



DFRHHES01

1. ¿Qué miembros de su familia viven en su grupo familiar? Primero escriba su nombre. Luego haga una lista de los niños(as), esposos(as) y padres/madres únicamente. Coloque una ✓ en la última columna si esa persona está solicitando cobertura de salud.

Nombre (primero, segundo, apellido)	Fecha de Nacimiento (mes, día, año)	Número Seguro Social *	Estado Civil	Raza	Sexo	Parentesco	Ciudadano de los Estados Unidos de Norteamérica? Sí/No *	✓ si está solicitando
						Yo		

* Ver #6 y #8 de Derechos y Responsabilidades.

2. Su dirección y número telefónico.

Dirección de su casa	Ciudad	Estado	Código postal	Condado
Dirección postal, si es distinta a la de arriba	Ciudad	Estado	Código postal	Condado
Dirección electrónica	Teléfono ()		Otro teléfono ()	

¿Desea recibir llamadas automáticas de nuestra agencia? Sí No
(Ejemplos de llamadas que usted puede recibir son recordatorios para las citas o fechas de vencimiento de los documentos solicitados).

3. Elección del Plan de Salud

Si su solicitud es aprobada será registrado en uno de nuestros planes de salud. Si usted ha hecho su elección, marque la caja que corresponde a su plan elegido.

Anthem Blue Cross Blue Shield MHS MDwise

Los directorios de los proveedores están disponibles en los sitios web del plan de salud. Si usted nos ha suministrado su dirección electrónica arriba le enviaremos una copia electrónica. ¿Necesita una copia en papel en lugar de la anterior? Sí No

Si tiene alguna pregunta sobre cómo elegir su plan de salud o le gustaría el directorio de proveedores antes de ser asignado a un plan de salud por favor llame al Hoosier Healthwise Helpline al 1-800-889-9949.

4. ¿Los solicitantes viven en Indiana? Sí No

5. ¿Algún solicitante tiene un tutor legal designado por la corte? Sí No En caso afirmativo, ¿quién es? _____

6. ¿Alguna de las solicitantes esta embarazada? Sí No

Nombre de la embarazada	Fecha del inicio del embarazo (mes, día, año)	Fecha del parto (mes, día, año)	Niños no nacidos

7. ¿Algún solicitante es ciego o discapacitado? Sí No (Marque ✓ para ciego o discapacitado.)

Nombre del solicitante	Ciego	Discapacitado	Nombre y dirección del médico

8. ¿Paga por el cuidado del los niños? Sí No **¿Paga por el cuidado de un adulto discapacitado?** Sí No

9. ¿Alguna persona que vive en el grupo familiar efectúa pagos por sustento? Sí No

Completed by Enrollment Center: Date of application (month,day,year) : _____ Center's Code: _____ Interviewer: _____
Completed by DFR: Date received (month,day,year): _____ Case Number: _____



DFRHHES02

10. ¿Algún solicitante está cubierto por un seguro de salud actualmente? Sí No
En caso afirmativo, ¿quién es? _____

11. ¿Algún solicitante(s) sin seguro de salud perdió su cobertura durante los últimos 3 meses? Sí No
En caso afirmativo, ¿quién es? _____ ¿Cuándo terminó la cobertura? _____
¿ Por qué perdió la cobertura? Coloque una al lado de la razón(es) de la pérdida.

- Pérdida del empleo Alcanzó el límite de la cobertura Padre(madre) no custodio abandonó el seguro Divorcio
 No podía pagar La compañía terminó la cobertura Otro Especificar: _____

12. Por favor, díganos cuántos ingresos por trabajo tienen usted y otros miembros su familia.

Nombre de la persona que trabaja: _____ Fecha en que comenzó a trabajar: _____ Terminó el: _____ ¿Cuándo le pagan? <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> 2 veces al mes Ingreso bruto por periodo: \$ _____ Horas trabajadas semanalmente: _____ ¿Varían las horas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿La persona trabaja por cuenta propia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nombre del empleador y número de teléfono	Nombre de la persona que trabaja: _____ Fecha en que comenzó a trabajar: _____ Terminó el: _____ ¿Cuándo le pagan? <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> 2 veces al mes Ingreso bruto por periodo: \$ _____ Horas trabajadas semanalmente: _____ ¿Varían las horas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿La persona trabaja por cuenta propia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nombre del empleador y número de teléfono
--	--

13. Por favor, díganos si usted o algún miembro de la familia reciben otro ingreso de los detallados a continuación. Si su familia no tiene ingresos, coloque su inicial aquí _____. (Para sustento para los niños, escriba el nombre del niño como la persona que lo está recibiendo.)

