IDAHO DEPARTMENT OF
HEALTH & WELFARE

SOLICITUD PARA OBTENER ASISTENCIA

ASISTENCIA CON ALIMENTOS | **ASISTENCIA CON EL SEGURO DE SALUD** | **ASISTENCIA MONETARIA** | **ASISTENCIA CON EL CUIDADO DE LOS NIÑOS**

AVISO IMPORTANTE: Si necesita ayuda con cualquiera de lo siguiente, por favor pídala. Estos servicios son gratis:

- Un intérprete. (Nosotros proveemos los servicios de un interprete, sin costo alguno.) Marque el 2-1-1, el 1-800-926-2588 ó TDD 208-332-7205.
- Ayuda llenando este formulario.
- Ayuda para una discapacidad.

INSTRUCCIONES: Lea todas las preguntas e instrucciones con cuidado. Las instrucciones incluyen consejos para ayudarle a llenar la solicitud con rapidez y facilidad. Lea el reverso de cada página para más información. Si sólo quiere Cupones de Alimentos, puede empezar el proceso de la solicitud inmediatamente: llene esta página, fírmela, y regrésela. Complete el resto de la solicitud y regrésela lo más pronto posible. Si necesita proveer más información y no tiene espacio, por favor adjunte páginas adicionales. Si está solicitando seguro de salud, todos los que se nombran en la solicitud que tienen 5 años de edad o mayores deben completar un Cuestionario de Salud y regresarlo con la solicitud.

¿Qué idioma prefiere? Hablado_____ Escrito_____

¿Desea a un intérprete si se le entrevista? Se le puede proveer uno sin costo alguno. ☐ No ☐ Sí

¿Usted necesita a intérprete si usted tiene una entrevista? Uno estará disponible en ningún coste para usted. ☐ No ☐ Sí

Díganos Quién es Usted

Su Primer Nombre	Inicial	Apellido	Fecha de Nacimineto	Nombres anteriores, si los hay
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal	Condado
Dirección para el Correo (si es diferente)	Ciudad	Estado	Código Postal	Condado
Número de Teléfono durante el día (de trabajo, casa o celular)	Si no tiene, ¿en dónde se puede dejar mensaje? Teléfono:			Correo Electrónico

COMPLETE ESTA SECCIÓN SI ESTÁ SOLICITANDO CUPONES DE ALIMENTOS DE EMERGENCIA.

¿Hay algún miembro de su hogar que es trabajador del campo, ya sea migratorio o temporal? ☐ No ☐ Sí

¿Son sus ingresos antes de los impuestos este mes menos de $150? ☐ No ☐ Sí

¿Son sus gastos mensuales de vivienda y de servicios públicos más que sus ingresos y recursos mensuales? ☐ No ☐ Sí

¿Son sus recursos (en efectivo, cheques, ahorros) menos de $100? ☐ No ☐ Sí

Si califica, los Cupones de Alimentos de emergencia pueden comenzar dentro de siete días.

_____ _____

Firma del Solicitante/ Representante Autorizado para solicitar Cupones de Alimentos **Fecha**

El **Programa de Asistencia con el Servicio de Telecomunicaciones de Idaho** (ITSAP por sus siglas en inglés) ayuda a pagar la instalación del teléfono y el gasto mensual del servicio telefónico a hogares de bajos ingresos.

¿Desea asistencia con el teléfono en su casa? ☐ No ☐ Sí

Si respondió que sí, ¿qué compañía de teléfono usa? _____

File Name: _____ ICCP #: _____ TAFI #: _____ Date Scanned: _____ Appt. Date: _____

AABD #: _____ FS #: _____ LTC #: _____ Assigned To: _____ Appt Time: _____

FM #: _____ **Expedite?** ☐ No ☐ Yes **OFFICE USE** Source Code

INSTRUCCIONES PARA LLENAR LA SOLICITUD: La solicitud incluye consejos para guiarle a las preguntas que necesita responder para los servicios que usted quiere. Cuando vea una señal roja de alto como esta, lea y siga las instrucciones cuidadosamente para asegurarse de que nos está dando toda la información que necesitamos. Usted encontrará indicaciones al reverso de las páginas de la solicitud en donde puede encontrar más información sobre el proceso y los servicios que desea.

Después de que termine de llenar la solicitud, lea los **Derechos y Responsabilidades**, firme la página 7 y luego entregue la solicitud a su oficina local de Salud y Bienestar. Usted puede encontrar las oficinas locales por Internet al www.healthandwelfare.idaho.gov o al llamar a Idaho CareLine marcando el 2-1-1 ó al 1-800-926-2588.

Si tiene una pregunta sobre esta solicitud, sobre el proceso de solicitar beneficios, o necesita ayuda completando la solicitud, llame a su oficina local de Salud y Bienestar o a Idaho CareLine marcando el 2-1-1 ó al 1-800-926-2588.

NUESTROS SERVICIOS:

Cupones de Alimentos – este programa le puede ayudar a comprar alimentos para la buena salud. Vaya al reverso de la página 4 para más información.

Seguro de Salud – este programa le puede ayudar a obtener seguro de salud para los niños, los adultos con niños, las mujeres embarazadas y para los ancianos, ciegos o discapacitados. Vaya al reverso de la página 3 para más información sobre el Seguro de Salud para los Niños; vaya al reverso de la página 5 para más información sobre el Seguro de Salud para los adultos con niños, las mujeres embarazadas y los ancianos, ciegos o discapacitados.

Asistencia Monetaria – este programa provee asistencia monetaria en situaciones de emergencia, para familias con niños y para los ancianos, ciegos o discapacitados. Vaya al reverso de la página 4 para más información sobre la Asistencia Monetaria en situaciones de emergencia, familias y niños; vaya al reverso de la página 5 para más información sobre la Asistencia Monetaria para los ancianos, ciegos o discapacitados.

Asistencia con el Cuidado de los Niños – este programa le puede ayudar a pagar parte de los gastos para el cuidado de los niños. Vaya al reverso de la página 2 para más información.

HEALTHY CONNECTIONS: Healthy Connections es un programa obligatorio en el Manejo de Casos del Cuidado Principal para para Idaho. La mayoría de las personas que participan en cualquiera de los planes de beneficios de Medicaid (Basic o Enhanced) deben registrarse en Healthy Connections, a menos que califiquen para una exención, tal como el tener un trato actual con un doctor que no participa en Conexiones Healthy Connections. Registrarse significa que usted escoge un doctor o clínica que guiará su cuidado de salud. **Por favor anote el doctor o clínica que desea en la página 2, en el cuadro que dice CLÍNICA/ DOCTOR.** Usted también puede dejar que Healthy Connections escoja un doctor por usted. Los detalles sobre los beneficios de Medicaid y Healthy Connections están disponibles en www.medicaid.idaho.gov.

COOPERACIÓN CON EL SOSTENIMIENTO DE LOS NIÑOS: Al solicitar nuestros servicios usted tal vez sea referido a los Servicios del Sostenimiento de los Niños. Si su hogar incluye a menores de edad y uno o ambos padres no están viviendo en la casa, se le referirá a los Servicios para el Sostenimiento de los Niños. Usted debe cooperar con los Servicios para el Sostenimiento de los Niños para evitar una pérdida o disminución en sus beneficios, a menos que tenga miedo que le haga daño a usted o a sus hijos.

PARA COMPLETAR EL CUADRO EN LA PÁGINA 2: Llene todos los espacios para cada persona en su hogar. Marque el cuadro a la par del nombre para cada servicio que cada persona quiere solicitar. Si alguien en su hogar no desea beneficios, no marque el cuadro para esa persona. Use los códigos de abajo para indicar el estado civil y la raza de cada persona.

CÓDIGOS

Códigos del Estado Civil:

Casado -	**CA**
Nunca Casado -	**NC**
Divorciado -	**DI**
Separado -	**SE**
Viudo -	**VI**

Códigos de Raza:

Blanco -	**BL**
Negro -	**NE**
Asiático -	**AS**
Indio americano/ Nativo de Alaska -	**AL**
Hawaiano/ Isla del Pacífico -	**HP**

Ejemplo de cómo completar la porción de arriba de la página 2.

Asistencia Monetaria – Marque el cuadro en esta columna para cada persona que quiere asistencia monetaria (en emergencias, para familias, ancianos y discapacitados).
Seguro de Salud – Marque el cuadro en esta columna para cada persona que quiere seguro de salud o ayuda pagando el seguro de salud.
Asistencia con el Cuidado de los Niños – Marque el cuadro en esta columna para cada persona que quiere ayuda pagando el cuidado de los niños.
Asistencia con Alimentos – Marque el cuadro en esta columna para cada persona que quiere ayuda comprando comida.

