DFRIHGS01

Solicitud para el Plan Healthy Indiana

Formulario Estatal 53422 (R6 / 8-12) / HIP 2515S

HEALTHY INDIANA PLAN℠
Health Coverage = Peace of Mind

* Esta agencia solicita que usted dé a conocer su número de Seguro Social de acuerdo con IC 4-1-8-1; darlo a conocer es obligatorio y este registro no podrá ser procesado sin ese número.

Instrucciones: Por favor, llene este formulario de la manera más completa posible y recuerde firmar en la pregunta 13 de la página 4.

Este formulario de solicitud no es para niños o mujeres embarazadas. Para obtener un formulario para niños o mujeres embarazadas, comuníquese al 1-877-GET-HIP9 (1-877-438-4479) y pida la solicitud de Hoosier Healthwise.

1. Selección del Plan de Salud

Si se aprueba su solicitud, usted quedará inscrito en uno de nuestros planes de salud. Si ya ha seleccionado el plan, márquelo en el casillero que corresponda.

☐ Anthem Blue Cross Blue Shield ☐ MHS ☐ MDwise

Los listados de prestadores de servicios están disponibles en los sitios web de los planes de salud. Si usted nos ha dado su dirección de correo electrónico, le enviaremos una copia electrónica. ¿Prefiere una copia impresa en lugar de la electrónica? ☐ Sí ☐ No

Si tiene preguntas acerca de cómo seleccionar su plan de salud, o si desea recibir el listado de prestadores antes de que se le asigne el plan de salud, por favor llame al 1-877-GET-HIP9 (1-877-438-4479).

2. Información sobre los adultos de su familia que viven en su casa. Marque √ en la última columna si esa persona está solicitando para HIP.

Nombre *(Inicial y Apellido)*	**Fecha nac. *(mm/dd/aaaa)***	*** Número Seguro Social**	**Estado Civil C/D/S**	**Raza**	**Sexo M/F**	**Parentesco c/ Solicitante 1**	**¿Ciudadano de EEUU? Sí / No**	**Escriba √ si solicita**
Adulto / Solicitante 1						***Yo***		
Adulto / Solicitante 2								

3. ¿Cuál es el número total de personas que hay en su casa? _____

4. Domicilio y número de teléfono.

Domicilio particular	Ciudad	Estado	Código postal	Condado
Domicilio postal *(**si es diferente**)*	Ciudad	Estado	Código postal	Condado

Número de teléfono particular	Número de teléfono alternativo
Dirección de correo electrónico	

Completado por el Centro de Inscripción:

Date of application:(*mm, dd, yyyy*)_____ Center's Code: _____ Interviewer: _____

Solicitud para el Plan Healthy Indiana

Formulario Estatal 53422 (R6 / 8-12) / HIP 2515S

5. Niños que viven en su casa.

Nombre ***(Inicial y Apellido)***	**Fecha nac.** ***(mm/dd/aaaa)***	*** Número Seguro Social**	**Solicitante 1 cuida a este niño Sí/No**	**Solicitante 2 cuida a este niño Sí/No**	**Raza**	**Sexo M/F**	**¿Ciudadano de EEUU? Sí / No**
Niño 1							
Niño 1 Parentesco c/ Solicitante 1:			Niño 1 Parentesco c/ Solicitante 2:				
Niño 2							
Niño 2 Parentesco c/ Solicitante 1:			Niño 2 Parentesco c/ Solicitante 2:				
Niño 3							
Niño 3 Parentesco c/ Solicitante 1:			Niño 3 Parentesco c/ Solicitante 2:				
Niño 4							
Niño 4 Parentesco c/ Solicitante 1:			Niño 4 Parentesco c/ Solicitante 2:				

6. ¿Todos los Solicitantes viven en Indiana? ☐ Sí ☐ No

7. ¿Alguno de los Solicitantes paga a alguien por cuidar a un niño o a un adulto discapacitado/anciano a cargo para que un miembro de la familia pueda trabajar, buscar trabajo o asistir a clases? ☐ Sí ☐ No

Si contestó Sí, ¿esa persona por la cual se realiza el gasto, vive en la casa? ☐ Sí ☐ No

Si contestó No, vaya al punto siguiente. Si contestó Sí, *indique el gasto que realiza de su bolsillo solamente*, no los gastos que paga un miembro que no sea de la familia, o una agencia de asistencia para el cuidado de niños.

