

CHIP

CHIP ofrece cobertura a niños desde el nacimiento hasta los 18 años que no reúnen los requisitos de Medicaid y no pueden pagar por un seguro médico privado. Para obtener el CHIP, usted debe cumplir con ciertos requisitos sobre bienes y tener ingresos por debajo de los límites fijados para el tamaño de su hogar. La cuota de inscripción a CHIP y los copagos por consultas médicas, medicamentos recetados y otros servicios se calculan de acuerdo con los ingresos de su familia.

Medicaid para niños

Medicaid ofrece seguro médico a niños desde el nacimiento hasta los 18 años de edad de familias con bajos ingresos. Para obtener el Medicaid, usted debe cumplir con ciertos requisitos sobre bienes y tener ingresos por debajo de los límites de acuerdo con las edades de sus hijos. Si su hijo es aprobado por Medicaid, usted no tendrá que pagar cuota de inscripción ni copagos por consultas médicas, medicamentos recetados ni otros servicios.

CHIP Perinatal

CHIP Perinatal ofrece seguro médico a los niños por nacer de mujeres embarazadas que no tienen derecho a participar en Medicaid ni CHIP tradicional por su situación de ingresos o de inmigrante.

Maneras de solicitar

Si desea solicitar CHIP, Medicaid para niños o CHIP Perinatal **SOLAMENTE**, usted puede:

- Llamar gratis al 1-800-647-6558
- Llenar la solicitud incluida y enviarla por correo con los documentos requeridos a:
HHSC
P.O. Box 14200
Midland, TX 79711-4200
- Llenar la solicitud incluida y enviarla al número de fax gratuito 1-877-542-5951, junto con los documentos requeridos.

Si quiere solicitar estos programas y otros beneficios, como **estampillas de comida, asistencia económica o Medicaid para adultos**, usted puede:

- Llamar al 2-1-1
- Visitar www.yourtexasbenefits.com
- Visitar la oficina local de beneficios de HHSC

Documentos requeridos

Al revisar su solicitud, tendremos que ver pruebas de:

Ingresos

Necesitamos pruebas de la cantidad de dinero que gana cada persona de su hogar. Las pruebas deben mostrar los ingresos actuales de cada persona. Las pruebas pueden ser copias de uno o más de los siguiente:

- Talón de cheque de pago emitido en los últimos 60 días que muestre la cantidad pagada antes de los impuestos o deducciones (o sea, salario bruto)
- Declaración de impuestos del IRS más reciente, incluyendo el Cuadro C (si llenó este formulario)
- Prueba de trabajo por su cuenta
- Carta de un empleador
- Recibo de asistencia en efectivo
- Estado de cuenta del Seguro Social más reciente
- Talón de cheque o recibo de manutención infantil

Gastos

Necesitamos pruebas de cualquier gasto que usted anote en su solicitud. Las pruebas pueden ser recibos de gastos de cuidado infantil, gastos de cuidado a un adulto discapacitado, pagos de manutención infantil o de pensión alimenticia.

Ciudadanía de EE.UU. o situación de inmigrante

Necesitamos pruebas de ciudadanía de EE.UU. o de la situación de inmigrante para cada persona que solicita CHIP, Medicaid para niños o CHIP Perinatal. Las pruebas pueden ser:

- Tarjeta de residente permanente (I-551), copia del frente y el reverso o
- Formulario de llegada o salida (I-94) de la Oficina de servicios de ciudadanía e inmigración (BCIS) de EE.UU. o
- Acta de nacimiento de EE.UU. o
- Pasaporte de EE.UU.

Números de Seguro Social

Necesitamos los números de Seguro Social de cada persona que solicita cobertura.*

Si usted no tiene número de Seguro Social o no es ciudadana, es posible que usted aún así sea candidata para el

CHIP Perinatal. Todas las declaraciones que presente como pruebas de su situación deben estar firmadas y fechadas con el nombre, dirección y teléfono de la persona que proporcione la declaración. Si envía el original de algún documento y nos parece que usted lo necesita para sus archivos personales, haremos una copia y se lo devolveremos.

