Application: Presumptive Health Care Coverage for Children (Solicitud: Presunta Cobertura de Atención Médica para Menores)

Presunta Cobertura de Atención Médica

¿Tiene hijos menores de 19 años que viven con usted y necesitan atención médica actualmente? Si respondió afirmativamente, el programa de Presunta Cobertura de Atención Médica le brinda cobertura médica para sus hijos mientras su solicitud de Medicaid está siendo procesada.

La elegibilidad para la Presunta Cobertura de Atención Médica se basa en sus declaraciones acerca de:

- Sus ingresos familiares
- Residencia en Iowa
- Los integrantes de su grupo familiar
- La ciudadanía o el estado legal de extranjero calificado de sus hijos

Paso 1: Complete la solicitud adjunta. Responda tantas preguntas como pueda. Si necesita ayuda para completar la solicitud, por favor pregunte.

Paso 2: Envíe la solicitud tan pronto como sea posible. A la persona encargada de procesar la solicitud y de decidir si sus hijos pueden obtener Presunta Cobertura de Atención Médica se la denomina como “la entidad calificada”.

Paso 3: La entidad calificada le entregará una notificación por escrito en un plazo de 2 días informándole si sus hijos pueden obtener Presunta Cobertura de Atención Médica. Si son elegibles, la cobertura comenzará el día en el que se reciba la solicitud. Si la cobertura es aprobada, cuando sus hijos necesiten servicios lleve la notificación y muéstresela a sus proveedores de atención médica como comprobante de que son elegibles para Medicaid bajo el programa Presunta Cobertura de Atención Médica.

Paso 4: La entidad calificada enviará su solicitud al Department of Human Services (DHS) para que determinen formalmente su elegibilidad para Medicaid. La solicitud será enviada a DHS aunque sus hijos no sean elegibles para Presunta Cobertura de Atención Médica. Un asistente de DHS le enviará una carta informándole qué documentos necesitan para determinar la elegibilidad de sus hijos para cobertura continua de Medicaid.

Le pedirán que proporcione comprobantes de:

- El dinero que los integrantes de su grupo familiar reciben por sus empleos u otros beneficios. Ejemplos de comprobantes: recibos de sueldo, registros de empleo por cuenta propia y cartas otorgando beneficios.

- La identidad de los hijos para los cuales presenta la solicitud. Ejemplos de comprobantes: documentos de identidad con fotografía tales como licencia de conductor, tarjeta de identificación escolar y tarjetas de identificación expedidas por organismos gubernamentales.

- Que los hijos para los cuales presenta la solicitud son ciudadanos estadounidenses, están nacionalizados o son inmigrantes elegibles. Ejemplos de comprobantes: certificados de nacimiento, pasaportes y tarjetas de documentación para extranjeros.

Si fueran necesarios otros comprobantes, se le concederá el tiempo necesario para conseguirlos. Si necesita ayuda, pregúntele a su asistente de DHS.

¿Cuándo comienza la cobertura?

Presunta elegibilidad y Medicaid

La entidad calificada le enviará una notificación por escrito en un plazo de 2 días informándole si sus hijos son presuntamente elegibles para cobertura de atención médica. Si son elegibles, la cobertura comenzará el día en el que se reciba la solicitud.

En el caso de servicios continuos de Medicaid, recibirá una notificación de resolución informándole que recibirá ayuda en un plazo de 30 días contados a partir de la fecha en que su solicitud fue enviada a DHS. Si es elegible, la cobertura comenzará el primer día del mes en que se recibió su solicitud. La elegibilidad puede ser retroactiva a tres meses desde la fecha en la que se recibió su solicitud, si sus hijos tuvieron alguna factura médica en alguno de esos meses y si sus hijos son elegibles.

¿Qué significan nuestros términos?

Use estos términos en la solicitud. Su significado se describe a continuación.