Solicitante No.	Nombre de la persona a quien se cuida	Frecuencia con que se paga	Monto abonado

Nombre del proveedor de servicios	Domicilio del proveedor de servicios *(Número y calle, Ciudad, Estado, Código postal)*

8. Complete esta sección para cada Solicitante que no sea ciudadano de los Estados Unidos.

1. Residente permanente legal
2. Refugiado
3. Asilo político otorgado
4. Cubano/Haitiano
5. En libertad cond
6. Ameriasiático
7. Indocumentado
8. Otro *(especifique)* :_____

Solicitante No.	Número de Documento	Situac. de inmigración *(use números de arriba)*	Fecha inmig. *(mm/dd/aa)*	País de origen	Fecha entrada a EEUU *(mm/dd/aa)*

Solicitud para el Plan Healthy Indiana

Formulario Estatal 53422 (R6 / 8-12) / HIP 2515S

9. Para cada Solicitante, por favor indique:

	Escriba √ si es ciego o discapacitado	Escriba √ si está embarazada	Solicitante tiene acceso a seguro de salud por su empleador *(haga una marca p/ cada Solicitante)*	Ahora con cobertura médica incluyendo Medicare *(haga una marca p/ cada Solicitante)*	Última fecha en que Solicitante tuvo seguro de salud incluyendo Medicare *(mm/dd/aa)*	¿Por qué se perdió el seguro? Escriba una de estas causas: pérdida de empleo, no lo podía pagar, alcancé límite de cobertura, empresa dejó de cubrir, padre sin tenencia dejó de pagar, divorcio, venció Cobra, Otra
Solicitante 1			☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No		
Solicitante 2			☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No		

10. Indique cuánto ganan los Solicitante(s) en total por su trabajo.

Solicitante 1	**Solicitante 2**
Fecha inicio *(mm/dd/aa)*	Fecha inicio *(mm/dd/aa)*
Fecha finalización*(mm/dd/aa)*	Fecha finalización*(mm/dd/aa)*
Monto bruto de pago por período ($)	Monto bruto de pago por período ($)
Frecuencia de pago ☐ Semanal ☐ Quincenal ☐ Mensual ☐ Dos v/mes ☐ Otra: _____	Frecuencia de pago ☐ Semanal ☐ Quincenal ☐ Mensual ☐ Dos v/mes ☐ Otra: _____
Horas semanales de trabajo	Horas semanales de trabajo
¿Trabaja en forma independiente? ☐ Sí ☐ No	¿Trabaja en forma independiente? ☐ Sí ☐ No
¿Varía el horario? ☐ Sí ☐ No	¿Varía el horario? ☐ Sí ☐ No
Nombre y número de teléfono del empleador	Nombre y número de teléfono del empleador

11. Indique cuántos miembros de la familia reciben otros ingresos de los tipos que aparecen abajo.
Si su familia no tiene ingresos, escriba sus iniciales aquí: _____.

A) SSI
B) Seguro Social
C) Beneficios a Veteranos
D) Jubilación del Ferrocarril
E) Jubilación
F) Pensión Militar
G) Desempleo
H) P. Alimentaria
I) Beneficio p/enfermedad
J) Seguro de huelga
K) Pagos de Intereses
L) Ingresos Educación
M) Efectivo de amigos, parientes, etc.
N) Compensación laboral
O) Manutención niños
P) Ingresos por empleo de hijos
Q) Otros: _____

¿Quién recibe los pagos? *(No. Solicitante o No. Niño)*	¿Qué tipo de pagos? *(Use el código de letras de arriba)*	¿Con qué frecuencia se reciben los pagos?	¿Cuándo comenzaron los pagos?	Monto de los pagos ($)

Solicitud para el Plan Healthy Indiana

Formulario Estatal 53422 (R6 / 8-12) / HIP 2515S

12.Preguntas sobre su salud
(Estas preguntas deben estar contestadas para que se pueda considerar que su solicitud está completa.)