X				**Nombre:** (Primer) Jon (Medio) Nathan (Apellido) Doe	**Parentesco:** YO MISMO	**Fecha de Nacimiento:** 01 / 02 / 1957	**Sexo:** ☒M ☐F	**Estado Civil:** VI
¿Embarazada? Fecha de Parto: ☒ NO ☐ SÍ ¿Cuántos?				**# de Seguro Social** 012 - 34 - 5678	**¿Ciudadano estadounidense?** ☐ NO ☒ SÍ # de la Tarjeta de Extranjero:	**Clinica/Nombre del Doctor (nombre y apellido)** Dr. John Pepper	**Número de Teléfono:** (208) 555.1234	**Raza:** AL	**Hispanic or Latino?** ☒ NO ☐ SÍ
X	X			**Nombre:** (Primer) Jo (Medio) Anna (Apellido) Doette	**Parentesco:** Paso-hija	**Fecha de Nacimiento:** 05 / 06 / 1997	**Sexo:** ☐M ☒F	**Estado Civil:** NC
¿Embarazada? Fecha de Parto: ☒ NO ☐ SÍ ¿Cuántos?				**# de Seguro Social** 234 - 56 - 7890	**¿Ciudadano estadounidense?** ☐ NO ☒ SÍ # de la Tarjeta de Extranjero:	**Clinica/Nombre del Doctor (nombre y apellido)** Dr. Jill Smith	**Número de Teléfono:** (208) 555.6789	**Raza:** AL	**Hispanic or Latino?** ☒ NO ☐ SÍ

Díganos Qué Servicios Quiere

* Si necesita proveer más información, por favor adjunte páginas adicionales

Anote a todas las personas viviendo en su casa. Si una persona NO desea asistencia, anótelas abajo pero no marque los cuadros indicando el tipo de beneficios que quieren. Agregue una página adicional si necesita incluir a más miembros de la casa. Se requieren los números de seguro social y la ciudadanía para los que solicitan servicios. Vea el reverso de la página 1 para ver un ejemplo de cómo completar el cuadro de abajo. Use los **códigos** al reverso de la página 1 para indicar su Estado Civil y su Raza. **NOTA:** Sus respuestas en las casillas sobre la Raza y sobre si es Hispano/ Latino son opcionales.

Asistencia Monetaria - Marque el cuadro en esta columna para cada persona que quiere asistencia monetaria (en emergencias, para familias, ancianos y discapacitados).

Seguro de Salud - Marque el cuadro en esta columna para cada persona que quiere seguro de salud o ayuda pagando el seguro de salud.

Asistencia con el Cuidado de los Niños - Marque el cuadro en esta columna para cada persona que quiere ayuda pagando el cuidado de los niños.

Asistencia con Alimentos - Marque el cuadro en esta columna para cada persona que quiere ayuda comprando comida.

			Nombre: (Primer) (Medio) (Apellido)		**Parentesco:** YO MISMO	**Fecha de Nacimiento:** ____/____/____	**Sexo:** ☐ M ☐ F	**Estado Civil:**
¿Embarazada? Fecha de Parto: ☐ NO ☐ SÍ ¿Cuántos? _____			**# de Seguro Social:** ____-____-____	**¿Ciudadano estadounidense?** ☐ NO ☐ SÍ # de la Tarjeta de Extranjero:	**Clinica/Nombre del Doctor** (nombre y apellido)	**Número de Teléfono:**	**Raza:**	**Hispano o Latino?** ☐ NO ☐ SÍ
			Nombre: (Primer) (Medio) (Apellido)		**Parentesco:**	**Fecha de Nacimiento:** ____/____/____	**Sexo:** ☐ M ☐ F	**Estado Civil:**
¿Embarazada? Fecha de Parto: ☐ NO ☐ SÍ ¿Cuántos? _____			**# de Seguro Social:** ____-____-____	**¿Ciudadano estadounidense?** ☐ NO ☐ SÍ # de la Tarjeta de Extranjero:	**Clinica/Nombre del Doctor** (nombre y apellido)	**Número de Teléfono:**	**Raza:**	**Hispano o Latino?** ☐ NO ☐ SÍ
			Nombre: (Primer) (Medio) (Apellido)		**Parentesco:**	**Fecha de Nacimiento:** ____/____/____	**Sexo:** ☐ M ☐ F	**Estado Civil:**
¿Embarazada? Fecha de Parto: ☐ NO ☐ SÍ ¿Cuántos? _____			**# de Seguro Social:** ____-____-____	**¿Ciudadano estadounidense?** ☐ NO ☐ SÍ # de la Tarjeta de Extranjero:	**Clinica/Nombre del Doctor** (nombre y apellido)	**Número de Teléfono:**	**Raza:**	**Hispano o Latino?** ☐ NO ☐ SÍ
			Nombre: (Primer) (Medio) (Apellido)		**Parentesco:**	**Fecha de Nacimiento:** ____/____/____	**Sexo:** ☐ M ☐ F	**Estado Civil:**
¿Embarazada? Fecha de Parto: ☐ NO ☐ SÍ ¿Cuántos? _____			**# de Seguro Social:** ____-____-____	**¿Ciudadano estadounidense?** ☐ NO ☐ SÍ # de la Tarjeta de Extranjero:	**Clinica/Nombre del Doctor** (nombre y apellido)	**Número de Teléfono:**	**Raza:**	**Hispano o Latino?** ☐ NO ☐ SÍ
			Nombre: (Primer) (Medio) (Apellido)		**Parentesco:**	**Fecha de Nacimiento:** ____/____/____	**Sexo:** ☐ M ☐ F	**Estado Civil:**
¿Embarazada? Fecha de Parto: ☐ NO ☐ SÍ ¿Cuántos? _____			**# de Seguro Social:** ____-____-____	**¿Ciudadano estadounidense?** ☐ NO ☐ SÍ # de la Tarjeta de Extranjero:	**Clinica/Nombre del Doctor** (nombre y apellido)	**Número de Teléfono:**	**Raza:**	**Hispano o Latino?** ☐ NO ☐ SÍ

* Si necesita anotar a más miembros del hogar, por favor adjunte una página adicional.

¿Hay alguien en la casa que ya recibe servicios o ha solicitado servicios de uno de los siguientes programas?

Por favor marque todos los que aplican. Sus respuestas a esta sección no afectarán su elegibilidad para los beneficios.

☐ Bebés y Niños Pequeños
☐ Salud Mental Infantil o para Adultos
☐ Discapacidades de Desarrollo en Niños o Adultos
☐ Cuidado Temporal o Asistencia con la Adopción

Si está solicitando Seguro de Salud del Estado, ¿le gustaría que Healthy Connections escoja a un doctor por usted?

Ver "**Healthy Connections**" al reverso de la página 1 para más información. ☐ No ☐ Sí

Usted o alguien en su casa:

- ¿Tiene una discapacidad? ☐ No ☐ Sí ¿Quién? _____
- ¿Recibe o ha solicitado el Seguro Social? ☐ No ☐ Sí ¿Quién? _____
- ¿Recibe o ha solicitado Medicare? ☐ No ☐ Sí ¿Quién? _____
- ¿Necesita asistencia médica en casa? ☐ No ☐ Sí ¿Quién? _____
- ¿Vive con un pariente que provee cuidado médico? ☐ No ☐ Sí ¿Quién? _____
- ¿Vive en un centro que provee cuidado médico? ☐ No ☐ Sí ¿Quién? _____

Nombre del Centro: _____

LA ASISTENCIA CON EL CUIDADO DE LOS NIÑOS es provista por el Programa para el Cuidado de los Niños de Idaho (ICCP por sus siglas en inglés) para ayudar a padres de familia y cuidadores a pagar parte del gasto del cuidado de los niños mientras ellos trabajan, van a la escuela, a un entrenamiento o buscan trabajo.

PARA SOLICITAR Asistencia con el Cuidado de los Niños, complete las páginas 1-4, firme la página 7 y regrese la solicitud completada a su oficina local de Salud y Bienestar. Usted puede encontrar una lista de oficinas por Internet al www.healthandwelfare.idaho.gov ó marcando el 2-1-1 ó el 1-800-926-2588.