Extranjero	Una persona que no es ciudadana estadounidense.
Elegible	Cumplir con todas las normas del programa.
Jefe/Jefa de Familia	La persona que completa esta solicitud. Generalmente es uno de los padres o tutor, o alguien que asume el rol de padre o tutor. Los integrantes de la familia se describen indicando el parentesco con el/la jefe/a de familia.
Grupo familiar	Un grupo de personas que viven juntas.
Extranjero no calificado	Un extranjero que es admitido legalmente en los Estados Unidos por una temporada específica (como los visitantes que vienen a trabajar o que están de vacaciones, los estudiantes de intercambio, los trabajadores temporales, etc.).
Medicaid continuo	DHS determina la elegibilidad para Medicaid. Si es aprobada, Medicaid continúa hasta que usted ya no sea elegible. Medicaid paga los servicios médicos aprobados.
Presunta Cobertura de Atención Médica	Período temporario o a corto plazo de elegibilidad para Medicaid, el cual paga los servicios médicos mientras DHS determina formalmente la elegibilidad para Medicaid.
Extranjero calificado	Un extranjero que es admitido legalmente en los Estados Unidos y tiene el privilegio de residir permanente o indefinidamente en el país. Estar “calificado” no necesariamente significa que la persona es elegible para recibir Medicaid.
Entidad calificada	Una persona que posee autorización para hacer determinaciones con respecto a la Presunta Cobertura de Atención Médica.
Recursos	Efectivo (dinero) o cualquier cosa que pueda cambiarse por dinero en efectivo. Ejemplos: dinero en efectivo en la mano, cuentas bancarias, vehículos, acciones, bonos, certificados de depósito, fondos fiduciarios, anualidades, cuentas de jubilación, fondos mutuos, bienes raíces, contratos de sepelio, etc.
Extranjero indocumentado	Un extranjero que está en los Estados Unidos sin papeles ni comprobante de su estado.

Application: Presumptive Health Care Coverage for Children (Solicitud: Presunta Cobertura de Atención Médica para Menores)

Sus Datos

Por favor, díganos quién es y cómo podemos comunicarnos con usted. Cualquiera de los padres o tutor, o cualquier persona que asuma el rol de padre o tutor, pueden presentar la solicitud en representación de los menores. Los adolescentes que no vivan con sus padres o tutor pueden presentar la solicitud por sí mismos. Le enviaremos la correspondencia a la persona que figura como solicitante.

Nombre	Teléfono ( )		
Nº de Social Security (opcional para adultos)	Fecha de Nacimiento		
Domicilio	Ciudad	Estado	Cód. Postal
Dirección Postal (si es diferente)	Ciudad	Estado	Cód. Postal
¿Qué idioma habla? ☐ Inglés	☐ Español	☐ Otro	

Entiendo que esta solicitud será enviada a DHS para averiguar si puedo obtener Medicaid continuo para mis hijos. Entiendo que, si los niños que están en esta solicitud no son elegibles, esta solicitud puede ser enviada al programa *hawk-i* para ver si pueden obtener la cobertura de salud *hawk-i*.

Su Firma

Certifico, bajo pena de cometer perjurio, que:

- Las respuestas que estoy por dar son correctas y completas a mi leal saber y entender.
- Mi respuesta con respecto a la ciudadanía o el estado legal de extranjero de cada una de las personas que solicitan asistencia es correcta.

Su Firma o Marca	Fecha de hoy		
Firma de la persona que me ayudó a completar el formulario, si corresponde	Fecha de hoy		
Nombre en imprentas de la persona que me ayudó a completar el formulario	Teléfono ( )		
Dirección postal de la persona que me ayudó a completar el formulario	Ciudad	Estado	Cód. Postal

Comenzando en la página siguiente, indique todas las personas que viven en su hogar. Comience con usted. Marque la casilla **sí** o **no** para mostrar si está presentando la solicitud para dicha persona. Utilice una hoja extra si es necesario.

Responda las preguntas sobre las personas que viven en su hogar.

Excepción: Abuelos y otras personas que presenten la solicitud solamente para menores que no son hijos propios. Responda el resto de las preguntas sobre los menores solamente, no sobre usted.