* Se le pedirá que proporcione los números de Seguro Social de todas las personas (usted incluido) para las cuales desea asistencia. Si alguna de estas personas no tiene número de Seguro Social, podemos ayudarlo a que lo solicite. Como requisito para los beneficios de Medicaid, es necesario tener un número de Seguro Social o prueba de solicitud para un número de Seguro Social. Por lo tanto, es posible que la persona que se niegue a hacer la solicitud al Seguro Social o proporcionarnos su número de Seguro Social pueda no tener derecho a los beneficios. La autoridad para este requisito se encuentra en Beneficios de asistencia médica, según 42 C.F.R. 435.910. No compartiremos su número de Seguro Social con la Oficina de servicios de ciudadanía e inmigración. Usted no tendrá que proporcionar los números de Seguro Social de ningún miembro de su familia que no reúne los requisitos por su situación de inmigrante y que no solicita beneficios. Los números de Seguro Social se usan para verificar cumplimiento con los requisitos, para hacer comparaciones por computadora con otras agencias (como Texas Workforce Commission (Comisión de fuerza de trabajo de Texas), Social Security Administration (Administración de Seguro Social), IRS (Servicio de impuestos internos), agencias de informes de crédito) y otras fuentes de datos y para recuperar beneficios a los que usted no tenía derecho a recibir. Podríamos compartir los números de Seguro Social con compañías telefónicas o electrónicas para ayudarles a determinar si usted reúne los requisitos para reducciones en sus facturas o con otros para ayudarlo a recibir beneficios de acuerdo con sus necesidades.

Instrucciones para llenar esta solicitud

Esta solicitud es para el Programa de seguro médico para niños (CHIP), Medicaid para niños y CHIP Perinatal. Primero debemos determinar si cada uno de los solicitantes reúne los requisitos para Medicaid, antes de considerarlos para CHIP. Las leyes federales no permiten que la persona que reúna los requisitos para Medicaid se ingrese a CHIP o CHIP Perinatal.

Cómo solicitar:

- Llene, firme y ponga la fecha en la solicitud
- Incluya todas sus pruebas de ingresos, gastos y comprobantes de ciudadanía o de la situación de residencia permanente legal de todos los solicitantes.
- Proporcione los números de Seguro Social de cada uno de los solicitantes.
- Envíe por correo la solicitud incluida y las demás pruebas en el sobre con nuestra dirección (no necesita estampilla postal)

¿Quién puede solicitar?

- Cualquier adulto de 18 años o mayor que vive con los niños más de la mitad del tiempo y que es responsable por su cuidado.
- Cualquier niño menor de 19 años que vive por cuenta propia
- Cualquier mujer embarazada de su familia.

1 Llene la solicitud con tinta negra o azul. Por favor proporcione la información solicitada. No se necesita su número de Seguro Social para procesar la solicitud de sus hijos para la cobertura de atención médica para niños. Todos los solicitantes deben vivir en Texas.

2 Por favor llene esta información para cualquier mujer embarazada que solicita beneficios de seguro médico.

Renglón (b)

Anote el nombre y la fecha esperada del parto de cualquier mujer embarazada de su hogar, incluyendo niñas, por quienes usted solicita. Díganos el apellido de soltera de la madre de la mujer embarazada de su familia, junto con toda la demás información solicitada.

Renglón (c)

Necesitaremos pruebas de ciudadanía de EE.UU. o de la situación de inmigrante de cada persona que solicita beneficios. Los residentes permanentes legales podrían reunir los requisitos para estos programas de seguro médico. Envíe una copia del frente y el reverso de los siguientes documentos del solicitante:

- Tarjeta de residente permanente (I-551) o
- Formulario de llegada o salida (I-94) o
- Acta de nacimiento de EE.UU. o
- Pasaporte de EE.UU.

No necesitamos información sobre la ciudadanía ni de la situación de inmigrante de las personas que no solicitan beneficios. No compartiremos ninguna de la información que usted nos proporcione con la Oficina de servicios de ciudadanía e inmigración (BCIS) y BCIS no puede usar esta solicitud ni la participación de ninguna persona en estos programas para negarle entrada a los EE.UU., para dañar su estado de residente permanente legal ni para deportarlo. **Si usted no es ciudadano, aún así podría reunir los requisitos de CHIP Perinatal.**

Renglón (d)

Marque la casilla "Sí" si la mujer embarazada de su familia actualmente está asegurada por algún seguro médico privado y escriba la fecha cuando termina esta cobertura. Si no va a terminar la cobertura del seguro médico privado, escriba "N/A". Marque la casilla "No" si la mujer embarazada de su familia no está asegurada por algún seguro médico privado.

