

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

Leí o hice que me leyeron las declaraciones en este formulario y la información que doy es verdadera y completa según mi leal saber y entender. Entiendo que podrían sancionarme si la información que les doy es falsa.

Entiendo que toda información que les dé es confidencial y que las leyes estatales y federales limitan la divulgación de la información sobre mi persona.

Entiendo y estoy de acuerdo en presentar comprobante de mis declaraciones. Entiendo y estoy de acuerdo en que el Departamento de Salud y Servicios Sociales se ponga en contacto con otras personas u organizaciones para obtener los comprobantes necesarios para demostrar mi elegibilidad.

Tendré que dar el número de Seguro Social de las demás personas solicitantes y se usará para comprobar los antecedentes con otras agencias del gobierno. La División de Medicaid y Asistencia Médica [DMMA, en inglés] también espera que dé el número de Seguro Social de toda persona cuyos ingresos se utilizarán para determinar mi elegibilidad. Los extranjeros ilegales no tienen que dar el número de Seguro Social.

Entiendo que esta solicitud se procesará independientemente de mi raza, color, sexo, edad, discapacidad, religión, origen étnico o partidos políticos.

Entiendo que tendré que solicitar los demás beneficios para los que puede que sea elegible tales como Subsidio por Desempleo o Seguro Social y aceptar los mismos.

Permitiré que el Departamento de Salud y Servicios Sociales de Delaware y sus representantes, actúen como agentes a nombre mío para recuperar todo dinero gastado en programas de asistencia médica si hay otras fuentes de dinero tales como seguros médicos, etc., para pagar mis cuentas médicas.

Puede que tenga que devolverle a la DMMA toda asistencia médica que haya recibido y que no tenía derecho a recibir. La obligación de devolver la asistencia se mantiene la misma tanto durante el período de elegibilidad como cuando ya no reciba asistencia médica.

Le asigno todo derecho de asistencia médica y de pago por atención médica de terceras partes a la DMMA, tal y como lo exige la ley y como condición para mi elegibilidad; y entiendo que tendré que cooperar con la División de Cumplimiento de Manutención al Menor para establecer la paternidad y obtener asistencia médica para todo niño/a que recibe asistencia médica.

Entiendo que las mujeres embarazadas no tienen que cooperar para establecer la paternidad y obtener asistencia médica y que puedo alegar que tengo motivos fundados para negarme a cooperar para establecer la paternidad o para identificar y ofrecer información relacionada con las terceras partes responsables.

Entiendo que como beneficiario/a de asistencia médica, automáticamente recibiré todos los servicios de manutención al menor de la División de Cumplimiento de Manutención al Menor a no ser que declare que sólo deseo recibir servicios de manutención al menor que están relacionados con la asistencia médica

Entiendo que como solicitante o beneficiario de Medicaid, tengo derecho a una audiencia imparcial si no estoy satisfecho/a con la decisión tomada respecto a mi elegibilidad. Entiendo que puedo escoger que un abogado o cualquier otra persona me representen.

Accedo permitir que el Departamento de Salud y de Servicios Sociales De Delaware, ya sea directamente o a través de sus agentes o el Diamond State Health Plan [Plan de Salud del Estado Diamante] o el Delaware Healthy Children Program [Programa de Niños Saludables de Delaware], tengan acceso a toda historia clínica y a todo expediente de servicios de salud y demás servicios complementarios con sede en las escuelas de todos y cada uno de las personas en mi núcleo familiar que sea elegible para recibir Asistencia Médica con el objetivo de administrar el programa de asistencia médica, coordinar la atención médica, determinar la necesidad de servicios médicos y evaluar o pagar cuentas pendientes incurridas por servicios médicos .

Certifico so pena de perjurio que soy Ciudadano/a Estadounidense o extranjero cuya situación migratoria es legal. Tendré que mostrar un comprobante de mi situación migratoria legal el cual corroborarán con el Servicio de Inmigración y Naturalización. No se corroborará la situación de los extranjeros ilegales. Esto no afectará la determinación de carga pública ni conllevará a un proceso de deportación. Algunos extranjeros ilegales sólo pueden ser elegibles para recibir servicios de emergencia y de trabajo de parto y parto.

Accedo notificar cualquier cambio de situación que pudiera afectar mi elegibilidad para lo cual dispongo de un período de 10 días como máximo; tales como cambios en el número de personas que viven conmigo, un trabajo nuevo o cambios en mis ingresos o si me mudo.

La solicitud la tiene que firmar un adulto del núcleo familiar (mayor de 18 años) o un menor de edad emancipado (menor de 18 años)

Firma del Solicitante o Representante

Fecha

Firma de el/la Trabajador/a Social de DHSS

Fecha



Plan de
Salud del
Estado
Diamante

SOLICITUD PARA SEGURO MÉDICO



Llene y firme este formulario de solicitud para Medicaid, Delaware Healthy Children Program [Programa de Niños Saludables de Delaware], o el Programa de Ahorros para Beneficiarios de Medicare.

Dispone de 30 días a partir de la fecha en la que solicite seguro médico para enviarnos esta solicitud. De no hacerlo, podría afectar la fecha de entrada en vigor de su seguro médico.

