Iowa Department of Health and Human Services

Express Lane Medicaid for Children
(Express Lane Medicaid para Niños)

Número del condado: Nombre y número del asistente:

Número del caso: Teléfono del asistente:

Las **NUEVAS** normas facilitan que los niños que viven en su hogar y ya reciben SNAP obtengan Medicaid. No tendrá que llenar una solicitud.

Si desea que sus hijos reciban Medicaid:

1. Marque “Sí” para cada uno de los menores mencionados debajo que necesiten ayuda para pagar facturas médicas.
2. Firme este formulario y envíelo por correo a su oficina de HHS o tráigalo antes del

Sí	No	Nombre del Niño / Niña
☐	☐	
☐	☐	
☐	☐	
☐	☐	
☐	☐	
☐	☐	
☐	☐	
☐	☐	
☐	☐	

Seguro Médico

¿Los niños tienen otro seguro médico? ☐ Sí ☐ No

Si sus hijos tienen seguro médico, envíe o traiga a la oficina de HHS el formulario **470-2826, Insurance Questionnaire** (adjunto).

Atención Médica

Si alguno de sus hijos tenía menos de un año de edad en los últimos tres meses calendario, ¿necesita ayuda para pagar las facturas médicas de esos meses? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es afirmativa, por favor indique el nombre del menor:_____

Meses en los cuales recibió atención médica_____

Child Support Recovery (Cobro de Manutención de Menores)

¿Desea obtener la ayuda de Child Support Recovery para cobrar la manutención de los niños mencionados en este formulario? ☐ Sí ☐ No

¿El padre o la madre ausente está obligado/a por orden judicial a pagar los gastos médicos de alguno de los niños mencionados en este formulario? ☐ Sí ☐ No

Si respondió “sí” a alguna de estas preguntas, provea información sobre cada padre/madre que no vive en el hogar con el niño o la niña.

Nombre y domicilio del padre o de la madre que no vive en el hogar	Fecha de Nacimiento	Número de Social Security	Nombres de los hijos de este padre/esta madre	Condado donde se radicó la orden judicial, si corresponde

Por favor, provea la siguiente información sobre cada uno de los padres o las madres que no viven en su hogar, si la sabe:

Nombre y domicilio del padre o de la madre que no vive en el hogar	Nombre del empleador	Domicilio del empleador	Si estuvieron casados, fecha y lugar del casamiento

Si necesita más espacio, adjunte la información en una hoja aparte

Renovación de la Cobertura en Los Años Sucesivos

Podemos verificar electrónicamente los datos sobre sus ingresos y sus declaraciones impositivas con el fin de facilitar la determinación de su elegibilidad para cobertura médica en el futuro. Además, puede cambiar de opinión y no dar su autorización para que Department of Health and Human Services verifique dichos datos.

¿Desea que sus datos sean verificados y utilizados para renovar su elegibilidad automáticamente en el futuro?

☐ Sí, autorizo que mi elegibilidad sea renovada automáticamente.
¿Por cuánto tiempo? ☐ 5 anõs ☐ 4 anõs ☐ 3 anõs ☐ 2 anõs ☐ 1 anõ

☐ No, no autorizo que se utilice información de mis declaraciones impositivas para renovar mi cobertura.

Programa de Cobro a Través del Patrimonio Sucesorio (Estate Recovery)

La ley federal dispone que Iowa debe tener un programa de cobro a través del patrimonio sucesorio. Si recibe Medicaid, puede estar sujeto a cobro a través de su patrimonio. Esto quiere decir que los fondos de Medicaid que se utilizaron para pagar su atención médica, incluso las cuotas mensuales que se pagaron a una organización de atención médica administrada (MCO), deberán ser reintegrados con sus bienes después de su fallecimiento. El cobro a través del patrimonio sucesorio es aplicable si recibe Medicaid y si:

- Tiene 55 años de edad o más, o
- Es menor de 55 años, vive en una institución médica y es muy probable que no pueda regresar a su hogar.

Para obtener más información, llame al Programa **Estate Recovery** de Iowa Medicaid al 1-877-463-7887, o por Internet: https://hhs.iowa.gov/media/6458 (En inglés) o https://hhs.iowa.gov/media/6459 (En español).).

Lea y Firme Este Formulario

- Mediante la firma de este formulario, usted autoriza al HHS para que comparta sus registros médicos y de salud con funcionarios federales y estatales.
- Mediante la firma de este formulario, usted autoriza a su proveedor médico para que comparta:
  - Su historia clínica con una MCO u otros prestadores de atención médica gestionada.
  - Información con la unidad de servicios médicos IME con el fin de certificar la necesidad de tratamiento médico para ciertos programas y servicios de asistencia médica.

