HOOSIER HEALTHWISE PARA NIÑOS Y MUJERES EMBARAZADAS
State Form 48974 (R3 / 2-06) / FI 2030S
Formulario del Estado 48974 (R3 / 2-06) / FI 2030S

HOOSIER HEALTHWISE
PARA NIÑOS Y MUJERES EMBARAZADAS
HOOSIER HEALTHWISE FOR CHILDREN AND PREGNANT WOMEN

1. ¿Qué miembros de su familia viven en su grupo familiar? Primero escriba su nombre. Luego haga una lista de los niños(as), esposos(as) y padres/madres únicamente. ***Coloque una ✓ en la última columna si esa persona está solicitando cobertura de salud.***

Nombre (*primero, segundo, apellido*)	Fecha de Nacimiento (*mes, día, año)*	Número Seguro Social (Ver #6 en la segunda página)	Estado Civil	Raza	Sexo	Parentesco	Cuidadano de los Estados Unidos de Norteamérica? Sí/No (Ver #8 en la segunda página)	**✓ si está solicitando**

2. Su dirección y número telefónico.

Dirección de su casa	Ciudad	Estado	Código postal	Condado	Teléfono ( )
Dirección postal, si es distinta a la de arriba	Ciudad	Estado	Código postal	Condado	Teléfono ( )

3. ¿Los solicitantes viven en Indiana? ☐ **Sí** ☐ **No**

4. ¿Algún solicitante tiene un tutor legal designado por la corte? ☐ **Sí** ☐ **No** **En caso afirmativo, ¿quién es?** _____

5. ¿Alguna de las solicitantes está embarazada? ☐ **Sí** ☐ **No**

Nombre de la embarazada	Fecha del inicio del embarazo (*mes, día, año)*	Fecha del parto (*mes, día, año)*	Niños no nacidos

6. ¿Algún solicitante es ciego o discapacitado? ☐ **Sí** ☐ **No** **(*Marque ✓ para ciego o discapacitado*)**

Nombre del solicitante	Ciego	Discapacitado	Nombre y dirección del médico

7. ¿Algún solicitante está cubierto por un seguro de salud actualmente? ☐ **Sí** ☐ **No**

En casa afirmativo, ¿quién es? _____

8. ¿Algún solicitante(s) sin seguro de salud perdió su cobertura durante los últimos 3 meses? ☐ **Sí** ☐ **No**

En casa afirmativo, ¿quién es? _____

¿Cuándo terminó la cobertura? _____

¿Por qué perdió la cobertura? Coloque una ✓ al lado de la razón(es) de la pérdida.

☐ **Pérdida del empleo** ☐ **Alcanzó el límite de la cobertura** ☐ **Padre(madre) no custodio abandonó el seguro**

☐ **No podía pagar** ☐ **La compañía terminó la cobertura** ☐ **Otro Especificar:** _____

☐ **Divorcio**

Completed by Enrollment Center: Date of application _____ **Center's Code:** _____ **Interviewer:** _____

Completed by DFR: Date received: _____ **Case number:** _____

9. Por favor, díganos cuántos ingresos por trabajo tienen usted y otros miembros su familia.

Nombre de la persona que trabaja_____ Fecha en que comenzó a trabajar _____ Terminó el_____ Ingreso bruto por período_____ ¿Cuándo le pagan? ☐ Semanalmente ☐ Cada 2 semanas ☐ Mensualmente ☐ 2 veces al mes ☐ Otra forma de pago Horas trabajadas semanalmente _____ ¿Varían las horas? ☐ Sí ☐ No ¿La persona trabaja por cuenta propia? ☐ Sí ☐ No	Nombre de la persona que trabaja_____ Fecha en que comenzó a trabajar _____ Terminó el_____ Ingreso bruto por período_____ ¿Cuándo le pagan? ☐ Semanalmente ☐ Cada 2 semanas ☐ Mensualmente ☐ 2 veces al mes ☐ Otra forma de pago Horas trabajadas semanalmente _____ ¿Varían las horas? ☐ Sí ☐ No ¿La persona trabaja por cuenta propia? ☐ Sí ☐ No
Nombre del empleador y número de teléfono	Nombre del empleador y número de teléfono

10. Por favor, díganos si usted o algún miembro de la familia reciben otro ingreso de los detallados a continuación. Si su familia no tiene ingresos, coloque su inicial aquí _____. (*Para sustento para los niños, escriba el nombre del niño como la persona que lo está recibiendo.*)

1. SSI
2. Seguro Social
3. Beneficios para los Veteranos
4. Retiro empleados del Ferrocarril
5. Pensión
6. Asignación militar
7. Desempleo
8. Sustento (*pensión por divorcio o sustento para los niños*)
9. Beneficios por enfermedad
10. Beneficios por huelga
11. Pagos por interés
12. Ingreso por educación
13. Dinero de amigos, parientes, etc...
14. Compensación para el trabajador
15. Otro. Por favor, especificar: _____

