Pennsylvania's Children's Health Insurance Program

We Cover All Kids.

Commonwealth of Pennsylvania

CHIPcoversPAkids.com

Solicitud para cobertura de atención médica

Esta página se ha dejado en blanco intencionalmente.

Información sobre la cobertura médica

¿Quién puede usar esta solicitud?

Usted puede usar esta solicitud para inscribir a cualquier miembro de su familia. Puede inscribirse incluso si usted no presenta una declaración de impuestos federales sobre los ingresos.

¿Cuáles programas están disponibles?

1) Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP):

CHIP *gratuito*:
Ofrece seguro médico gratuito para los niños y adolescentes sin seguro hasta los 19 años de edad que califican y que no cumplen con los requisitos para recibir "Medical Assistance" (Asistencia Médica).

CHIP *a bajo costo*:
Ofrece seguro médico a bajo costo para los niños y adolescentes sin seguro hasta los 19 años de edad que califican y que no cumplen con los requisitos para recibir Asistencia Médica. Las familias deben pagar una prima mensual por cada niño y hay copagos para ciertos servicios.

2) Asistencia Médica:

Ofrece seguro médico gratuito para niños, adolescentes y adultos que cumplen con los requisitos.

3) *Health Insurance Marketplace* (Mercado de Seguros Médicos):

Brinda acceso a planes de seguro médico privados que ofrecen una cobertura integral. Además, puede que usted cumpla con los requisitos para un nuevo crédito fiscal que lo puede ayudar a pagar las primas de su seguro médico. Visite **www.healthcare.gov** para obtener más información.

Inscríbase más rápido por Internet.

Inscríbase en línea en www.compass.state.pa.us.

La inscripción en estos programas se basa en los impuestos del tamaño del grupo familiar y en los ingresos ajustados del grupo familiar. Esta solicitud sirve para todos los programas mencionados antes. Toda la información provista por usted en este formulario es confidencial y puede compartirse entre estos programas según sea necesario. La edad de sus hijos, así como el nivel de ingresos ajustados del grupo familiar determinarán qué programa es adecuado para su familia.

- Si su hijo no reúne los requisitos para el programa CHIP, esta solicitud se enviará a la Oficina de Asistencia del Condado (CAO) para saber si usted o su hijo cumplen con los requisitos de Asistencia Médica o del Mercado de Seguros Médicos.
- Le enviaremos una carta dentro de los 30 días para informarle qué sucedió con su solicitud y qué puede esperar.

Beneficios de CHIP:

- Visitas al consultorio médico
- Medicamentos bajo receta
- Atención dental
- Cuidado de la vista y anteojos
- Pruebas de diagnóstico
- Equipo médico duradero
- Atención médica de emergencia
- Cuidado de la audición
- Cuidado médico domiciliario
- Hospitalización
- Inmunizaciones (vacunas)
- Pruebas de laboratorio/radiografías
- Servicios de la salud mental/consumo de sustancias tóxicas
- Embarazo

A quién incluir al inscribirse:

Incluya a:

- Usted;
- Su cónyuge o pareja de hecho;
- Cualquier persona menor de 21 años que viva con usted;
- Cualquier persona que incluya en su declaración de impuestos, aun cuando no viva con usted.

Si desea una copia de esta solicitud en inglés, llámenos al 1-800-986-KIDS (CHIP).

Important information about health care benefits. Please have someone read this to you.

ព័ត៌មានសំខាន់ អំពីការធានារ៉ាប់រងថែទាំសុខភាព ។ សូមរកអ្នកណាម្នាក់ ឲ្យអានព័ត៌មាននេះជូនអ្នក ។

Важная информация относительно пособий на медицинское обслуживание. Пожалуйста, попросите кого-нибудь прочитать ее вам.

Thông tin quan trọng về quyền lợi chăm sóc sức khỏe. Xin nhờ người khác đọc thông tin này cho quý vị.

Pennsylvania's Children's Health Insurance Program
We Cover All Kids.
Commonwealth of Pennsylvania

Cómo inscribirse

❶ Lea la solicitud detenidamente y complete toda la información. POR FAVOR USE LETRA DE IMPRENTA. Una solicitud incompleta retrasará el proceso de inscripción en la cobertura de atención médica, si el solicitante cumple con los requisitos.

❷ Si necesita ayuda para completar cualquier parte de esta solicitud, por favor llámenos al 1-800-986-KIDS (CHIP).

❸ Adjunte las copias de los comprobantes de deducciones de impuestos.

❹ Una vez que ha completado la solicitud y reunido las copias de toda la documentación de soporte necesaria, firme y feche la solicitud y devuélvala a la compañía aseguradora en su condado que figura en las páginas 14 y 15 usando el sobre con franqueo pagado que se ha incluido.

❶ Cuéntenos quién es usted y dónde vive (la persona que completa esta solicitud).

IMPORTANTE: Todas las personas que presentan una solicitud deben proporcionar o solicitar un Número de Seguro Social (SSN), si cumplen con los requisitos para obtenerlo, y responder a las preguntas sobre la ciudadanía. La provisión de un SSN es opcional para las personas que no solicitan una cobertura médica, pero proporcionarlo puede agilizar el proceso de solicitud. Usamos los SSN para verificar los ingresos y otros datos, para ver quién cumple con los requisitos de ayuda para los costos de cobertura médica. Si alguien desea ayuda para obtener un SSN, puede llamar al 1-800-772-1213 o visitar socialsecurity.gov (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

¿Cuál es su idioma principal? ❑ Inglés ❑ Español ❑ Otro (especifique): _____

Apellido (padre/tutor/jefe de familia):	Nombre:	Inicial del 2° nombre:	Sufijo:
Dirección del domicilio particular (Incluya calle, número de apartamento, ciudad, estado, condado y código postal (más los 4 dígitos):			
Dirección postal (si difiere del domicilio particular):		❑ Marcar si no tiene un domicilio particular. De todos modos, debe brindar una dirección postal.	
Número de teléfono **principal**:	Tipo de teléfono: ❑ Hogar ❑ Trabajo ❑ Celular	Número de teléfono **secundario**:	Tipo de teléfono: ❑ Hogar ❑ Trabajo ❑ Celular
¿Cómo prefiere que nos comuniquemos con usted en el futuro? ❑ Correo postal ❑ Correo electrónico		Dirección de correo electrónico:	

❷ Cuéntenos acerca de su familia (comience por usted mismo). En la página 2, hay una lista de a quiénes incluir.

