



Application for Foster Care and Subsidized Adoption Medicaid

(Solicitud de Cuidado de Crianza y Adopción subsidiada por Medicaid)

Complete este formulario si desea cobertura de atención médica (Medicaid o Título 19) para un menor que vive en Iowa en un orfanato o en un lugar de adopción subsidiada.

Si desea obtener Asistencia Alimentaria o asistencia de dinero en efectivo a través del Family Investment Program (FIP), por favor complete una *Solicitud de Apoyo Financiero (Financial Support Application)*, formulario 470-0462, o en español 470-0462(S).

Lo que puede necesitar para su solicitud

- ◆ Número de Seguro Social (o números de documentos para cualquier inmigrante legal que necesite cobertura de atención médica).
- ◆ Colillas de pago de los últimos 30 días si está empleado o registros de impuestos federales si trabaja por cuenta propia. Cartas de concesión para todos los demás tipos de dinero que ingresen al hogar, tales como los beneficios del Seguro Social, Beneficios de veteranos, etc.
- ◆ Comprobante de costos del cuidado de menores y adultos dependientes, manutención de menores o pensión alimenticia pagadas
- ◆ Estados más recientes de cualquier cuenta bancaria: cuentas corrientes, cooperativas de ahorro y crédito, ahorros, etc.

¿Cómo obtengo ayuda?

Paso 1. Complete la solicitud.

Complete y firme la solicitud. Use un bolígrafo de tinta azul o negra. Si usted está ayudando a alguien, responda las preguntas por esa persona. Sea honesto. Responda todas las preguntas que pueda. Si necesita ayuda para completar la solicitud, por favor solicítela en la oficina local del Department of Human Services (DHS) o llame a nuestro Centro de Ayuda al 855-889-7985.

Paso 2. Entréguenos su solicitud.

Puede llevarla personalmente, enviarla por fax o por correo a la oficina local DHS. Para saber dónde enviar por correo la solicitud, llame al 877-347-5678. La fecha de inicio de la asistencia se basa en la fecha en que la oficina de DHS recibe su solicitud.

Paso 3. Haga entrega de los comprobantes que posteriormente le puedan ser solicitados.

Incluir inicialmente comprobantes puede acelerar el procesamiento de su solicitud.

Información de menores que solicitan Asistencia médica

- ◆ Autorizo al DHS a compartir mis registros médicos y otros registros de salud con oficiales federales y estatales.
- ◆ Autorizo a mis proveedores médicos a compartir:
 - Mi historial médico con una organización de cuidado administrado (MCO) u otro proveedor de atención administrada.
 - Información con la Unidad de Servicios Médicos IME para certificar una necesidad médica para ciertos programas o servicios de Asistencia Médica.
- ◆ Acepto asignar pagos médicos de una tercera persona a la agencia de Medicaid para mí y para otras personas elegibles para Medicaid y a quienes legalmente puedo asignar beneficios. También acepto cooperar en obtener pagos médicos de terceros.
- ◆ Certifico bajo la pena de perjurio y falso testimonio que mis respuestas son correctas y completas a mi leal saber y entender, incluida la información provista sobre la ciudadanía o el estado migratorio de cada miembro de la familia que solicita beneficios. Sé que puedo estar sujeto a sanciones según la ley federal si proporciono información falsa o no fidedigna.
- ◆ Sé que debo informar al Centro de Llamadas de Mantenimiento de Ingresos si algo cambia (o es diferente) respecto a lo escrito en esta solicitud. Puedo llamar al 877-347-5678 para reportar cualquier cambio. Entiendo que un cambio en mi información podría afectar la elegibilidad de los miembros de mi grupo familiar.

- ◆ Entiendo que por ley federal, no se permite discriminar basado en raza, color, país de origen, sexo, edad, orientación sexual, identidad de género, o discapacidad. Puedo presentar una queja de discriminación en www.hhs.gov/ocr/office/file.
- ◆ Sé que puedo acceder a mis Derechos y Responsabilidades en línea en <http://dhs.iowa.gov/sites/default/files/Comm233.pdf> o puedo solicitar una copia llamando al Centro de Contacto del DHS al 855-889-7985.

Necesitamos esta información para verificar su elegibilidad para recibir ayuda para pagar la cobertura de salud si elige solicitarla. Verificaremos sus respuestas usando información en nuestras bases de datos electrónicas y en otras bases de datos de fuentes como: el Servicio de Impuestos Internos (IRS), la Administración del Seguro Social, el Departamento de Seguridad Nacional, el Sistema de Verificación de Activos, el Sistema de Verificación de Ingresos y Elegibilidad, o de la Agencia de Informes del Consumidor. Si la información no coincide, es posible que le pidamos información adicional.

La autorización para usar la base de datos del sistema de verificación de domicilio se mantiene vigente durante todo el tiempo que el Departamento determina la elegibilidad, mientras la persona recibe Medicaid o hasta que el solicitante o beneficiario revoca esta autorización. Si se presenta una renuncia o revocación de la autorización, el Departamento puede, basado en eso, determinar que el solicitante o beneficiario no es elegible para recibir asistencia médica.