Por favor conteste "Sí" o "No" a las siguientes preguntas haciendo una marca alrededor de la respuesta correcta. Esta información es para determinar si usted cumple con los requisitos para recibir el Plan de Servicios Mejorados (Enhanced Services Plan). Este plan le proporcionará asistencia médica coordinada de alta calidad para personas con necesidades de atención de salud especializadas. Si usted, por el contrario, reúne los requisitos para HIP, a usted no se le puede negar la cobertura por una enfermedad. Contestar "Sí" a cualquier pregunta no le impedirá recibir cobertura médica.

Para cada pregunta, haga una marca en una sola respuesta sobre cada Solicitante.	**Solicitante 1**	**Solicitante 2**
a. En los últimos tres años, ¿le han diagnosticado o lo han tratado activamente por un cáncer interno? Esto incluye, entre otros: cánceres cerebrales; de cabeza o cuello; garganta; esófago; laringe; pulmón; mama; estómago; intestinos; colon; páncreas; hígado o tracto biliar; ovario; próstata; testículos; vejiga; hueso; o sangre.	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
b. ¿Ha recibido alguna vez un transplante de órganos, incluyendo el corazón, pulmón, hígado, riñón o médula?	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
c. ¿Actualmente está en lista de espera para un transplante de esos órganos o le han informado que será necesario un transplante en los próximos 12 meses?	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
d. ¿Alguna vez le han diagnosticado o le ha informado un profesional médico que usted tiene VIH, SIDA o el virus que causa el SIDA?	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
e. ¿Toma o alguna vez ha tomado medicación para el VIH, SIDA o el virus que causa el SIDA?	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
f. ¿Alguna vez le han diagnosticado anemia aplásica?	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
g. ¿Usted necesita transfusiones de sangre frecuentes por alguna enfermedad?	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
h. ¿Alguna vez le han diagnosticado o lo han tratado activamente por hemofilia u otras enfermedades sanguíneas poco frecuentes, como la enfermedad de Von Willebrand, o la deficiencia congénita del factor VIII?	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No

Toda la información recabada se tratará como confidencial de acuerdo a 470 IAC 1-2-7, 470 IAC 1-3-1, 42 CFR 431 Subparte F y 45 CFR 164 Subparte E.

13. Se requiere su firma Por favor, lea atentamente y luego firme y feche abajo.

Certifico, bajo pena de sanción por perjurio, que toda la información que brindé es completa y correcta hasta donde yo sé y según creo.

Firma Solicitante 1 : _____ Fecha: *(mm/dd/aa)*: _____

Firma Solicitante 2 : _____ Fecha: *(mm/dd/aa)*: _____

Firma de testigo si firmo con "X": _____

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

15. ¿Desea registrarse para votar? ☐ Sí ☐ No Su respuesta no afectará su elegibilidad para la cobertura médica.

DFRIZAS01

HEALTHY INDIANA PLAN℠
Health Coverage = Peace of Mind

Información para comenzar

Le adjuntamos su solicitud para el Plan Healthy Indiana, un programa de cobertura médica para adultos sin seguro de entre 19 y 64 años. Los pasos para solicitar HIP se explican a continuación.

Paso 1: Complete y firme la solicitud.

Conteste TODAS las preguntas en forma veraz y completa lo mejor que pueda, incluyendo las preguntas sobre su salud. Use una pluma negra o azul solamente.

Obtenga y copie cualquiera de los documentos que aparecen abajo como prueba de la información que aparece en su solicitud. Si envía esta documentación con su solicitud podremos procesarla en forma más rápida. Escriba su nombre y el número de Seguro Social en todas las copias de los documentos que envíe con su solicitud.