Usted tal vez tenga que proveer los siguientes comprobantes:

- De ingresos o de cualquier dinero que entra a su casa tales como los talones de cheques de los últimos 30 días o la declaración de impuestos más reciente, si tiene su propio negocio.
- El gasto del cuidado de los niños.
- Los registros de vacunas para los niños que todavía no van a la escuela. (Si no los vacuna por razones médicas o religiosas, por favor provea una declaración por escrito explicando su razón.)
- El nombre del proveedor del cuidado de los niños.
- El horario escolar actual (si van a la escuela) de los padres/ cuidadores – esto debe incluir los días y las horas de clases.
- El dinero pagado para el sostenimiento de un niño que no vive con usted. La cantidad del beneficio para el cuidado del niño tal vez aumente si usted provee este comprobante.

Para recibir Asistencia con el Cuidado de los Niños, usted debe llenar los siguientes requisitos para el programa:

- Si ambos padres viven en la casa, cada padre debe estar trabajando, atendiendo un entrenamiento o programa educativo o buscando trabajo para que la familia sea aprobada para recibir la Asistencia con el Cuidado de los Niños. ICCP sólo cubre una parte del cuidado de los niños mientras usted trabaja, se entrena o se educa.
- Usted debe trabajar, estudiar o estar en un entrenamiento de tiempo completo para recibir Asistencia con el Cuidado de los Niños de tiempo completo.
- Usted debe pagar el resto del gasto que el programa no cubre. ICCP nunca pagará el 100% del costo del cuidado de los niños.
- Si está buscando trabajo y no recibe asistencia monetaria familiar, se le permitirán 80 horas para buscar trabajo hasta por tres meses en un año. ICCP pagará parte del cuidado de los niños por tiempo completo mientras busca trabajo. Si coloca a su hijo en una guardería por tiempo completo mientras busca trabajo, usted será responsable de pagar el costo adicional.
- ICCP cubrirá parte del costo de cuidar a los niños sólo cuando es provisto por un proveedor certificado por ICCP.

Si recibe Asistencia con el Cuidado de los Niños, usted debe reportar cambios tales como:

- Cambio en ingresos.
- Cambio en el número de horas que su hijo pasa en la guardería.
- Cambio en la cantidad de dinero que le cobran por cuidar al niño.

Si tiene preguntas sobre cómo solicitar Asistencia con el Cuidado de los Niños, por favor llame al 1-866-343-2027. Para obtener información sobre cómo se puede certificar un proveedor en el cuidado de los niños con ICCP por favor contacte a Idaho CareLine marcando el 2-1-1 ó 1-800-926-2588.

* Si necesita proveer más información, por favor adjunte páginas adicionales

¿Ha recibido usted o alguien en su casa asistencia en otro estado? ☐ No ☐ Sí

Si "Sí", ¿En dónde? Ciudad _____ Estado _____ Condado _____

¿Tiene estudiantes en su casa? Anote a todos los miembros de la casa de 16 años de edad o mayores que son estudiantes o planean ir a la escuela.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE	A QUÉ ESCUELA VA	ESTADO ESTUDIANTIL (Tiempo Completo o Medio Tiempo)	FECHA ESTIMADA DE GRADUACIÓN
		☐ TIEMPO COMPLETO ☐ MEDIO TIEMPO	
		☐ TIEMPO COMPLETO ☐ MEDIO TIEMPO	
		☐ TIEMPO COMPLETO ☐ MEDIO TIEMPO	

Si tiene niños en su casa, ¿están todos al día con las vacunas? ☐ No ☐ Sí

Si tiene niños en su casa, ¿hay alguno que NO tiene a la madre o al padre viviendo con el niño? ☐ No ☐ Sí

Si respondió que "Sí" se le requerirá que le dé información sobre el padre ausente a los Servicios para el Sostenimiento de los Niños y abrir un caso para el sostenimiento del niño a menos que tenga miedo que le haga daño a usted o a sus hijos.

Ver "**Cooperación con el Sostenimiento de los Niños**" al reverso de la página 1 para más información.

Nombre del Padre Ausente: _____ _____ _____

Díganos Sobre Los Siguientes Gastos

* Si necesita proveer más información, por favor adjunte páginas adicionales

Los siguientes gastos se tratan de los pagos para el sostenimiento de los niños o los gastos para el cuidado de un niño o de un adulto. Si usted no tiene estos gastos, continúe en la próxima página. Si tiene uno o ambos de estos gastos, por favor provea la siguiente información.

Anote a todos en su casa que PAGAN gastos para el sostenimiento de un niño.

NOMBRE DE LA PERSONA QUE PAGA EL SOSTENIMIENTO DE UN NIÑO	CANTIDAD QUE PAGA AL MES	ÚLTIMA FECHA DE PAGO	NOMBRE DE LA PERSONA QUE RECIBE EL PAGO

Anote a todos en su casa que PAGAN por el cuidado de un niño o un adulto a causa del trabajo o de la escuela.

Nombre:	**Razón para el Cuidado:** ☐ Trabajo ☐ Escuela ☐ Búsqueda de trabajo	**Nombre del Niño/ Adulto que Cuidan:**	**Cantidad que Pagan: $** _____ ¿Cada cuánto? _____
Nombre del Proveedor del Cuidado:	**¿Recibe ayuda para pagar el cuidado?** ☐ No ☐ Sí **Sí, ¿cuánto recibe? $** _____ **Nombre de la Persona/ Agencia que paga:**		
Nombre:	**Razón para el Cuidado:** ☐ Trabajo ☐ Escuela ☐ Búsqueda de trabajo	**Nombre del Niño/ Adulto que Cuidan:**	**Cantidad que Pagan: $** _____ ¿Cada cuánto? _____
Nombre del Proveedor del Cuidado:	**¿Recibe ayuda para pagar el cuidado?** ☐ No ☐ Sí **Sí, ¿cuánto recibe? $** _____ **Nombre de la Persona/ Agencia que paga:**		
Nombre:	**Razón para el Cuidado:** ☐ Trabajo ☐ Escuela ☐ Búsqueda de trabajo	**Nombre del Niño/ Adulto que Cuidan:**	**Cantidad que Pagan: $** _____ ¿Cada cuánto? _____
Nombre del Proveedor del Cuidado:	**¿Recibe ayuda para pagar el cuidado?** ☐ No ☐ Sí **Sí, ¿cuánto recibe? $** _____ **Nombre de la Persona/ Agencia que paga:**		

El SEGURO DE SALUD PARA NIÑOS es provisto por Idaho Medicaid para ayudarle a obtener seguro de salud para niños dependientes en su casa. Idaho Medicaid ofrece opciones basado en sus necesidades:

- **Medicaid Basic Plan** es para niños de bajos ingresos que no tienen necesidades especiales de salud. Dependiendo en la cantidad del ingreso de su familia, tal vez exista un costo de $10 a $15 al mes por cada niño elegible, asociado con este plan.
- **Medicaid Enhanced Plan** es para personas con discapacidades o con necesidades especiales.
- **El Programa de Access Card** ayuda a pagar las primas de un seguro de salud privado para familias que tienen ingresos más altos. Este programa puede ayudar a pagar las primas de hasta $100/mes por niño, con un límite de $300 por familia cada mes. Si es elegible para este plan y su hijo actualmente no tiene seguro de salud, usted puede agregarlo al seguro que patrocina su empleador o puede registrarlo en un plan de seguro privado. Usted es responsable de pagar el resto de la prima, los co-pagos y los deducibles.

PARA SOLICITAR Seguro de Salud para los Niños, complete las páginas 1-4, firme la página 7 y regrese la solicitud completada a su oficina local de Salud y Bienestar. Usted puede encontrar una lista de oficinas por Internet al www.healthandwelfare.idaho.gov ó marcando el 2-1-1 ó el 1-800-926-2588.