Renglón (e)

Anote el nombre y dirección del padre del niño por nacer.

3 Si **SOLAMENTE** está solicitando beneficios de CHIP Perinatal y no hay niños en su hogar **PASE** a la siguiente sección. Si no es así, por favor llene una columna para cada niño en su hogar **aunque no solicita cobertura médica para ese niño.**

Solamente puede solicitar para los niños que viven en su hogar. Si viven con usted más de cuatro niños, favor dé la información acerca de los niños adicionales en una hoja de papel por separado y envíela junto con esta solicitud. Si usted es menor de 19 años y no vive con sus padres, puede llenar esta sección con sus propios datos.

Renglón (c)

Por favor ponga una marca en la casilla "Solicita" de cada columna bajo el nombre del niño que necesita cobertura de atención médica. Si usted no necesita cobertura de atención médica para alguno de los niños anotados, por favor marque la casilla "No solicita" en la columna debajo del nombre del niño.

Renglón (d)

Por favor díganos el parentesco entre usted y cada uno de los niños que viven en la casa. Como ejemplos de respuestas puede escribir hija, hijo, nieto o sobrino. Si no tiene parentesco con el niño pero éste vive con usted, escriba "otro". Si solicita para usted mismo, escriba "yo mismo".

Renglón (g)

Necesitaremos pruebas de ciudadanía de EE.UU. o de la situación de inmigrante de cada niño que solicita CHIP o Medicaid para niños. Los niños que son residentes permanentes legales podrían reunir los requisitos para estos programas de seguro médico. Envíe una copia del frente y el reverso de los siguientes documentos del niño:

- Tarjeta de residente permanente (I-551) o
- Formulario de llegada o salida (I-94) o
- Acta de nacimiento de EE.UU. o
- Pasaporte de EE.UU.

No necesitamos información sobre la ciudadanía ni de la situación de inmigrante de las personas que no solicitan beneficios. No compartiremos ninguna de la información que usted nos proporcione con la Oficina de servicios de ciudadanía e inmigración (BCIS) y BCIS no puede usar esta solicitud ni la participación de sus hijos en Medicaid para niños o CHIP para negarle entrada a los EE.UU., para dañar su estado de residente permanente ni para deportarlo.

Renglón (h)

Debemos tener el número de Seguro Social de todos los niños que están solicitando la cobertura de atención médica. Si el niño no tiene número de Seguro Social, envíenos por correo prueba de su oficina local del Seguro Social, de que usted ha solicitado un número de Seguro Social para su hijo (copia del Formulario SSA 2853 ó SSA 5028). Si necesita ayuda para solicitar el número de Seguro Social para el niño, por favor llame al 1-800-772-1213. No daremos ni al Servicio de impuestos internos ni a BCIS su número de Seguro Social o ni el de su hijo.

Renglón (j)

Anote el apellido de soltera de la madre de cada niño. Esto nos ayudará a obtener pruebas de ciudadanía de EE.UU. si su hijo nació en Texas.

Renglón (o)

Esta pregunta es opcional y se usa con fines estadísticos y no afecta su derecho a solicitar los servicios.

4 Si **SOLAMENTE** está solicitando beneficios de CHIP Perinatal, **OMITA** la siguiente sección. Si no es así, por favor llene una columna por cada niño que viva con usted.

Reglón (a)

Marque la casilla "Sí" si el niño tiene cobertura médica en este momento por algún seguro médico privado. Por favor dé el nombre de la compañía aseguradora, el nombre del titular de la póliza y el número de grupo de la póliza. Si está por terminar el seguro médico, anote la fecha que terminara en el espacio indicado.

Marque la casilla "No" si el niño no está asegurado por algún seguro médico privado o si el niño tiene cobertura por compensación laboral, algún seguro de automóvil, de accidentes o deportivo o a través del programa de Niños con necesidades especiales de atención médica (CSHCN).