Nombre de la persona que está recibiendo los pagos	¿Qúe clase? (*ver arriba*)	Frecuencia del recibo de los pagos	¿Cuándo comenzaron los pagos?	Cantidad de los pagos

11. ¿El ingreso del grupo familiar durante los últimos 3 meses ha sido el mismo que el actual? ☐ **Sí** ☐ **No**

En caso negativo, por favor explique:_____

_____

12. ¿Paga por el cuidado del los niños? ☐ **Sí** ☐ **No**

¿Paga por el cuidado de un adulto discapacitado? ☐ **Sí** ☐ **No**

13. ¿Alguna persona que vive en el grupo familiar efectúa pagos por sustento? ☐ **Sí** ☐ **No**

14. Asignación de derechos. *Por la presente, asigno al Estado de Indiana mis derechos al sustento médico y los pagos para la atención médica que tengo en mi nombre y el de otras personas en esta solicitud cuyos derechos puedo asignar legalmente.*

(*Firma*)_____

15. Por favor, lea las siguientes afirmaciones, coloque sus iniciales si está de acuerdo y firme su solicitud al pie de esta página.

___ Certifico bajo multa por falso testimonio, que toda la información que he suministrado es completa y correcta a mi leal saber y entender y que he recibido el aviso titulado "Información Importante sobre Hoosier Healthwise" y comprendo su contenido.

___ Si los niños que se están aplicando para la cobertura de salud en esta solicitud reúnen los requisitos para el Paquete C, Children's Health Plan (*Plan de salud para niños*), estoy de acuerdo en pagar las primas y copagos requeridos.

Su firma: _____ **Fecha: (*mes, día, año*)**_____

Firma del testigo, si firmó con una "X"_____

Todos los miembros de Hoosier Healthwise deben elegir un médico de familia. Para la elección de un médico o para conocer quiénes son los médicos en su área, llame a Hoosier Healthwise Helpline al 1-800-889-9949.

(Guarde esta página)

INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE HOOSIER HEALTHWISE

I. Beneficios de Hoosier Healthwise y determinación de su elegibilidad

Existen 4 Conjuntos de Beneficios cuyo contenido se explica a continuación. Determinaremos su elegibilidad para la mayor cantidad posible de beneficios en base a su situación e ingreso familiar. Si usted solicita Hoosier Healthwise para sus niños(as), le pediremos que acepte pagar los montos de las primas y los co-pagos exigidos para el Conjunto C. Si usted está en desacuerdo con esto, igualmente revisaremos las condiciones de elegibilidad para los planes sin primas.

- Conjunto A - Plan Estandard

  Ofrece cobertura general para el cuidado de salud para los adultos y niños(as) elegibles. No hay primas.

- Conjunto B - Cobertura para el Embarazo

  Ofrece cobertura para el cuidado pre-natal, el tratamiento de aquéllos estados de salud que podrían causar complicaciones del embarazo, el parto y 60 días para el cuidado posterior al embarazo. No hay primas.

- Conjunto C - Plan de salud para Niños(as)

  Ofrece cobertura general para el cuidado de la salud para niños(as) menores de 19 años. Existe una prima basada en el ingreso familiar y la cantidad de niños(as) cubiertos. Su entrevistador le informará sobre las tasas actuales de las primas.

- Conjunto E - Servicios de Emergencia únicamente

  Ofrece cobertura para el tratamiento de emergencias médicas graves. Este plan está diseñado para determinados inmigrantes que no reúnen los requisitos necesarios de inmigración para la cobertura total de los otros conjuntos de beneficios.

II. Sus derechos y responsabilidades como solicitante y miembro de Hoosier Healthwise

1. La elegibilidad para recibir beneficios se considera sin distinción de razas, color de piel, sexo, edad, discapacidad, u origen nacional. Le preguntamos cuál es su herencia étnico-racial para acatar la Ley Federal de los Derechos Civiles; sin embargo, no se le exige que nos suministre esa información. Si usted prefiere no dar a conocer esa información, escogeremos una categoría étnica/racial para usted para recabar datos.

2. Deberemos verificar determinada información suministrada en su solicitud, como por ejemplo, sus ingresos. Si usted no puede obtener los documentos necesarios deberá firmar una solicitud de descargo autorizándonos a obtenerlos en su nombre.

3. Usted deberá suministrar la información precisa. Si una persona proporciona información falsa o tergiversa la verdad está cometiendo un delito y podrá ser enjuiciada de acuerdo con la ley federal, estatal o ambas. El monto de los beneficios recibidos por una persona que no tenía derecho a recibirlos deberá ser reintegrado al programa de Hoosier Healthwise.

4. La información que nos proporcione será mantenida en forma confidencial de acuerdo con la ley estatal y federal.

5. Si usted piensa mudarse, por favor díganos cuál va a ser su nueva dirección de modo que pueda recibir sin retraso alguno correspondencia importante sobre su solicitud y membresía. Además, avísenos si usted o sus niños comienzan a estar cubiertos por otro seguro de salud o si ha cambiado su ingreso. Su entrevistador le informará más detalladamente sobre los cambios que deberá notificar con relación a la información que nos proporciona en su solicitud.

