



Pennsylvania's Children's
Health Insurance Program

We Cover All Kids.

Commonwealth of Pennsylvania

CHIPcoversPAkids.com

Solicitud para cobertura de atención médica



If you would like a copy of this application in English,
please call us at 1-800-986-KIDS (CHIP).

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 អំពីអន្តរប្រយោជន៍ការថែទាំសុខភាព ។ សូមអ្នក
ណាម្នាក់ ជួយអានព័ត៌មាននេះជូនអ្នក ។

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.**

Información sobre cobertura de atención médica

Si necesita ayuda para completar su solicitud, llámenos al 1-800-986-KIDS (CHIP).

¿Cuáles programas están disponibles?

Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP):

CHIP gratuito:

Ofrece atención médica gratuita para los niños y adolescentes sin seguro hasta los 19 años de edad que califican y que no son elegibles para Asistencia Médica.

CHIP a bajo costo y CHIP a costo completo:

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

Asistencia Médica:

Ofrece seguro médico gratuito para los niños, adolescentes.

La inscripción en CHIP y Asistencia Médica se basa en el número de miembros e ingreso de la familia. Esta solicitud es válida para cualquiera de los programas mencionados. Toda la información que proporcione en este formulario es confidencial y puede ser compartida por los programas si es necesario. La edad de su(s) hijo(s) así como el ingreso familiar determinará el programa apropiado para su familia.

- Si su hijo no es elegible para CHIP, esta solicitud será enviada a la Oficina de Asistencia del Condado para determinar si su(s) hijo(s) son elegibles para Asistencia Médica.
- Recibirá una carta de parte nuestra en el plazo de 30 días en la que se le informará los resultados de la solicitud y lo que debe esperar que suceda.





Beneficios de CHIP

- ▷ Visitas al consultorio médico
- ▷ Medicamentos bajo receta
- ▷ Dental
- ▷ Cuidado de la vista y lentes
- ▷ Pruebas de diagnóstico
- ▷ Equipo médico duradero
- ▷ Atención médica de emergencia
- ▷ Cuidado de la audición
- ▷ Cuidado médico domiciliario
- ▷ Hospitalización
- ▷ Vacunaciones
- ▷ Pruebas de laboratorio/radiografías
- ▷ Servicios de la salud mental/
abuso de sustancias tóxicas
- ▷ Embarazo



Pennsylvania's Children's
Health Insurance Program

We Cover All Kids.

Commonwealth of Pennsylvania
chipcoverspakids.com

- ❶ Lea la solicitud detenidamente y complete toda la información. **POR FAVOR USE LETRA DE IMPRENTA.** Una solicitud incompleta detendrá el proceso de inscripción en la cobertura médica si el solicitante es elegible.
- ❷ Si necesita ayuda para completar cualquier parte de esta solicitud, por favor llámenos al 1-800-986-KIDS (CHIP).
- ❸ Adjunte copias de la prueba de todo el ingreso familiar (antes del pago de impuestos y deducciones) que representan razonablemente el ingreso actual familiar. Si es posible, todos los documentos sobre ingresos deben haber sido emitidos en el plazo de 60 días previos a la fecha de su solicitud. La prueba del ingreso familiar aparece abajo:
 - Un recibo de pago emitido en el plazo de 60 días previos para cada persona del hogar que trabaja. Envíe más recibos de pago si sus ingresos cambian frecuentemente. Si no tiene recibos de pago, presente una carta firmada y con fecha emitida por el empleador en el papel membretado de la empresa que indique la tarifa horaria, número de horas (normales y de sobretiempo) trabajadas por período de pago, frecuencia del pago y pago bruto. La información sobre bonificaciones y comisiones también debe proporcionarse. El número de teléfono y dirección del empleador debe incluirse en caso tengamos preguntas.
 - Si un miembro familiar es empleado autónomo, incluya la declaración jurada de impuestos federal más reciente y todos los anexos y formularios relacionados o emita un estado de pérdidas y ganancias del año a la fecha mostrando el nombre de la empresa, período declarado, ingreso bruto recibido, gastos empresariales por tipo de gasto y ganancia neta. Por favor incluya su firma y la fecha.
 - Si un miembro del hogar es empleado por estaciones o temporal, indique el número de meses trabajados por año y si recibe compensación por desempleo cuando no trabaja.
 - Si un miembro del hogar recibe compensación por desempleo, presente la carta de notificación de determinación financiera o recibos de pago.
 - Si se recibe beneficios de Seguro Social o por Incapacidad, jubilación, pensión o Compensación para Trabajadores, presente la carta de adjudicación más reciente, formulario 1099 o estado de cuenta bancario que muestre los depósitos directos al banco.
 - Si se recibe manutención para menores o pensión de alimentos, presente la orden de manutención o una copia de la historia de pago en los últimos 12 meses del Sistema de Aplicación de Manutención para Menores del Departamento de Asistencia Social de PA en el sitio de Internet www.childsupport.state.pa.us. Si ninguno está disponible, será suficiente una carta firmada y con fecha emitida por el padre a cargo de la manutención o ex cónyuge que paga la pensión de alimentos. Las cartas deben indicar el monto mensual que se paga e identificar a los menores o cónyuge por los que se paga.
- ❹ Si está solicitando el programa para alguien que no es un ciudadano de los EE.UU, tendrá que proporcionar prueba de su condición legal en el país presentando la documentación correspondiente del Servicio de Inmigración y Naturalización de los EE.UU.
- ❺ Cuando haya completado la solicitud y obtenido copias de toda la documentación de respaldo, por favor firme y coloque la fecha en la solicitud y envíela a la dirección de abajo usando el sobre incluido con franqueo prepagado.



