Si trabaja por cuenta propia, envíe copias de la declaración de impuesto y todos los anexos adjuntos. Los padrastros, abuelos y otros cuidadores que no son padres no tienen que enviar esta información.
☐	**6.**	Para los niños y sus padres que tienen ingresos no derivados de trabajo, 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 ex-cónyuge. Esta prueba podría incluir cartas de asignación. Los padrastros, abuelos y otros cuidadores que no son padres no tienen que enviar esta información.
☐	**7.**	La prueba de pagos del cuidado infantil tales como recibos, una carta escrita, etc.
☐	**8.**	Orden de corte y prueba de pagos de manutención infantil o manutención del ex-cónyuge. Esto incluiría pagos hechos o recibidos por alguna persona en el hogar. Si se paga a través del Cumplimiento Obligatorio de Manutención Infantil, lo tiene que incluir como ingreso pero no tiene que enviar pruebas.
☐	**9.**	En algunos casos, es posible que usted obtenga cobertura de KCHIP/Medicaid por tres (3) meses antes de la fecha de solicitud. Si quiere solicitar cobertura por los tres (3) meses antes de solicitar, envíe prueba de ingresos de esos meses.
☐	**10.**	Por favor, tenga en cuenta que facturas médicas anteriores **puede que no** sean cubiertas en todas las situaciones.
☐	**11.**	Si los padres no tienen ingresos, tienen que incluir en la solicitud una carta escrita por alguien que no vive en el hogar y que no es familia diciendo que los padres no tienen ingresos.