Instrucciones:

SI USTED TIENE PREGUNTAS SOBRE ESTA SOLICITUD O NECESITA AYUDA EN COMPLETARLA, LLAME AL 1-800-656-6684.

Sección A:

Marque la(s) categoria(s) que mas se asemejen a su situación. Si esta embarazada y que quiere el seguro de salud solo para usted, por favor envíe una nota de un doctor u otro proveedor médico que verifica que usted está embarazada.

Sección B: Información del Solicitante – Por favor díganos su información

- Favor de proveer un número de teléfono donde sea fácil localizarlo si nosotros necesitamos más información.
- Si usted recibe ahora beneficios del Departamento de Servicios Sociales o usted recibió beneficios en el pasado, favor escribir su número de ID del cliente, si usted lo sabe.
- Si usted no desea el seguro de salud para usted, usted no tiene que darnos su Número de Seguro Social. Sin embargo, los Números de Seguro Social pueden ayudarnos a procesar su solicitud más rápidamente. Usamos el Número de Seguro Social para verificar ingreso.
- Nosotros preguntamos si usted es ciudadano de E.U. Si usted no desea el seguro de salud para usted mismo, esta información no es exijida.
- Nosotros preguntamos si Ud. es Hispano/Latino y su raza. Esta información es colectada para las estadísticas solamente.

Sección C: Información a cerca de otras personas que desean seguro de salud

Favor denos información sobre las personas que desean seguro de salud. Incluya su información usted si quiere seguro de salud. Tambien, incluya información sobre cualquier otro padre/madre en el hogar que necesita seguro de salud. Añada páginas adicionales, si es necesario...Los Números de Seguro Social de todas las personas que quieren seguro de salud serán usados para documentar cuidadanía, identidad, eligibilidad e ingresos. Los Números de Seguro Social se verificarán, por computadora, con los datos de los gobiernos federales, estales y locales. Los Números de Seguro Social son parte de los requisitos para determinar si es eligible para Medicaid por: 42 U.S.C. §§ 1320b-7(a) (1), (b)(2). Podemos pedir Números de Seguro Social para el Programa de Seguro para Niños por: 42 U.S.C. §§ 457.340 (b) y para el el Plan de Connecticut Pre-existing Condition (CT PCIP) por otros requisitos federales. Los Números de Seguro Social no son requeridos para el Plan de Salud Charter Oak. Si Ud. no nos dá los Números de Seguro Social, Ud. tendrá que someter verificación de sus ingresos y de ciudadania, (por ejemplo: talonarios de su cheque de salario, certificados de nacimiento, ect.). Por favor díganos si alguna persona en su hogar esta embarazada, recibe Seguro Social (SSI), tiene una disabilidad o es legalmente ciega.

Sección D: Otra Información del Hogar

Dé información sobre miembros de la familia que viven en el hogar pero no desean seguro de salud. Liste todos los padres, padrastros/madrastras, esposo(a) y hermanos(as), menores de 19 años, de los niños para quien usted esta solicitando. También, liste su esposo(a) si él o ella no es el padre/madre de cualquiera de los niños y usted desea seguro de salud para usted. Nosotros preguntamos por los Números de Seguro Social de todas las personas, sin embargo, esta información no es exijida. Nosotros procesaremos su solicitud aún si usted no nos prove el Número de Seguro Social para una persona que no solicite seguro.

Sección E: Información de Padres que no Viven en el Hogar

Si usted es un padre/madre o pariente que vive y cuida un niño y usted quiere HUSKY A para usted, usted debe darnos información a cerca de los padre(s) del niño que no viven en la casa para ayudarnos a obtener apoyo médico de los padre(s). Si Ud. no coopera, el niño puede obtener HUSKY A, pero Ud. no puede tener HUSKY A. Ud. no podrá obtener HUSKY A o Charter Oak para Ud., sin embargo sus hijos podrían calificar para HUSKY A. Las mujeres embarazadas no tienen que proporcionar la información sobre el padre del bebé a nacer. Usted puede pedir una excepción de este requisito si Ud. cree que hay amenaza de violencia domestica. Si usted no quiere la ayuda para usted mismo no tiene que cooperar con la manutención de menores. Sin embargo, nosotros podemos ayudarle a recibir manutención de menores y el apoyo médico para los niños, si usted lo quiere. Si usted es un padre no-custodio que solicita a nombre de sus niños usted debe dar información sobre usted mismo. Si usted necesita ayuda para obtener pagos de manutención de menores de un padre, por favor llame a la Línea de Información de Manutención de Menores al 1-888-233-7223. Éste es un número de llamada gratis.

Sección F: Información de Ingreso de Empleo

Esta sección pregunta por información de ganancias de las personas que desean seguro de salud y otros miembros de la familia cuyo ingreso nosotros contamos. Asegúrese de listar todos los empleos de estos individuos. Por favor liste las cantidades brutas. El ingreso bruto es la cantidad antes de que algo se saque para impuestos u otros gastos. También, incluya ingreso de su trabajo propio. Si usted trabaja por cuenta propia, muestre la cantidad de su ingreso después de que usted substrae los gastos propios del negocio. Gastos de empleo propio son los costos para hacer negocio. Estos costos pueden incluir la renta del sitio del negocio y el costo de materiales, suministros y equipo. Ellos no incluyen la depreciación en propiedad o en equipo. Nosotros no contamos las ganancias de niños que están en la escuela así que es importante incluir la información de la escuela de cualquier estudiante que trabaja. Adjunte hoja(s) adicional(es) si es necesario. No incluya información sobre usted, si usted no vive con los niños.