Si el niño no está asegurado por algún seguro médico privado, pero tuvo seguro médico durante los últimos 90 días anteriores, por favor marque la casilla que mejor indica por qué se cancelo el seguro y anote la fecha en que término el seguro.

Reglón (b)

Su respuesta a esta pregunta no afectará la capacidad de sus hijos para reunir los requisitos de Medicaid para niños o CHIP. Preguntamos esto porque si su hijo reúne los requisitos para Medicaid para niños, usted podría ser candidata para recibir ayuda financiera para pagar las cuotas del seguro médico privado del niño.

- 5** Las cuatro preguntas de esta sección son opcionales y no afectan su derecho a solicitar los servicios.
- 6** Por favor anote a todos los padres y padrastros **QUE VIVEN CON LOS NIÑOS**, incluso si ya los anotó en otra parte de esta solicitud. Si no es el padre o padrastro de los niños, no tiene que anotarse usted en esta sección.
- 7** Por favor anote en esta sección los ingresos brutos de todos los padres, padrastros y niños. El ingreso bruto es la cantidad pagada antes de los impuestos y deducciones. Si usted no es el padre o padrastro de alguno de los niños, no dé la información sobre sus ingresos. Incluya los ingresos recibidos de trabajos, Seguro Social (jubilación, sobreviviente y discapacidad), manutención infantil, pensión alimenticia y la Asistencia temporal para familias necesitadas (TANF). Usted debe enviar pruebas de cada fuente de ingresos. Esto puede incluir una copia del talón de un cheque de pago emitido en los últimos 60 días, que muestre la cantidad pagada antes de deducciones (salario bruto), su declaración de impuestos del IRS más reciente, incluyendo el Cuadro C (si llenó este formulario), prueba de trabajo por su cuenta, carta de un empleador, recibo de asistencia en efectivo, su estado de cuenta del Seguro Social más reciente, el talón de cheque o recibo de manutención infantil.
- 8** Por favor llene esta sección si alguno de los miembros de la familia que vive en el hogar paga:
- Gastos de cuidado infantil
 - Manutención infantil
 - Pensión alimenticia
 - Cuidado de un adulto discapacitado

Medicaid para niños puede reducir la cantidad de estos gastos de cuidado a dependientes, manutención infantil y pensión alimenticia para determinar si usted reúne los requisitos para Medicaid. Estos gastos no se restan al hacer la determinación para CHIP o CHIP Perinatal.

Debemos tener pruebas y aceptaremos copias de cheques cancelados o un estado de cuentas de la oficina del fiscal general si la manutención infantil se paga a través de su oficina.

Aceptaremos copias de los siguientes documentos como pruebas: Recibos de la guardería infantil, de la compañía que proporciona cuidado a discapacitados o los cheques cancelados.

- 9** Si **SOLAMENTE** está solicitando beneficios de CHIP Perinatal, **PASE** a la siguiente sección. Si no es así, deberá llenar esta sección. Por favor conteste lo siguiente sobre las propiedades del hogar si usted es el padre o padrastro de los niños. Si usted no es el padre o padrastro de los niños, por favor conteste lo siguiente, únicamente acerca de los bienes de los niños. Su casa

y otras propiedades de bienes raíces no cuentan como bienes.

Reglón (a)

De los padres y niños que viven en el hogar, por favor escriba la cantidad total de dinero disponible el último día del último mes en cuentas de cheques, ahorros y transferencias electrónicas de beneficios (cuenta TANF solamente); dinero en efectivo en la mano y fideicomisos accesibles. Escriba "\$0" si los miembros de la familia que viven en su hogar NO tienen dinero en cuentas bancarias, en efectivo a la mano o en algún otro lugar.

Reglón (b)

Para los padres y niños que viven en el hogar, por favor escriba la marca, modelo y año de cada vehículo que su familia haya registrado a su nombre o que esté pagando. Por favor escriba "NA" en el cuadro si su familia no tiene ningún vehículo registrado a su nombre y no está pagando ningún vehículo. No tiene que dar información acerca de vehículos en renta a largo plazo. Según los ingresos de su familia, posiblemente tengamos que comunicarnos con usted para pedirle más información acerca de sus vehículos.