1 Díganos quién es y dónde vive (la persona llenando esta solicitud).

Apellido (padre/tutor/jefe de familia)	Nombre	Inicial del 2° nombre
Dirección domiciliar		Apartamento
Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono primario	Número de teléfono secundario	Mejor hora para llamar
¿Cuál es su idioma primario? <input type="checkbox"/> inglés <input type="checkbox"/> español <input type="checkbox"/> Otro (especifique) What is your primary language? <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Spanish <input type="checkbox"/> Other (specify)		Dirección de email

2 Por favor indique todas las personas que viven en su hogar. Comience por usted.

Por favor incluya a todos los adultos y niños que viven con usted. COMIENZE POR USTED. (Apellido, Nombre, Inicial del 2° nombre)	¿Está solicitando el programa en nombre de esta persona?	Sexo:	Es esta persona:	Fecha de nacimiento MM/DD/AAAA	Número de Seguro Social
Usted mismo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo		
Persona #2	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo		
Persona #3	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo		
Persona #4	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo		
Persona #5	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo		
Persona #6	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo		
Persona #7	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo		

Si necesita más espacio, adjunte una hoja de papel separado.

2 Por favor indique las personas que viven con usted. Comience por usted. (continuación):

¿Es alguna de las personas que vive con usted padrastro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Viven los hijastros con usted? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es sí, indique: Nombre del padrastro o madrastra: <input type="text"/> ¿Padrastro o madrastra de qué hijo?
Nombre del padrastro o madrastra: <input type="text"/> ¿Padrastro o madrastra de qué hijo?

¿Es la persona estudiante menor de 19 años?	¿Cuál es el parentesco de la persona con usted?	Raza (opcional)							Origen étnico (opcional)	
		Afroamericano	Asiático (subcontinente Indio)	Nativo de Alaska/Indio americano†	Asiático	Caucásico	Otro (escriba)	Nativo de Hawaii/Isleño del pacífico	Hispano	No hispano
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Usted mismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

†Por favor presente prueba o documentación de la membresía, si corresponde.

2 Por favor indique las personas que viven con usted. Comience por usted. (continuación):

Ciudadanía e identidad: Si usted es ciudadano de los EE.UU.:

Nombre en el certificado de nacimiento (Nombre y Apellido)	Si nació fuera de Pennsylvania, por favor indique dónde.			Nombre completo de soltera de la madre (nombre y apellido)	Licencia de conducir o tarjeta de identificación del estado. (Si corresponde)	
	Estado/Territorio de nacimiento	Condado/Parroquia de nacimiento	Ciudad de nacimiento		Estado/Territorio	Número
Usted mismo						
Persona #2						
Persona #3						
Persona #4						
Persona #5						
Persona #6						
Persona #7						

¿Alguno de los solicitantes no es ciudadano de los EE.UU.? Sí No

Si sí, complete la siguiente información e incluya copias de los documentos del INS (por delante y detrás).

Nombre de la persona que no es ciudadano de los EE.UU.	Fecha de ingreso a los EE.UU. (MM/DD/AAAA)	De qué país	Número de extranjería	Documento del INS (copia de la parte de adelante y atrás del documento)
Usted mismo				
Persona #2				
Persona #3				
Persona #4				
Persona #5				
Persona #6				
Persona #7				

3 Ingresos y gastos

Por favor indique los ingresos de cualquier niño o adulto que ha nombrado en esta solicitud. Usted debe enviarnos prueba de ingresos.

