Por favor desprenda esta página y guárdela para su información.

UTAH DEPARTMENT OF HEALTH MEDICAID

INFORMACIÓN PARA ELAPLICANTE

CHIP | UPP | MEDICAID | HPE | BYB | Mercado

¿PARA QUÉ SEGURO ESTOY APLICANDO?

El cubrimiento de seguro de salud es importante para que usted y su familia obtengan el cuidado de salud que necesitan. Cuando usted envía esta aplicación, usted será considerado para todos los programas médicos que están abiertos para inscribirse actualmente, incluyendo:

- **CHIP (Programa de Seguro de Salud para Niños)**
  Este programa ofrece seguro médico y dental para los niños que no lo tienen y pertenecen a familias que califican con base en el número de miembros de lafamilia y sus ingresos. Para mayor información visite: www.health.utah.gov/chip

- **UPP (Programa de Colobración Con las Primas en Utah)**
  Provee un reembolso mensual de la prima de seguro cuando un individuo o familia que anteriormenteestaba sin seguro se inscribe en el plan de salud COBRA del empleador. Para mayor información visite: www.health.utah.gov/upp

- **Medicaid**
  Ofrece asistencia médica para familias de bajos ingresos, niños, mujeres embarazadas, adultos y para incapacitados, ciegos e individuos ancianos. Para mayor información visite: medicaid.utah.gov

- **HPE (Elegibilidad Presunta Hospitalaria)**
  Provee cobertura temporal de Medicaid para los padres/cuidadores familiares, niños, mujeres embarazadas, adultos y personas que recibieron crianza temporal que califiquen en base a información preliminar.

- **BYB (Baby Your Baby o En Español "Mime a Su Bebé")**
  Provee cobertura temporal de Medicaid a mujeres embarazadas que califican en base a información preliminar. Para mayor información, visite: www.babyyourbaby.org

- **Mercado**
  El Mercado de Seguros Médicos prove cobertura a complete de seguro de salud junto con la ayuda para el pago de costos (APTC). Un APTC es un crédito fiscal que le puede ayudar a pagar sus primas para la cobertura de salud. Para más información, www.healthcare.gov.

¿QUÉ DEBO HACER DESPUÉS?

En su aplicación, infórmenos sobretodos los miembros de la familia que viven con usted. Usted puede solicitar y recibir beneficios para miembros elegibles de su familia, incluso si en su familia hay otros miembros que no son elegibles debido a su estatus migratorio. Por ejemplo, los ciudadanos de Estados Unidos o niños inmigrantes legales pueden calificar para beneficios aunque sus padres no califiquen. Si usted presenta declaración de impuestos, nosotros necesitamos que nos informe cada una de las personas incluidas en su declaración de impuestos. (Usted no tiene que declarar impuestos para obtener cubrimiento de seguro de salud.) El programa para el que usted califica depende del número de personas en su familia y de su ingreso. Esta información nos ayuda a asegurarnos que todos reciban la mejor cobertura de salud.

Vea al reverso de esta página de cubierta para más instrucciones.

¿QUÉ DEBO HACER DESPUÉS? (CONT.)

Siga las instrucciones siguientes basadas en el programa o programas que va a solicitar:

CHIP, UPP, Medicaid, Mercado de Seguro Médico

- Puede llenar su solicitud:
  - en línea en jobs.utah. gov/mycase;
  - por teléfono al 866-435-7414;
  - en persona en cualquier oficina de DWS; o
  - puede llenar esta solicitud y devolverla a:

Department of Workforce Services
PO Box 143245
SLC, UT 84114-3245
Toll-free Fax: 1-877-313-4717

- Salte la página 8 de la solicitud si NO está solicitando HPE (Elegibilidad Presuntiva Hospitalaria) o BYB (Baby Your Baby).
- Se le puede pedir que su empleador llene el "Formulario de seguro de salud del empleador" (Anexo C). Por favor mantenga esta forma con usted en caso de que se le solicite hacerlo.
- Si se necesita mayor información para determinar su elegibilidad de beneficios, un trabajador de elegibilidad de DWS lo contactará. Si usted no ha escuchado de DWS dentro de 10 días, por favor llame al número gratis 1-866-435-7414.