Usted tal vez tenga que proveer los siguientes comprobantes:

- De ciudadanía e identidad.
- Número de Seguro Social o comprobante de que ha solicitado uno.
- Su Tarjeta de Residente Permanente (si no es ciudadano estadounidense) u otros documentos de residencia.
- Otro seguro de salud que tenga.
- Ingresos o cualquier dinero que entra a la casa tales como los talones de cheques de los últimos 30 días o la declaración de impuestos más reciente, si tiene su propio negocio. El proveer estos comprobantes tal vez acelere el proceso de determinación.
- De la ciudadanía estadounidense e identidad para los que solicitan Medicaid. Un cambio en la ley federal requiere que todos los participantes de Medicaid que dicen ser ciudadanos estadounidenses den comprobante en papel de su ciudadanía de los EE.UU. y de su identidad. Muchos documentos serán aceptables para comprobar la ciudadanía estadounidense y la identidad. Si usted está registrado en Medicare, recibe el Ingreso de Seguro Suplemental (SSI), o es un "Extranjero Calificado", usted no será afectado por esta nueva ley. **El Departamento sólo puede aceptar los documentos originales o certificados**. Su trabajador le pedirá este comprobante en un aviso más tarde. Si usted necesita ayuda obteniendo estos documentos, necesita más tiempo o tiene preguntas sobre qué documentos podemos aceptar, por favor contacte a su oficina local tan pronto como le sea posible.

Para recibir Seguro de Salud para los Niños, usted debe llenar los siguientes requisitos del programa:

- Healthy Connections es un programa obligatorio en el Manejo de Casos del Cuidado Principal para Idazo Medicaid. La mayoría de personas que participan en cualquiera de los planes de beneficios de Medicaid (Basic o Enhanced) deben registrarse en Healthy Connections, a menos que califiquen para una exención, tal como el tener un trato actual con un doctor que no participa en Healthy Connections. Registrarse significa que usted escoge un doctor o clínica que guiará su cuidado de salud. Por favor anote el doctor o clínica que desea en la página 2, en el cuadro que dice CLÍNICA/ DOCTOR. Usted también puede dejar que Healthy Connections escoja un doctor por usted. Los detalles sobre los beneficios de Medicaid y Healthy Connections están disponibles en www.medicaid.idaho.gov.
- Para que Medicaid determine qué plan es mejor para usted, todas las personas nombradas en la solicitud de 5 años de edad o mayores deben completar un **Cuestionario de la Salud** y deben someterlo con la solicitud. Este cuestionario es parte de la evaluación del riesgo de la salud que ayuda a Medicaid a entender sus necesidades de salud. Esta información no será usada para determinar su elegibilidad de Medicaid y se mantendrá confidencial.

SI USTED RECIBE SEGURO DE SALUD PARA LOS NIÑOS, debe reportar cambios tales como:

- Cambio de dirección o número de teléfono
- Cambio en un Número de Seguro Social
- Se discapacita
- El nacimiento de un bebé

COOPERACIÓN CON EL SOSTENIMIENTO DE LOS NIÑOS: Si se le otorga asistencia médica a un menor y uno o ambos padres no viven en la casa, se abrirá un caso de sostenimiento para el niño. Si está recibiendo beneficios para usted como un adulto, debe cooperar con los Servicios para el Sostenimiento de los Niños para evitar una pérdida o una disminución en sus beneficios, a menos que tenga miedo que le haga daño a usted o a sus hijos.

Díganos sobre los Ingresos de su Hogar

* Si necesita proveer más información, por favor adjunte páginas adicionales

Por favor anote todo el dinero recibido o que espera recibir por todos los miembros del hogar. Incluya todo ingreso de salario, Seguro Social, Sostenimiento de los Niños, desempleo, propinas, regalos o préstamos en efectivo, ayuda financiera estudiantil, etc.

TIPO DE DINERO RECIBIDO	QUIEN GANÓ/ RECIBIÓ EL DINERO	NOMBRE DEL EMPLEADOR	CADA CUÁNTO LE PAGAN	$ POR HORA	HORAS POR SEMANA	CANTIDAD MENSUAL TOTAL
			☐ Cada semana ☐ Cada mes ☐ Cada 2 semanas ☐ Cada año ☐ 2 veces al mes			
			☐ Cada semana ☐ Cada mes ☐ Cada 2 semanas ☐ Cada año ☐ 2 veces al mes			
			☐ Cada semana ☐ Cada mes ☐ Cada 2 semanas ☐ Cada año ☐ 2 veces al mes			

¿Hay alguien en la casa que tiene su propio negocio? ☐ No ☐ Sí ¿Quién? _____

Nombre del negocio: _____ Años en el negocio: _____

Díganos sobre su Seguro de Salud Actual

* Si necesita proveer más información, por favor adjunte páginas adicionales

¿Hay alguien que está solicitando seguro de salud que necesita ayuda pagando facturas médicas de los últimos tres meses? ☐ No ☐ Sí Si "Sí", ¿quién?_____

Anote la cantidad de ingreso bruto (antes de impuestos) recibido por su familia en cada uno de los últimos tres meses.

$_____ $_____ $_____

El Mes Pasado Hace Dos Meses Hace Tres Meses

Anote a todos en su hogar que actualmente tienen seguro de salud.

TENEDOR DE LA PÓLIZA	NOMBRE DE LA PERSONA ASEGURADA	COMPAÑÍA DE SEGURO Y TELÉFONO	NÚMERO DE PÓLIZA	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN

Anote a todos en su hogar para los que se les terminó el seguro de salud en los últimos seis meses.

NOMBRE DE LA PERSONA ASEGURADA	FECHA EN QUE TERMINÓ EL SEGURO	COMPAÑÍA DE SEGURO	TIPO DE COBERTURA

Razón por la que el Seguro Terminó:

☐ El trabajo del padre/ padrastro terminó o cambió ☐ El padre/ padrastro retiró la cobertura familiar
☐ La compañía de seguro no asegura al niño ☐ Primas son demasiado caras
☐ Terminado/ Retirado por la póliza de COBRA ☐ Terminado/ Retirado por alguien más que el padre/ padrastro

¿Tiene acceso a algún seguro de salud que no se indicó arriba? ☐ No ☐ Sí

¿Quiere recibir ayuda pagando un seguro de salud privado o patrocinado por el empleador para sus hijos? ☐ No ☐ Sí

Ver "**El Programa de Access Card**" al reverso de la página 3 para más información.

- Si usted quiere sólo el **cuidado de los niños o el seguro de salud para sus hijos**, ya terminó dándonos información. **Vaya a la página 7 para firmar la solicitud**. Ver el reverso de la página 2 para más información sobre la Asistencia con el Cuidado de los Niños y el reverso de la página 3 para más información sobre el Seguro de Salud para los Niños.
- Si quiere **asistencia con los alimentos, asistencia monetaria o seguro de salud para mujeres embarazadas y adultos con niños**, entonces **continúe con la próxima sección.**

LA ASISTENCIA CON LOS ALIMENTOS es provista por el programa de Cupones de Alimentos para ayudar a personas a comprar comida para la buena salud. Las familias elegibles obtienen una tarjeta para comprar alimentos.

PARA SOLICITAR Asistencia con los Alimentos, complete las páginas 1-6, firme la página 7 y regrese la solicitud completada a su oficina local de Salud y Bienestar. Usted puede encontrar una lista de oficinas por Internet al www.healthandwelfare.idaho.gov ó marcando el 2-1-1 ó el 1-800-926-2588. Usted tal vez tenga que ir a una entrevista y proveer comprobantes para apoyar la información en su solicitud antes de llegar a una decisión sobre sus beneficios. Por favor contacte a su oficina local si no puede participar en una entrevista durante las horas normales de oficina o si necesita los servicios de un intérprete.

Usted tal vez necesite proveer los siguientes comprobantes de:

- Identidad.
- Estado estudiantil (de tiempo completo o de medio tiempo).
- Número de Seguro Social o comprobante de que ha solicitado uno.
- Su Tarjeta de Residente Extranjero (si no es ciudadano estadounidense) u otros documentos de residencia.
- Ingresos o cualquier dinero que entra a la casa, tales como los talones de cheques de los últimos 30 días o la declaración de impuestos más reciente, si tiene su propio negocio.
- Los extractos más recientes de cualquier cuenta bancaria (de cheques, de una cooperativa de crédito, de ahorros, etc.).
- El valor de los carros/ camionetas u otros vehículos tales como motocicletas, lanchas, vehículos recreativos.
- El valor actual de acciones/ bonos, certificados de depósito, seguro de vida, fideicomisos.
- Gastos (los comprobantes de estos gastos pueden aumentar su cantidad en cupones de alimentos) tales como los gastos para el cuidado de un niño o un adulto, el pago del sostenimiento de un niño que no vive con usted, gastos de vivienda, gastos médicos (incluyendo medicinas recetadas) para personas con discapacidades o que tienen más de 60 años de edad y los gastos de los servicios públicos. **NOTA:** El hecho de no reportar o verificar cualquiera de los gastos mostrados arriba significará que usted no quiere una deducción en los gastos no reportados o no verificados

Para recibir Asistencia con los Alimentos, usted debe llenar los siguientes requisitos del programa: Usted tal vez tenga que participar en programas de trabajo. Si no lo hace así puede resultar en la pérdida o disminución de beneficios.

