Instructions for the Family Planning Program Application
(Instrucciones para la solicitud del Programa de Planificación Familiar)

Complete este formulario si vive en Iowa y quiere recibir asistencia del Programa de Planificación Familiar que provee cobertura limitada para servicios de planificación familiar.

Para solicitar ayuda, siga estos tres pasos:

1. **Complete la solicitud**
   Rellene la información solicitada, firme y feche la solicitud. Use una pluma de tinta azul o negra. Sea honesta. Si usted está ayudando a alguien, responda a las preguntas por esa persona.

2. **Presente la solicitud**
   Las solicitudes se pueden presentar en cualquier agencia de planificación familiar aprobada o en la oficina local de DHS. La fecha de inicio de la asistencia se basa en la fecha en que la agencia de planificación familiar o DHS recibe su solicitud.

3. **Provea todos los comprobantes necesarios**
   Consulte la tabla abajo para ver lo que necesita. Incluya copias de los comprobantes para apurar el procesamiento de su solicitud.

Comprobantes que necesitará enviar:

Además de su solicitud, será necesario que presente los siguientes comprobantes para el Programa de Planificación Familiar:

Comprobante necesario	Ejemplos de comprobante
Comprobante de identidad	Licencia de conducir, certificado de nacimiento, etc.
Comprobante de ciudadanía estadounidense	Certificado de nacimiento con identidad o pasaporte estadounidense, etc.
Comprobante de su estatus migratorio legal	Copia del documento de inmigraciones
Comprobante de ingresos o dinero del grupo familiar	Talones de cheques de los últimos 30 días si está empleada Si es empleada por cuenta propia, provea comprobante de sus declaraciones de impuestos, cartas de beneficios otorgados del Seguro Social, beneficios de veterano de la guerra, etc.
Comprobante de costos del cuidado de menores y adultos dependientes, manutención de menores o pensión alimenticia pagadas	Recibo o estado de cuenta del proveedor de guardería infantil/cuidado de adulto dependiente, copia impresa de la Unidad de Recuperación de Manutención de Menores (Child Support Recovery Unit), etc.
Comprobante que demuestre que ha solicitado un Número de Seguro Social (si no tuviera uno todavía)	Recibo de la Administración de Seguro Social