Si alguien en esta solicitud es elegible para Medicaid

- ◆ Le doy a la agencia de Medicaid nuestros derechos para buscar y obtener dinero de otros seguro de salud, acuerdos legales u otros terceros. También le doy a la agencia de Medicaid los derechos para buscar y obtener manutención médica de un cónyuge o padre.
- ◆ Si algún menor en esta solicitud tiene un padre que vive fuera del hogar, sé que se me solicitará cooperar con la agencia que recauda la manutención médica de un padre ausente. Si considero que cooperar en recaudar para la manutención médica puede dañarme a mí o a mi hijo(a), puedo comunicarlo a Medicaid y podría no tener que colaborar en esto.

Recuperación de Patrimonio

La ley Federal requiere que Iowa tenga un programa de recuperación de patrimonio. Si usted obtiene Medicaid, puede estar sujeto a la recuperación patrimonial. Esto significa que todos los fondos de Medicaid utilizados para pagar su atención médica, incluida la tarifa mensual pagada a una Organización de Atención Administrada (MCO), deberán ser pagados de su patrimonio después de su muerte. La recuperación patrimonial se aplica si obtiene Medicaid y tiene 55 años o más, o tiene menos de 55 años, vive en un Centro médico y no se puede esperar razonablemente que retorne a su hogar.

Para mayor información, llame al Programa de Recuperación Patrimonial de Medicaid en Iowa al 1-877-463-7887 o visite en línea <http://dhs.iowa.gov/sites/default/files/Comm123.pdf> (Inglés) o <http://dhs.iowa.gov/sites/default/files/Comm123S.pdf> (Español).

Mi derecho a apelar

Usted, o la persona que le ayude, puede solicitar una audiencia de apelación si no está de acuerdo con alguna acción tomada en su caso. Puede apelar por escrito, en persona o por teléfono. Para apelar por escrito haga una de las siguientes cosas:

- Complete una apelación electrónicamente en <https://dhssecure.dhs.state.ia.us/forms/>, o
- Escriba una carta explicando por qué cree que la decisión es errónea, o
- Complete un formulario de Apelación y Solicitud de Audiencia. Puede obtener este formulario en la oficina de DHS de su condado.

Envíe el formulario de apelación por correo o llévelo personalmente al Department of Human Services, Appeals Section, 5th Floor, 1305 E Walnut Street, Des Moines, IA 50319-0114. Si necesita ayuda para presentar una apelación, pregunte en la oficina de DHS de su condado.

Puede representarse a sí mismo o puede hacer que un amigo, pariente, abogado u otra persona actúe en su nombre. Puede comunicarse con la oficina del DHS de su condado para obtener información sobre los servicios legales existentes. Es posible que tenga que pagar por estos servicios legales. Si así fuera, su pago se basará en su ingreso. También puede llamar a Iowa Legal Aid al (800) 532-1275. Si vive en el condado de Polk, llame al (515) 243-1193.



Application for Foster Care and Subsidized Adoption Medicaid

(Solicitud de Cuidado de Crianza y Adopción subsidiada por Medicaid)

Información del grupo familiar			
Nombre	Segundo nombre	Apellido	
Dirección domiciliaria			
Ciudad	Estado	Condado	Código postal
Dirección postal (si es diferente a la anterior) <input type="checkbox"/> Nombre y dirección del pagador o representante			
Número de teléfono de casa	Número para dejar mensajes	Nombre de la persona de contacto para dejar mensajes	

Si necesita más espacio para responder cualquiera de las siguientes preguntas, adjunte páginas adicionales.

Comenzando por usted mismo, enumere 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 registrar sus nombres, parentesco con usted, y sus fechas de nacimiento.

Nota: Necesitamos su Número de Seguro Social (SSN) si desea cobertura de salud y tiene SSN. Proporcionarnos su Número de Seguro Social (SSN) puede ser útil incluso si no desea cobertura de salud, ya que puede acelerar el proceso de solicitud. Utilizamos el Número de Seguro Social para verificar los ingresos y otra información para ver quién es elegible para recibir ayuda con los costos de cobertura de salud. Si alguien requiere ayuda para obtener un Número de Seguro Social, puede llamar al 1-800-772-1213 o visitar www.socialsecurity.gov/. Usuarios TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

	Persona 1	Persona 2	Persona 3	Persona 4	Persona 5
Nombre (Nombre, Segundo nombre, Apellido)					
¿Está solicitando para esta persona?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Cuál es la relación o parentesco con esta persona?	YO MISMO				
Fecha de nacimiento					
Sexo	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Número de Seguro Social					
Fecha de nacimiento					
¿Ciudadano estadounidense?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si es inmigrante, su estatus migratorio					