- 10** Si alguno de los solicitantes reúne los requisitos para Medicaid y tiene facturas médicas sin pagar de los tres meses anteriores y encontramos que reúne los requisitos para Medicaid durante ese periodo, es posible que Medicaid pague esas facturas. Por favor marque la casilla "Sí" si los solicitantes tienen facturas médicas sin pagar de los tres meses anteriores. Por favor envíe copias de las facturas médicas sin pagar que muestren las fechas de servicio durante los últimos tres meses. Por favor envíe pruebas de cada fuente de ingresos de los últimos tres meses de todos los miembros del hogar. Si marca la casilla "Sí" y alguno de los solicitantes reúne los requisitos de Medicaid, nos comunicaremos con usted para pedirle más información.
- 11** Si desea que otra persona además de usted mismo y otro padre o padrastro anotado en la Sección 1 o 4 se comunique con nosotros como su representante, por favor dé su información. Usted debe nombrar una persona y no una agencia. Es importante entender que esta persona tendrá los mismos derechos que usted y que podrá cambiar cualquier parte de su solicitud, incluyendo sacar a sus hijos de Medicaid para niños o CHIP. Esta persona también tendrá derecho a cambiar el plan de seguro médico y el proveedor personal de sus hijos. Usted también da permiso a la Comisión de salud y servicios humanos de Texas y sus contratistas a compartir información con esta persona.
- 12** Por favor lea esta sección muy cuidadosamente. Al firmar esta solicitud, usted acepta los derechos y responsabilidades anotados.
- 13** Revise esta sección para asegurarse de incluir todas las pruebas necesarias de sus ingresos, gastos y comprobantes de ciudadanía o la situación de residente permanente legal de sus hijos. Si no incluye todas las pruebas necesarias con su solicitud, nos comunicaremos con usted para pedirle la información.
- 14** Por favor firme y escriba la fecha en la solicitud y envíela por correo en el sobre con nuestra dirección y estampillas pagadas o puede enviarla por fax al número gratuito 1-877-542-5951. Sin su firma, no podremos procesar su solicitud y no podremos ofrecerle cobertura de atención médica a los miembros de su familia.
- 15** Asegúrese de enviar su solicitud en el sobre incluido a:

HHSC

P.O. Box 14200

Midland, TX 79711-4200

o, al número de fax gratuito: 1-877-542-5951

4 Si **SOLAMENTE** está solicitando beneficios de CHIP Perinatal, **PASE** a la siguiente sección.

	Niño 1	Niño 2	Niño 3	Niño 4
a. ¿El niño tiene algún seguro médico además del CHIP y Medicaid?	<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
Si es "Sí" , por favor dé la siguiente información para cada niño asegurado				
Nombre de la compañía aseguradora:	_____	_____	_____	_____
Nombre del empleador:	_____	_____	_____	_____
Nombre del titular de la póliza:	_____	_____	_____	_____
Número de póliza:	_____	_____	_____	_____
Número de grupo:	_____	_____	_____	_____
Fecha de inicio de la póliza:	_____	_____	_____	_____
Teléfono:	_____	_____	_____	_____
Fecha en que termina la cobertura médica (Mes/Día/Año).	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____
Si es "NO" , pero el niño tuvo seguro médico en los últimos 90 días, marque la casilla que indica por qué el seguro terminó y la fecha en que terminó el seguro.	<input type="checkbox"/> El trabajo del padre terminó por desocupación o cierre del negocio <input type="checkbox"/> Pérdida de derechos a participar en Medicaid <input type="checkbox"/> Terminó la cobertura COBRA o ERS del padre <input type="checkbox"/> Pérdida de derechos a participar en CHIP de otro estado <input type="checkbox"/> Cambio en el estado civil del padre <input type="checkbox"/> Terminó la cobertura de seguro médica <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> El trabajo del padre terminó por desocupación o cierre del negocio <input type="checkbox"/> Pérdida de derechos a participar en Medicaid <input type="checkbox"/> Terminó la cobertura COBRA o ERS del padre <input type="checkbox"/> Pérdida de derechos a participar en CHIP de otro estado <input type="checkbox"/> Cambio en el estado civil del padre <input type="checkbox"/> Terminó la cobertura de seguro médica <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> El trabajo del padre terminó por desocupación o cierre del negocio <input type="checkbox"/> Pérdida de derechos a participar en Medicaid <input type="checkbox"/> Terminó la cobertura COBRA o ERS del padre <input type="checkbox"/> Pérdida de derechos a participar en CHIP de otro estado <input type="checkbox"/> Cambio en el estado civil del padre <input type="checkbox"/> Terminó la cobertura de seguro médica <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> El trabajo del padre terminó por desocupación o cierre del negocio <input type="checkbox"/> Pérdida de derechos a participar en Medicaid <input type="checkbox"/> Terminó la cobertura COBRA o ERS del padre <input type="checkbox"/> Pérdida de derechos a participar en CHIP de otro estado <input type="checkbox"/> Cambio en el estado civil del padre <input type="checkbox"/> Terminó la cobertura de seguro médica <input type="checkbox"/> Otro
Fecha en que terminó la cobertura médica (Mes/Día/Año).	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____
b. ¿Podría el niño obtener seguro médico privado a través del trabajo o el patrón del padre?	<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
c. Si usted ha pagado seguro médico privado en los últimos 90 días o lo paga actualmente para cualquiera de los niños por los que hace esta solicitud, anote la cantidad pagada mensualmente.			Cantidad total \$ _____/mensual	