3a. El ingreso ganado incluye ingresos del trabajo o empleo autónomo. Debe enviarnos prueba de su ingreso, por ejemplo, un recibo de pago de una persona que rutinariamente recibe la misma cantidad de ingresos en cada período de pago es aceptable. Si su ingreso cambia frecuentemente, envíenos más documentos de ingreso. Todos los documentos de ingresos deben tener fecha de emisión dentro de los últimos 60 días (excepto las declaraciones juradas). Envíe copias; no podemos devolverle sus originales. Agregue una hoja de papel adicional para los ingresos ganados adicionales.

¿Alguno recibe ingresos de las siguientes fuentes?:

Empleo (salarios, propinas, comisiones, bonificaciones)

Sí No Si sí, por favor llene los siguientes campos:

¿De quién es este ingreso?

Nombre del empleador

¿Con qué frecuencia se recibe el ingreso?

(semanal, quincenal, mensual, etc.)

¿El ingreso cambia (por ejemplo, por sobretiempo, por temporadas, etc.)? Si sí, por favor explique.

Sí No

Monto que recibe antes del pago de impuestos y de las deducciones (monto bruto):

Número de horas trabajadas al mes:

Número de meses trabajados al año:

¿Alguno recibe ingresos de las siguientes fuentes?:

Empleo (salarios, propinas, comisiones, bonificaciones)

Sí No Si sí, por favor llene los siguientes campos:

¿De quién es este ingreso?

Nombre del empleador

¿Con qué frecuencia se recibe el ingreso?

(semanal, quincenal, mensual, etc.)

¿El ingreso cambia (por ejemplo, por sobretiempo, por temporadas, etc.)? Si sí, por favor explique.

Sí No

Monto que recibe antes del pago de impuestos y de las deducciones (monto bruto):

Número de horas trabajadas al mes:

Número de meses trabajados al año:

¿Alguno recibe ingresos de las siguientes fuentes?:

Empleo (salarios, propinas, comisiones, bonificaciones)

Sí No Si sí, por favor llene los siguientes campos:

¿De quién es este ingreso?

Nombre del empleador

¿Con qué frecuencia se recibe el ingreso?

(semanal, quincenal, mensual, etc.)

¿El ingreso cambia (por ejemplo, por sobretiempo, por temporadas, etc.)? Si sí, por favor explique.

Sí No

Monto que recibe antes del pago de impuestos y de las deducciones (monto bruto):

Número de horas trabajadas al mes:

Número de meses trabajados al año:

¿Alguno recibe ingresos de las siguientes fuentes?:

Empleo autónomo (incluye cuidar niños o lo que recibe de renta) Sí No

Si sí, por favor llene los siguientes campos:

¿De quién es este ingreso?

¿Con qué frecuencia se recibe el ingreso?

(semanal, quincenal, mensual, etc.)

¿El ingreso cambia (por ejemplo, por sobretiempo, por temporadas, etc.)? Si sí, por favor explique.

Sí No

Monto que recibe antes del pago de impuestos y de las deducciones (monto bruto):

Número de horas trabajadas al mes:

Número de meses trabajados al año:

3b. Gastos de guardería para dependientes

¿Quién recibe servicios de guardería?	¿Cuánto se paga al mes?	¿Cuántos meses al año?	¿Qué miembro del hogar paga por este cuidado?

3c. Gastos de transporte

1. ¿Cuánto le cuesta ir al trabajo cada semana si lo lleva otra persona o toma el bus, metro o tranvía?
2. Si maneja al trabajo, ¿cuántas millas maneja cada semana?
3. Si paga por un automóvil, ¿cuánto es su pago mensual?

3d. Los ingresos no ganados incluyen ingresos por planes de jubilación/pensión, compensación para trabajadores, Seguro Social, manutención de menores, pagos y beneficios por desempleo. Debe enviarnos prueba de sus ingresos. Envíe copias; no podemos devolverle sus originales. Agregue una hoja de papel adicional para los ingresos no ganados adicionales.

¿Alguno recibe ingresos de las siguientes fuentes? (Por favor marque sí o no).			¿De quién es este ingreso?	¿Con qué frecuencia se recibe el ingreso? (semanal, quincenal, mensual, etc.)	Monto que recibe antes del pago de impuestos y de las deducciones	¿Este ingreso cambia?	
	Sí	No				Sí	No
Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pensión/Jubilación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Compensación para Trabajadores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beneficios de desempleo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dividendos/Interés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manutención de menores/ Pensión de alimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asistencia pública	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seguro Social (jubilación, sobrevivientes, incapacidad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alquiler de propiedad (Usted le paga a alguien para manejar la propiedad.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro (Especifique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4 Seguro médico

Seguro médico de su empleador

La Asistencia Médica a veces paga las cuentas que otros seguros médicos no cubren. Por favor proporcione información para usted y todos los solicitantes. Indique si cada persona tiene un seguro médico privado hoy y si lo han tenido en el pasado.