	Persona 1	Persona 2	Persona 3	Persona 4	Persona 5
Discapacitado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Origen étnico*					
Raza**					
¿Actualmente en Medicaid?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Otro seguro médico disponible?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Tenemos que preguntar por su origen étnico y raza, pero usted no tiene la obligación de responder. Tu respuesta no afectará el que recibas ayuda. Si responde, utilice los siguientes códigos:

* **Origen étnico:**

H = Hispano o Latino
N = No Hispano o Latino

****Raza** (Escoja todas las que correspondan):

W = Blanco
B = Negro o Afroamericano
A = Asiático
I = Nativo Americano o Nativo de Alaska
N = Nativo de Hawai o Isleño del Pacífico

¿Necesita ayuda para el pago de sus cuentas médicas de los últimos tres meses calendario? Si su respuesta es sí, y usted califica en una categoría que permite la aprobación retroactiva, determinaremos si es elegible para cobertura durante esos meses. Sí No

¿Quién? _____ ¿Qué meses? _____

¿Alguna persona de su grupo familiar se encuentra prófugo para evitar el procesamiento judicial, la custodia o cárcel por un delito mayor? Sí No

¿Alguna persona de su grupo familiar está violando su libertad condicional? Sí No

¿Alguna persona de su grupo familiar está en la cárcel o a la espera de ser ingresado a la cárcel o prisión? Sí No

Indique las personas embarazadas que viven en su casa _____

_____ Fecha de parto (MMDDAA) _____

Indique el nombre de su proveedor de seguro de salud _____

Ingresos

Indique 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 Veteranos, seguro de desempleo, manutención de menores, seguro de compensación para trabajadores, jubilación de ferrocarriles, IPERS, pensiones, servicio civil y cualquier otro ingreso que reciba. **Si deja esta sección en blanco, estará indicando que no tiene ingresos.**

	Persona 1	Persona 2	Persona 3	Persona 4
Persona que recibe el dinero				
Empleador o fuente de ingreso				
Monto antes del pago de impuestos o deducciones				

	Persona 1	Persona 2	Persona 3	Persona 4
¿Cada cuánto tiempo le pagan este monto?	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otro _____ _____	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otro _____ _____	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otro _____ _____	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otro _____ _____
¿Espera que este ingreso continúe? Si la respuesta es No , explique:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____ _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____ _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____ _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____ _____

¿Alguna persona en su grupo familiar paga manutención de menores o pensión alimenticia por una persona que no vive con usted?

Sí No Si es Sí, ¿quién paga? _____ ¿Monto? _____

¿Alguna persona en su grupo familiar paga a otra persona para que cuide a un menor o adulto discapacitado?

Sí No Si la respuesta es sí, ¿Cuánto se paga? _____ ¿Con qué frecuencia? _____
¿A quién? _____

¿La Unidad de Recuperación de Manutención de Menores ya lo está ayudando a obtener o a hacer cumplir la manutención de menores o la manutención médica?

Sí No

La Unidad de Recuperación de Manutención de Menores le puede ayudar a obtener manutención de menores o un seguro de salud de un padre ausente. También pueden ayudar a ubicar a los padres ausentes y a su empleador, establecer paternidades, o modificar órdenes de manutención. **¿Desea ayuda de la Unidad de Manutención de Menores en alguna de estas materias?**

Sí No

¿Está dispuesto a colaborar para obtener un seguro médico o manutención médica de parte del padre que se encuentra ausente del hogar? (No está obligado a colaborar si solo desea Medicaid para un menor).

Sí No

	Persona 1	Persona 2	Persona 3	Persona 4
Nombre y dirección del padre que no se encuentra en el hogar				
Fecha de nacimiento de este padre				
Número de Seguro Social de este padre				
Nombre de los hijos(as) de este padre				
Condado donde se presentó la orden judicial, si hubiese alguna				
¿El Tribunal de Familia ha ordenado el pago de dinero para la manutención médica?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Recursos

Los recursos pueden ser dinero en efectivo o cualquier cosa que pueda ser cambiada por dinero. Indique todos los recursos y su monto o valor. Incluya efectivo en caja, cuentas corrientes, vehículos, seguros de vida, acciones, bonos, certificados de depósitos (CD), fondos fiduciarios, cuentas de jubilación, contratos de funeral, espacios funerarios, anualidades, etc. Si solo está solicitando cobertura médica para un menor, es posible que los recursos no sean contabilizados. **Si deja esta sección en blanco, estará indicando que no tiene recursos.**

	Persona 1	Persona 2	Persona 3	Persona 4
Persona con recursos				
Tipo de recursos				
Monto o valor				
Ubicación (nombre y dirección del banco, domicilio, etc.)				

Certifico, bajo la pena de perjurio, que estas declaraciones son correctas a mi mejor saber y entender.

Firma o huella del solicitante	Fecha
Firma o huella de otro padre o padrastro en el hogar	Fecha
Firma de la persona que ayudó a completar este formulario	Fecha