Indique a continuación: Apellido, Nombre, Inicial del 2° nombre, Sufijo	¿Está solicitando el programa en nombre de esta persona?	Sexo:	Es esta persona: • Casado • Soltero • Divorciado • Separado • Viudo	Fecha de nacimiento MM/DD/AAAA	Número de Seguro Social: (*Vea nota "Importante" anterior*)
Usted mismo	❑ Sí ❑ No	❑ M ❑ F			
Persona #2	❑ Sí ❑ No	❑ M ❑ F			
Persona #3	❑ Sí ❑ No	❑ M ❑ F			
Persona #4	❑ Sí ❑ No	❑ M ❑ F			
Persona #5	❑ Sí ❑ No	❑ M ❑ F			
Persona #6	❑ Sí ❑ No	❑ M ❑ F			

¿Alguna persona que vive con usted es padre, padrastro o padre adoptivo de algún niño mencionado en esta solicitud? ❑ Sí ❑ No

Si la respuesta es sí, explique:

❷ Cuéntenos acerca de su familia (continuación).

¿Alguna de las personas que presenta esta solicitud no es ciudadano estadounidense? ❑ Sí ❑ No

Si la respuesta es sí, complete la siguiente información.

Nombre de la persona que no es ciudadano estadounidense	¿El estatus migratorio cumple con los requisitos?	Tipo de documento INS (1551, 194, etc.)	Número de identificación de documento (número de Extranjero, etc.)	¿Vive en los EE.UU. desde 1996?	¿Es esta persona un veterano o está en servicio activo en el ejército estadounidense?
Usted mismo	❑ Sí			❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No
Persona #2	❑ Sí			❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No
Persona #3	❑ Sí			❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No
Persona #4	❑ Sí			❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No
Persona #5	❑ Sí			❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No
Persona #6	❑ Sí			❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No

Este cuadro es la continuación del cuadro de la página anterior (página 4).

			Raza (opcional)							Etnia (opcional)	
¿Es esta persona un estudiante a tiempo completo menor de 22 años?	**¿Vive esta persona con usted?**	**¿Cómo es esta persona relacionada con usted?** • Hijo • Hijastro • Cónyuge • Otro	Afroamericano	Asiático (subcontinente indio)	Nativo de Alaska/ Indígena†	Asiático	Caucásico	Otro (escriba)	Nativo de Hawaii/ Isleño de Pacífico	Hispano	No hispano
❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No	Sí mismo									
❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No										
❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No										
❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No										
❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No										
❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No										

† *Por favor, complete el Apéndice B*

Si necesita más espacio para escribir, adjunte una hoja por separado.

❸ Impuestos, ingresos y deducciones

3a. Estado de la declaración de impuestos

Complete esta información para su cónyuge o pareja e hijos que viven con usted o cualquier otra persona que esté incluida en su declaración de impuestos federales sobre los ingresos, en caso de presentar una. Consulte la página 2 para obtener más información sobre a quiénes incluir.

¿Alguna de las personas mencionadas en la solicitud tiene pensado presentar una declaración de impuestos federales sobre los ingresos EL AÑO QUE VIENE? ❑ Sí ❑ No

Si la respuesta es sí, mencione a cada persona que declara impuestos y al cónyuge de cada persona que declara impuestos **si presentan una declaración conjunta**.

Nombre de la persona que declara impuestos	En caso de declaración conjunta, nombre del cónyuge

¿Alguna de las personas indicadas en la solicitud incluirá dependientes en su declaración de impuestos? ❑ Sí ❑ No

Si la respuesta es sí, indique a la persona que declara impuestos e indique los dependientes.

Solo una persona que declara impuestos puede incluir un dependiente. En caso de declaraciones conjuntas, la persona que firme el formulario de impuestos será quien presente la declaración e incluya dependientes.

Nombre de la persona que declara impuestos	Nombre y fecha de nacimiento de los dependientes

No es necesario que complete la información en la tabla siguiente si el dependiente ya está indicado arriba.

¿Alguna de las personas indicadas en la solicitud será incluida como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona?
❑ Sí ❑ No

Si la respuesta es sí, indique el dependiente y la persona que declara impuestos que tendrá a su cargo el dependiente.

Nombre del dependiente	Nombre y fecha de nacimiento de la persona que declara impuestos	Relación a la persona que declara impuestos

❸ Impuestos, ingresos y deducciones *(continuación)*

3b. Ingresos

Los ingresos incluyen, entre otros:

- Remuneraciones, salarios, propinas, bonos, comisiones, etc.
- Intereses
- Dividendos
- Reintegros, créditos, o compensaciones gravados de impuestos estatales o locales a los ingresos
- Pensión alimenticia recibida
- Ganancias/pérdidas netas de empleo independiente
- Ganancias/pérdidas de capital u otros
- Distribuciones del Acuerdo de Jubilación Individual (IRA)
- Pensiones y anualidades
- Renta de bienes raíces, regalías, fideicomisos y canales de inversión de hipotecas inmobiliarias (REMIC)
- Ingresos/pérdidas por explotación agraria
- Compensación por desempleo
- Seguro por accidentes de trabajo
- Beneficios del Seguro Social
- Otros ingresos

¿Alguna persona en su hogar tiene un ingreso? ❑ **Sí** ❑ **No**
Si la respuesta es sí, indique los ingresos que usted ya haya recibido o que espera recibir este año.

Nombre	**Fuente de ingresos** (nombre del empleador, desempleo, seguro social, etc.)	**Con qué frecuencia** (semanal, quincenal, mensual, por única vez, etc.)	**Monto antes de impuestos**	**Fecha de inicio** (mes/día/año)

Durante el año pasado, alguien (seleccione todos los que correspondan):

❑ ¿Cambió de trabajo? **Si la respuesta es sí**, ¿quién?: _____
❑ ¿Dejó de trabajar? **Si la respuesta es sí**, ¿quién?: _____
❑ ¿Comenzó a trabajar menos horas? **Si la respuesta es sí,** ¿quién?: _____

¿Cambia el ingreso de alguna persona mes a mes? (por ejemplo, trabajo de temporada) ❑ **Sí** ❑ **No**
Si la respuesta es sí, indique las personas cuyos ingresos varían, y sus ingresos totales estimados este año y el año que viene.

Nombre	**Ingresos estimados totales y cantidad de meses trabajados en este año**	**Ingresos estimados totales y cantidad de meses que trabajarán el año que viene**

❸ Impuestos, ingresos y deducciones *(continuación)*

3c. Deducciones de impuestos

Las deducciones de impuestos que cumplen con los requisitos son las siguientes:

- Gastos por educador
- Ciertos gastos de negocios de reservistas, artistas y funcionarios públicos con honorarios
- Deducción de cuenta de ahorros para gastos médicos
- Gastos relacionados con traslados laborales
- Parte deducible del impuesto sobre el empleo independiente
- Planes SEP y SIMPLE de empleo independiente y planes calificados
- Deducción de seguro médico de empleo independiente
- Multa por retiro anticipado de ahorros
- Pago de pensión alimenticia
- Deducciones del IRA
- Deducción por intereses de préstamo para estudiante
- Matrícula y cuotas
- Producción doméstica

Si alguien paga por ciertas cosas que pueden deducirse en una declaración de impuestos federales sobre los ingresos, informarnos sobre estas puede disminuir el costo de su seguro médico. **Debe enviarnos comprobantes de sus deducciones.** Estas deducciones se encuentran en los renglones 23-35 del formulario 1040 o en los renglones 16-19 del formulario 1040A.