HPE or BYB

- Podemos determinar su elegibilidad mejor si contesta todas las preguntas. Sin embargo, para HPE y BYB, debe llenar por lo menos las preguntas de las cuatro páginas que se encuentran a continuación.

  Página 1 Sección A: Nombre, dirección, # de teléfono
  Sección B: Sólo la pregunta #1
  Página 2 Sección C: Preguntas 1, 6 y 9
  (Para BYB, la pregunta 6 no es requerida.)
  Página 9 Sección L: Contestar todas las preguntas
  (For BYB, la pregunta 6 no es requerida.)
  Página 11 Sección M: Firma

- El hospital o clínica determinará la elegibilidad para el HPE o el BYB y enviará su solicitud al Departamento de Servicios Laborales (DWS) para determinar los beneficios médicos continuados. DWS le notificará si usted califica. Si DWS necesita más información para determinar su elegibilidad para los beneficios, un trabajador de elegibilidad se comunicará con usted. Si usted no ha sabido del DWS dentro de 10 días, por favor llame gratis al 1-866-435-7414.
- Solicitar beneficios médicos continuados no es un requisito para el HPE o el BYB. Si decide no solicitarlos, consulte el número 8 en la página 9.

¿DÓNDE PUEDO OBTENER MÁS INFORMACIÓN O AYUDA?

- Si necesita ayuda durante el proceso de solicitud, disponemos de servicios de traducción.
- Tenemos ayudas y servicios auxiliares cuando así lo requiera a pedido de las personas con discapacidades, llamando al 801- 526-9240. Los individuos que tengan impedimentos del habla y/o de la audición, pueden llamar a Relay Utah por el #711 o al Relay Utah en español llamando al 1-888-346-3162.
- Para obtener respuestas a sus preguntas sobre cómo completar la solicitud, el estatus de su solicitud o para averiguar si califica, por favor, acceda a su información en línea por www.jobs.utah.gov/mycase
- Si tiene preguntas sobre cómo completar la solicitud y/o no puede acceder a la página web, llame a DWS al 1-866-435-7414.
- Para preguntas generales sobre los servicios de cuidados de la salud cubiertos por Medicaid, llame a la línea directa de Medicaid al 1-800-662-9651.
- Para preguntas generales acerca de CHIP, o UPP, llame a la línea de información de salud 1-888-222-2542.

DOH 61MED 05/01/2020

APLICACIÓN

D06220700020125

A INFORMACIÓN DEL APLICANTE

Nombre: _____
primer nombre (empiece con usted) inicial apellido de soltera apellido

Dirección de la casa: _____
(Déjelo en blanco si no tiene) calle apto.# ciudad estado código postal

Dirección de correo: _____
(Déjelo en blanco si no tiene) calle apto.# ciudad estado código postal

Teléfono casa: (_____) _____ Teléfono celular: (_____) _____

E-mail (opcional): _____

☐Sí ☐No ¿Habla usted Inglés? Si no, ¿cuál es su idioma principal? _____

¿Le gustaría recibir la correspondencia en inglés o en español? ☐Inglés ☐Español

B INFORMACIÓN DE TODA LA FAMILIA

1. Enumere a todos los que viven en su hogar. Marque la casilla para los que están solicitando cobertura de salud.

Nombre (primer nombre, segunda inicial, apellido) ❒ Marque la casilla si solicita cobertura.	Relación con usted	[1]Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento (m/d/año)	Sexo (f/m)	[2]Raza	[3]Etnicidad	[4]Estado Civil	Estudiante Tiempo Complete (sí/no)	Residente de Utah [1]U.S. Ciudadano de Estados Unidos/ Nacionalizad No Ciudadano Elegible
☐	Yo								☐Residente de Utah ☐Ciudadano de Estados Unidos/Nacionalizado ☐No ciudadano elegible
☐									☐Residente de Utah ☐Ciudadano de Estados Unidos/Nacionalizado ☐No ciudadano elegible
☐									☐Residente de Utah ☐Ciudadano de Estados Unidos/Nacionalizado ☐No ciudadano elegible
☐									☐Residente de Utah ☐Ciudadano de Estados Unidos/Nacionalizado ☐No ciudadano elegible
☐									☐Residente de Utah ☐Ciudadano de Estados Unidos/Nacionalizado ☐No ciudadano elegible

