

**Application for COVID-19 Testing Coverage
(Solicitud de cobertura de la prueba para detectar el COVID-19)**

La autoridad federal para el grupo de Cobertura de Pruebas de COVID-19, que cubre el pago de las pruebas de COVID-19, finaliza el 11 de mayo de 2023. Las solicitudes enviadas después de esa fecha pueden considerarse para su elegibilidad solo si un individuo cumple uno de los siguientes criterios:

- Embarazada (incluso dentro de los 60 días posteriores al parto),
- Menor de 19 años, o
- Un residente de un centro de enfermería.

Esta solicitud solo se utiliza para la determinación de cobertura médica de la prueba para detectar el COVID-19 de personas sin seguro. No utilice esta solicitud para personas que no buscan cobertura para las pruebas para detectar el COVID-19.

La cobertura de salud que obtendrá si se le considera elegible en esta solicitud solo pagará las pruebas para detectar el COVID-19. No le ayudará a pagar otros gastos médicos, como visitas al médico, atención hospitalaria o medicamentos recetados.

Para solicitar beneficios médicos completos, visite dhsservices.iowa.gov o Healthcare.gov. También puede llamar al Centro de ayuda al 1-855-889-7985. El horario de atención es de lunes a viernes de 8:00am a 5:00pm.

Instrucciones:

- Complete todo el formulario. Si necesita más espacio para escribir, adjunte páginas adicionales. Si no puede completar todo el formulario ahora, puede imprimir esta solicitud y enviarla con su nombre, dirección y firma a la dirección postal o al número de fax que se encuentra a continuación. Esto retrasará su determinación de elegibilidad.
- Complete esta solicitud solo para una persona. Se debe completar una solicitud por separado para cada persona que necesite cobertura de la prueba para detectar el COVID-19.
- Firme la solicitud al final de la última página. Su solicitud no está completa hasta que esté firmada.

Si no puede completar todo el formulario ahora, envíe su solicitud completada por correo postal o fax a:

**Member Services
P.O. Box 36510
Des Moines, IA 50315**

Número de fax: (515) 725-1351

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Un adulto en la familia debe ser la persona de contacto. La persona de contacto no tiene que estar solicitando cobertura.

Nombre	Apellido		
Dirección domiciliaria (deje en blanco si no tiene una)	Ciudad	Estado	Código postal
Dirección postal (si es diferente a la dirección domiciliaria)	Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono	Correo electrónico		
Idioma escrito preferido	Idioma hablado preferido		

CUÉNTENOS SOBRE LA PERSONA QUE REALIZA LA SOLICITUD

Responda las siguientes preguntas sobre la persona que solicita cobertura de la prueba para detectar el COVID-19. No solicite cobertura para más de una persona en esta solicitud.

Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
¿Tiene un Número de Seguro (SSN)? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <i>Si su respuesta es SÍ, debe proveer su SSN antes de que podamos determinar la elegibilidad:</i> _____ <i>Si su respuesta es NO, indique la razón por la que no tiene un SSN.</i> <input type="checkbox"/> Creencias religiosas <input type="checkbox"/> No es elegible para recibir un SSN <input type="checkbox"/> No tiene un SSN y solo se le puede emitir uno por una razón válida no laboral <input type="checkbox"/> Solicitó un SSN pero aún no lo ha recibido <input type="checkbox"/> No tiene un SSN y ninguna de las otras opciones corresponden		
¿Es usted un residente de Iowa? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
¿Es ciudadano o nacional de los Estados Unidos? (Seleccione 'Sí' si es ciudadano estadounidense naturalizado). <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
Si no es ciudadano o nacional de los Estados Unidos (incluido un ciudadano estadounidense naturalizado), ¿tiene un estatus migratorio elegible? <input type="checkbox"/> SÍ		
¿Está embarazada (incluso dentro de los 60 días posteriores al parto), es menor de 19 años o es residente de un asilo de anciano? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <i>Si su respuesta es NO, avance hasta la pregunta Su cobertura de salud actual.</i> <i>Si su respuesta es SÍ, ¿necesita ayuda para pagar una prueba para detectar el COVID-19 realizada en los últimos tres meses calendario?.....</i> <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		

Su cobertura de salud actual

Responda la siguiente pregunta respecto a otra cobertura de salud.

¿Tiene actualmente una cobertura de salud? (Seleccione 'No' si está inscrito solo en el Family Planning Program o Medically Needy con una reducción de gastos)..... <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
--

PUEDE ELEGIR A UN REPRESENTANTE AUTORIZADO

Puede autorizar a una persona de confianza para que converse sobre esta solicitud con nosotros, para que vea su información y que actúe por usted en materias relacionadas con esta solicitud, incluido recibir información sobre su solicitud y firmarla en su nombre. Esta persona se denomina “representante autorizado”.

Nombre del representante autorizado (nombre, segundo nombre, apellido)		
Dirección	Apto. o Suite n.º	
Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono		
Nombre de la organización	Número de ID (si corresponde)	

Mediante su firma, usted permite a esta persona firmar su solicitud, recibir información oficial sobre esta solicitud y actuar por usted en todas las materias futuras con esta agencia. **NOTA:** Su firma aquí no significa que ha completado la solicitud. **Debe** marcar la casilla y firmar electrónicamente en la sección FIRMA a continuación para completar esta solicitud.

Su firma	Fecha (mm/dd/aaaa)
-----------------	---------------------------

FIRMAR ESTA APLICACIÓN

Recuperación de gastos a través del patrimonio sucesorio

La ley Federal requiere que Iowa tenga un programa de recuperación de patrimonio. Si usted obtiene Medicaid, puede estar sujeto a la recuperación de patrimonio. Esto significa que todos los fondos de Medicaid utilizados para pagar su atención médica, incluida la tarifa mensual pagada a una Organización de Cuidado Administrado (MCO), deberán ser pagados de su patrimonio después de su muerte. La recuperación de patrimonio se aplica si obtiene Medicaid y si:

- Es mayor de 55 años, 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> (English) o <http://dhs.iowa.gov/sites/default/files/Comm123S.pdf> (Español).

Esta solicitud debe ser firmada por la persona cuyo nombre figura en la sección Información de contacto. Si es un representante autorizado, puede firmar aquí siempre que haya proporcionado la información requerida o el solicitante haya proporcionado una autorización verbal limitada para que usted complete, firme y envíe una solicitud en su nombre en función de la información que se proporciona por teléfono.

Al firmar esta solicitud, reconozco que he leído y aceptado lo establecido en [Derechos y responsabilidades, Comm. 233](#).

Entiendo que la firma electrónica tiene el mismo efecto legal y que se puede hacer valer de la misma forma que una firma escrita.

He aceptado enviar esta solicitud por medios electrónicos. A mi mejor saber y entender, y mediante mi firma en esta solicitud, certifico bajo pena de perjurio y falso testimonio que mis respuestas son correctas y completas, incluida la información provista sobre la ciudadanía y el estatus migratorio de cada miembro del grupo familiar que solicita beneficios. Sé que puedo estar sujeto a sanciones según la ley federal si proporciono información falsa o no fidedigna.

FIRMA

DECLARO BAJO PENA DE PERJURIO, BAJO LAS LEYES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA, QUE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTA DECLARACIÓN DE HECHOS ES VERAZ, CORRECTA Y COMPLETA.

Marque aquí para firmar.

Firma	Fecha
-------	-------