4a. Seguro médico actual: ¿Tiene alguna de las personas en nombre de las cuales está solicitando cobertura tiene otro seguro médico hoy?

- Sí (Si sí, por favor díganos todo lo que pueda sobre el seguro en la casilla de abajo).*
- No (Si no, responda a la pregunta 4b).

Compañía de seguro/aseguradora	Indique quién esta cubierto: Nombre	Apellido
¿Quién es el titular de la póliza?	Nombre	Apellido
Número de póliza	Nombre	Apellido
Número de grupo/nombre	Nombre	Apellido
¿Qué está cubierto?	<input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Médico/ambulatorio <input type="checkbox"/> Medicamentos (bajo receta) <input type="checkbox"/> Cuidado de la vista <input type="checkbox"/> Hospital/hogar de ancianos <input type="checkbox"/> Parte A de Medicare <input type="checkbox"/> Parte B de Medicare <input type="checkbox"/> Parte D de Medicare <input type="checkbox"/> Asistencia médica Otro _____	
¿Cuándo comenzó este seguro? (mm/dd/aaaa)	¿Cuándo terminará este seguro? (mm/dd/aaaa) (Deje en blanco si el seguro no va a terminar.)	
¿Será discontinuado este seguro médico debido a que el titular de la póliza perdió su empleo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Si la respuesta es sí, ¿quién perdió su cobertura?		

4b. Seguro de vida anterior: ¿Alguna de las personas para las cuales está solicitando cobertura ha tenido otra cobertura en los últimos seis meses previos a la fecha de esta solicitud?

- Sí (Si la respuesta es sí, por favor indíquenos todo lo que puede sobre el seguro en la casilla de abajo).*
- No (Si la respuesta es no, responda a la pregunta 4c.)

Compañía de seguro/aseguradora	Indique quién esta cubierto: Nombre	Apellido
¿Quién es el titular de la póliza?	Nombre	Apellido
Número de póliza	Nombre	Apellido
Número de grupo/nombre	Nombre	Apellido
¿Qué está cubierto?	<input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Médico/ambulatorio <input type="checkbox"/> Medicamentos (bajo receta) <input type="checkbox"/> Cuidado de la vista <input type="checkbox"/> Hospital/hogar de ancianos <input type="checkbox"/> Parte A de Medicare <input type="checkbox"/> Parte B de Medicare <input type="checkbox"/> Parte D de Medicare <input type="checkbox"/> Asistencia médica Otro _____	
¿Cuándo comenzó este seguro? (mm/dd/aaaa)	¿Cuándo terminó o terminará este seguro? (mm/dd/aaaa) (Deje en blanco si el seguro no va a terminar.)	
¿Fue discontinuado este seguro médico debido a que el titular de la póliza perdió su empleo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Si la respuesta es sí, ¿quién perdió su cobertura?		

4c. Condición preexistente: ¿Se le ha denegado cobertura de seguro médico privada parcial o completa a algún familiar debido a una condición preexistente (como asma, diabetes o lesiones pasadas)? Esto no afectará la elegibilidad para CHIP o Asistencia Médica.

- Sí No

Si sí: Indique cada persona a la que se le ha denegado cobertura debido a una condición preexistente e indique la condición.*

* Si necesita más espacio, adjunte una hoja de papel separado.

4 Seguro médico (continuación)

4d. Seguro médico de su empleador: Asistencia Médica a veces puede comprar un seguro médico para usted o su hijo de su empleador. Por favor complete esta sección para ayudarnos a decidir si esto es posible (por favor marque sí o no).

¿Puede obtener un seguro médico usted mismo o a través de su empleo? Sí No

¿Puede obtener seguro médico para sus hijos a través de su empleo? Sí No

En los últimos 30 días, ¿alguno de sus familiares ha perdido un trabajo que ofrecía seguro médico? Sí No

5 Información especial de elegibilidad

Si la persona en nombre de la cual está solicitando el programa tiene una incapacidad o necesidad de atención médica especial, se puede aplicar un límite de ingresos más alto cuando su familia solicita la Asistencia Médica. Hay servicios adicionales disponibles. Por favor ayúdenos a determinar si la persona en nombre de la cual está solicitando seguro tiene derecho a estos programas.