[1]Número de Seguro Social y Ciudadanía La información del número de seguro social (SSN) y de ciudadanía solamente es necesaria para las personas que están aplicando por beneficios. Un número de seguro social no es requerido para quienes están solicitando elegibilidad presunta. Si alguien necesita ayuda para obtener el SSN llame al 1-800-772-1213 o visite socialsecurity.gov. Usuarios de TTY deberían llamar al 1-800-325-0778.

[2]Código de Raza (Opcional) **WH:** Blanco, **BL:** Negro/Áfrico Americano, **AI:** Indio Americano/Nativo de Alaska, **ASI:** Asiático Indio, **CH:** Chino, **FI:** Filipino, **JA:** Japonés, **KO:** Coreano, **VI:** Vietnamés, **OA:** Otro Asiático, **NH:** Nativo de Hawái, **SA:** Samoano, **GC:** Nativo de la isla de Guam/Chamorro, **OPI:** Otra isla del Pacífico, **OT:** Otro

[3]Código de etnicidad (Opcional) **N:** No Hispano/Latino, **M:** Mejicano, **MA:** Méjico-Americano, **CH:** Chicano/a, **PR:** Puertorriqueño, **CU:** Cuban, **AH:** Otro origen hispano, latino o de origen español, **OT:** Otro

[4]Estado Civil Soltero, casado, divorciado, viudo

B INFORMACIÓN DE TODA LA FAMILIA (CONT.)

D06220700020225

2. Si usted es un indio americano o nativo de Alaska, complete el ANEXO A, ya que esto puede ayudarle a recibir mejores beneficios.
3. Si alguien en su hogar tiene un estatus migratorio elegible y está solicitando beneficios, completeel siguiente cuadro.

Nombre	Tipo de Documento de Inmigración	Número de Registro Extranjero o I-94	Número de ID (Si es diferente al número de residente)	¿Vive en los Estados Unidos Desde 1996? (sí/no)	¿Es un veterano o miembro activo de las Fueras Armadas de Estados Unidos, o lo es su cónyuge opadre? (sí/no)

C INFORMACIÓN GENERAL

Por favor responda las siguientes preguntas para cada una de las personas de su familia que viven con usted y que está aplicando por beneficios. Esto nos ayudará a seleccionar el programa médico correcto.

☐Sí ☐No 1. ¿TODAS las personas que están solicitando beneficios médicos tienen una tarjeta de Medicaid deUtah?
Si no, ¿quién necesita unatarjeta? _____

☐Sí ☐No 2. ¿Quiere usted ayudar a pagar cualquier cuenta médica de los últimos 3 meses?
Si la respuesta es sí,¿por quién?_____¿Por cuales meses?_____

☐Sí ☐No 3. ¿Quiere ayuda para pagar por COBRA o el plan de seguro médico de su empleador?

☐Sí ☐No 4. ¿Alguien de quienes solicita cobertura tiene una necesidad médica importante mayor? Esto incluye cáncer, enfermedad renal, enfermedad cardíaca, etc. *(Al responder a esta pregunta podría obtener ayuda extra.)*
Si la respuesta es sí,¿qué?_____
¿Cuál es la necesidad médica?_____

☐Sí ☐No 5. ¿Es usted la persona principal que cuida a un niño menor a 19 años que viva en su hogar?