5 Las siguientes cuatro preguntas son opcionales y no afectarán sus derechos a solicitar los servicios.

- ¿Alguna persona de su hogar es miembro de alguna tribu india reconocida por el gobierno federal? Sí No
Anote el nombre de la persona si la respuesta es "Sí": _____
- ¿Alguna persona de su hogar es un menor refugiado sin compañía? Sí No
Anote el nombre de la persona si la respuesta es "Sí": _____
- ¿Alguna persona de su hogar es un niño inscrito al programa de Niños con necesidades médicas especiales del Departamento estatal de servicios de salud de Texas? Sí No
Anote el nombre de la persona si la respuesta es "Sí": _____
- ¿Los niños viajan fuera de Texas con algún padre o miembro de la familia que sea trabajador agrícola o de temporada? Sí No

6 Anote los padres y padrastos **QUE VIVEN CON LOS NIÑOS**, incluyendo a los anotados previamente en esta solicitud.

Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Parentesco con el niño
			<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padrastro
			<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padrastro
			<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padrastro
			<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padrastro

7 INGRESOS DEL HOGAR Por favor anote los ingresos actuales de los padres, padrastros y niños que viven en su hogar. Incluya los ingresos de trabajos, Seguro Social (jubilación, sobreviviente y discapacidad), manutención infantil, pensión alimenticia y Asistencia temporal para familias necesitadas (TANF). Usted tendrá que enviar pruebas de cada fuente de ingresos. Las pruebas pueden incluir una copia de un talón de cheque de pago emitido en los últimos 60 días que muestre la cantidad antes de deducciones (salario bruto), su declaración de impuestos del IRS más reciente, incluyendo el Cuadro C (si llenó este formulario), prueba de trabajo por su cuenta, carta de un empleador, recibo de asistencia en efectivo, su estado de cuenta del Seguro Social más reciente, talón de cheque o recibo de manutención infantil. Si alguna de las personas que usted enumera no tiene ningún ingreso, escriba \$0.

Nombre de la persona que recibe dinero	Nombre del empleador O fuentes de los ingresos	¿Cada cuándo?	¿Cuánto?
Primer nombre Inicial del segundo nombre Apellido		<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual	\$ _____
		<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual	\$ _____
		<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual	\$ _____
		<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual	\$ _____
		<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual	\$ _____

8 Por favor anote los gastos de su hogar por los siguientes artículos:

- **Gastos de cuidado infantil** que paga alguna persona de su hogar para poder trabajar, buscar trabajo o recibir capacitación.
- **Pagos de manutención infantil** ordenada por un tribunal que paga alguna persona de su hogar por algún niño que viva fuera del hogar.
- **Pagos de pensión alimenticia** que paga alguna persona de su hogar
- **Gastos de cuidado a un adulto discapacitado** que paga alguna persona de su hogar para poder trabajar, buscar trabajo o recibir capacitación.