Para probar…	Envíe para cada solicitante …
Identidad	Licencia para conducir válida, o documento de identidad del Estado, o tarjeta de estudiante con foto. Si alguien gestiona en su nombre, esa persona también deberá probar su identidad.
Ciudadanía de EE.UU.	Certificado de nacimiento, de naturalización, de ciudadanía, pasaporte de los EE.UU. si fue emitido sin restricciones.
Dinero recibido por Solicitante, cónyuge, y niños a cargo en el hogar	**Salarios:** Comprobantes de pago, cheques de pago, declaración actualizada del empleador; **Finalización del empleo:** Una declaración del último empleador, con las fechas del empleo y las razones de la finalización. **Trabajadores independientes**: Declaración de impuestos del año pasado firmada o registros personales de que es trabajador independiente. **Manutención de niños, Seguro Social, VA, SSI, Compensación laboral, beneficios por discapacidad, enfermedad, desempleo, u otros:** orden judicial, carta de aprobación u otra prueba de pago por parte de la fuente de los ingresos. **Préstamos, obsequios o contribuciones:** Pagaré; acuerdo del préstamo o declaración de la persona que proporciona el dinero con el nombre, domicilio, número de teléfono, firma de la persona y fecha.
Tutela o Poder	Si alguien tiene la autoridad legal para actuar en su nombre, proporcione una copia del poder, la orden de tutela, la orden judicial o documentos similares.
Situación de inmigración	Si usted no es ciudadano de los EE.UU., una copia de su tarjeta de registro como extranjero, de residente permanente, u otra documentación de la Oficina de Ciudadanía y Servicios de Inmigración (anteriormente, el INS).

Paso 2: Devuélvanos la solicitud. Si opta por enviarla por fax, asegúrese de transmitir **ambos** lados de las hojas de la solicitud y cualquier documento adicional. Puede devolvernos su solicitud completada y otra documentación así:

- ✓ Por correo al Centro de Documentación: **FSSA Document Center / PO Box 1630 / Marion, IN 46952;** o
- ✓ Por fax al Centro de Documentación, al 1-800-403-0864; o
- ✓ Personalmente, en una oficina local de FSSA DFR. Para encontrar la más cercana, vaya al sitio Web **www.in.gov/fssa/dfr** o llame gratis al 1-800-403-0864.

Paso 3: Coopere cuando se le solicite más información o entrevistas. Nos comunicaremos por teléfono o carta si necesitamos información o documentación adicional para completar su solicitud. Por favor, responda rápidamente cuando le solicitemos información adicional para que podamos procesar su solicitud.

INFORMACIÓN IMPORTANTE ACERCA DEL PLAN HEALTHY INDIANA

Guarde esta información. No la envíe con su solicitud.

Beneficios incluidos en el Plan

HIP proporciona cobertura médica para adultos que reúnen los requisitos. Los miembros inscritos mantienen sus beneficios de HIP durante 12 meses continuos aun si cambian los ingresos o el tamaño de la familia. Los miembros deben vivir en Indiana y no tener otro tipo de acceso a la cobertura del seguro de salud. Los beneficios se proporcionan a través de compañías privadas de seguro de salud y también el plan Enhanced Services Plan (ESP) del Estado para los miembros que tienen necesidades médicas complejas. Puede seleccionar su plan de salud en la primera página de la solicitud, o puede llamar a la línea de HIP al 1-877-GET-HIP-9 (1-877-438-4479) para más información acerca del plan y registrar su selección. Si no elige un plan de salud, lo haremos por usted. Aquellos miembros con necesidades de salud complejas serán asignados al ESP de modo que puedan tener acceso a los servicios mejorados de manejo de enfermedades y las redes especializadas. La enfermedad de un solicitante no tiene ninguna consecuencia en la decisión de elegibilidad de HIP. Si FSSA determina que el ESP no es el plan de salud adecuado, la cobertura del miembro será transferida. Los beneficios no vencerán cuando el plan cambie de ESP a otro plan de salud de HIP.

Los miembros de HIP tienen una cuenta POWER de $1100 que se usará para pagar los gastos iniciales de atención médica. El Estado aportará a la cuenta y los miembros pagan un pequeño porcentaje de sus ingresos (2% - 5%) de acuerdo a una escala móvil basada en los ingresos familiares. Cuando se aprueba una solicitud, se le notifica por escrito al miembro nuevo acerca del monto del pago de POWER.