  Acepto asignar pagos realizados por terceros a Medicaid en mi nombre y en el de otras personas que sean elegibles para Medicaid y para quienes estoy legalmente autorizado a asignar beneficios. Además, acepto cooperar para obtener pagos de terceros para servicios médicos.
- A mi mejor saber y entender, y mediante mi firma en este formulario, certifico bajo pena de perjurio y falso testimonio que mis respuestas son verdaderas y completas, incluida la información provista sobre la ciudadanía y el estatus migratorio de cada miembro del grupo familiar que solicita beneficios. Además, acepto cooperar para obtener pagos de terceros para servicios médico.

- Es de mi conocimiento que debo informar al centro telefónico de Income Maintenance si algo cambia y es diferente a lo que escribí en esta solicitud. Debo llamar al **1-877-347-5678** para informar dichos cambios. Entiendo que dichos cambios podrían afectar la elegibilidad de los integrantes de mi grupo familiar.
- Es de mi conocimiento que, conforme a la ley federal, se prohíbe cualquier tipo de discriminación con respecto a raza, color, país de origen, sexo, edad, y discapacidad. Puedo presentar una queja por discriminación en www.hhs.gov/ocr/office/file.
- Entiendo que puedo descargar mis Derechos y Responsabilidades por Internet en https://hhs.iowa.gov/media/6510 o que puedo llamar al centro de contactos de HHS al **1-855-889-7985**.

Necesitamos estos datos para verificar su elegibilidad para recibir asistencia con el fin de abonar la cobertura médica si decide solicitarla. Verificaremos sus respuestas utilizando nuestras bases de datos informáticos y las bases de datos de Internal Revenue Service (IRS), Social Security Administration, Department of Homeland Security, y de otras agencias que suministran informes crediticios. En el caso de que los datos no coincidan, le pediremos que nos envíe comprobantes.

En el Caso de que Alguna de las Personas Mencionadas en Esta Solicitud Califique Para Medicaid

Le cedo a la agencia Medicaid nuestro derecho a reclamar y recibir dinero de otros seguros médicos, acuerdos judiciales y terceros. Además, le cedo a la agencia Medicaid el derecho a reclamar y conseguir manutención de cónyuges o progenitores para atención médica.

Su firma	Fecha

Insurance Questionnaire
(Cuestionario sobre Seguros)

Para garantizar que sus facturas sean pagadas tan pronto como sea posible, le agradecemos que llene este formulario y lo devuelva a su oficina local de Department of Health and Human Services (HHS).

Su Nombre:_____ Su Nº de Ident. Estatal, si corresponde:_____

¿Tienen usted, sus hijos u otras personas que vivan en su hogar, cobertura de seguro médico?

☐ Sí ☐ No, entonces no continúe completando el cuestionario.

Si respondió afirmativamente, ¿quién es el titular del seguro médico?

☐ Usted ☐ Uno de sus padres, el cual no vive con usted

☐ Otra persona que vive con usted ☐ Otra persona que no vive con usted

Por favor, complete la siguiente información. Las casillas con esta marca * son obligatorias. Utilice la página siguiente si posee otra póliza.

Información acerca de la Primera Póliza

Marque **todos** los que correspondan a esta póliza:

☐ Gastos Médicos Mayores ☐ Medicamentos ☐ Suplemento Medicare

☐ Odontológicos ☐ Oftalmológicos

*Titular de la póliza (Apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)		Teléfono ( )
Dirección postal (Nº de la vivienda, calle, departamento, *O* apartado postal, ciudad, estado, código postal)		
*Número de Social Security	*Fecha de nacimiento	*Nº de Identificación Estatal
*Nombre de la compañía de seguros		Teléfono ( )
Dirección postal de la oficina de reclamos del seguro (Nº, calle, *O* apartado postal, ciudad, estado, código postal)		
Si accede al seguro a través de su empleador, nombre del empleador		
*Número de la póliza	Número del grupo	Fecha de vigencia de la póliza

Personas cubiertas por la póliza anterior:

Llene la siguiente información y díganos si estas personas están cubiertas actualmente o si las agrega o las quita del seguro.