Tipo de gasto (Cuidado infantil, manutención infantil, pensión alimenticia, cuidado a dependientes)	¿Quién paga por este gasto?	Nombre de la persona que recibe el cuidado o manutención	¿Qué tan seguido se paga?*	¿Cuánto se paga?	Nombre, dirección y teléfono de la persona a quien le paga

* *Semanal, cada dos semanas, dos veces al mes, mensual*

9 Si **SOLAMENTE** está solicitando beneficios de CHIP Perinatal, **PASE** a la siguiente sección. Si no es así, responda a las siguientes preguntas de acuerdo con las **PROPIEDADES DE LOS PADRES DE LOS NIÑOS QUE SOLICITAN Y QUE VIVEN EN EL MISMO HOGAR**. Si no hay padres en el hogar, responda a las preguntas de acuerdo con **LAS PROPIEDADES DE LOS NIÑOS SOLAMENTE**. Según los ingresos de su familia, posiblemente tengamos que pedirle más información acerca de los vehículos de su propiedad o que esté pagando.

a. Anote la cantidad de dinero que tiene en cuentas bancarias, en efectivo en la mano o en cualquier otro lugar. Escriba "\$0" si usted **NO** tiene dinero en cuentas bancarias, en efectivo en la mano o en cualquier otro lugar. Si usted no anota alguna cantidad es posible que se retrase su solicitud.

Cantidad total \$ _____

b. Anote la marca, modelo y año de cada vehículo propiedad de su familia o que esté pagando. Escriba "NA" en el cuadro de más abajo si su familia no es dueña ni está pagando un vehículo. Si su vehículo no funciona, **NO** lo anote más abajo. **NO** anote vehículos en renta a largo plazo.

MARCA	MODELO	AÑO
Nissan	Sentra	1995

10 OTRA INFORMACIÓN

Si los solicitantes tienen facturas médicas sin pagar de los últimos tres meses, Medicaid **PODRÍA** pagar estas facturas. Por favor envíe copias de estas facturas médicas sin pagar, que muestren las fechas de servicio dentro de los últimos tres meses. Por favor envíe pruebas de cada fuente de ingresos de los últimos tres meses de todos los miembros del hogar.

¿Alguna de las personas que está solicitando tiene facturas médicas sin pagar de los últimos 3 meses? Sí No

Nota: Si usted quiere que la oficina del Fiscal general lo ayude a obtener manutención infantil y respaldo médico o ayuda para establecer la paternidad de su niño, llame al 1-800-252-8014. También puede leer y pedir servicios del Programa de manutención infantil en Internet, en <http://www.oag.state.tx.us/child/mainchil.htm>.

11 SECCIÓN VOLUNTARIA: REPRESENTANTE AUTORIZADO

Si quiere que otra persona, además de usted mismo y cualquier otro padre o padrastro anotado en la Sección 1 o 4, se comunique con nosotros como su representante, escriba más abajo su nombre, dirección y teléfono. No puede nombrar a ninguna agencia como su representante autorizado.

Esta persona tendrá los mismos derechos que usted y el otro padre o padrastro anotado en esta solicitud para cambiar cualquier parte de la cuenta de sus hijos, incluyendo agregar o sacar a sus hijos de su cobertura del programa de atención médica y para pedir una apelación. Usted también da permiso para que HHSC y sus contratistas compartan información con esta persona.

Nombre _____
 Primer nombre _____ Inicial del segundo nombre _____ Apellido _____
 Dirección de su casa _____ N° de Apt. o Lote _____
 Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Condado _____
 N° de teléfono de su casa _____ Otro teléfono _____

12 SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

Al firmar más abajo, acepto lo siguiente:

Tengo derecho a:

- Ser tratado justa e igualmente sin importar mi raza, color, religión, origen nacional, sexo, edad, creencias políticas o discapacidad, de acuerdo con las leyes estatales y federales. Si me parece que no he sido tratado justa e igualmente, puedo llamar a la Oficina de derechos civiles de la Comisión de salud y servicios humanos (HHSC)
- Pedir la información que el estado de Texas obtenga acerca de mí y mis hijos por medio de esta solicitud y revisar y corregir toda la información equivocada (con unas pocas excepciones)
- Pedir a la HHSC una audiencia justa por escrito, en persona o por teléfono, si se me niega Medicaid a través de esta solicitud y no estoy satisfecho con la decisión