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES – LEA Y GUARDE ESTA HOJA

INFORMACIÓN PARA LAS PERSONAS QUE SOLICITAN EL PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

- Entiendo que asumo toda la responsabilidad por la exactitud de las declaraciones en este formulario. Entiendo que estas declaraciones se usarán para determinar mi elegibilidad para el Programa de Planificación Familiar.
- Entiendo que mi elegibilidad no se verá afectada por mi raza, credo, color, país de origen, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, religión, creencia política o estatus de veterano de guerra, salvo donde esto esté restringido por ley.
- Entiendo que tengo derecho a una audiencia si me deniegan esta solicitud o si no se toma una determinación oportuna respecto a la solicitud, o bien si me cancelan, reducen o suspenden los servicios otorgados. Entiendo que puedo tener una audiencia si hago la petición a mi oficina local de DHS y que puedo representarme yo misma o usar un abogado, pariente, amigo u otro representante.
- Sé que mi caso podría ser elegida por el Departamento para hacer un Control de Calidad u otra revisión de mi elegibilidad para la asistencia. Si mi caso es seleccionado para hacer una verificación, cooperaré completamente durante el proceso de verificación. Por la presente autorizo a todas las personas a divulgar la información confidencial respecto a mi elegibilidad al revisor del DHS. Entiendo que mi falta de cooperación con dicha revisión puede resultar en la denegación o cancelación de los beneficios.
- Entiendo que debo notificar a mis proveedores médicos (doctores, farmacéuticos, etc.) si existe otra parte responsable de pagar mis gastos médicos. No cumplir con mis responsabilidades puede ser causal para que el Departamento deniegue o cancele mi elegibilidad para el Programa de Planificación Familiar.
- Entiendo que debo reembolsar al Departamento cualquier dinero que me hayan pagado directo a mí o a un proveedor en mi nombre, al cual no tenía derecho.
- También entiendo que el Departamento proveerá los documentos o formularios de reclamación que describen los servicios pagados por el Programa de Planificación Familiar si los solicito o si los solicita un abogado en mi nombre. Esos documentos también se proveerán a terceros, si fuera necesario, para establecer la magnitud de la reclamación de reembolso del Departamento.
- Entiendo que las leyes y reglas federales y estatales permiten el acceso de oficiales federales y estatales a los registros del Programa de Planificación Familiar. También entiendo completamente que mi aceptación de la asistencia del Programa de Planificación Familiar representa mi consentimiento para que esas personas tengan acceso a mis registros médicos durante todo el tiempo que sea elegible para el Programa de Planificación Familiar, según sea necesario para verificar el pago correcto de los servicios de planificación familiar.
- Cualquier persona que obtiene o intenta obtener, o que ayude a otra persona a obtener asistencia pública a la cual no tiene derecho, es culpable de violar las leyes del estado de Iowa. Estas leyes incluyen, entre otras, los capítulos 243, 239B y 249A del Código de Iowa.
- Entiendo y estoy de acuerdo en que podría necesitar entregar al Departamento toda la documentación del U.S. Citizenship and Immigration Services (USCIS) u otros documentos que el Departamento considere necesarios para comprobar el estatus migratorio de todas las personas en mi grupo familiar que no sean ciudadanos estadounidenses. Entiendo que el estatus de residente legal podría estar sujeto a verificación por parte del USCIS, quienes requerirán el envío de cierta información de su solicitud al USCIS. También entiendo que la información recibida del USCIS podría afectar la elegibilidad de mi grupo familiar y el nivel de beneficios.
- Se requiere su Número de Seguro Social (SSN) para ser elegible para los servicios de planificación familiar de acuerdo con la normativa 8 U.S.C. 1621 y 42 U.S.C., sección 405(c)(2)(C)(i). Su SSN se utilizará para verificar la identidad de los miembros del grupo familiar, evitar que obtenga los mismos beneficios en otros lugares y para hacer cambios con mayor facilidad.
- Su SSN también se puede usar para cruzar la información con la Administración del Seguro Social y el IRS para verificar las respuestas que nos entregue en relación con los ingresos y otra información de elegibilidad de todos los miembros del grupo familiar. Esto se hace para asegurar que usted es elegible para los beneficios. La información que obtenemos de este cruce electrónico de datos podría resultar en acciones judiciales o reclamos administrativos por emisión excesiva de beneficios contra las personas que reciben beneficios de manera fraudulenta.

Usted debe informarnos si algo cambia en su caso. Dentro de un plazo de diez días, díganos si:

- Ha cambiado de dirección postal
- Queda embarazada
- Cumple 55 años de edad
- Se ha mudado de Iowa
- Ya no puede procrear o engendrar hijos
- Está aprobada para beneficios de Asistencia Médica (Medical Assistance)

Department of HUMAN SERVICES

Family Planning Program Application
(Solicitud del Programa de Planificación Familiar)

INFORMACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR				
Nombre	Segundo nombre	Apellido		
Dirección domiciliaria	Ciudad	Estado	Condado	Código postal
Dirección postal (si es diferente a la anterior) O Nombre y dirección del beneficiario o representante				
Número de teléfono de casa ( )	Número para dejar mensajes ( )	Nombre de la persona de contacto para dejar mensajes		

Comenzando por usted misma, liste a todas las personas que viven en su casa y marque la casilla **sí** o **no** si está solicitando beneficios para esa persona. Si elige no, solo necesita listar sus nombres, parentesco con usted, y sus fechas de nacimiento.

NOMBRE (Nombre, Segundo nombre, Apellido)	¿Está solicitando para esta persona?	¿Cuál es la relación o parentesco con esta persona?	Sexo	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social	¿Ciudadano estadounidense?	Si es residente, estatus	Origen étnico*	Raza**	¿Actualmente en Medicaid?
	☐ Sí ☐ No	YO MISMA	☐ Hombre ☐ Mujer			☐ Sí ☐ No				☐ Sí ☐ No
	☐ Sí ☐ No		☐ Hombre ☐ Mujer			☐ Sí ☐ No				☐ Sí ☐ No
	☐ Sí ☐ No		☐ Hombre ☐ Mujer			☐ Sí ☐ No				☐ Sí ☐ No
	☐ Sí ☐ No		☐ Hombre ☐ Mujer			☐ Sí ☐ No				☐ Sí ☐ No
	☐ Sí ☐ No		☐ Hombre ☐ Mujer			☐ Sí ☐ No				☐ Sí ☐ No