Embarazo	¿Está usted o alguien que vive con usted embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es así, indique quién.	
	Nombre:	Fecha de parto:
	Nombre:	Fecha de parto:
	Nombre:	Fecha de parto:
Incapacidad	¿Alguna de las personas para las cuales está solicitando cobertura tiene una incapacidad permanente, condición crónica o necesidad continua de cuidado médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es así, indique quién y cuáles son sus necesidades.	
	Nombre:	¿Ha solicitado esta persona beneficios de incapacidad? (Incapacidad de seguro social, ingreso de seguro suplementario, compensación para trabajadores, seguro privado de incapacidad o asistencia especial con las cuentas médicas)
	¿Cuál es la incapacidad o condición?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Fecha en que la condición/incapacidad fue diagnosticada:	
	Nombre:	¿Ha solicitado esta persona beneficios de incapacidad? (Incapacidad de seguro social, ingreso de seguro suplementario, compensación para trabajadores, seguro privado de incapacidad o asistencia especial con las cuentas médicas)
	¿Cuál es la incapacidad o condición?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Fecha en que la condición/incapacidad fue diagnosticada:	
	Nombre:	¿Ha solicitado esta persona beneficios de incapacidad? (Incapacidad de seguro social, ingreso de seguro suplementario, compensación para trabajadores, seguro privado de incapacidad o asistencia especial con las cuentas médicas)
	¿Cuál es la incapacidad o condición?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Fecha en que la condición/incapacidad fue diagnosticada:	

6 Información opcional

Ninguna parte de esta información afectará su solicitud de cobertura médica.

Ayuda con el sustento de menores y seguro médico. Si usted tiene derecho a recibir los beneficios de Asistencia Médica, probablemente pueda recibir ayuda con los pagos para el sustento de menores y con el seguro médico para su hijo si uno de sus padres no vive con usted. Por favor complete la sección de abajo. Su hijo aún puede recibir atención médica si no completa esta sección.

Nombre de padre ausente: Marque aquí si falleció

Dirección del padre ausente:

Ciudad: Estado: Código postal:

Fecha de nacimiento: Número de Seguro Social:

¿De qué hijo(s) es/era responsable el padre?

6 Información opcional *(continuación)*

Nombre de padre ausente:	<input type="checkbox"/> Marque aquí si falleció	
Dirección del padre ausente:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Fecha de nacimiento:	Número de Seguro Social:	
¿De qué hijo(s) es/era responsable el padre?		

Información general Por favor ayúdenos a ayudar a otras familias respondiendo a las siguientes preguntas.

¿Dónde se enteró del programa CHIP y Asistencia Médica? (Puede marcar más de una opción.)

- | | |
|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oficina de Asistencia del Condado | <input type="checkbox"/> Una organización de la comunidad local |
| <input type="checkbox"/> Escuela del niño | <input type="checkbox"/> CHIP (Departamento de Seguro de PA) |
| <input type="checkbox"/> Consultorio médico | <input type="checkbox"/> Familiar |
| <input type="checkbox"/> Línea de ayuda 1-800-986-KIDS | <input type="checkbox"/> Hospital |
| <input type="checkbox"/> Amigo o vecino | <input type="checkbox"/> Empleo |
| <input type="checkbox"/> TV | <input type="checkbox"/> Radio |
| <input type="checkbox"/> Sitio de Internet de CHIP | <input type="checkbox"/> Farmacia |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ | |

¿Tuvieron sus hijos seguro médico en los últimos 6 meses? Sí No

Si es así, por favor díganos si perdieron su seguro médico porque:

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mi trabajo o el trabajo del otro padre dejaron de proporcionar seguro médico para mis hijos. | <input type="checkbox"/> El seguro médico era muy caro. |
| <input type="checkbox"/> Mi trabajo o el trabajo del otro padre aumentaron el costo del seguro médico de mis hijos. | <input type="checkbox"/> Mis hijos ya no pueden recibir seguro médico a través de una orden de sustento de menores. |
| | <input type="checkbox"/> Otra razón: _____ |

Yo o el otro padre ya no tenemos trabajo.

Médico de familia (PCP) o información sobre la práctica: Por favor indique el médico o proveedor que usa cada persona de la solicitud. Si desea comprobar si su médico participa, llame a la compañía de seguros con la que desea inscribirse.

¿Todos los hijos tienen el mismo médico de familia? Sí No Si no, indique el médico de cada hijo.

Nombre(s)	¿Paciente actual?	Médico/Nombre de la práctica	Médico/Dirección de la práctica	Médico/Número de teléfono de la práctica
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

Por favor firme y ponga la fecha en la próxima página para que su solicitud sea procesada.

7 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.
- Designe a un representante personal. Usted puede seleccionar 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 se vaya del programa, recibirá un certificado de cobertura comprobable para verificar la cobertura médica, si es elegible.
- Notificación escrita. Usted puede recibir una notificación escrita que explique su elegibilidad.
- Apelación. Usted puede solicitar una revisión imparcial si no está de acuerdo con cualquier decisión sobre esta solicitud, siempre y cuando lo haga en el plazo de 30 días de la decisión.