Nota: *No debe incluir un costo que ya haya agregado en su respuesta al empleo independiente neto.*

¿Alguna persona en su hogar tiene alguna deducción impositiva? ❑ **Sí** ❑ **No**
Si la respuesta es sí, indique las deducciones que ya ha recibido o que espera recibir.

Nombre	Tipo de deducción	Cuánto	Con qué frecuencia (por única vez, mensual, trimestral, etc.)	Fecha de inicio (mes/día/año)

❹ Seguro médico:

4a. Seguro médico de su empleador

En ocasiones, Asistencia Médica puede comprar a su empleador el seguro médico para usted o sus hijos. Ayúdenos a decidir si esto es posible completando esta sección.

¿Le ofrecen una cobertura médica del trabajo? (marque "sí" incluso si la cobertura es del trabajo de otra persona, como un padre o un cónyuge) ❑ **Sí** ❑ **No**
Si la respuesta es sí, complete esta sección y brinde toda la información posible en el **Apéndice A**.

¿Es este un plan estatal de beneficios para el empleado? ❑ **Sí** ❑ **No** ¿Se trata de una cobertura COBRA? ❑ **Sí** ❑ **No**
¿Es un plan de jubilación? ❑ **Sí** ❑ **No**

Si en su trabajo le ofrecen cobertura médica, ¿usted paga (o pagaría) por su cobertura? ❑ **Sí** ❑ **No**

¿Usted paga (o pagaría) por la cobertura de su(s) hijo(s)? ❑ **Sí** ❑ **No**

¿Cuál es el costo para el empleado de la cobertura familiar con el plan médico grupal de su empleador? _____

¿Con qué frecuencia? _____
(semanal, quincenal, mensual, trimestral, anual)

¿Ha dejado su empleador de brindarle cobertura, lo que ha ocasionado que su hijo pierda el seguro médico? ❑ **Sí** ❑ **No**

❹ Seguro médico: *(continuación)*

4b. Seguro médico

Si usted o alguna persona para las que presenta una solicitud tiene una cobertura de seguro médico, o ha tenido una cobertura médica en el pasado reciente, **complete esta sección**. *Complete un cuadro para cada póliza.*

- ¿Alguna de las personas para las que presenta una solicitud tiene algún otro seguro médico en la actualidad? ❑ **Sí** ❑ **No**
- ¿Alguna de las personas para las que presenta una solicitud ha tenido cobertura de seguro médico en los últimos 90 días? ❑ **Sí** ❑ **No**

Si la respuesta es sí a cualquiera de estas preguntas, complete la siguiente sección y cuéntenos todo lo posible acerca del seguro. **Si la respuesta es no,** puede omitir esta sección.

Póliza #1

Tipos de cobertura de atención médica: ❑ Empleador ❑ TRICARE ❑ Programas de atención médica de la Administración de Veteranos (VA) ❑ Medicare *(encierre en círculo A, B, D)* ❑ Cuerpo de Paz ❑ CHIP ❑ Asistencia Médica ❑ Plan individual ❑ Otro		*Indique quién está cubierto:* Nombre:	Apellido:
Nombre de la compañía de seguros:		Nombre:	Apellido:
Número de la póliza:	Titular de la póliza:	Nombre:	Apellido:
Número/nombre de grupo:		Nombre:	Apellido:

¿Qué está o estaba cubierto?
❑ Atención hospitalaria ❑ Visitas al médico ❑ Medicamentos bajo receta ❑ Cuidado de la vista ❑ Atención dental

¿Es (o fue) este un plan de beneficios limitados (como una póliza de accidentes escolares)? ❑ **Sí** ❑ **No**

¿Cuándo comenzó este seguro? (mes/día/año)	¿Cuándo vencerá este seguro? (mes/día/año) (Deje el espacio en blanco si el seguro no finaliza)

¿Finalizó o finalizará este seguro médico porque el titular de la póliza perdió el empleo o cambió de empleo? ❑ **Sí** ❑ **No**
Si la respuesta es sí, ¿quién perdió o perderá la cobertura?

Póliza #2

Tipos de cobertura de atención médica: ❑ Empleador ❑ TRICARE ❑ Programas de atención médica de la Administración de Veteranos (VA) ❑ Medicare *(encierre en círculo A, B, D)* ❑ Cuerpo de Paz ❑ CHIP ❑ Asistencia Médica ❑ Plan individual ❑ Otro		*Indique quién está cubierto:* Nombre:	Apellido:
Nombre de la compañía de seguros:		Nombre:	Apellido:
Número de la póliza:	Titular de la póliza:	Nombre:	Apellido:
Número/nombre de grupo:		Nombre:	Apellido:

¿Qué está o estaba cubierto?
❑ Atención hospitalaria ❑ Visitas al médico ❑ Medicamentos bajo receta ❑ Cuidado de la vista ❑ Atención dental

¿Es (o fue) este un plan de beneficios limitados (como una póliza de accidentes escolares)? ❑ **Sí** ❑ **No**

¿Cuándo comenzó este seguro? (mes/día/año)	¿Cuándo vencerá este seguro? (mes/día/año) (Deje el espacio en blanco si el seguro no finaliza)

¿Finalizó o finalizará este seguro médico porque el titular de la póliza perdió el empleo o cambió de empleo? ❑ **Sí** ❑ **No**
Si la respuesta es sí, ¿quién perdió o perderá la cobertura?

❺ Información de elegibilidad especial:

Si la familia busca cobertura de Asistencia Médica y presenta una solicitud en nombre de una persona con una discapacidad o una necesidad de atención médica especial, puede aplicarse un límite más alto para los ingresos. Hay servicios adicionales disponibles. Ayúdenos a averiguar si alguna de las personas para las que presenta una solicitud reúne los requisitos para estos programas.

¿Alguna persona necesita ayuda para pagar los gastos médicos de los últimos 3 meses? ❑ **Sí** ❑ **No**
Si la respuesta es sí, ¿quién?

¿Vive alguna persona en una institución médica o de cuidados prolongados o padece una afección física, mental o emocional que causa limitaciones en las actividades (como bañarse, vestirse, tareas cotidianas, etc.)? ❑ **Sí** ❑ **No**

Embarazo

¿Está usted, o alguna de las mujeres que vive con usted, embarazada? ❑ **Sí** ❑ **No** (Si la respuesta es sí, indique quién)	¿Cuál es la fecha prevista del parto?	¿Cuántos bebés espera?
Nombre:	Fecha del parto:	
Nombre:	Fecha del parto:	

Discapacidad

¿Usted o alguna persona para las que presenta una solicitud tiene una discapacidad permanente, una enfermedad crónica o una necesidad de atención médica continua? ❑ **Sí** ❑ **No**
Si la respuesta es sí, indique quién y cuéntenos acerca de sus necesidades.