	Persona 1 (Jefe de familia)	Persona 2	Persona 3	Persona 4	Persona 5
Nombre y apellido					
¿Solicita para?	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Parentesco con el Jefe/la Jefa de Familia	Yo mismo				
¿Es esta persona uno de los padres biológicos, adoptivos, padrastro o madrastra, de alguno de los menores para los que se presenta la solicitud?	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Sexo	☐ Masculino ☐ Femenino	☐ Masculino ☐ Femenino	☐ Masculino ☐ Femenino	☐ Masculino ☐ Femenino	☐ Masculino ☐ Femenino
Fecha de nacimiento					
Nº de Social Security					
Nº de estado ID de Medicaid (si lo sabe)					
¿Es ciudadano norteamericano?	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Si es extranjero, estatus					
Etnia (opcional)	☐ Hispánico/ Latino ☐ No Hispánico/ Latino	☐ Hispánico/ Latino ☐ No Hispánico/ Latino	☐ Hispánico/ Latino ☐ No Hispánico/ Latino	☐ Hispánico/ Latino ☐ No Hispánico/ Latino	☐ Hispánico/ Latino ☐ No Hispánico/ Latino
Raza (opcional)	☐ Blanco ☐ Negro/afro-americano ☐ Asiático ☐ Nativo americano/ de Alaska ☐ Nativo de Hawai/de otras islas ☐ Otra	☐ Blanco ☐ Negro/afro-americano ☐ Asiático ☐ Nativo americano/ de Alaska ☐ Nativo de Hawai/de otras islas ☐ Otra	☐ Blanco ☐ Negro/afro-americano ☐ Asiático ☐ Nativo americano/ de Alaska ☐ Nativo de Hawai/de otras islas ☐ Otra	☐ Blanco ☐ Negro/afro-americano ☐ Asiático ☐ Nativo americano/ de Alaska ☐ Nativo de Hawai/de otras islas ☐ Otra	☐ Blanco ☐ Negro/afro-americano ☐ Asiático ☐ Nativo americano/ de Alaska ☐ Nativo de Hawai/de otras islas ☐ Otra

	Persona 1 (Jefe de familia)	Persona 2	Persona 3	Persona 4	Persona 5
Nombre y apellido					
¿Actualmente tiene Medicaid?	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
¿Actualmente tiene ***hawk-i***?	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
¿Otro seguro médico disponible?	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No

Sus respuestas a las preguntas que están a continuación no tendrán un impacto en la decisión de presunta elegibilidad. Estas respuestas son necesarias para que el DHS tome la decisión de si obtendrá una cobertura continua de Medicaid o no.

	Persona 1 (Jefe de familia)	Persona 2	Persona 3	Persona 4	Persona 5
¿Discapacitado/a?	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
¿Embarazada?	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
¿Para manutención infantil para alguna persona que vive con usted?	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
¿Paga servicios de cuidado para un niño o adulto discapacitado?	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
¿Obtuvo atención médica en los últimos tres meses (como visitas al médico o a la sala de emergencias)?	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
¿Actualmente recibe beneficios en otro estado?	☐ Sí ¿Qué estado? _____ ☐ No	☐ Sí ¿Qué estado? _____ ☐ No	☐ Sí ¿Qué estado? _____ ☐ No	☐ Sí ¿Qué estado? _____ ☐ No	☐ Sí ¿Qué estado? _____ ☐ No
¿Tiene recursos?	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No

Indique el nombre de las personas discapacitadas que viven en su hogar: _____

Nombre a las personas que reciben beneficios de otro estado: _____

¿Qué estado les da beneficios? _____

Ingresos

Debe informarnos sobre todo el dinero que reciben los integrantes de su grupo familiar. Si deja un espacio en blanco, entenderemos que no existe dinero de dicho tipo. Utilice una hoja extra si es necesario.