COOPERACIÓN CON EL SOSTENIMIENTO DE LOS NIÑOS: Si su hogar incluye a menores de edad y uno o ambos padres no están viviendo en la casa, se le referirá a los Servicios para el Sostenimiento de los Niños. Usted debe cooperar con los Servicios para el Sostenimiento de los Niños para evitar una pérdida o disminución en sus beneficios, a menos que tenga miedo que le haga daño a usted o a sus hijos.

LA ASISTENCIA MONETARIA PARA NIÑOS Y FAMILIAS es provista por el programa de Asistencia Temporal para Familias en Idaho (TAFI por sus siglas en inglés) para proveer asistencia monetaria a familias elegibles con niños viviendo en la casa. La elegibilidad de por vida se limita a 24 meses para los adultos. El pago máximo que una familia puede recibir es de $309 por mes, sin importar el tamaño de la familia.

PARA SOLICITAR Asistencia Monetaria para Niños y Familias, complete las páginas 1-5, firme la página 7 y regrese la solicitud completada a su oficina local de Salud y Bienestar. Usted puede encontrar una lista de oficinas por Internet al www.healthandwelfare.idaho.gov ó marcando el 2-1-1 ó el 1-800-926-2588.

Usted tal vez necesite proveer los siguientes comprobantes de:

- Ciudadanía.
- Número de Seguro Social o comprobante de que ha solicitado uno.
- Su Tarjeta de Residente Extranjero (si no es ciudadano estadounidense) u otros documentos de residencia.
- Que usted es residente de Idaho.
- Ingresos o cualquier dinero que entra a la casa tales como los talones de cheques de los últimos 30 días o la declaración de impuestos más reciente, si tiene su propio negocio.
- Los extractos más recientes de cualquier cuenta bancaria (de cheques, de una cooperativa de crédito, de ahorros, etc.).
- El valor de los carros/ camionetas u otros vehículos tales como motocicletas, lanchas, vehículos recreativos.
- El valor actual de acciones/ bonos, certificados de depósito, seguro de vida, fideicomisos.
- Registro de vacunas de los niños que aún no van a la escuela.

Para recibir Asistencia Monetaria para Niños y Familias, usted debe llenar los siguientes requisitos del programa:

- A los participantes de TAFI se les requiere que trabajen, que busquen trabajo o que participen en un entrenamiento para prepararlo para que vaya a trabajar.
- A todos los participantes de la Asistencia Temporal para Familias en Idaho (TAFI) se les pedirá que participen en una evaluación sobre el abuso de sustancias.
- Los participantes deben firmar y cumplir con el Contrato de Responsabilidades Personales (PRC por sus siglas en inglés), el cual completan con su trabajador de casos.

COOPERACIÓN CON EL SOSTENIMIENTO DE LOS NIÑOS: Si se aprueba la asistencia monetaria para un menor y uno o ambos padres no viven en la casa, se le requerirá que dé información sobre el/los padre(s) ausente(s) a los Servicios de Sostenimiento de los Niños y que abra un caso del Sostenimiento del Niño a menos que tenga miedo que le haga daño a usted o a sus hijos.

Díganos sobre sus Recursos

* Si necesita proveer más información, por favor adjunte páginas adicionales

¿Hay alguien en su hogar que tiene dinero en efectivo? ☐ No ☐ Sí ¿Cuánto? $ _____

Anote a todos en su hogar que tienen una cuenta de cheques o de ahorros:

NOMBRE DEL DUEÑO	TIPO DE CUENTA	NOMBRE DEL BANCO O INSTITUCIÓN	NÚMERO DE CUENTA	BALANCE

Anote a todos en su hogar que tienen recursos tales como acciones, bonos, fondos mutuos, 401Ks, plan de pensiones (IRA), fideicomisos, etc.:

NOMBRE DEL DUEÑO	TIPO DE CUENTA	NOMBRE DEL BANCO O INSTITUCIÓN	NÚMERO DE CUENTA	$ VALOR

Anote a todos en su hogar que tienen Pólizas de Seguro de Vida o Fondos o Pólizas de Entierro:

NOMBRE DEL DUEÑO	TIPO DE CUENTA	NOMBRE DE LA PÓLIZA	$ VALOR NOMINAL	$ VALOR EN EFECTIVO

Anote cada carro, camioneta, motocicleta, tráiler, lancha, motonieve y otros vehículos recreativos que le pertenecen a alguien en su casa:

AÑO	MARCA	MODELO	CANTIDAD QUE DEBE	VALOR

¿Cuál es el valor total de otros recursos tales como terreno o propiedad, excluyendo la casa en la que vive?

Artículo_____ Valor _____ Cantidad que Debe_____

Anote a todos en su casa que han vendido, transferido o regalado dinero en efectivo, propiedad u otros recursos en los pasados 5 años:

NOMBE	FECHA	QUÉ RECURSOS	$ RECIBIDO	VALOR JUSTO EN EL MERCADO

- Si usted quiere sólo **asistencia monetaria para niños y familias, o seguro de salud para mujeres embarazadas y adultos con niños**, ya terminó dándonos información. **Vaya a la página 7 para firmar la solicitud**. Ver el reverso de la página 4 para más información sobre la asistencia monetaria para familias y niños y el reverso de la página 5 para más información sobre el seguro de salud para mujeres embarazadas y adultos con niños.
- Si quiere **seguro de salud o asistencia monetaria para los ancianos, ciegos o discapacitados, o asistencia comprando alimentos**, entonces **continúe con la próxima sección**.

EL SEGURO DE SALUD PARA ADULTOS con niños y el **Seguro de Salud para Mujeres Embarazadas** son provistos por Idaho Medicaid para ayudar a obtener cuidado para la salud de adultos elegibles. Sus ingresos y recursos son usados para determinar su elegibilidad. Idaho Medicaid ofrece opciones basadas en sus necesidades:

- **El Medicaid Basic Plan** es para adultos en edad para trabajar que NO tienen necesidades especiales de salud.
- **El Medicaid Enhanced Plan** es para personas con discapacidades o necesidades especiales de salud, incluyendo a los ancianos.
- **Seguro de Salud para Mujeres Embarazadas** provee servicios relacionados a las necesidades del cuidado de la salud del embarazo.

EL SEGURO DE SALUD Y ASISTENCIA MONETARIA PARA LOS ANCIANOS, CIEGOS O DISCAPACITADOS provee asistencia a personas o parejas que tienen 65 años de edad o mayores o se encuentran ciegos o discapacitados de acuerdo a las normas del Seguro Social. Esto incluye a trabajadores con discapacidades que están trabajando. Idaho Medicaid también puede ayudar a pagar las primas de la Parte B de Medicare y cuidado en casa o en un hogar de ancianos.

PARA SOLICITAR:

- El Seguro de Salud para Adultos y Mujeres Embarazadas, complete las páginas 1-5 y firme la página 7.
- El Seguro de Salud para los Ancianos, Ciegos o Discapacitados, complete las paginas 1-6 and sign page 7.
- La Asistencia Monetaria para los Ancianos, Ciegos o Discapacitados, complete las páginas 1-6 y firme la página 7.

Regrese su solicitud completada a su oficina local. Usted puede encontrar una lista de oficinas por Internet al www.healthandwelfare.idaho.gov ó marcando el 2-1-1 ó el 1-800-926-2588.

Usted tal vez necesite proveer los siguientes comprobantes de:

- Ciudadanía e identidad.
- Número de Seguro Social o comprobante de que ha solicitado uno.
- Su Tarjeta de Residente Extranjero (si no es ciudadano estadounidense) u otros documentos de residencia.
- Otro seguro de salud que tenga.
- Ingresos o cualquier dinero que entra a la casa tales como los talones de cheques de los últimos 30 días (si tiene trabajo) o la declaración de impuestos más reciente, si tiene su propio negocio.
- Los extractos más recientes de cualquier cuenta bancaria (de cheques, de una cooperativa de crédito, de ahorros, etc.).
- El valor de los carros/ camionetas u otros vehículos tales como motocicletas, lanchas, vehículos recreativos.
- El valor actual de acciones/ bonos, certificados de depósito, seguro de vida, fideicomisos.
- Ciudadanía estadounidense e identidad para los solicitantes de Medicaid. Un cambio en la ley federal requiere que todos los participantes de Medicaid que dicen ser ciudadanos estadounidenses den comprobante en papel de su ciudadanía de los EE.UU. y de su identidad. Muchos documentos serán aceptables para comprobar la ciudadanía estadounidense y la identidad. Si usted está registrado en Medicare, recibe el Ingreso de Seguro Suplemental (SSI), o es un "Extranjero Calificado", usted no será afectado por esta nueva ley. **El Departamento sólo puede aceptar los documentos originales o certificados.** Su trabajador le pedirá este comprobante en un aviso más tarde. Si usted necesita ayuda obteniendo estos documentos, necesita más tiempo o tiene preguntas sobre qué documentos podemos aceptar, por favor contacte a su oficina local tan pronto como le sea posible.