Nombre: _____ ¿Qué condición o discapacidad tiene? _____ Fecha en que se diagnosticó la condición o discapacidad: _____	**¿Ha presentado esta persona una solicitud para recibir beneficios por discapacidad?** (Discapacidad del Seguro Social, Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), seguro por accidentes de trabajo, seguro privado por discapacidad, o algún tipo de asistencia especial para el pago de los gastos médicos) ❑ **Sí** ❑ **No**
Nombre: _____ ¿Qué condición o discapacidad tiene? _____ Fecha en que se diagnosticó la condición o discapacidad: _____	**¿Ha presentado esta persona una solicitud para recibir beneficios por discapacidad?** (Discapacidad del Seguro Social, Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), seguro por accidentes de trabajo, seguro privado por discapacidad, o algún tipo de asistencia especial para el pago de los gastos médicos) ❑ **Sí** ❑ **No**
Nombre: _____ ¿Qué condición o discapacidad tiene? _____ Fecha en que se diagnosticó la condición o discapacidad: _____	**¿Ha presentado esta persona una solicitud para recibir beneficios por discapacidad?** (Discapacidad del Seguro Social, Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), seguro por accidentes de trabajo, seguro privado por discapacidad, o algún tipo de asistencia especial para el pago de los gastos médicos) ❑ **Sí** ❑ **No**

Hogar de acogida

¿Estuvo alguna persona en un hogar de acogida a la edad de 18 años o más? ❑ **Sí** ❑ **No** (Si la respuesta es sí, indique quién)
Si la respuesta es sí, ¿finalizó la permanencia en el hogar de acogida debido a su edad? ❑ **Sí** ❑ **No**

Nombre:	**En qué Estado:**	**A qué edad:**

❻ Información opcional: (Nada de esta información afectará su solicitud de cobertura de atención médica y no será transmitida al *Health Insurance Marketplace* (Mercado de Seguros Médicos).

Proveedor de atención primaria (PCP) o información sobre la práctica: Si hay algún médico o proveedor que le gustaría tener como PCP de su hijo, indíquelo a continuación. Si este médico o proveedor participa en la compañía aseguradora en la que usted presenta la solicitud, puede ser asignado como el PCP de su hijo.

Si usted desea averiguar si su médico participa, llame a la compañía aseguradora donde presenta la solicitud.

¿Atiende el mismo PCP a todos los hijos? ❑ **Sí** ❑ **No** **Si la respuesta es no**, indique quién atiende a cada niño.

Nombre(s)	¿Paciente actual?	Nombre del médico/práctica	Dirección del médico/práctica	Teléfono del médico/práctica
	❑ **Sí** ❑ **No**			
	❑ **Sí** ❑ **No**			
	❑ **Sí** ❑ **No**			
	❑ **Sí** ❑ **No**			
	❑ **Sí** ❑ **No**			

❼ Representante autorizado:

Usted puede dar permiso a una persona de su confianza para que converse acerca de esta solicitud con nosotros, vea su información y actúe en su representación en asuntos relacionados con esta solicitud, lo que incluye obtener información acerca de usted y firmar sus solicitudes en su nombre. Esta persona se llama "representante autorizado". Si alguna vez necesita cambiar de representante autorizado, comuníquese con su compañía aseguradora de CHIP. Si se lo nombra a usted representante legal de alguna persona en esta solicitud, presente pruebas con la solicitud.

¿Desea nombrar a alguien como su representante autorizado? ❑ **Sí** ❑ **No**

Nombre del representante autorizado:	Número de teléfono:	Tipo de teléfono: ❑ Hogar ❑ Trabajo ❑ Celular

Función del representante autorizado: ❑ Cuidador ❑ Tutor legal ❑ Contacto primario ❑ Representante ❑ Ejecutor de testamento en vida ❑ Poder legal notarial ❑ Miembro del equipo de apoyo

Dirección particular *(incluya calle, número de apartamento, ciudad, estado y código postal más los 4 dígitos)*:

Al firmar abajo, usted autoriza a esta persona a firmar su solicitud, a obtener información oficial acerca de la solicitud, y actuar en su representación en todos los asuntos futuros relacionados con esta póliza.

Su firma _____ *Fecha* _____

No olvide **firmar y fechar la página 13** para que se pueda procesar su solicitud.

8 Usted tiene ciertos derechos y responsabilidades. A saber:

CHIP:

- Confidencialidad. Se mantendrá la confidencialidad de toda la información de esta solicitud. Esta solicitud será compartida sólo con los programas que solicite o tenga derecho de recibir, como el programa de Asistencia Médica.
- Designar a un representante personal. Usted puede elegir a otra persona que reciba información médica sobre usted o sus hijos menores completando un formulario de Designación de representante personal.
- Certificado de cobertura comprobable. Cuando deja el programa, recibirá un certificado de cobertura comprobable para verificar la cobertura médica, si cumple con los requisitos.
- Notificación escrita. Usted puede recibir una notificación por escrito que explique su elegibilidad.
- Apelación. Usted puede solicitar una revisión imparcial si no está de acuerdo con cualquier decisión tomada con respecto a esta solicitud, si la solicitud se realiza dentro de los 30 días de la decisión.

Usted tiene la responsabilidad de:

- Leer y entender completamente esta solicitud.
- Proporcionar información verdadera, correcta y completa, entendiendo que hay penalidades por dar información falsa a sabiendas; es una ofensa grave y se considera un delito de fraude de seguro.
- Colaborar con la revisión de esta solicitud, el cual puede incluir entrevistas y la revisión de sus expedientes médicos.
- Tener en cuenta que cierta información puede estar sujeta a verificación con los empleadores, fuentes financieras y otros terceros.
- Proporcionar pruebas de su identidad y de su ciudadanía estadounidense o estatus migratorio legal si esa información no se puede obtener a través de este proceso de solicitud.
- Proporcionar comprobantes de sus ingresos y deducciones de impuestos si esa información no se puede obtener a través de este proceso de solicitud.
- Informar apenas sucedan todos los cambios relacionados con los ingresos, los miembros del grupo familiar, el domicilio y el número de teléfono.