☐Sí ☐No 6. ¿Alguno de entre los que solicitan cobertura estaba bajo crianza temporal a la edad de 18 años o después?
Si la respuesta es sí,¿quién?_____
¿En aquel tiempo recibía Medicaid? ☐Sí ☐No

☐Sí ☐No 7. ¿Alguno de entre los que solicitan cobertura tiene una discapacidad? (una condición de salud mental, física, emocional, que limita sus actividades como bañarse, vestirse, hacer las actividades diarias etc.)?
Si la respuesta es sí,¿quién?_____

☐Sí ☐No 8. ¿Alguno de entre los que solicitan cobertura vive en una institución (como un hospital, un asilo de ancianos, una cárcel o una prisión)?
Si la respuesta es sí, ¿quién?_____¿Cuándo?_____Por cuántotiempo?_____

☐Sí ☐No 9. ¿Alguna de entre las que solicitan cobertura está actualmente embarazada o ha estado embarazada durante los últimos 3 meses?
Si la respuesta es sí, ¿quién?_____
Fecha en que nacerá el bebé:_____
¿Cuántos bebes nacerán de esteembarazo? _____
¿Ella ha fumado o usado tabaco durante los pasados 6 meses? ☐Sí ☐No
(Sólo se necesita información sobre el consumo de tabaco en mujeres embarazadas para determinar su elegibilidad potencial para programas de cesación del uso de tabaco. Responder a esta pregunta es opcional.)

☐Sí ☐No No 10. ¿Algún niño de los que solicitan cobertura tiene un padre o madre que viva fuera del hogar?
En caso afirmativo, ¿está usted dispuesto a cooperar con la Oficina de Servicios de Recuperación para establecer el apoyo médico de parte del o lospadre(s) ausente(s)? ☐Sí ☐No

D Participación Comunitaria

D06220700020225

Los adultos de entre 19-59 años que están solicitando la cobertura médica quizás tengan que participar en actividades de empleo. Éstas pueden incluir registrarse para el trabajo, completar una evaluación de trabajo y los cursos identificados de entrenamiento en línea, y solicitar 48 ofertas de trabajo. (Para más información vea el Anexo E o visite el sitio https://medicaid.utah.gov/community-engagement).

Para poder ayudarnos a decidir si usted o algún otro adulto en su hogar está exento de las actividades de empleo, favor de contestar las preguntas a continuación (Las siguientes personas no deben contestar las preguntas: los discapacitados, ancianos o ciegos, residentes de asilos, solicitantes para un programa de exención de Medicaid, jóvenes anteriormente en crianza temporal, mujeres embarazadas, miembros de una tribu reconocida por el gobierno federal, o los que están trabajando 30 horas o más por semana).

Estas preguntas son opcionales, si nos provee esta información nos ayudará a procesar su solicitud más rápido.

☐ Sí ☐ No *1. ¿Hay algún adulto solicitando cobertura que no puede trabajar debido a una condición física o mental determinada por un profesional de salud física o mental?*

Si hay, quién: _____

☐ Sí ☐ No *2. ¿Hay algún adulto solicitando cobertura que es responsable por el cuidado de un niño dependiente menor de seis años?*

Si hay, quién: _____

Nombre del niño: _____

☐ Sí ☐ No *3. ¿Hay algún adulto solicitando cobertura es responsable por el cuidado de un individuo discapacitado?*

Si hay, persona responsable: _____

Individuo discapacitado: _____

☐ Sí ☐ No *4 ¿Hay algún adulto solicitando cobertura, que ha solicitado o está esperando una determinación de elegibilidad para beneficios de desempleo?*

Si hay, quién: _____

Está la persona registrada para trabajar con el Departamento de Workforce Service (DWS)? ☐ Sí ☐ No

☐ Sí ☐ No *5. ¿Hay algún adulto solicitando cobertura participando en un programa de tratamiento para las drogas/el alcohol, incluyendo los programas intensivos para pacientes externos?*

Si hay, quién: _____

¿Qué programa(s)? _____

☐ Sí ☐ No *6. ¿Hay algún adulto solicitando cobertura inscrito en una escuela por lo menos medio tiempo tales como instituto, universidad, programa técnico o de aprendizaje?*

Si hay, quién: _____

☐ Sí ☐ No *7. ¿Hay algún adulto solicitando cobertura que participa en los servicios de empleo para refugiados ofrecidos por el Estado? Estos pueden incluir el entrenamiento vocacional y los programas de aprendizaje, la administración de caso y la preparación para el empleo.*

Si hay, quién: _____

E INGRESO

D06220700020425

☐Sí ☐No 1. ¿Alguien de los miembros de la familia que vive en la casa ha ganado ingresos?
Si la respuesta es sí, liste el ingreso recibido por todas las personas que viven en la casa.