6. Cada solicitante deberá proporcionar un número de Seguro Social si puede obtenerlo legalmente. Si carece de número de Seguro Social, deberá solicitarlo. Excepción: este requisito no es para ciertos inmigrantes que no pueden tener un número y, por lo tanto, son elegibles únicamente para los beneficios limitados del Conjunto E. El(los) número(s) que nos proporcione será(n) usado(s) para revisar la información que tiene la Administración del Seguro Social, el Servicio de Impuestos, el Departamento para el Desarrollo de la Fuerza Laboral y otras agencias estatales y federales. Solicitamos el número de Seguro Social de los miembros de la familia que no se están aplicando para la cobertura de salud para sí mismos, sin embargo, no es un requisito que usted nos proporcione dicha información.

7. Le enviaremos un aviso informándole cuál fue la decisión tomada sobre su solicitud. Usted podrá solicitar una audiencia imparcial si está en desacuerdo con cualquier decisión sobre su elegibilidad o si su solicitud no fue procesada en el término de 45 días.

8. El estado inmigratorio de los que son ciudadanos y solicitan cobertura de salud está sujeto a verificación por parte del Servicio de Inmigración y Naturalización (INS). Sin embargo, el Programa Hoosier Healthwise no comunica el nombre de los inmigrantes indocumentados a INS.

9. POR FAVOR LEA *DETENIDAMENTE* LA SIGUIENTE INFORMACIÓN SOBRE EL TRASPASO DE DERECHOS MÉDICOS Y EL ESTABLECIMIENTO DE LA PATERNIDAD. *Si tiene alguna pregunta, por favor hágasela saber a su trabajador del caso.*

   (a) Si se está aplicando para la cobertura de salud para usted mismo y tiene 18 años o es mayor de 18 años, es un requisito que usted asigne los derechos médicos. Esto incluye los derechos al apoyo médico y pago del cuidado médico que usted tiene en nombre propio y el de cualquier otra persona de acuerdo con esta solicitud cuyos derechos pueden ser asignados legalmente por usted. Si no lo hace, usted no será elegible. Se requiere la cooperación para obtener el apoyo médico o los pagos de un tercero, incluyendo la paternidad legalmente establecida para sus niños. Usted deberá decirnos sobre cualquier acción legal o administrativa que tome para obtener el pago del cuidado médico recibido, tal como un arreglo sobre una lesión personal. Observe la exención a la cooperación en el ítem (c).

   El estableciemiento de la paternidad es un servicio importante para los miembros de Hoosier Healthwise que beneficia a los niños que no tienen padres legales. Excepto para los niños registrados en el Conjunto C, este servicio es sin costo alguno. Cuando usted firma la asignación médica, este servicio está a su disposición. Si los niños son elegibles para Hoosier Healthwise le enviaremos la información a la Oficina de Apoyo al Niño de su fiscal local del condado y ellos lo asistirán con los próximos pasos.

   (b) Si usted se está aplicando para la cobertura del seguro de salud para sus hijos únicamente y no para usted mismo, lo alentamos a que tome ventaja del servicio gratuito del establecimiento de la paternidad para los niños que no tienen padres legales. Cuando sus hijos están legalmente registrados en Hoosier Healthwise, por favor póngase en contacto con su oficina local para el apoyo del niño en su oficina del fiscal del Condado. No se le cobrará nada para el establecimiento de la paternidad u otro servicio de apoyo para los niños en su oficina del fiscal del Condado. No se le cobrará nada para el establecimiento de la paternidad u otro servicio de apoyo para los niños registrados en el Conjunto A o Conjunto B.

   (c) Si considera que la cooperación con los requisitos para el apoyo médico, incluyendo el establecimiento de la paternidad, causarán daño fisico o emocional a los niños, usted podrá solicitar una exención a este requisito.

   La elegibilidad de sus niños(as) para Hoosier Healthwise no se verá afectada si usted no coopera con el establecimiento de la paternidad o si no firma el traspaso médico mencionado en la solicitud.

10. PARA LOS MIEMBROS CON DERECHO AL CONJUNTO C - existe un límite máximo para el monto de la participación de los costos que usted deberá pagar. Este monto es del 5% de sus ingresos anuales antes de los impuestos. Usted es responsable de mantener un record de la cantidad de primas y co-pagos que abona. Si alcanza el límite máximo deberá ponerse en comunicarse con la Oficina del condado, División de Recursos para la Familia suministrándole sus recibos para no tener que efectuar más pagos en el futuro.

11. Si usted cree que ha sido discriminado y desea presentar una queja, puede hacerlo poniéndose en contacto con el Department of Health and Human Services, Regional Manager, Region V, Office for Civil Rights, 233 N. Michigan Ave., Suite 240, Chicago, Illinois, 60601. Los puede llamar al (800) 368-1019 o para los llamados TDD al (800) 537-7697.