Usted tiene la responsabilidad de:

- Leer y entender completamente esta solicitud.
- Proporcionar información cierta, 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, que puede incluir entrevistas y la revisión de su historia médica.
- Tener en cuenta que cierta información puede estar sujeta a verificación con los empleadores, fuentes financieras y otros terceros.
- Proporcionar prueba de identificación y ciudadanía de los EE.UU si la información no es obtenida a través de este proceso de solicitud.
- Proporcionar prueba de condición migratoria legal mediante la presentación de documentación emitida por el Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los EE.UU. si solicita cobertura para alguien que no es ciudadano de los EE.UU.
- Informe de todos los cambios sobre su hogar, incluyendo ingresos, dirección y número de teléfono apenas ocurran.

Asistencia Médica:

- Entiendo que la información de este formulario se mantendrá confidencial.
- Entiendo que debo declarar todos los cambios de mi hogar o situación financiera a la Oficina de Asistencia del Condado en el plazo de una semana.
- Entiendo que recibiré una notificación escrita que explica los beneficios.
- Entiendo que puedo solicitar una vista si no estoy de acuerdo con la decisión tomada en base a esta solicitud.
- Entiendo que mi situación está sujeta a la verificación de mis empleadores, fuentes financieras y otros terceros.
- Entiendo que los solicitantes de Asistencia médica deben proporcionar su número de Seguro Social. Este número puede usarse para verificar la información de esta solicitud.
- Entiendo que no es necesario proporcionar el número de Seguro Social de personas que no están solicitando Asistencia Médica. Si proporciona su número de Seguro Social, éste podrá utilizarse para verificar la información de la solicitud.
- Entiendo que tengo derecho a obtener un certificado de cobertura comprobable para verificar mi cobertura médica. La ley federal limita la denegación o limitación de cobertura médica debido a una condición preexistente. Si me inscribo en un plan médico de grupo que tiene una cláusula relativa a condiciones preexistentes, puedo obtener crédito por el período en que recibí Asistencia Médica.
- Entiendo que si alguna o todas las personas que solicitan cobertura no califican para recibir Asistencia Médica, pueden ser elegibles para CHIP. Si este es el caso, permitiré que el Departamento de Bienestar Público proporcione mi nombre e información que aparecen en la solicitud al Departamento de Seguro o a los contratistas de CHIP. Entiendo mis derechos y responsabilidades bajo CHIP.

Yo certifico que, a mi mejor conocimiento, entiendo mis derechos y responsabilidades y que la información incluida en esta solicitud es completa y verdadera bajo pena de perjurio. Además certifico que la proporción de información falsa o incompleta en esta solicitud constituye fraude de seguros.

Entiendo que todas las personas que solicitan cobertura recibirán acceso a la cobertura con el programa para el que son elegibles, si se determina que son elegibles para Asistencia Médica o CHIP.

Permitiré que el Departamento de Seguros de Pennsylvania proporcione cualquier información proporcionada en esta solicitud al Departamento de Bienestar Público si cualquiera de los solicitantes es elegible para Asistencia Médica.

Autorizo la divulgación de mi información personal, financiera y médica con el fin de determinar la elegibilidad y revisar los programas CHIP, y de Asistencia Médica.

Certifico que las personas para las cuales estoy solicitando cobertura son ciudadanos de los EE.UU. o están legalmente en el país. (Entiendo que esta certificación no aplica a cualquier extranjero que solicite sólo los beneficios de Atención médica de emergencia de Asistencia Médica.)

Autorizo la divulgación de información personal, financiera y médica para fines de determinar la elegibilidad y para la revisión de los programas solicitados.

Firma del solicitante o persona que esta actuando en nombre del solicitante(s):

X _____ Fecha: _____

¡DEBE FIRMAR Y PONER FECHA A LA SOLICITUD, DE LO CONTRARIO, NO SERÁ PROCESADA!

Cuál es el siguiente paso

Después de recibir su solicitud, haremos una revisión de elegibilidad y lo contactaremos en el plazo 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 tiene preguntas o necesita ayuda para llenar esta solicitud, por favor llámenos al 1-800-986-KIDS (CHIP).

Si su hijo es elegible para CHIP:

- Después de verificar su ingreso y demás información, le notificaremos de la fecha de inscripción de su hijo.
- Si su hijo es elegible para CHIP a *bajo costo* o CHIP a *costo completo*, usted recibirá una factura que debe pagar antes de que inicie la cobertura de CHIP.
- Recibirá la tarjeta de identificación de su hijo aproximadamente 10 días después de que sea elegible.
- Puede comenzar a usar la cobertura CHIP de su hijo en la “fecha de vigencia” indicada en la carta de inscripción.