Persona Empleada (Nombre)	Nombre del Empleador, Dirección y Número de Teléfono	Pagado por Hora o Salario Mensual (ejemplo: $900/ mes, $9/ hora)	Horas Trabajadas Semanal-mente	Frecuencia del Pago (semanal, mensual)	Ingresos Adicionales (ejemplos: propinas, pagas extraordinarias, comisiones)
		/			
		/			

☐Sí ☐No 2. ¿Alguien en su familia trabaja por cuenta propia y recibe ingresos?
Si la respuesta es sí liste cualquier ingreso de trabajo por cuenta propia recibido por las personas de su familia.

Nombre de la Persona Que Trabaja por Cuenta Propia	Nombre de la Empresa	Tipo de Negocio (LLC, S-Corporación, etc.)	Fecha en Que Inició el Negocio	Porcentaje de Propiedad de la Compañía	Ingreso Neto Este Mes (lo que le quedó de ganancia después de gastos del negocio)

☐Sí ☐No 3. ¿Espera cambios en sus ingresos o en el número de horas trabajadas?
Si la respuesta es sí, ¿quién?_____Explique el/los cambio(s)_____

☐Sí ☐No 4. En el año pasado alguien en su familia cambió de trabajo, ¿dejo de trabajar o empezó a trabajar menos horas?
Si la respuesta es sí, ¿quién?_____Explique el/los cambio(s)_____

☐Sí ☐No 5. ¿Alguien en su hogar recibe ingresos de cualquiera de los siguientes?

Marque Todas las Que Apliquen:	Importe Bruto Antes de Deducciones	Con Qué Frecuencia	Fecha Aproximada de Inicio (mes/año)	Nombre de la Person que Recibe los Ingresos
☐Desempleo				
☐Pensión				
☐Seguro Social				
☐Cuentas de Retiro				
☐Manutención para Los Hijos				
☐Ingresos de Granjas/Pesca				
☐Renta Neta/Regalía				
☐Otros Ingresos Tipo de Ingreso: _____				

F DEDUCCIONES

D06220700020525

1. Anote el monto pagado y la frecuencia con que lo paga. Si usted paga por ciertas cosas que se pueden deducir en una declaración de impuestos federales, decírnoslo puede ayudar a bajar el costo de su cobertura de salud. *(Nota: No debe incluir aquí el costo ya considerado en su respuesta de ingreso neto de trabajo por cuenta propia.)*

Marque Todas Las Que Apliquen:	Cantidad Pagada	Con Qué Frecuencia	Nombre de la Persona Que Paga el Gasto
Pago a Su Ex-Conyugue			
Intereses de Préstamos de Estudio			
Otras Deducciones Tipo de Deducción: _____			

☐Sí ☐No 2. ¿Tiene deducciones que se le sacan antes de los impuestos que se cobran de su cheque de pago como lo son las primas de seguro médico y las contribuciones a un plan 401K? En caso afirmativo, complete el cuadro siguiente.

Marque Todas Las Que Apliquen:	Cantidad	Con Qué Frecuencia	Nombre de la Persona Con Deducciones Antes de Impuestos
Seguro de Salud Prima			
Contribución a Su Plan 401K			
Otras Deducciones Antes de Impuestos Tipo de Deducción: _____			

G INGRESO ANUAL

Complete solamente si su ingreso ha cambiado de mes a mes. Si usted no espera cambios de mes a mes no conteste la siguiente pregunta.

Ingreso total para ESTE año:_____

Ingreso total para el PROXIMO año: _____

(Si usted piensa que el ingreso será diferente)

H INFORMACIÓN SOBRE DECLARACIÓN DE IMPUESTOS

D06220700020625

Por favor responda las siguientes preguntas para ayudarnos a seleccionar el programa para su familia. En adición a las preguntas aquí abajo, por favor complete el Anexo B de esta aplicación para todos los dependientes que no viven con usted, pero que están incluídos en su declaración de impuestos.