- | | | |
|-------------------------------------|---|---------------------------------------|
| 1. SSI | 6. Asignación militar | 11. Pagos por interés |
| 2. Seguro Social | 7. Desempleo | 12. Ingreso por educación |
| 3. Beneficios para los Veteranos | 8. Sustento (<i>pensión por divorcio o sustento para los niños</i>) | 13. Dinero de amigos, parientes, etc. |
| 4. Retiro empleados del Ferrocarril | 9. Beneficios por enfermedad | 14. Compensación para el trabajador |
| 5. Pensión | 10. Beneficios por huelga | 15. Otro. Por favor, especifique: |

Nombre de la persona que está recibiendo los pagos	¿Qué clase? (ver arriba)	Frecuencia del recibo de los pagos	¿Cuándo comenzaron	Cantidad de los pagos

14. ¿ El ingreso del grupo familiar durante los últimos 3 meses ha sido el mismo que el actual? Sí No
En caso negativo, por favor explique: _____

15. Por favor lea la siguiente declaración y firme su solicitud abajo.

Certifico bajo multa por falso testimonio, que toda la información que he suministrado es completa y correcta a mi leal saber y entender y que he recibido el aviso titulado "Información Importante sobre Hoosier Healthwise" y comprendo su contenido.

Su firma: _____ Fecha (mes, día, año): _____

Firma del testigo, si firmó con una "X": _____

16. ¿Desea registrarse para votar? Sí No Su respuesta no afectará su elegibilidad para la cobertura de salud.



Guarde esta página.

INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE HOOSIER HEALTHWISE

I. Beneficios de Hoosier Healthwise y determinación de su elegibilidad

Hay 4 Conjuntos de Beneficios de acuerdo con lo explicado a continuación. Determinaremos su elegibilidad para la mayor cantidad de beneficios posibles en base a su situación e ingresos de la familia. Si usted solicita Hoosier Healthwise para sus hijos primero revisaremos la elegibilidad para los planes sin prima. Si su ingreso supera los planes sin prima permitidos revisaremos la elegibilidad para el Conjunto C.

- Conjunto A - Plan Estandar
Ofrece cobertura general para el cuidado de salud para los adultos y niños(as) elegibles. No hay primas.
- Conjunto B - Cobertura para el Embarazo
Ofrece cobertura para el cuidado pre-natal, el tratamiento de aquéllos estados de salud que podrían causar complicaciones del embarazo, el parto y 60 días para el cuidado posterior al embarazo. No hay primas.
- Conjunto C - Plan de salud para Niños(as)
Ofrece cobertura general para el cuidado de la salud para niños(as) menores de 19 años. Existe una prima basada en el ingreso familiar y la cantidad de niños(as) cubiertos. Su entrevistador le informará sobre las tasas actuales de las primas.
- Conjunto E - Servicios de Emergencia únicamente
Ofrece cobertura para el tratamiento de emergencias médicas graves. Este plan está diseñado para determinados inmigrantes que no reúnen los requisitos necesarios de inmigración para la cobertura total de los otros conjuntos de beneficios.