Tenemos que preguntar por su origen étnico y raza, pero usted no tiene la obligación de responder. Su respuesta no afectará el nivel ni el tiempo de espera de los beneficios elegibles que pudiera obtener. Si responde, utilice los siguientes códigos:

* Origen étnico: H = Hispano o Latino; N = No hispano ni Latino

** Raza (Elija todo lo que corresponda): W = Blanco; B = Negro o Afroamericano; A = Asiático; I = Indio Americano o Nativo de Alaska; N = Nativo Hawaiano u otro Isleño del Pacífico

¿Se ha realizado algún procedimiento médico o cirugía que le impida tener o engendrar hijos? ☐ Sí ☐ No

Liste las personas embarazadas que viven en su casa _____ Fecha de parto (MMDDAA) _____

INGRESO: Liste todos los ingresos de las personas que viven en su casa. Incluya los ingresos correspondientes a trabajo, empleo por cuenta propia, Seguro Social, beneficios de veterano, seguro de desempleo, manutención de menores, seguro de compensación para trabajadores, jubilación de ferrocarriles, IPERS, pensiones, servicio civil y cualquier otro ingreso que reciba.

Persona que recibe el dinero	Empleador o fuente de ingreso	Monto antes de impuestos o deducciones	¿Cada cuánto tiempo le pagan este monto?	¿Espera que este ingreso continue? Si la respuesta es 'NO', explique:
			☐ Semanal ☐ Cada dos semanas ☐ Mensual ☐ Dos veces al mes ☐ Otro_____	☐ Sí ☐ No
			☐ Semanal ☐ Cada dos semanas ☐ Mensual ☐ Dos veces al mes ☐ Otro_____	☐ Sí ☐ No
			☐ Semanal ☐ Cada dos semanas ☐ Mensual ☐ Dos veces al mes ☐ Otro_____	☐ Sí ☐ No
			☐ Semanal ☐ Cada dos semanas ☐ Mensual ☐ Dos veces al mes ☐ Otro_____	☐ Sí ☐ No

¿Alguna persona en su grupo familiar paga manutención de menores o pensión alimenticia ordenada por la corte por alguna persona que no vive con usted? ☐ Sí ☐ No
Si la respuesta es Sí, ¿quién paga?_____ Cantidad por mes _____

¿Alguna persona en su grupo familiar paga a otra persona para que cuide a un menor o adulto discapacitado que vive con usted? ☐ Sí ☐ No
Si la respuesta es sí, ¿quién recibe los cuidados?_____ Cantidad por mes_____

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (SSN)

Debe completar el SSN de todas las personas que solicitan el Programa de Planificación Familiar. Si usted no quiere la asistencia del Programa de Planificación Familiar, no es necesario que nos dé su número social. El SSN se utilizará:

- Para verificar los ingresos y la elegibilidad.
- Para cumplir con la ley que requiere la divulgación de la información en nuestros registros.
- Para cruzar nuestros datos con los datos de otras agencias, como por ejemplo: la Administración del Seguro Social y el Servicio de Rentas Internas. Estas verificaciones o cruces de información se pueden hacer electrónicamente o individualmente.

Me entregaron los derechos y responsabilidades que tengo, en la parte posterior de las instrucciones, con respecto a la Solicitud del Programa de Planificación Familiar. He leído y desprendido la hoja con los Derechos y Responsabilidades de la solicitud del Programa de Planificación Familiar para referencia futura.

A MI MEJOR SABER Y ENTENDER, CERTIFICO BAJO PENA DE PERJURIO QUE ESTAS DECLARACIONES SON CORRECTAS.

La ley HIPAA exige que el DHS obtenga el consentimiento de las personas donde estas autoricen al Departamento para compartir sus datos. Al firmar abajo, autorizo a DHS para que comparta mi información de Medicaid con el personal de DHS que trabaja con el Programa de Planificación Familiar (FPP) para que puedan determinar mi elegibilidad para el FPP. Esta autorización continuará por todo el tiempo que sea elegible para el FPP, a menos que yo termine esta autorización antes. Si en cualquier momento no deseo que se comparta más mi información de Medicaid, debo notificar al DHS por escrito. Entiendo que perderé los beneficios de FPP si termino esta autorización. También entiendo que la información divulgada por medio de esta autorización seguirá en manos del DHS y continuará estando protegida por las leyes de privacidad estatales y federales.

Firma o marca del solicitante Fecha

Firma de la persona que ayudó a completar este formulario Fecha