Para recibir el Seguro de Salud, usted debe llenar los siguientes requisitos del programa: Healthy Connections es un programa obligatorio en el Manejo de Casos del Cuidado Principal para Idaho Medicaid. La mayoría de personas que participan en cualquiera de los planes de beneficios de Medicaid (Basic o Enhanced) deben registrarse en Healthy Connections, a menos que califiquen para una exención, tal como el tener un trato actual con un doctor que no participa en Healthy Connections. Registrarse significa que usted escoge un doctor o clínica que guiará su cuidado de salud. Por favor anote el doctor o la clínica que desea en la página 2, en el cuadro que dice CLÍNICA/ DOCTOR. Usted también puede dejar que Healthy Connections escoja un doctor por usted. Los detalles sobre los beneficios de Medicaid y Healthy Connections están disponibles en www.medicaid.idaho.gov.

Para que Medicaid determine qué plan es el mejor para usted, todas las personas nombradas en la solicitud que tienen por lo menos 5 años o mayores deben completar el Cuestionario de Salud y someterlo con la solicitud. Este cuestionario es parte de la evaluación del riesgo de la salud que ayuda a Medicaid a entender sus necesidades de salud. Esta información no será usada para determinar su elegibilidad de Medicaid y se mantendrá confidencial.

Si usted recibe Seguro de Salud o Asistencia Monetaria para los Ancianos, Ciegos o Discapacitados, debe reportar cambios tales como:

- Cambio de dirección o número de teléfono
- Cambio de ingresos o activos

COOPERACIÓN CON EL SOSTENIMIENTO DE LOS NIÑOS: Si está recibiendo beneficios para usted como un adulto y está queriendo a un niño menor, y uno o ambos padres no viven en la casa, un caso de apoyo de niño se abrirá. Debe cooperar con los Servicios para el Sostenimiento de los Niños para evitar una pérdida o una disminución en sus beneficios, menos que tenga miedo que le haga daño a usted o a sus hijos.

Díganos sobre su Situación de Vivienda y los Gastos

* Si necesita proveer más información, por favor adjunte páginas adicionales

Anote el gasto mensual de la vivienda de su familia:

Renta:	$_____	Hipoteca:	$_____	Impuestos de Propiedad:	$_____
Renta del Espacio:	$_____	2a. Hipoteca:	$_____	Seguro de la Propiedad:	$_____
Cargos de la Asociación:	$_____			Impuestos de Irrigación:	$_____

Si tiene 60 años de edad o mayor, está ciego o discapacitado, complete las siguientes preguntas. De otra manera, no conteste las próximas preguntas y vaya al primer alto en esta página y siga las instrucciones.

Anote sus gastos médicos mensuales:

Medicare:	$_____	Doctor:	$_____	Dentista:	$_____
Seguro de Salud:	$_____	Hospital:	$_____	Recetas médicas:	$_____
Gastos del trabajo:	$_____	Animal de Servicio:	$_____	Provisiones Médicas:	$_____
De un Ayudante:	$_____	Transporte/ Alojamiento:	$_____	Lentes:	$_____

¿Vive su cónyuge con usted? ☐ No ☐ Sí

Si "No," ¿en dónde vive su cónyuge?

☐ En su propia casa ☐ Apartamento ☐ Con un pariente que provee cuidado médico

☐ En un centro que provee cuidado médico Nombre del Centro:_____

- Si usted quiere **seguro de salud o asistencia monetaria para ancianos, ciegos o discapacitados**, ya terminó dándonos información. **Vaya a la página 7 para firmar la solicitud**. Ver el reverso de la página 5 para más información sobre estos programas.
- Si quiere **asistencia comprando alimentos**, entonces **continúe con la próxima sección**.

Díganos más sobre su Hogar

* Si necesita proveer más información, por favor adjunte páginas adicionales

¿Hay alguien en su casa que ha sido convicto de un delito que involucró drogas? ☐ No ☐ Sí

Si Sí, quién: _____ Año: _____

¿Hay alguien que está huyendo para evitar un enjuiciamiento por un crimen o encarcelamiento? ☐ No ☐ Sí

Si Sí, quién: _____

¿Hay alguien que actualmente está en libertad condicional o en libertad bajo palabra? ☐ No ☐ Sí

Si Sí, quién: _____

¿Hay alguien que ha sido descalificado de la asistencia pública a causa de una violación intencional de un programa?

☐ No ☐ Yes Si Sí, quién: _____ Cuándo/Dónde: _____

Marque los servicios públicos que paga que NO están incluidos en los pagos de la renta o de la hipoteca:

☐ Calefacción ☐ Aire acondicionado ☐ Agua ☐ Drenaje ☐ Basura ☐ Teléfono

☐ Otro: _____ ☐ Otro: _____

Usted ha terminado dándonos la información que necesitamos. Proceda a la próxima página para firmar la solicitud. Ver el reverso de la página 4 para más información sobre cómo obtener asistencia con los alimentos.

¿TENGO QUE SER CIUDADANO?

De acuerdo a los Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los Estado Unidos, si usted NO tiene una tarjeta de residente, los miembros de su familia que son elegibles pueden usar los beneficios que no son monetarios, incluyendo Medicaid, los Cupones de Alimentos, WIC, asistencia con la vivienda, beneficios de electricidad, entrenamiento para un trabajo, para el cuidado de los niños, ayuda en casos de desastre, asistencia con la salud pública, etc., sin lastimar sus oportunidades de obtener una tarjeta de residente, de hacerse ciudadano estadounidense, o de patrocinar a parientes en el futuro..

¿TENGO QUE DIVULGAR MI NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (NSS) Y ESTADO DE CIUDADANÍA?

Algunos miembros de la familia de los solicitantes pueden optar no solicitar los servicios de Salud y Bienestar. En ese caso, ellos no tienen que proveer un NSS ni su estado de ciudadanía o de inmigración. Los beneficios para los solicitantes no serán atrasados ni negados a causa de que algunos miembros de la familia no solicitan servicios.

Alguien que solicita servicios, excepto para el cuidado de los niños, debe tener un NSS o debe solicitar uno. Si usted sólo quiere Medicaid de Emergencia o es la víctima de violencia doméstica, tal vez no tenga que proveer un NSS ni su estado de inmigración. Usted sólo nos tiene que dar el estado de ciudadanía o inmigración de las personas que quieren ayuda, excepto si está solicitando ayuda con el cuidado de los niños.

Nosotros podemos ayudarle a solicitar un NSS y los beneficios no serán negados ni atrasados mientras que se procesa la solicitud. Nosotros necesitamos un NSS para ayudarle a establecer la paternidad, para obtener Sostenimiento para los Niños y cambiar o reforzar las órdenes para el Sostenimiento de los Niños, incluyendo para el seguro médico de un niño. Los NSS no serán dados a los Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos.

¿EXISTE IGUALDAD DE OPORTUNIDAD PARA LOS SOLICITANTES?

De acuerdo a la ley federal y a la política del Departamento de Agricultura de los EE.UU. (USDA) y del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. (HHS), el Departamento de Salud y Bienestar tiene prohibido discriminar a causa de raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad. Bajo la Ley de los Cupones de Alimentos y la política del USDA, se prohíbe discriminar a causa de la religión o de las creencias políticas

Para registrar una queja, contacte al USDA o al HHS:

- USDA, Director, Office of Civil Rights
  1400 Independence Avenue, SW
  Washington, D.C. 20250-9410

  (800) 795.3272 (Voice)
  (202) 720.6382 (TTY)

- U.S. Department of Health & Human Services
  Room 506 F, 200 Independence Ave. SW
  Washington, D.C. 20201
  ocrcomplain@hhs.gov
  (202) 619.0403 (Voice)
  (202) 619.3257 (TTY)

El USDA y el HHS son proveedores y empleadores de igualdad de oportunidad.