Asistencia Médica:

- Entiendo que Pennsylvania recibe información de otras agencias estatales y federales para verificar la información que les doy. Si falsifico, oculto o retengo datos que pueden afectar mi elegibilidad para recibir beneficios, se me puede requerir a reembolsar mis beneficios, y puedo ser procesado e inhabilitado para recibir ciertos beneficios médicos en el futuro.
- Entiendo que puedo designar a un representante autorizado y que, para hacerlo, debo completar la sección "Representante Autorizado" y enviarla junto con esta solicitud.
- Entiendo que la información provista en esta solicitud se mantendrá confidencial y sólo se utilizará para administrar los beneficios médicos. Autorizo la divulgación de información personal, financiera y médica con el propósito de determinar la elegibilidad.
- Entiendo que cualquier cambio se me exige informar deberán ser informados dentro de los primeros 10 días del mes siguiente al mes en que ocurre el cambio.
- Entiendo que recibiré una notificación por escrito explicando los beneficios médicos. Si se niegan los beneficios, los cambios, se suspenden o se detienen los beneficios, la notificación por escrito le explicará por qué.
- Entiendo que tendré 30 días desde la fecha de la notificación para solicitar una audiencia si no estoy de acuerdo con la decisión tomada sobre esta solicitud.
- Entiendo que mi situación está sujeta a la verificación de mis empleadores, fuentes financieras y otros terceros.
- Entiendo que los solicitantes deben proporcionar su número de Seguro Social o solicitar uno si no lo tienen. Este número se puede usar para verificar la información incluida en esta solicitud.
- Entiendo que debo usar la Transferencia de Beneficio Electrónico (EBT) o la Tarjeta PA ACCESS solo durante el período durante el cual cumplo con los requisitos. Debo usar la EBT o la Tarjeta PA ACCESS solo para la persona que cumple con los requisitos, y puedo obtener solo los beneficios necesarios y razonables.
- Entiendo que no tengo que proporcionar el Número de Seguro Social para cualquier persona que no esté solicitando Asistencia Médica. Si entrego su Número de Seguro Social, puede usarse para verificar la información incluida en esta solicitud.
- Certifico, bajo pena de falso testimonio, que toda la información ingresada es verdadera.
- Entiendo que tengo derecho a recibir un certificado de cobertura comprobable para verificar mi cobertura médica. Las leyes federales limitan los casos en que puede denegarse o limitarse la cobertura de atención médica debido a una enfermedad preexistente. Si me inscribo en un plan médico de grupo que tiene una cláusula sobre enfermedades preexistentes, puede acreditarse el tiempo que estuve inscrito en el programa de Asistencia Médica.
- Entiendo que, si todas o algunas de las personas inscribiéndose, no reúnen los requisitos para recibir Asistencia Médica, podrían ser elegibles para CHIP. Si este es el caso, autorizo al Departamento de Servicios Humanos de procesar mi solicitud de Asistencia Médica y, una vez aprobado, dar mi nombre y la información en esta solicitud al contratista de CHIP.
- Entiendo que, si alguna o todas las personas que presentan la solicitud no cumplen con los requisitos para inscribirse en el programa de Asistencia Médica, pueden cumplir con los requisitos para acceder a los beneficios federales y/o averiguar sobre opciones de atención médica privada a través del Mercado de Seguros Médicos. Si este es el caso, autorizo al Departamento a brindar al Mercado mi nombre y la información que consta en esta solicitud. Entiendo mis derechos y responsabilidades conforme al Mercado de Seguros Médicos.

Health Insurance Marketplace (Mercado de Seguros Médicos):

- Entiendo que debo comunicar al Mercado de Seguros Médicos si algo cambia (y es distinto) de lo que escribí en esta solicitud. Puedo visitar **www.healthcare.gov** o llamar al **1-800-318-2596** para informar acerca de cualquier cambio. Entiendo que un cambio en mi información podría afectar la elegibilidad de los miembros de mi grupo familiar.
- Entiendo que conforme a las leyes federales no se permite la discriminación por raza, color, país de origen, género, edad, orientación sexual, identidad de género o discapacidad. Para presentar una queja por discriminación puedo hacerlo a través de **www.hhs.gov/ocr/office/file**.
- Renovación de cobertura en el futuro: *a fin de que sea más fácil determinar mi elegibilidad de ayuda para pagar la cobertura médica en años futuros, acuerdo en autorizar al Mercado a usar mis datos de ingresos, lo que incluye información sobre mis declaraciones de impuestos. El Mercado me enviará una notificación que me permitirá hacer cambios u optar por la exclusión voluntaria en cualquier momento.*
- Sí, renuevo automáticamente mi elegibilidad en el Mercado por:
  - ❑ 5 años (la cantidad máxima de años permitidos)
  - ❑ 4 años
  - ❑ 3 años
  - ❑ 2 años
  - ❑ 1 año

¡No olvide firmar y fechar la solicitud a continuación o no podrá ser procesada!

Entiendo que puedo designar a un representante autorizado y que, para hacerlo, debo completar la sección "Representante Autorizado" y enviarla junto con esta solicitud.

Si algunas o todas las personas que presentan la solicitud no cumplen con los requisitos para inscribirse en el programa de CHIP, pueden cumplir con los requisitos para acceder a beneficios federales y/o averiguar sobre opciones de atención médica privada a través del Mercado de Seguros Médicos. Si este es el caso, autorizo al Departamento a brindar al Mercado mi nombre y la información que consta en esta solicitud. Entiendo mis derechos y responsabilidades conforme al Mercado de Seguros Médicos.

Si se determina que mi hijo cumple con los requisitos o es inscrito en los beneficios de atención médica estatales para empleados de una agencia pública, y la agencia está dispuesta a pagar incluso una parte pequeña del beneficio o el costo de una prima, entonces, mi hijo no cumple con los requisitos para acceder a CHIP. Si este es el caso, y mi hijo ha estado recibiendo los beneficios de CHIP, los beneficios de CHIP de mi hijo pueden anularse en forma retroactiva.

Certifico, a mi leal saber y entender, que entiendo los derechos y las responsabilidades que me corresponden y, bajo pena de falso testimonio, que la información incluida en esta solicitud es completa y verdadera. También acepto que si incluyo información falsa o incompleta deliberadamente en esta solicitud se considerará fraude contra el seguro.

Entiendo que todas las personas que presentan una solicitud tendrán acceso a la cobertura del programa para el cual califican, si se determina que reúnen los requisitos de Asistencia Médica o CHIP. Si se decide que cumplo con los requisitos para CHIP y considero que cumplo con los requisitos para Asistencia Médica, puedo comunicarme con mi proveedor de CHIP y solicitar que la agencia de Asistencia Médica lleve a cabo una revisión completa de mi solicitud.

Autorizo la divulgación de información personal, financiera y médica para determinar la condición de elegibilidad y para evaluar los programas CHIP y Asistencia Médica.

Certifico que las personas para las que presento esta solicitud son ciudadanos estadounidenses o inmigrantes legales. (Entiendo que esta certificación no es necesaria si se trata de un inmigrante que solo solicita beneficios de atención médica de emergencia de Asistencia Médica).

Autorizo la divulgación de información personal, financiera y médica para determinar la condición de elegibilidad y para evaluar los programas para los que presento esta solicitud.

Firma del solicitante o de la persona que presenta la solicitud en su nombre:

→ **X** _____ **Fecha:** _____

Cuál es el siguiente paso

Después de recibir su solicitud, haremos una revisión de elegibilidad y nos comunicaremos con usted dentro de 30 días.