Necesitamos que envíe comprobantes de lo siguiente:

- Un mes de ingresos de la familia (talón de cheques, carta de concesión)
- Empleo por su cuenta (los recibos de los impuestos del año pasado con todos los inventarios)
- Extranjero legal (copia de tarjetas o papeles por delante y por detrás)
- Fecha de nacimiento (recién nacidos solamente)
- Embarazo
- Copia de la tarjeta de Medicare

Las mujeres embarazadas sólo tienen que declarar los ingresos de la familia y presentar un comprobante médico de su embarazo. Disponen de 30 días para presentar cualquier otro tipo de verificación.

No espere a tener toda la información para mandar su solicitud. Analizaremos su solicitud y si necesitamos más información, se lo diremos. Una vez que recibamos toda la información necesaria, le enviaremos un aviso por escrito de la decisión que tomemos.

Los solicitantes a quienes aprueben para Medicaid o el Programa de Niños Saludables de Delaware, tienen que inscribirse en una organización de administración de la salud. Le enviaremos un paquete de inscripción informativo en el que se explican los beneficios. Los solicitantes a los que se aprueben para el Programa de Ahorros para Beneficiarios de Medicare no se pueden inscribir en organizaciones de administración de la salud.

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre
Calle y número		Número de apartamento
Ciudad	Estado	Código Postal
¿Tiene intenciones de quedarse en Delaware?		
Número de teléfono para llamarle durante el día		
Dirección Postal (si no es la que puso más arriba)		
Mencione cualquier otro nombre que haya usado anteriormente		
Sólo para uso oficial		
Fecha de la solicitud	Fuente de remisión	

? Si tiene alguna pregunta, sírvase llamar al:

División de Medicaid y Asistencia Médica 1-800-372-2022
Dirección de Beneficios de Salud 1-800-996-9969

Recuerde poner la firma y la fecha al dorso de esta solicitud

***Clave para las razas:** I= Indio Americano/ Nativo de Alaska; B= Negro/Africano Americano; PI= Nativo de Hawái /las Islas del Pacífico; W- Blanco; A= Asiático

**** Clave para los grupos étnicos:** H= Hispano/Latino; N= No es-Hispano/Latino

1. LOS FAMILIARES: ¿Quiénes viven en su núcleo familiar?

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	¿Cuál es la relación de esta persona con usted? (cónyuge, hijo/a, hijastro/a, amigo/a)	¿Hizo una solicitud para esa persona?	Estado y Fecha de nacimiento	Sexo	*Raza/ **Grupo étnico Opcional	Número de Seguro Social Si es uno de los solicitantes	Ciudadano/a Norteamericano Si es uno de los solicitantes	Extranjero Legal y Fecha de Entrada en Estados Unidos. Si es uno de los solicitantes
			USTED MISMO/A	Sí No					Sí No	Sí No
				Sí No					Sí No	Sí No
				Sí No					Sí No	Sí No
				Sí No					Sí No	Sí No
				Sí No					Sí No	Sí No
				Sí No					Sí No	Sí No
				Sí No					Sí No	Sí No

Conteste a las preguntas siguientes si el padre/la madre de algunos de los del niños solicitantes no vive en su hogar. Esto es para ayuda médica solamente. Vea la explicación en la parte posterior de este formulario. Aunque usted no conteste, aun así sus hijos podrían ser elegibles.

Nombre del niño/a	Nombre del padre/ de la madre ausente	Dirección del padre/ de la madre ausente	Empleador del padre/ de la madre ausente

¿Hay alguna embarazada en el núcleo familiar? Nombre: _____ Fecha prevista del parto: _____ ¿Cuántos niños espera? _____

2. INGRESOS SALARIALES: Díganos si los ingresos de su familia son por sueldos, propinas, empleo por cuenta propia, servicios de niñera, ventas en la casa, trabajos sueltos.

Persona que trabaja	Estudiante	Empleador/Fuente de ingresos	Frecuencia/Cantidad recibida	Cantidad sin impuestos/Deducciones
	Si No			
	Si No			
	Si No			

3. OTROS INGRESOS: Díganos sobre los demás ingresos de su familia tales como Seguro social, Ingresos complementarios del seguro social, manutención al menor, prestaciones por ser veterano de guerra, recompensación por desempleo, retiro, inquilino, o dinero en efectivo que le dan.

Persona a la que pagaron	Fuente de dinero	Frecuencia de pago	Cantidad sin las deducciones

4. GASTOS POR CUIDADOS A DEPENDIENTES: Díganos cuanto le paga a la persona que le cuida a su niño/a o a la persona adulta incapacitada para usted poder ir a trabajar, buscar trabajo o recibir entrenamiento.

Nombre del menor o adulto	¿Cuánto paga al mes?	Nombre del menor o adulto	¿Cuánto paga al mes?

5. INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO MÉDICO: Díganos los datos de los seguros médicos que tiene.

Nombre del titular de la póliza	Nombre de la compañía de seguros	¿A quién cubre?	Marque lo que cubre	Número de póliza
			Doctor Hospital Pruebas de Laboratorio Rayos X	
			Doctor Hospital Pruebas de Laboratorio Rayos X	

Indique el nombre de las personas que hayan tenido seguro médico en los últimos 6 meses: _____

Marque lo que la compañía de seguro cubría: Doctor, Hospital, Pruebas de Laboratorio, Rayos X

¿Cuándo se venció el seguro? _____ ¿Por qué se venció el seguro? _____