¿De dónde proviene el dinero?	¿Quién lo recibe?	Importe Mensual
Ingresos laborales antes de impuestos (Bruto) – 1er Empleo		
Ingresos laborales antes de impuestos (Bruto) – 2do Empleo o 2da persona que trabaja. (Si tiene más de dos empleos, indíquelo en una hoja aparte.)		
Empleo por cuenta propia o trabajos esporádicos		
Propinas, Bonos o Comisiones		
Seguro de desempleo o Worker's Compensation		
Beneficios de Social Security o SSI		
Beneficios para Veteranos, Jubilaciones o Fondos de Retiro		
Manutención o Pensión de Alimentos		
Dinero proveniente de amigos o parientes		
Dinero proveniente de intereses o dividendos		
Indique otros ingresos:		

Sus Derechos de Apelación

En el caso de la Presunta Cobertura para Atención Médica, no tiene derecho a apelar la decisión de elegibilidad porque la Presunta Cobertura para Atención Médica no es una determinación formal para recibir cobertura Medicaid continua.

Cuando DHS procese su solicitud para Medicaid, tendrá derecho a apelar la resolución sobre su elegibilidad. Usted o la persona que le esté ayudando podrán solicitar una audiencia de apelación si no se siente satisfecho con las acciones tomadas con respecto a su caso.

Las instrucciones sobre cómo apelar le serán enviadas junto con la notificación de resolución de DHS.

No Será Discriminado

La política de Iowa Department of Human Services (DHS) es brindarles trato igualitario con respecto a empleo y el ofrecimiento de servicios a todos los solicitantes, los empleados y los clientes sin tener en cuenta su raza, color, país de origen, sexo, orientación sexual, religión, edad, discapacidad, ideología política o condición de veterano.

En caso de necesitar asistencia o si desea hacer consultas, puede comunicarse con la Oficina IDHS de Recursos Humanos. Las quejas deben ser presentadas a la brevedad, aunque en la mayoría de los casos, no después de pasados 180 días de la acción discriminatoria alegada. Si cree que ha sido discriminado o acosado, le agradeceremos que envíe una carta explicando su queja a:

Iowa Department of Human Services, Office of Human Resources, Hoover Building – 1st Floor, 1305 E. Walnut, Des Moines IA 50319-0114; fax (515) 281-4243 o por e-mail stopit@dhs.state.ia.us

Cosas que Debe Saber

Su solicitud será enviada a DHS para determinar si sus hijos son elegibles para la cobertura continua de Medicaid.

Verificamos lo que nos informa

La información que nos brinde podría ser verificada por funcionarios federales, estatales y locales para comprobar que la información es verdadera. Las cosas que podrían ser verificadas son: el número de Social Security, el empleo y el sueldo, el estado legal de extranjero, y las sumas de dinero recibidas de otras fuentes como Social Security o el seguro de desempleo. Si encontráramos que la información presentada no es correcta, su solicitud podría ser denegada.

También se podrían verificar los registros de otros estados para ver si algún miembro de su grupo familiar está recibiendo beneficios de otro estado.

La información que usted presente será comparada con los datos de sistemas informáticos tales como el State Income and Eligibility Verification System (Sistema Estatal de Verificación del Ingreso y la Elegibilidad). Si la información difiere, DHS debe investigar para averiguar cuál es correcta. DHS podría comunicarse con su empleador, su banco y otras personas para verificar dicha información. DHS solicitará su permiso antes de verificar la información con otras personas.

Informe de Cambios

Cuando ocurra un cambio, deberá informárselo a DHS en un plazo de 5 días hábiles. Esto incluye cambios relacionados con:

- Los ingresos, incluidos pagos únicos o por única vez, tales como manutención, herencias o liquidaciones
- Las personas que viven en su hogar
- La cobertura del seguro médico
- La presentación de un reclamo al seguro o la contratación de un abogado para recuperar el importe de las facturas pagadas por Medicaid
- Su dirección postal o su domicilio residencial

Se pueden utilizar algunos de sus gastos para ver si usted es elegible para recibir Medicaid. Si no informa algunos de los gastos o no presenta los comprobantes correspondientes, se considerará que usted prefiere no reclamar el reembolso de dichos gastos. Puede informar y presentar los comprobantes más tarde y los gastos se utilizarán en los meses futuros.

Información del Número de Social Security

Puede obtener ayuda solamente para los menores que tengan Número de Social Security o un comprobante de que han solicitado el número a la oficina de Social Security. Existen algunas excepciones a esta regla. Por favor pregunte si tiene inquietudes.