Si su hijo no es elegible para CHIP:

- Le notificaremos por escrito la razón por la que su hijo no es elegible.
- Si su hijo parece ser elegible para 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 su elegibilidad. Este es el proceso de renovación. Cada año, tres meses antes de la fecha de la renovación de su familia, se enviarán cartas solicitando la verificación de ingresos y otra información des continuada familiar. Si no solicita la información necesaria, la cobertura de CHIP de su hijo será descontinuada.

Este plan de atención médica administrada posiblemente no cubra todos sus gastos médicos. Lea todo el material detenidamente para determinar qué servicios médicos están cubiertos.

Compañías que ofrecen CHIP, enumerados por condado:

ADAMS Aetna Capital BlueCross Geisinger Health Plan Highmark Blue Shield UnitedHealthcare Community Plan	CENTRE Capital BlueCross Geisinger Health Plan Highmark Blue Shield Highmark BC/BS	FRANKLIN Aetna Capital BlueCross Highmark Blue Shield UnitedHealthcare Community Plan	LYCOMING First Priority Health (BCNEPA) Geisinger Health Plan	SNYDER Capital BlueCross Geisinger Health Plan Highmark Blue Shield
ALLEGHENY Aetna Highmark BC/BS UnitedHealthcare Community Plan UPMC Health Plan	CHESTER Aetna UnitedHealthcare Community Plan Keystone Health Plan East	FULTON Aetna Capital BlueCross Highmark Blue Shield	McKEAN Highmark BC/BS UPMC Health Plan	SOMERSET Aetna Geisinger Health Plan Highmark BC/BS UnitedHealthcare Community Plan UPMC Health Plan
ARMSTRONG Aetna Highmark BC/BS UnitedHealthcare Community Plan UPMC Health Plan	CLARION Aetna Highmark BC/BS UnitedHealthcare Community Plan UPMC Health Plan	GREENE Aetna Highmark BC/BS UnitedHealthcare Community Plan UPMC Health Plan	MERCER Aetna Highmark BC/BS UnitedHealthcare Community Plan UPMC Health Plan	SULLIVAN First Priority Health (BCNEPA) Geisinger Health Plan UnitedHealthcare Community Plan
BEAVER Aetna Highmark BC/BS UnitedHealthcare Community Plan UPMC Health Plan	CLEARFIELD Geisinger Health Plan Highmark BC/BS UPMC Health Plan	HUNTINGDON Geisinger Health Plan Highmark BC/BS UPMC Health Plan	MIFFLIN Capital BlueCross Geisinger Health Plan Highmark Blue Shield	SUSQUEHANNA First Priority Health (BCNEPA) Geisinger Health Plan UnitedHealthcare Community Plan
BEDFORD Highmark BC/BS UnitedHealthcare Community Plan UPMC Health Plan	CLINTON First Priority Health (BCNEPA) Geisinger Health Plan	INDIANA Highmark BC/BS UnitedHealthcare Community Plan UPMC Health Plan	MONROE Aetna First Priority Health (BCNEPA) Geisinger Health Plan UnitedHealthcare Community Plan	TIOGA First Priority Health (BCNEPA) Geisinger Health Plan
BERKS Aetna Capital BlueCross Geisinger Health Plan Highmark Blue Shield UnitedHealthcare Community Plan UPMC Health Plan	COLUMBIA Capital BlueCross Geisinger Health Plan Highmark Blue Shield UnitedHealthcare Community Plan	JEFFERSON Aetna Geisinger Health Plan Highmark BC/BS UnitedHealthcare Community Plan UPMC Health Plan	MONTGOMERY Aetna UnitedHealthcare Community Plan Keystone Health Plan East KidzPartners	UNION Capital BlueCross Geisinger Health Plan Highmark Blue Shield
BLAIR Aetna Geisinger Health Plan Highmark BC/BS UnitedHealthcare Community Plan UPMC Health Plan	CRAWFORD Highmark BC/BS UnitedHealthcare Community Plan UPMC Health Plan	JUNIATA Capital BlueCross Geisinger Health Plan Highmark Blue Shield	MONTOUR Capital BlueCross Geisinger Health Plan Highmark Blue Shield UnitedHealthcare Community Plan	VENANGO Highmark BC/BS UnitedHealthcare Community Plan UPMC Health Plan
BRADFORD First Priority Health (BCNEPA) Geisinger Health Plan UnitedHealthcare Community Plan	CUMBERLAND Aetna Capital BlueCross Geisinger Health Plan Highmark Blue Shield UnitedHealthcare Community Plan	LACKAWANNA First Priority Health (BCNEPA) Geisinger Health Plan UnitedHealthcare Community Plan	NORTHAMPTON Aetna Capital BlueCross Geisinger Health Plan Highmark Blue Shield UnitedHealthcare Community Plan UPMC Health Plan	WARREN Highmark BC/BS UnitedHealthcare Community Plan UPMC Health Plan
BUCKS Aetna UnitedHealthcare Community Plan Keystone Health Plan East KidzPartners	DAUPHIN Aetna Capital BlueCross Geisinger Health Plan Highmark Blue Shield UnitedHealthcare Community Plan	LANCASTER Aetna Capital BlueCross Geisinger Health Plan Highmark Blue Shield UnitedHealthcare Community Plan UPMC Health Plan	NORTHUMBERLAND Capital BlueCross Geisinger Health Plan Highmark Blue Shield	WASHINGTON Aetna Highmark BC/BS UnitedHealthcare Community Plan UPMC Health Plan
BUTLER Aetna Highmark BC/BS UnitedHealthcare Community Plan UPMC Health Plan	DELAWARE Aetna UnitedHealthcare Community Plan Keystone Health Plan East KidzPartners	LAWRENCE Aetna Highmark BC/BS UnitedHealthcare Community Plan UPMC Health Plan	PERRY Aetna Capital BlueCross Geisinger Health Plan Highmark Blue Shield UnitedHealthcare Community Plan	WAYNE First Priority Health (BCNEPA) Geisinger Health Plan
CAMBRIA Aetna Geisinger Health Plan Highmark BC/BS UnitedHealthcare Community Plan UPMC Health Plan	ELK Highmark BC/BS UPMC Health Plan	LEBANON Aetna Capital BlueCross Geisinger Health Plan Highmark Blue Shield UnitedHealthcare Community Plan	PHILADELPHIA Aetna UnitedHealthcare Community Plan Keystone Health Plan East KidzPartners	WESTMORELAND Aetna Highmark BC/BS UnitedHealthcare Community Plan UPMC Health Plan
CAMERON Geisinger Health Plan Highmark BC/BS UPMC Health Plan	ERIE Aetna Highmark BC/BS UnitedHealthcare Community Plan UPMC Health Plan	LEHIGH Aetna Capital BlueCross Geisinger Health Plan Highmark Blue Shield UnitedHealthcare Community Plan UPMC Health Plan	PIKE First Priority Health (BCNEPA) Geisinger Health Plan UnitedHealthcare Community Plan	WYOMING First Priority Health (BCNEPA) Geisinger Health Plan UnitedHealthcare Community Plan
CARBON Aetna First Priority Health (BCNEPA) Geisinger Health Plan UnitedHealthcare Community Plan	FAYETTE Aetna Highmark BC/BS UnitedHealthcare Community Plan UPMC Health Plan	LUZERNE First Priority Health (BCNEPA) Geisinger Health Plan UnitedHealthcare Community Plan	POTTER Geisinger Health Plan Highmark BC/BS UPMC Health Plan	YORK Aetna Capital BlueCross Geisinger Health Plan Highmark Blue Shield UnitedHealthcare Community Plan
	FOREST Highmark BC/BS UnitedHealthcare Community Plan UPMC Health Plan		SCHUYLKILL Aetna Capital BlueCross Geisinger Health Plan Highmark Blue Shield UnitedHealthcare Community Plan	