Su pago a la cuenta POWER será el mismo durante el período de inscripción de 12 meses a menos que usted informe sobre un cambio y solicite específicamente que se recalcule su pago. Durante el período de inscripción de 12 meses, usted puede solicitar 1 recálculo sólo por cambios en sus ingresos. Esta limitación no se aplica a los cambios del tamaño de su familia. **Usted debe efectuar sus aportes a la cuenta POWER todos los meses. La falta de pago puede resultar en la finalización del programa, y una vez que se finalice por falta de pago, una persona no puede volver al programa por 1 año.**

Para mayor información acerca del Plan Healthy Indiana, llámenos al

1 (877) GET-HIP 9 (1-877-438-4479) en forma gratuita

Sus derechos y responsabilidades como solicitante y miembro de HIP

1. Una vez que recibimos su solicitud, las normas federales permiten 45 días para tomar una decisión sobre su elegibilidad. Le enviaremos un aviso escrito explicándole si reúne los requisitos para HIP o no. Si no está de acuerdo con cualquier decisión sobre su elegibilidad, o si su solicitud no es procesada en 45 días, usted puede apelar y puede tener una audiencia.

2. Por ley del Estado y federal, la información brindada en la solicitud se mantiene confidencial.

3. Se debe dar el número de Seguro Social (NSS) de cada Solicitante que por ley lo puede tener.
   El Solicitante que no tiene un número debe solicitarlo. Su NSS será usado para verificar la información que tiene la Administración del Seguro Social, el Internal Revenue Service, Workforce Development y otras agencias federales del Estado. Pedimos los NSS de familiares que no solicitan HIP a los fines de identificarlos, pero no es obligatorio dar el número.

4. La elegibilidad para los beneficios se otorga sin prestar atención a la raza, color, sexo, edad, discapacidad u origen nacional. Preguntamos acerca de su herencia racial y étnica para cumplir con la Ley Federal de Derechos Humanos. Sin embargo, no es obligatorio proporcionar esta información. Si opta por no brindarla, indicaremos una categoría étnica o racial a los fines de la recolección de datos.

5. Se debe verificar cierta información que usted brinde, como sus ingresos. Si no puede obtener los papeles necesarios, deberá firmar un formulario de autorización para que nosotros los obtengamos.

6. Debe brindar información exacta. La persona que dé información falsa o falte a la verdad está cometiendo un delito y puede ser procesada bajo la ley federal, del Estado, o ambas. El monto de los beneficios que recibe una persona que no tiene derecho a recibirlos será recuperado por el Estado.

7. SI USTED SE MUDA, por favor indique su nuevo domicilio para que la correspondencia importante acerca de su solicitud y membresía le llegue sin retraso. También nos tiene que informar si recibe cobertura de seguro de salud de otra fuente, como Medicare, o si se la ofrece su empleador.

8. La situación de inmigración de los que no son ciudadanos que solicitan HIP está sujeta a verificación por la Oficina de Ciudadanía y Servicios de Inmigración (CIS). Los inmigrantes indocumentados y residentes permanentes con documentación legal que han vivido menos de 5 años en los EE.UU. no reúnen los requisitos para todos los beneficios de HIP. HIP no denuncia a inmigrantes indocumentados a la CIS.

9. Sus derechos a los pagos para el cuidado médico están asignados al Estado de Indiana si usted es elegible para HIP. Esto incluye los derechos al apoyo médico y el pago por cualquier atención médica que tenga en nombre suyo o de sus hijos que reciben Hoosier Healthwise/Medicaid.

10. Si usted siente que ha sido discriminado y desea presentar una queja, puede hacerlo comunicándose con el Departamento de Salud y Servicios Humanos, Gerente Regional, Región V, Oficina de Derechos Civiles, 233 N. Michigan Ave., Suite 240, Chicago, Illinois, 60601. Puede llamar a la Oficina Regional al (800) 368-1019 o, para llamar por TDD, disque (800) 537-7697.