Cubierto actualmente	Elija Uno: Agregar	Quitar	Fecha de vigencia	Apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre	Fecha de Nac.	Identificación Estatal	Parentesco con el Titular
	☐	☐					
	☐	☐					
	☐	☐					
	☐	☐					
	☐	☐					

Información sobre la Segunda Póliza

Marque **todos** los que correspondan a esta póliza:

☐ Gastos Médicos Mayores ☐ Medicamentos ☐ Suplemento Medicare
☐ Odontológicos ☐ Oftalmológicos

*Titular de la póliza (Apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)		Teléfono ( )
Dirección postal (Nº de la vivienda, calle, departamento, *O* apartado postal, ciudad, estado, código postal)		
*Número de Social Security	*Fecha de nacimiento	*Nº de Identificación Estatal
*Nombre de la compañía de seguros		Teléfono ( )
Dirección postal de la oficina de reclamos del seguro (Nº, calle, *O* apartado postal, ciudad, estado, código postal)		
Si accede al seguro a través de su empleador, nombre del empleador		
*Número de la póliza	Número del grupo	Fecha de vigencia de la póliza

Personas cubiertas por la póliza anterior:

Llene la siguiente información y díganos si estas personas están cubiertas actualmente o si las agrega o las quita del seguro.

Cubierto actualmente	Elija Uno: Agregar	Quitar	Fecha de vigencia	Apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre	Fecha de Nac.	Identificación Estatal	Parentesco con el Titular
	☐	☐					
	☐	☐					
	☐	☐					
	☐	☐					
	☐	☐					

¿Desea contarnos algo más con respecto a la información sobre seguros que nos facilitó? En caso afirmativo, por favor utilice este espacio.

Para uso exclusivo de la oficina:
Condado Nº _____
Asistente Nº _____
Fecha de Registro _____

¿Los niños son ciudadanos de los Estados Unidos?

Todas las personas que reciban Medicaid deben presentar un comprobante de ciudadanía estadounidense. Ver al dorso la **Com. 258, Verifying Citizenship and Identity (Verificación de Ciudadanía e Identidad)**, la cual contiene información sobre los tipos de verificación que HHS puede utilizar. Por favor, presente el comprobante para verificar que los niños mencionados a continuación son ciudadanos estadounidenses antes del .

HHS puede ayudarle a conseguir los certificados de nacimiento de los niños nacidos en Iowa. Para obtener más información, llame a su asistente.

¿Los niños son extranjeros calificados?

Los niños que son extranjeros calificados también pueden obtener Medicaid. Por favor, presente un comprobante para verificar que los niños mencionados a continuación son extranjeros calificados antes del .

Para obtener más información, llame a su asistente.

IOWA HHS

Verifying Citizenship/Identity and/or Immigration Status (Verificación de ciudadanía/identidad o estatus migratorio)

Ejemplos de cómo probar su ciudadanía estadounidense e identidad

No envíe sus documentos originales por correo. Tráigalos a la oficina. Puede enviar fotocopias por correo.

- La Columna A prueba ciudadanía e identidad al mismo tiempo.

Si no tiene un documento de la Columna A, necesitará proveer documentos de la Columna B.

- La Columna B requiere un documento de la Parte 1 y otro de la Parte 2 para cumplir con el requisito.

Columna A	Columna B	
	Parte 1	Parte 2
Prueba ciudadanía e identidad al mismo tiempo	**Prueba ciudadanía solamente**	**Prueba identidad solamente**
• Pasaporte estadounidense • Certificado de naturalización • Documentación de acreditación y afiliación emitida por una Tribu Indígena reconocida por el gobierno federal	• Certificado de nacimiento oficial emitido por un condado o estado de los Estados Unidos • Registro médico, comprobante de una escuela o seguro que muestre el lugar de nacimiento en los Estados Unidos • Otra prueba de ciudadanía aceptable	• Licencia de conducir o tarjeta de identificación del Departamento de Transporte • Identificación escolar con fotografía • Registro de clínica, doctor o escuela (para menores de 19 años) • Tarjeta de identificación militar o de persona dependiente • Otra prueba de identificación aceptable

Ejemplos de cómo probar el estatus migratorio

- Registro de llegadas y salidas en pasaporte extranjero (I-94)
- Registro de llegada/salida
- Certificado de ciudadanía
- Certificado de elegibilidad como visitante de intercambio
- Certificado de elegibilidad como estudiante no inmigrante
- Tarjeta de autorización de empleo
- Pasaporte extranjero
- Visa de inmigrante automatizada (con texto explícito de I-551 temporal)
- Tarjeta de residente permanente
- Permiso de reingreso
- Documento de viaje para refugiado
- Sello de I-551 temporal (en pasaporte o I-94/I-94a)
- Otra prueba aceptable de estatus migratorio

¿Tiene alguna pregunta o necesita ayuda?

- Llame gratis al 1-877-937-3663.
- Comuníquese con su trabajador(a).