Por favor vea el lado reverso para obtener información de contacto e instrucciones de envío por correo.

Con CHIP, usted tiene la opción de compañías que administran los beneficios médicos para su(s) hijo(s).

A continuación se presentan las compañías de seguro médico que ofrecen CHIP. De acuerdo a los condados enumerados en la página 11, por favor seleccione la compañía de seguro médico de su condado del cual desearía recibir su cobertura de CHIP y presente su solicitud a dicha compañía. Las direcciones y números de teléfono están indicadas para su conveniencia. Asegúrese de anotar el número de teléfono de la compañía que selecciona para que pueda llamarles con cualquier pregunta.

Puede encontrar más de una compañía de seguro de CHIP en su condado. No podemos ayudarle a decidir cuál compañía seleccionar, pero podemos ayudarle a tomar una decisión si usted está teniendo problemas decidiendo. Si su hijo tiene actualmente un médico, comuníquese con la oficina de su médico y averigüe si participa con las compañías de CHIP enumerados a continuación para que usted pueda continuar visitando al mismo médico después de seleccionar la compañía de seguro de CHIP. También puede pedirle ayuda a personas de confianza por un médico que ellos puedan recomendar.

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 (CENTRAL PA)

Attn: CHIP
P.O. Box CARING
Pittsburgh, PA 15230-9779
1-800-543-7105
fax: 1-866-308-1253

KEYSTONE HEALTH PLAN WEST

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

XEROX UNIPRISE PROJECT

ATTN: UnitedHealthcare Community Plan of PA
3315 Central Ave.
Hot Springs, AR 71913
1-800-414-9025
fax: 866-888-1129