No es necesario que proporcione el Número de Social Security de aquellos integrantes de su grupo familiar para los cuales no desea obtener asistencia. DHS utilizará los Números de Social Security proporcionados del mismo modo que se utilizan los números de las personas que desean obtener asistencia.

No les daremos los números de Social Security a los Servicios de Ciudadanía e Inmigración.

Esto es obligatorio de acuerdo a la Sección 1137(a)(1) de la Ley de Social Security y 42 CFR 435.910. Utilizamos los números de seguridad social para verificar los ingresos, la elegibilidad, comparar registros con otros organismos y cumplir con la ley federal.

Estado Legal de Inmigración

Se le preguntará por el estado de inmigración o de "extranjero" de los niños para los cuales está completando la solicitud. Puede presentar una solicitud para ciertos miembros de su hogar aún si estos no tienen un estado de inmigrante legal. Por ejemplo, los padres que no tienen estado de inmigrante legal pueden presentar una solicitud para sus hijos que son ciudadanos norteamericanos o extranjeros calificados.

DHS puede verificar con el Servicio de Ciudadanía e Inmigración el estado legal de los extranjeros que sean integrantes de su grupo familiar. La información provista por el Servicio de Ciudadanía e Inmigración podría afectar los beneficios de dicho individuo. No se pedirá información al Servicio de Ciudadanía e Inmigración con respecto a aquellas personas para las cuales no solicite beneficios. Sin embargo, sus ingresos podrán ser utilizados para ver si el resto del grupo familiar puede obtener Medicaid.

Al firmar esta solicitud, usted autorizará a DHS a compartir

- Su expediente médico y otros registros con funcionarios del gobierno federal y estatal.
- El estado de su caso de Medically Needy, el monto de su deducible, y las facturas utilizadas para cumplir con el deducible, con el proveedor cuyas facturas se estén utilizando.
- La información de su solicitud para servicios especiales a domicilio y comunitarios (Home- and Community-Based Services, HCBS) con la agencia elegida para manejar su caso o con el administrador del Programa de Servicios para Lesiones Cerebrales del Departamento de Salud de Iowa (IDPH) (en el caso de solicitudes de servicios especiales HCBS por lesiones cerebrales).
- La fecha de presentación de su solicitud en su establecimiento de atención médica.

Al firmar esta solicitud, usted autorizará a su proveedor de atención médica a compartir

- Su historia clínica con una Administradora de Seguros Médicos (HMO), Proveedor de Atención Médica Primaria (PHP), u otro proveedor de medicina prepaga.
- Información con la Unidad de Servicios Médicos de Iowa Medical Enterprise (IME) para certificar que existe necesidad médica para ciertos programas o servicios de Asistencia Médica.

Al firmar usted acepta asignar a la agencia Medicaid los pagos médicos que realicen terceros para usted y otras personas elegibles para Medicaid y para quienes usted esté legalmente autorizado para asignar beneficios. También se compromete a cooperar para obtener pagos médicos provenientes de terceros.

Otras Cosas que Debe Saber

- DHS puede entregarle sus respuestas a la policía para que capturen a aquellas personas que sean fugitivas y estén huyendo de la ley.
- La unidad de Control de Calidad o la unidad de Investigaciones pueden revisar su caso. Pueden comunicarse con otras personas u organizaciones para conseguir comprobantes de su información. Al firmar esta solicitud, usted autoriza la divulgación de información confidencial a la unidad de Control de Calidad (QC) o a la unidad de Investigaciones. Debe cooperar con dichas unidad para conservar sus beneficios.
- Deberá reintegrar todos los beneficios que reciba o sean pagados por terceros a su nombre y para los cuales no era elegible.
- La sección 1128B de la Ley de Social Security estipula sanciones a nivel federal por actos fraudulentos y la presentación de información falsa relacionada con estos programas.
- Toda persona que obtenga, intente obtener o ayude a otra persona a obtener asistencia para la cual no califica, es culpable de violar las leyes del estado de Iowa. Esto incluye, entre otros, los Capítulos 239B, 243, 249, y 249A del Código de Iowa.