Sección G: Otra Información sobre Ingresos

En esta sección asegúrese de incluír todos los ingresos no ganados recibidos por los individuos listados en las Secciones C y D de la solicitud. También, incluya su ingreso no ganado si usted es padre/madre que vive con los niños o si usted u otro pariente que es responsable por los niños y usted desea seguro de salud para usted. Adjunte hoja(s) adicional(es) si es necesario.

Sección H: Información de Gastos de Cuidado Diurno (Day Care)

Los gastos de cuidado diurno pueden ser usados para reducir la cantidad del ingreso del hogar que nosotros contamos. Una deducción de cuidado diurno puede ser la diferencia en si usted debe o no debe pagar primas o co-pagos. Los gastos de cuidado diurno pueden ser por un niño o un adulto incapacitado. Nosotros le daremos crédito por los gastos de cuidado diurno aun si ellos son pagados por el estado. Asi que liste también estos pagos. (Si usted necesita ayuda con cuidado de niños, favor llame al número gratis de Infoline de Cuidado de Niños al 1-800-505-1000.) Envíenos una carta de su proveedor de la guardería que muestre la cantidad que usted paga por cuidado de niños.

Sección I: Información sobre Seguro de Salud

En la primera parte liste solamente aquellos individuos que tienen seguro ahora. En la segunda parte, liste solamente aquellos niños cuyo seguro de salud ha terminado en los últimos dos meses y adultos cuyo seguro ha terminado en los los últimos seis meses. En la tercera parte, asegúrese de listar todos sus facturas de gastos de salud. Si usted califica para Medicaid o HUSKY A, nosotros podemos ayudarle a pagar los gastos médicos incurridos en los tres meses antes de que usted solicite. También, nosotros podemos usar sus facturas médicas para determinar su elegibilidad para Medicaid o HUSKY A.

Sección J: Inmigración

Verificación: Por favor provea información de inmigración y documentación de cualquiera que no sea ciudadano americano y que está solicitando seguro de salud. La documentación puede ser una copia de su tarjeta de registro extranjera/alien registration (I-94 o I-551) u otra forma que muestre su estado de inmigración. Si el no-ciudadano es un miembro de las fuerzas armadas de los Estados Unidos o un veterano americano marque en el espacio apropiado. También, si el no-ciudadano es un cónyuge, viuda(o) o niño menor de alguien que es un miembro de las fuerzas armadas americanas o un veterano americano, márquelo así mismo.

Otros miembros de la casa: A Ud. no se le exige que provea esta información para personas que no quieran seguro de salud. Usted puede obtener seguro de salud para los miembros de la familia que son elegibles aun cuando su familia incluye otros miembros que no son elegibles, debido al estado de inmigración. Por ejemplo, los padres inmigrantes pueden recibir HUSKY para niños que son ciudadanos americanos aunque los padres no pueden calificar para HUSKY o Charter Oak, debido a su estado de inmigración.

INS Y HUSKY/Charter Oak: Nosotros **no compartiremos** información que usted nos da con la Inmigración y Servicio de la Naturalización (INS).

Cargo Público: El INS no puede usar esta solicitud o la inscripción en de sus niños en HUSKY para negarle la admisión a E.U., perjudicar su estado de residente permanente o deportarlo.

Sección K: Membresía Tribal

Si usted o cualquiera de los niños, por quien usted esta solicitando son miembros de una tribu reconocida federalmente, favor identifique la membresía en la tribu. Miembros de tribus de Indios Americanos o Nativos de Alaska reconocidos federalmente, que califican para seguro subsidiado de HUSKY, no tienen que pagar primas o co-pagos.

Sección L: Lea Cuidadosamente y Firme/Firmas

Esta sección lista términos legales con los que usted está de acuerdo. Usted deberá leer esto cuidadosamente antes de firmar esta solicitud. Si usted solicitó por los niños, usted deberá firmar su nombre en la línea de solicitante: "Firma". Si usted firma con una "X", alguien más debe firmar su nombre como un testigo en la línea de "Firma de Testigo". Si alguien le ayudó a completar la forma, él o ella deberá firmar en la línea de "Ayudante". Si un interprete le ayudó a usted a leer o completar la solicitud, él o ella deberá firmar en la línea de "Interprete". Si usted no puede llenar la solicitud y firmar su nombre, usted puede tener un "Representante" que lo haga por usted. El "Representante" deberá firmar en la línea de "Representante".

Verificación:

Nosotros usaremos la información que usted nos da para determinar la elegibilidad de su familia para Medicaid, HUSKY, Charter Oak y CT PCIP. Por favor proporcione la información completa y exacta. Nosotros sólo preguntaremos por información adicional si la información que usted nos dá es incompleta o inexacta.

Con nuestro sistema de computadora, nosotros tenemos acceso a la información de la Administración del Seguro Social, Departamento de Trabajo, Departamento de Vehiculos de Motor y otras fuentes. Nosotros usamos esta información para confirmar la información que usted nos da.