ELECCIÓN DEL PLAN DE IDAHO MEDICAID

Si usted es elegible para Medicaid, usted tiene el derecho de escoger el plan que se basa en sus necesidades de la salud. Idaho Medicaid ofrece el Medicaid Basic Plan y el Medicaid Enhanced Plan para satisfacer necesidades diferentes de la salud.

- El Medicaid Basic Plan es para niños de bajos ingresos y adultos de edad para trabajar, con necesidades medianas de la salud. Este plan provea beneficios completas de salud, prevención y bienestar para niños y adultos que no tienen necesidades especiales de salud.
- El Medicaid Enhanced Plan es para individuos con incapacidades o necesidades especiales de salud. Este plan incluye todos los beneficios del Basic Plan, más beneficios adicionales.

Usted puede escoger no inscribirse en el plan que se basa en sus necesidades de salud. En cambio, usted puede escoger inscribirse en Standard Medicaid. Standard Medicaid no incluye drogas recetadas, ciertos beneficios de la prevención y el bienestar, las terapias, los servicios dentales, los servicios de la visión y otros servicios. Si no quiere inscribir en el plan de beneficios que satisfecha sus necesidades de salud, usted necesita informar a su trabajador de self-reliance de Salud y Bienestar.

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

AL ANOTAR MIS INICIALES EN LAS SIGUIENTES PROVISIONES, ENTIENDO QUE . . .

_____ Puedo ser sancionado y requerido a regresar cualquier beneficio que reciba si mi información no es verdadera. Las sanciones pueden incluir acciones administrativas, civiles o criminales en mi contra, incluyendo el ser enjuiciado.

_____ Autorizo que el Departamento de Salud y Bienestar obtenga, use y divulgue mi información. Entiendo que la información es necesaria para proveer beneficios o servicios, para obtener pago por beneficios o servicios y para la operación normal de negocios del Departamento.

_____ Tengo el derecho de revocar este consentimiento, por escrito, en cualquier momento excepto en casos en donde el Departamento ya ha usado y divulgado mi información contando con este consentimiento. Si revoco este consentimiento, el Departamento no puede proveerme más beneficios ni servicios.

_____ Seré notificado de mi derecho de apelar las decisiones del Departamento y puedo contactar al Departamento para obtener información sobre el proceso de apelación.

_____ He leído y comprendo las opciones de los planes y que tal vez sea responsable por pagar parte del costo de mi plan de salud.

_____ Mi firma certifica que la ciudadanía / estado de inmigración marcada en la página 2 es correcta para cada persona en la solicitud.

_____ Si un tercero es responsable por mi enfermedad o mi herida, le doy todo derecho que yo tenga, o que adquiera en el futuro, de ser compensado por ese tercero responsable de cualquier beneficio de Medicaid que yo reciba.

_____ Mi firma o la firma de mi representante autoriza a las oficinas estatales para que se comuniquen con las compañías de seguro con respecto a mi asistencia médica.

_____ Mi firma indica que he recibido una copia de las Prácticas de Privacidad del Departamento.

_____ Al solicitar beneficios para un menor, se abrirá un caso para el sostenimiento de los niños, cuando aplique. Si estoy recibiendo beneficios para mi y no coopero con los Servicios para el Sostenimiento de los Niños puedo perder beneficios o me los pueden reducir.

_____ Tengo el derecho de escoger a mi Doctor de Cuidado Principal de Healthy Connections, de solicitar referencias para servicios y de cambiar mi doctor/ clínica si mis circunstancias cambian.

_____ Si recibo Medicaid después de que cumpla 55 años de edad, mis bienes pueden ser sujeto a la recuperación de los gastos médicos pagados en mi nombre y que cualquier transferencia de activos puede ser cancelada por una corte si no recibo el valor adecuado.

_____ Si recibo Medicaid/ Asistencia Monetaria, tengo el deber de reportar cambios en mis circunstancias incluyendo en los ingresos, en los activos y en la situación de vivienda dentro de diez (10) días del cambio.

_____ Si determinan que soy elegible para Medicaid, yo escojo el plan basado en mis necesidades de salud, a menos que le indique de diferente manera a mi trabajador de autosuficiencia.

Bajo pena de perjurio, juro o afirmo que la información que proveo es verdadera y completa.

_____ Firma del Solicitante

_____ Fecha

_____ Firma de Otro Adulto en el Hogar

_____ Fecha

REPRESENTANTE PERSONAL/ AUTORIZADO: Usted puede autorizar a que otra persona solicite beneficios por usted y que use sus Cupones de Alimentos para comprar comida para usted. Si quiere autorizar a alguien, anote su nombre, teléfono y dirección abajo. **NOTA:** Si su representante autorizado nos da la información incorrecta que causa que le demos beneficios a los que no tiene derecho de recibir, usted nos tendrá que pagar los beneficios extra.

_____

Nombre del Representante Autorizado | Número de Teléfono | Dirección | Ciudad | Estado | Código Postal

_____ Firma del Representante Autorizado/ Guardián

_____ Fecha

Ha completado la solicitud y ha estado listo para para entregar la solicitud a su oficina local de Salud y Bienestar. Ver la parte al reverso de la página 1 para las instrucciones en encontrar su Salud local y oficina de Bienestar.

IDAHO DEPARTMENT OF HEALTH & WELFARE

Aviso sobre las Prácticas de Privacidad

Fecha Vigente 14 de Abril, 2003

HW-0320S
Revisado 03/07

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN PUEDE SER USADA Y DIVULGADA Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVÍSELA CON CUIDADO.

- Si usted tiene cualquier pregunta sobre este Aviso, por favor contacte a la Oficina de Privacidad del Departamento de Salud y Bienestar al 208-334-6519 ó por correo electrónico al PrivacyOffice@dhw.idaho.gov.

- Usted puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento. Copias de este aviso están disponibles en las oficinas del Departamento de Salud y Bienestar. Este aviso también está disponible en el sitio web del Departamento de Salud y Bienestar en http://www.healthandwelfare.idaho.gov

EL PROPÓSITO DE ESTE AVISO

Este Aviso sobre las Prácticas de Privacidad describe cómo el Departamento de Salud y Bienestar de Idaho (Departamento) maneja información confidencial, siguiendo los requisitos estatales y federales. Todos los programas dentro del Departamento pueden compartir información confidencial entre sí como sea necesario para proveerle beneficios o servicios y para el propósito normal de un negocio. El Departamento también puede compartir su información confidencial con otros fuera del Departamento como sea necesario para proveerle beneficios o servicios.

Nosotros estamos dedicados a proteger su información confidencial. Nosotros creamos archivos de los beneficios o servicios que usted recibe por parte del Departamento. Nosotros necesitamos estos archivos para proveerle cuidado y servicios de calidad. También necesitamos estos documentos para seguir las leyes locales, estatales y federales.
Se nos requiere de:

- usar y divulgar información confidencial como la ley lo requiere;
- mantener privada su información;
- darle este aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad para su información; y
- seguir los términos del aviso que está actualmente en efecto.

Este Aviso sobre las Prácticas de Privacidad no afecta su elegibilidad para recibir beneficios o servicios.

SUS DERECHOS SOBRE SU INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

1. Derecho de Revisar y Copiar

Usted tiene el derecho de revisar y copiar su información como lo permita la ley.

Si a usted le gustaría revisar y copiar su información, el formulario "Records Request" (Solicitud de Documentos) está disponible en las oficinas del Departamento. Usted debe completar este formulario y regresarlo a una oficina del Departamento para procesarlo. El Departamento le responderá dentro de 3 días de trabajo de cuando se recibió su petición. El Departamento puede extender el tiempo que se toma en responderle a 7 días de trabajo adicionales si la información que solicita no puede ser localizada ni recuperada dentro de los 3 días originales. Si este es el caso se le enviará un aviso de la extensión y la razón de ésta.

Si desea recibir una copia de la información, puede que exista un cobro. Si pide 100 páginas o más de nuestros archivos, el cobro puede ser de 10¢ por página.

Se le notificará si existe información que legalmente no le podemos divulgar.

2. Derecho de Corregir

Usted tiene el derecho de pedirnos que hagamos cambios a su información si cree que la información que tenemos sobre usted es errónea o no está completa.