Tengo la responsabilidad de:

- No retener información intencionalmente o dar datos falsos o permitir que otros usen la identificación del seguro médico de mi hijo o el gobierno estatal o federal podrían exigirme que pague por todo beneficio prestado de manera incorrecta y el seguro médico de mis hijos podría ser negado o terminado

Además, entiendo y acepto que:

- Esta solicitud puede resultar en la inscripción de mis hijos en el Programa de seguro médico para niños (CHIP) o Medicaid
- La información que proporcione en relación con esta solicitud está sujeta a verificación por parte de Medicaid, CHIP, la Oficina del inspector general de la Comisión de salud y servicios humanos (HHSC), sus contratistas y otras agencias

estatales y federales. Mi firma abajo, autoriza la divulgación de la información pertinente a tal verificación por Medicaid, CHIP, la Oficina del inspector general de la Comisión de salud y servicios humanos (HHSC), sus contratistas y otras agencias estatales y federales. Mi firma también autoriza a Medicaid, CHIP, la Oficina del inspector general de HHSC, sus contratistas y otras agencias estatales y federales para comunicarse con empleadores, agencias de información de crédito, proveedores de seguros de atención médica u otros con conocimientos relacionados a los requisitos de participación en Medicaid y CHIP de mis hijos y autoriza que aquellos con quienes se comuniquen, a divulgar la información pertinente a los requisitos de participación en Medicaid y CHIP de mis hijos.

• Medicaid, CHIP, la Oficina del inspector general de HHSC, sus contratistas y otras agencias estatales y federales pueden intercambiar la información de esta solicitud y la información médica, de salud u otra relacionada a la cobertura de mis hijos, con otras agencias y contratistas, incluyendo compañías que ofrezcan seguro médico a mis hijos, para ayudar con solicitudes, inscripción, administración y aseguramiento de calidad. El Servicio de impuestos internos (IRS) no puede usar la información proporcionada en esta solicitud con fines tributarios ni la Oficina de servicios de ciudadanía e inmigración (BCIS) puede usarla para negarle entrada a los EE.UU., para dañar su situación de residente o para deportarlo.

• El estado de Texas o su designatario, tiene derecho a recibir el pago por servicios y suministros de las aseguradoras y otras fuentes responsables, como reembolso por los servicios médicos prestados a mis hijos. Mi firma de más abajo autoriza la asignación de los pagos médicos.

• Todos los proveedores de servicios médicos de mis hijos pueden divulgar toda la información médica o de otro tipo, necesaria para que se pague al proveedor.

13 DOCUMENTOS REQUERIDOS

Después que usted haya llenado y firmado y fechado la solicitud, por favor envíela por correo con los demás documentos requeridos en el sobre incluido con nuestra dirección (no necesita estampillas).

Por favor marque las casillas para asegurarse de haber incluido:

- Pruebas de los ingresos actuales de su familia (un talón de cheque de pago emitido en los últimos 60 días que muestre la cantidad pagada antes de deducciones (salario bruto), su declaración de impuestos del IRS más reciente, incluyendo el Cuadro C (si llenó este formulario), prueba de trabajo por su cuenta, carta de un empleador, recibo de asistencia en efectivo, su estado de cuenta del Seguro Social más reciente, talón de cheque o recibo de manutención infantil).
- Pruebas de ciudadanía de EE.UU. o de la situación de inmigrante de todos niños que solicitan cobertura (copias del frente y reverso del acta de nacimiento de EE.UU. de los niños, pasaporte de EE.UU., Tarjeta I-551 de residente permanente o Formulario I-94 de llegada o salida)
- Pruebas de los gastos de cuidado infantil, cuidado de un adulto discapacitado, manutención infantil o pensión alimenticia.

Firma obligatoria: Si usted no firma y fecha esta solicitud, no podremos ofrecer a sus hijos la cobertura de seguro médico.

Declaro bajo pena de perjurio que la información que he proporcionado en esta solicitud es verdadera y completa a lo mejor de mi conocimiento. Si no lo es, puedo quedar sujeto a proceso criminal.

14

X

FIRMA (OBLIGATORIA)

FECHA (OBLIGATORIA)