Si necesitamos más información:

Le enviaremos una carta solicitando la información adicional que necesitamos. Por favor envíenos la información de inmediato para que podamos procesar su solicitud.

Si su hijo reúne los requisitos para CHIP:

- Después de verificar sus ingresos y otra información, le notificaremos la fecha de inscripción de su hijo.
- Si su hijo reúne los requisitos para CHIP *a bajo costo*, recibirá una factura que deberá pagar antes de que pueda comenzar la cobertura CHIP.
- Recibirá la tarjeta de identificación de su hijo aproximadamente 10 días después de la fecha en que se determina que usted reúne los requisitos.
- Puede comenzar a utilizar la cobertura CHIP de su hijo en la "fecha de entrada de vigencia" que se indica en la carta de inscripción.

Si su hijo no reúne los requisitos para CHIP:

- Le notificaremos por escrito para informarle la razón por la que su hijo no reúne los requisitos de elegibilidad.
- Si su hijo parece reunir los requisitos para recibir Asistencia Médica, enviaremos su solicitud a la Oficina de Asistencia del Condado.

Renovación

Si su hijo está inscrito en CHIP:

- Una vez al año, en el aniversario de la inscripción de su hijo, se revisará la elegibilidad. Este es el proceso de renovación. Cada año, antes de la fecha de renovación de su familia, se enviarán cartas solicitando la verificación de los ingresos y demás información sobre su familia. Si usted no proporciona la información necesaria, la cobertura de CHIP de su hijo se cancelará.

Este plan de atención administrada puede no cubrir todos sus gastos de atención médica.
Lea todos los materiales cuidadosamente para determinar qué servicios médicos están cubiertos.

Compañías que ofrecen CHIP, enumeradas por condado:

ADAMS
Aetna
Capital BlueCross
Geisinger Health Plan
Highmark Blue Shield
UnitedHealthcare Community Plan
UPMC Health Plan

ALLEGHENY
Highmark Blue Cross Blue Shield
UnitedHealthcare Community Plan
UPMC Health Plan

ARMSTRONG
Highmark Blue Cross Blue Shield
UnitedHealthcare Community Plan
UPMC Health Plan

BEAVER
Highmark Blue Cross Blue Shield
UnitedHealthcare Community Plan
UPMC Health Plan

BEDFORD
Highmark Blue Cross Blue Shield
UnitedHealthcare Community Plan
UPMC Health Plan

BERKS
Aetna
Capital BlueCross
Geisinger Health Plan
Highmark Blue Shield
UnitedHealthcare Community Plan
UPMC Health Plan

BLAIR
Geisinger Health Plan
Highmark Blue Cross Blue Shield
UnitedHealthcare Community Plan
UPMC Health Plan

BRADFORD
First Priority Health (BCNEPA)
Geisinger Health Plan
UnitedHealthcare Community Plan

BUCKS
Aetna
UnitedHealthcare Community Plan
Keystone Health Plan East
KidzPartners

BUTLER
Highmark Blue Cross Blue Shield
UnitedHealthcare Community Plan
UPMC Health plan

CAMBRIA
Geisinger Health Plan
Highmark Blue Cross Blue Shield
UnitedHealthcare Community Plan
UPMC Health Plan

CAMERON
Geisinger Health Plan
Highmark Blue Cross Blue Shield
UPMC Health Plan

CARBON
First Priority Health (BCNEPA)
Geisinger Health Plan
UnitedHealthcare Community Plan

CENTRE
Capital BlueCross
Geisinger Health Plan
Highmark Blue Shield
Highmark Blue Cross Blue Shield

CHESTER
Aetna
UnitedHealthcare Community Plan
Keystone Health Plan East
KidzPartners

CLARION
Highmark Blue Cross Blue Shield
UnitedHealthcare Community Plan
UPMC Health Plan

CLEARFIELD
Geisinger Health Plan
Highmark Blue Cross Blue Shield
UPMC Health Plan

CLINTON
First Priority Health (BCNEPA)
Geisinger Health Plan

COLUMBIA
Capital BlueCross
Geisinger Health Plan
Highmark Blue Shield
UnitedHealthcare Community Plan

CRAWFORD
Highmark Blue Cross Blue Shield
UnitedHealthcare Community Plan
UPMC Health Plan

CUMBERLAND
Aetna
Capital BlueCross
Geisinger Health Plan
Highmark Blue Shield
UnitedHealthcare Community Plan

DAUPHIN
Aetna
Capital BlueCross
Geisinger Health Plan
Highmark Blue Shield
UnitedHealthcare Community Plan
UPMC Health Plan

DELAWARE
Aetna
UnitedHealthcare Community Plan
Keystone Health Plan East
KidzPartners

ELK
Highmark Blue Cross Blue Shield
UPMC Health Plan

ERIE
Highmark Blue Cross Blue Shield
UnitedHealthcare Community Plan
UPMC Health Plan

FAYETTE
Highmark Blue Cross Blue Shield
UnitedHealthcare Community Plan
UPMC Health Plan

FOREST
Highmark Blue Cross Blue Shield
UnitedHealthcare Community Plan
UPMC Health Plan

FRANKLIN
Aetna
Capital BlueCross
Highmark Blue Shield
UnitedHealthcare Community Plan

FULTON
Aetna
Capital BlueCross
Highmark Blue Shield
UnitedHealthcare Community Plan

GREENE
Highmark Blue Cross Blue Shield
UnitedHealthcare Community Plan
UPMC Health Plan

HUNTINGDON
Geisinger Health Plan
Highmark Blue Cross Blue Shield
UnitedHealthcare Community Plan
UPMC Health Plan

INDIANA
Highmark Blue Cross Blue Shield
UnitedHealthcare Community Plan
UPMC Health Plan

JEFFERSON
Geisinger Health Plan
Highmark Blue Cross Blue Shield
UnitedHealthcare Community Plan
UPMC Health Plan

JUNIATA
Captial BlueCross
Geisinger Health Plan
Highmark Blue Shield

LACKAWANNA
First Priority Health (BCNEPA)
Geisinger Health Plan
UnitedHealthcare Community Plan

LANCASTER
Aetna
Capital BlueCross
Geisinger Health Plan
Highmark Blue Shield
UnitedHealthcare Community Plan
UPMC Health Plan

LAWRENCE
Highmark Blue Cross Blue Shield
UnitedHealthcare Community Plan
UPMC Health Plan

LEBANON
Aetna
Capital BlueCross
Geisinger Health Plan
Highmark Blue Shield
UnitedHealthcare Community Plan

LEHIGH
Aetna
Capital BlueCross
Geisinger Health Plan
Highmark Blue Shield
UnitedHealthcare Community Plan
UPMC Health Plan

LUZERNE
First Priority Health (BCNEPA)
Geisinger Health Plan
UnitedHealthcare Community Plan