II. Sus derechos y responsabilidades como solicitante y miembro de Hoosier Healthwise

1. La elegibilidad para recibir beneficios se considera sin distinción de razas, color de piel, sexo, edad, discapacidad, u origen nacional. Le preguntamos cuál es su herencia étnico-racial para acatar la Ley Federal de los Derechos Civiles; sin embargo, no se le exige que nos suministre esa información. Si usted prefiere no dar a conocer esa información, escogeremos una categoría étnica/racial para usted para recabar datos.
2. Deberemos verificar determinada información suministrada en su solicitud, como por ejemplo, sus ingresos. Si usted no puede obtener los documentos necesarios deberá firmar una solicitud de descargo autorizándonos a obtenerlos en su nombre.
3. Usted deberá suministrar la información precisa. Si una persona proporciona información falsa o tergiversa la verdad está cometiendo un delito y podrá ser enjuiciada de acuerdo con la ley federal, estatal o ambas. El monto de los beneficios recibidos por una persona que no tenía derecho a recibirlos deberá ser reintegrado al programa de Hoosier Healthwise.
4. La información que nos proporcione será mantenida en forma confidencial de acuerdo con la ley estatal y federal.
5. **SI USTED PIENSA MUDARSE, por favor díganos cuál va a ser su nueva dirección de modo que pueda recibir sin retraso alguno correspondencia importante sobre su solicitud y membresía.** Además, avísenos si usted o sus niños comienzan a estar cubiertos por otro seguro de salud o si ha cambiado su ingreso.
6. Cada solicitante deberá proporcionar un número de Seguro Social si puede obtenerlo legalmente. Si carece de número de Seguro Social, deberá solicitarlo. Excepción: este requisito no es para ciertos inmigrantes que no pueden tener un número y, por lo tanto, son elegibles únicamente para los beneficios limitados del Conjunto E. El(los) número(s) que nos proporcione será(n) usado(s) para revisar la información que tiene la Administración del Seguro Social, el Servicio de Impuestos, el Departamento para el Desarrollo de la Fuerza Laboral y otras agencias estatales y federales. Solicitamos el número de Seguro Social de los miembros de la familia que no se están aplicando para la cobertura de salud para sí mismos, sin embargo, no es un requisito que usted nos proporcione dicha información.



Guarde esta página.

7. Le enviaremos un aviso informándole cual fue la decisión tomada sobre su solicitud. Usted podrá solicitar una audiencia imparcial si está en desacuerdo con cualquier decisión sobre su elegibilidad o si su solicitud no fue procesada en el término de 45 días.
8. El estado inmigratorio de los no ciudadanos que están solicitando la cobertura de salud está sujeto a la verificación del United States Citizenship and Immigration Services (USCIS). Sin embargo, el Programa Hoosier Healthwise no reporta a los inmigrantes indocumentados al USCIS.
9. Sus derechos a los pagos del cuidado médico están asignados al Estado de Indiana si usted es encontrado elegible para los beneficios. Esto incluye los derechos al apoyo médico y el pago por los cuidados médicos que usted tenga en su nombre y el de sus dependientes que han sido aprobados para los beneficios de acuerdo con esta solicitud. Sin embargo, la asignación no incluye los pagos de Medicare.

Usted debe informarnos sobre el seguro de salud que posee. Usted debe decirnos sobre cualquier acción legal o administrativa que lleve a cabo para la obtención del pago por el cuidado médico, como un arreglo por lesiones personales.

El establecimiento de la paternidad es un servicio importante para los miembros de Medicaid /Hoosier Healthwise que beneficia a los hijos sin padres legales. Le alentamos a comunicarse con su oficina local de apoyo a los hijos de la oficina del fiscal de su condado cuando sus hijos se encuentren registrados en Medicaid/Hoosier Healthwise. Excepto para los niños registrados en el Paquete C, este servicio es gratuito al igual que otros servicios de apoyo a los hijos.
10. PARA LOS MIEMBROS CON DERECHO AL CONJUNTO C, no hay un máximo en la cantidad de participación de los costos que usted tendrá que pagar. Esta cantidad es el 5% de su ingreso anual antes de los impuestos. El aviso de aprobación del Conjunto C le informará cuál es su máximo anual. Si usted alcanza el máximo deberá comunicarse con su oficina de la División de Recursos para la Familia y suministrar los recibos de manera que ya no tenga que hacer más los pagos.
11. Si usted cree que ha sido discriminado y desea presentar una queja, puede hacerlo poniéndose en contacto con el Department of Health and Human Services, Regional Manager, Region V, Office for Civil Rights, 233 N. Michigan Ave., Suite 240, Chicago, Illinois, 60601. Los puede llamar al (800) 368-1019 o para los llamados TDD al (800) 537-7697.
12. A partir del 1 de enero de 2013, Family Planning Services estarán disponibles de acuerdo con el programa de Medicaid de Indiana. Los hombres y las mujeres que no reúnan los requisitos para la cobertura total de Medicaid pueden tener derecho a estos servicios si reúnen los requisitos de ingresos. Si usted está registrada en Hoosier Healthwise para embarazadas determinaremos su elegibilidad para Family Planning Services cuando termine su embarazo.