Si le quiere pedir al Departamento que cambie su información, el formulario "Request to Amend Records" (Solicitud para Corregir Documentos) está disponible en las oficinas del Departamento. Usted debe completar este formulario y regresarlo a una oficina del Departamento para procesarlo. El Departamento le responderá a su petición dentro de 10 días.

Nosotros podemos negar su petición si nos pide que cambiemos información que:

- No fue creada por el Departamento;
- No es parte de la información que es mantenida por el Departamento ni es para éste;
- No es parte de la información que se le permite revisar y copiar; o
- Nosotros determinamos que está correcta y completa.

3. Derecho de Restringir Divulgaciones de la Información sobre la Salud

Usted tiene el derecho de pedirnos que no compartamos su información sobre la salud para su tratamiento o servicios, o en el propósito normal de un negocio. Usted nos debe decir qué información no desea que compartamos y con quién no la debemos compartir.

Si usted quiere pedirle al Departamento que no comparta su información, el formulario "Request to Restrict Health Information Disclosures" (Solicitud para Restringir las Divulgaciones de la Información sobre la Salud) está disponible en las oficinas del Departamento. Usted debe completar este formulario y regresarlo a una oficina del Departamento para procesarlo. El Departamento responderá a su petición dentro de 10 días.

Si otorgamos su petición, nosotros cumpliremos con su deseo a menos que la información se necesite para darle tratamiento en caso de emergencia o hasta que suspenda la restricción.

4. Derecho a una Manera Alterna de la Entrega de Información

Usted tiene el derecho de pedir que le entreguemos su información a una dirección diferente. Por ejemplo, nos puede pedir que le enviemos su información de un programa a una dirección diferente de la de otros programas de los cuales usted recibe servicios o beneficios.

Si usted desea solicitar una manera alterna de la entrega de su información, el formulario "Request for Alternate Means of Delivery" (Solicitud para una Manera Alterna de Entrega) está disponible en las oficinas del Departamento. Usted debe completar este formulario y regresarlo a una oficina del Departamento para procesarlo. El Departamento responderá a su petición dentro de 10 días.

Nosotros no le preguntaremos la razón de su petición. Todas las solicitudes razonables serán aprobadas.

5. Derecho a un Reporte de las Divulgaciones de la Información sobre la Salud

Usted tiene el derecho a un reporte de las divulgaciones de la información sobre su salud. Este reporte de divulgaciones no incluye las veces en que hemos compartido su información de la salud para tratamiento, pago para su tratamiento o para el propósito normal de un negocio, o las veces que nos autorizó para compartir su información.

Si usted desea solicitar un reporte de las divulgaciones de la información sobre su salud, el formulario "Request to Receive a Report of Health Information Disclosures" (Solicitud para Recibir un Reporte de las Divulgaciones de la Información sobre la Salud) está disponible en las oficinas del Departamento. Usted debe completar este formulario y regresarlo a una oficina del Departamento para procesarlo. El Departamento responderá a su petición dentro de 10 días.

El primer reporte que nos pida y que recibe en el paso de un año será libre de cobro. Para reportes adicionales dentro del mismo año, cobraremos los gastos de proveerlo. Nosotros le diremos el costo y usted puede remover o cambiar su petición en ese entonces antes de que se le cobre algo.

CÓMO EL DEPARTAMENTO PUEDE USAR Y COMPARTIR SU INFORMACIÓN

Ocasiones en donde no se necesita su permiso

- **Para Recibir Tratamiento**. Nosotros podemos usar su información para darle beneficios, tratamiento o servicios. Podemos compartir su información con una enfermera, un profesional médico u otra persona que le está dando tratamiento o servicios. Los programas en el Departamento también pueden compartir su información para coordinar servicios que tal vez necesite. Nosotros también podemos compartir su información con personas fuera del Departamento que participan en su cuidado, tales como miembros de la familia, representantes informales o legales, u otros que le pueden dar servicios como parte de su cuidado.

- **Para Recibir Pago**. Nosotros podemos usar y compartir su información para el tratamiento y los servicios que recibe por medio del Departamento puedan ser pagados. Por ejemplo, necesitamos darle a su compañía de seguro médico información sobre el tratamiento o los servicios que recibió para que su seguro médico pueda pagar el tratamiento o los servicios.

- **Para la Operación del Negocio**. Nosotros podemos usar y compartir su información con propósito de operar el negocio. Esto es necesario para la operación diaria del Departamento y para asegurarnos de que todos nuestros clientes reciben calidad de cuidado. Por ejemplo, podemos usar su información para revisar nuestra provisión de tratamiento y servicios y para evaluar el desempeño de nuestro personal cuando le provee servicios.

Ocasiones en donde se necesita su permiso

- **Por razones que no son para el tratamiento, el Pago o la Operación del Negocio.** Existen ocasiones cuando el Departamento tenga que usar y compartir su información por razones que no son para el tratamiento, el pago y la operación del negocio como se explicó arriba. Por ejemplo, si su empleador o escuela le pide información al Departamento que no es parte del tratamiento, del pago ni la operación del negocio, el Departamento le pedirá una autorización por escrito permitiéndonos compartir esa información. Si nos da permiso para usar y compartir su información, usted también puede suspender ese permiso en cualquier momento, si lo hace por escrito. Si suspende su permiso, no usaremos ni compartiremos esa información. Usted debe comprender que no podemos recuperar información que ya compartimos con su autorización.

- **Personas que son parte de su cuidado o pago por su cuidado.** Nosotros podemos darle información a un miembro de la familia, a un representante legal, o a alguien a quien usted ha designado como parte de su cuidado. También le podemos dar su información a alguien que le ayuda a pagar por su cuidado. Si usted no puede decir sí o no a dicha divulgación, podemos compartir su información como sea necesario si determinamos en nuestra opinión profesional que es para su bienestar. También, podemos compartir su información en un desastre para que su familia o representante legal esté informada sobre su condición, estado y localidad.

Otros usos de su información que pueden ser hechos sin su permiso

- Para recordatorios de citas
- Para alternativas de tratamiento
- Como lo requiera la ley
- Para el riesgo de la salud pública
- Para la policía
- Para demandas y disputas
- Para médicos forenses, examinadores médicos, directores de funerales
- Para donar órganos y tejido
- Para tratamiento de emergencia
- Para prevenir una amenaza grave a la salud y seguridad
- Para organizaciones militares y de veteranos
- Para actividades de supervisión de la salud
- Para actividades de seguridad nacional e inteligencia
- Para instituciones correccionales

REQUISITOS ESPECIALES

Información que se ha recibido de un programa de tratamiento para el abuso de sustancias financiado con fondos federales o por medio del programa de bebés y niños pequeños no será divulgada sin la autorización específica de la persona o de un representante legal.

CAMBIOS A ESTE AVISO

El Departamento tiene el derecho de cambiar este aviso. Una copia de este aviso se encuentra fijado en nuestras oficinas del Departamento. La fecha de vigencia de este aviso se muestra arriba de cada página. Si el Departamento hace algún cambio a este Aviso sobre las Prácticas de Privacidad, el Departamento seguirá los términos del aviso que está actualmente en vigencia.

QUEJAS

Si usted cree que sus derechos de privacidad sobre su información confidencial han sido violados, usted puede someter una queja por escrito con el Departamento de Salud y Bienestar de Idaho. Todas las quejas que son entregadas al Departamento deben ser por escrito en el formulario de "Complaint Privacy" (Quejas de Privacidad) que está disponible en las oficinas del Departamento. Para someter una queja con el Departamento, envíe el formulario completado de Quejas de Privacidad a:

Idaho Department of Health and Welfare
Privacy Office
P.O. Box 83720
Boise, ID 83720-0036

Si usted cree que sus derechos de privacidad sobre su información de la salud han sido violados, usted también puede someter una queja con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. Su queja debe ser por escrito y debe poner el nombre de la organización la cual es el sujeto de su queja y describir lo que cree que fue violado. Envíe su queja por escrito a:

Region 10
Office for Civil Rights
U. S Department of Health and Human Services
2201 Sixth Avenue-Suite 900
Seattle, Washington 98121-1831

Para todas las quejas sometidas por correo electrónicas enviar a OCRComplaint@hhs.gov

Una queja ya sea con el Departamento de Salud y Bienestar o con el Secretario de Salud y Servicios Humanos debe ser sometida dentro de 180 días de cuando usted cree que la violación a la privacidad ocurrió. Este límite de tiempo para someter quejas puede ser suspendido con buena causa.

Usted no será castigado ni se tomarán represalias en su contra por someter una queja.