LYCOMING
First Priority Health (BCNEPA)
Geisinger Health Plan

McKEAN
Highmark Blue Cross Blue Shield
UPMC Health Plan

MERCER
Highmark Blue Cross Blue Shield
UnitedHealthcare Community Plan
UPMC Health Plan

MIFFLIN
Capital BlueCross
Geisinger Health Plan
Highmark Blue Shield

MONROE
Aetna
First Priority Health (BCNEPA)
Geisinger Health Plan
UnitedHealthcare Community Plan

MONTGOMERY
Aetna
UnitedHealthcare Community Plan
Keystone Health Plan East
KidzPartners

MONTOUR
Capital BlueCross
Geisinger Health Plan
Highmark Blue Shield
UnitedHealthcare Community Plan

NORTHAMPTON
Aetna
Capital BlueCross
Geisinger Health Plan
Highmark Blue Shield
UnitedHealthcare Community Plan
UPMC Health Plan

NORTHUMBERLAND
Capital BlueCross
Geisinger Health Plan
Highmark Blue Shield

PERRY
Aetna
Capital BlueCross
Geisinger Health Plan
Highmark Blue Shield
UnitedHealthcare Community Plan

PHILADELPHIA
Aetna
UnitedHealthcare Community Plan
Keystone Health Plan East
KidzPartners

PIKE
First Priority Health (BCNEPA)
Geisinger Health Plan
UnitedHealthcare Community Plan

POTTER
Geisinger Health Plan
Highmark Blue Cross Blue Shield
UPMC Health Plan

SCHUYLKILL
Capital BlueCross
Geisinger Health Plan
Highmark Blue Shield
UnitedHealthcare Community Plan

SNYDER
Capital BlueCross
Geisinger Health Plan
Highmark Blue Shield

SOMERSET
Geisinger Health Plan
Highmark Blue Cross Blue Shield
UnitedHealthcare Community Plan
UPMC Health Plan

SULLIVAN
First Priority Health (BCNEPA)
Geisinger Health Plan
UnitedHealthcare Community Plan

SUSQUEHANNA
First Priority Health (BCNEPA)
Geisinger Health Plan
UnitedHealthcare Community Plan

TIOGA
First Priority Health (BCNEPA)
Geisinger Health Plan

UNION
Capital BlueCross
Geisinger Health Plan
Highmark Blue Shield

VENANGO
Highmark Blue Cross Blue Shield
UnitedHealthcare Community Plan
UPMC Health Plan

WARREN
Highmark Blue Cross Blue Shield
UnitedHealthcare Community Plan
UPMC Health Plan

WASHINGTON
Highmark Blue Cross Blue Shield
UnitedHealthcare Community Plan
UPMC Health Plan

WAYNE
First Priority Health (BCNEPA)
Geisinger Health Plan

WESTMORELAND
Highmark Blue Cross Blue Shield
UnitedHealthcare Community Plan
UPMC Health Plan

WYOMING
First Priority Health (BCNEPA)
Geisinger Health Plan
UnitedHealthcare Community Plan

YORK
Aetna
Capital BlueCross
Geisinger Health Plan
Highmark Blue Shield
UnitedHealthcare Community Plan
UPMC Health Plan

Por favor, vea el reverso para obtener información de contacto y las instrucciones de envío.

Con CHIP, usted tiene una selección de compañías para administrar los beneficios médicos para sus hijos.

A continuación, se enumeran las compañías de seguros médicos que ofrecen CHIP. En función de los listados del condado de la página 14, elija la compañía de seguros médicos en su condado a través de la cual le gustaría recibir su cobertura de CHIP y envíeles su solicitud. Se indican las direcciones y números de teléfono para su comodidad. **Asegúrese de anotar el número de teléfono de la compañía que elija para poder llamarlos y hacerles preguntas.**

Puede encontrar que hay más de una compañía aseguradora que ofrece CHIP en su condado. No podemos indicarle qué compañía elegir, pero podemos ayudarlo a tomar una decisión si es que tiene dificultades para decidir. Si en la actualidad su hijo tiene un médico, comuníquese con el consultorio del médico y averigüe si él o ella participa en las compañías de CHIP enumeradas a continuación, para así poder continuar con las visitas a ese médico después de elegir la compañía aseguradora de CHIP. También puede pedir a personas de su confianza que le recomienden un médico.

AETNA BETTER HEALTH KIDS — CHIP
P.O. Box 14384
Lexington, KY 40512-9854
1-800-822-2447
fax 860-754-1055

CAPITAL BLUE CROSS
P.O. Box 777014
2500 Elmerton Avenue
Harrisburg, PA 17110-9956
1-800-543-7101
fax: 717-651-8592

FIRST PRIORITY HEALTH (BCNEPA)
Attn: CHIP
19 N Main St.
Wilkes Barre, PA 18711-9989
1-800-543-7199
fax: 570-200-6785

GEISINGER HEALTH PLAN
100 North Academy Avenue
Danville, PA 17822-3220
1-866-621-5235
fax: 570-271-5970

HIGHMARK BLUE SHIELD (ZONA CENTRAL DE PA)
Attn: CHIP
P.O. Box CARING
Pittsburgh, PA 15230-9779
1-800-543-7105
fax: 1-866-308-1253

HIGHMARK BLUE CROSS BLUE SHIELD (ZONA OESTE DE PA)
Attn: CHIP
P.O. Box CARING
Pittsburgh, PA 15230-9779
1-800-543-7105
fax: 1-866-308-1253

KEYSTONE HEALTH PLAN EAST
Caring Foundation
1901 Market Street
Philadelphia, PA 19103-9552
1-800-464-5437
fax: 215-241-3679

KIDZ PARTNERS
P.O. Box 1420
Philadelphia, PA 19105-1420
1-888-888-1211
fax: 215-967-9281

UPMC HEALTH PLAN
P.O. Box 2875
Pittsburgh, PA 15230
1-800-978-8762
fax: 412-454-5937

UNITEDHEALTHCARE COMMUNITY PLAN
c/o: Xerox
ATTN: Uniprise ODM Project
3315 Central Ave.
Hot Springs, AR 71913
1-800-414-9025
fax: 866-888-1129

Cobertura médica de empleo(s): Apéndice A

Cuéntenos acerca del empleo que ofrece cobertura. Indique el nombre de la persona que cumple con los requisitos para la cobertura y su Número de Seguro Social en la sección "Información del empleado" y pídale a su empleador que complete el resto de este formulario. Adjunte una copia de esta página por cada empleo que ofrezca cobertura. NO necesita responder estas preguntas a menos que alguien en el grupo familiar cumpla con los requisitos de la cobertura médica del empleo.

Información del EMPLEADO: El empleado debe llenar esta sección.	
Nombre del empleado:	Número de Seguro Social:

Información del EMPLEADOR: Para obtener esta información, pregúntele al empleador.		
Nombre del empleador:		
Dirección del empleador *(incluya calle, número, ciudad, estado, código postal más los 4 dígitos)*:		Número de identificación del empleador:
		Número de teléfono del empleador:
¿Con quién podemos comunicarnos acerca de la cobertura médica del empleado de este empleo?	Número de teléfono (si difiere de lo anterior):	Dirección de correo electrónico:

En la actualidad, ¿cumple el empleado con los requisitos de cobertura que ofrece este empleador, o cumplirá con los requisitos en los próximos 3 meses?

❑ **Sí** Si el empleado no cumple con los requisitos hoy, lo que incluye como resultado de un plazo de espera o período de prueba, ¿cuándo cumplirá el empleado con los requisitos para la cobertura? (mes/día/año) _____

❑ **No** **PARE y devuelva este formulario al empleado.**

Cuéntenos acerca del plan médico que ofrece este empleador.

¿Ofrece el empleador un plan médico que cubra al cónyuge o a los dependientes del empleado?

❑ **Sí** (quiénes) → ❑ Cónyuge ❑ Dependiente ❑ **No** (vaya a la pregunta siguiente)

¿Ofrece el empleador un plan médico que satisfaga el estándar de valor mínimo*?

❑ **Sí** (vaya a la pregunta siguiente) ❑ **No** (pare y devuelva este formulario al empleado)

Para el plan de menor costo que cumple con el estándar de valor mínimo* **ofrecido solo al empleado** (no incluya planes familiares):
Si el empleador tiene programas de bienestar, proporcione la prima que el empleado pagaría si recibiera el descuento máximo por programas para dejar de fumar, y si no recibiera otros descuentos basados en los programas de bienestar.

¿Cuánto tendría que pagar el empleado en primas para este plan? $ _____
¿Con qué frecuencia? ❑ **Semanal** ❑ **Quincenal** ❑ **Bimensual** ❑ **Trimestral** ❑ **Anual**

Si el año del plan finalizará pronto, y usted sabe que los planes médicos ofrecidos cambiarán, vaya a la pregunta siguiente. Si no sabe, **PARE y devuelva el formulario al empleado.**

¿Qué cambio hará el empleador en el plan del año próximo?
❑ El empleador no ofrecerá cobertura médica
❑ El empleador comenzará a ofrecer una cobertura médica a empleados o cambiará la prima por el plan de menor costo disponible solo al empleado que satisfaga el estándar de valor mínimo.* (La prima debe reflejar el descuento de los programas de bienestar. Vea la pregunta anterior).

¿Cuánto tendría que pagar el empleado en primas para este plan? $ _____
¿Con qué frecuencia? ❑ **Semanal** ❑ **Quincenal** ❑ **Bimensual** ❑ **Trimestral** ❑ **Anual**
Fecha del cambio (mes/día/año) _____

*Un plan médico patrocinado por un empleador cumple con el "estándar de valor mínimo" si la proporción total de los costos de los beneficios permitidos cubiertos por el plan no es inferior al 60 por ciento de dichos costos (Sección 36B(C)(2)(C)(ii) del Código de Rentas Internas de 1986).

Miembro del grupo familiar nativo de Alaska o indígena estadounidense (AI/AN)

Complete este anexo si usted o un miembro del grupo familiar es nativo de Alaska o indígena estadounidense. Presente esto con su Solicitud de cobertura médica.

Cuéntenos acerca de los miembros de su grupo familiar nativos de Alaska o indígenas estadounidenses.

Los nativos de Alaska o indígenas estadounidenses pueden obtener servicios de los Servicios de Salud para Indígenas, de un programa de salud tribal o de un programa urbano de salud para indígenas. Además, es posible que no tengan que pagar una distribución de costos y que puedan obtener períodos de inscripción mensual especiales. Responda las preguntas siguientes para asegurarse de que su familia pueda obtener la mayor ayuda posible.

Nota: Si tiene más personas para incluir, haga una copia de esta página y adjúntela.

Persona 1 de AI/AN *(Favor imprimir toda la información)*	
Nombre (Primero, Segundo, Apellido):	¿Es usted miembro de una tribu reconocida a nivel federal? ❑ **Sí** ❑ **No** **Si la respuesta es sí**, indique el nombre de la tribu y el Estado en el que se encuentra:
¿Ha obtenido esta persona alguna vez un servicio de los Servicios de Salud para Indígenas, de un programa de salud tribal o de un programa urbano de salud para indígenas, o a través de una referencia desde alguno de estos programas? ❑ **Sí** ❑ **No**	**Si la respuesta es no**, ¿cumple esta persona con los requisitos para obtener un servicio de los Servicios de Salud para Indígenas, de un programa de salud tribal o de un programa urbano de salud para indígenas, o a través de una referencia desde alguno de estos programas? ❑ **Sí** ❑ **No**
Cierto dinero recibido puede no contar para Asistencia Médica o para el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP). Indique todos los ingresos (monto y frecuencia) informados en su solicitud que incluyan dinero de estas fuentes: • Pagos per cápita desde una tribu procedentes de recursos naturales, derechos de uso, cesiones o regalías • Pagos procedentes de recursos naturales, agricultura, ganadería, pesca, contratos de arrendamiento, o regalías desde territorios designados como territorios en fideicomiso indígena por el Departamento del Interior (lo que incluye reservas y reservas anteriores). • Dinero procedente de la venta de objetos que tienen un significado cultural.	$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

Persona 2 de AI/AN *(Favor imprimir toda la información)*	
Nombre (Primero, Segundo, Apellido):	¿Es usted miembro de una tribu reconocida a nivel federal? ❑ **Sí** ❑ **No** **Si la respuesta es sí**, indique el nombre de la tribu y el Estado en el que se encuentra:
¿Ha obtenido esta persona alguna vez un servicio de los Servicios de Salud para Indígenas, de un programa de salud tribal o de un programa urbano de salud para indígenas, o a través de una referencia desde alguno de estos programas? ❑ **Sí** ❑ **No**	**Si la respuesta es no**, ¿cumple esta persona con los requisitos para obtener un servicio de los Servicios de Salud para Indígenas, de un programa de salud tribal o de un programa urbano de salud para indígenas, o a través de una referencia desde alguno de estos programas? ❑ **Sí** ❑ **No**
Cierto dinero recibido puede no contar para Asistencia Médica o para el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP). Indique todos los ingresos (monto y frecuencia) informados en su solicitud que incluyan dinero de estas fuentes: • Pagos per cápita desde una tribu procedentes de recursos naturales, derechos de uso, cesiones o regalías • Pagos procedentes de recursos naturales, agricultura, ganadería, pesca, contratos de arrendamiento, o regalías desde territorios designados como territorios en fideicomiso indígena por el Departamento del Interior (lo que incluye reservas y reservas anteriores). • Dinero procedente de la venta de objetos que tienen un significado cultural.	$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____