☐Sí ☐No 1. ¿Planea usted presentar declaración de impuestos federales el próximo año o será usted reclamado como dependiente en la declaración de impuestos de alguien más el próximo año?
Si la respuesta es Sí por favor complete el cuadro que se encuentra abajo. *(Si está reclamando más de 5 dependientes en su declaración de impuestos, haga una copia de esta página para completar la información para los dependientes adicionales.)*

Marque uno: ☐ Declarante O ☐ Dependiente	Aplica Solamente a Declarante: Declarando Conjuntamente con Su Esposo/a	Aplica solamente a declarante: Dependientes Listados en Su Declaración de Impuestos
Nombre:_____ ☐Sí ☐No ¿Será reclamado como dependiente en alguna declaración de impuestos? Si la respuesta es sí escriba el nombre del declarante y su relación con él: Nombre:_____ Relación: _____	☐Sí ☐No ¿Está declarando impuestos en conjunto con su esposa? Si la respuesta es Sí, nombre de la esposa: _____	Dependiente #1 Nombre:_____ ☐Sí ☐No ¿Viviendo con eldeclarante? Dependiente #2 Nombre:_____ ☐Sí ☐No ¿Viviendo con eldeclarante? Dependiente #3 Nombre:_____ ☐Sí ☐ No ¿Viviendo con eldeclarante? Dependiente #4 Nombre:_____ ☐ Sí ☐ No ¿Viviendo con eldeclarante? Dependiente #5 Nombre:_____ ☐ Sí ☐No ¿Viviendo con eldeclarante?

Marque uno: ☐ Declarante O ☐ Dependiente	Aplica Solamente a Declarante: Declarando Conjuntamente con Su Esposo/a	Aplica solamente a declarante: Dependientes Listados en Su Declaración de Impuestos
Nombre:_____ ☐Sí ☐No ¿Será reclamado como dependiente en alguna declaración de impuestos? Si la respuesta es sí escriba el nombre del declarante y su relación con él: Nombre:_____ Relación: _____	☐Sí ☐ No ¿Está declarando impuestos en conjunto con su esposa? Si la respuesta es Sí, nombre de la esposa: _____	Dependiente #1 Nombre:_____ ☐ Sí ☐ No ¿Viviendo con eldeclarante? Dependiente #2 Nombre:_____ ☐ Sí ☐ No ¿Viviendo con eldeclarante? Dependiente #3 Nombre:_____ ☐ Sí ☐ No ¿Viviendo con eldeclarante? Dependiente #4 Nombre:_____ ☐Sí ☐ No ¿Viviendo con eldeclarante? Dependiente #5 Nombre:_____ ☐ Sí ☐ No ¿Viviendo con eldeclarante?

I INFORMACIÓN DE SEGURO DE SALUD

D06220700020725

☐Sí ☐No 1. ¿Alguien de su hogar que solicita cobertura, tiene actualmente Medicaid, CHIP o Medicare?
En caso afirmativo, marque el tipo de cobertura y escriba sus nombres al lado de la cobertura.
☐Medicaid:_____
☐CHIP: _____
☐Medicare: _____

☐Sí ☐No 2. ¿Alguien entre quienes solicitan cobertura ha resultado herido en un accidente o ha sido víctima de agresión en los últimos 12 meses?

☐Sí ☐No 3. ¿Hay alguna persona fuera de su hogar que esté obligado a pagar los servicios médicos de su familia?

☐Sí ☐No 4. I¿Alguien entre quienes solicitan cobertura está inscrito o es elegible para cobertura COBRA o seguro médico continuo a través de un empleador? En caso afirmativo, complete el cuadro siguiente

☐Sí ☐No 5. ¿Hay alguna persona en su hogar que tenga seguro de salud actualmente (incluyendo seguro de veteranos, Tricare o Peace Corps), o tiene seguro a su disposición pero no está inscrito, o ha tenido seguro en los últimos 6 meses? En caso afirmativo, complete el cuadro siguiente.

SEGURO 1

(No incluya Medicaid, Medicare, oCHIP.)

☐Fecha deinscripción:_____ ☐No inscrito, pero disponible ☐Terminó, fecha determinación: _____

(Si usted marcó que el estado de su seguro es no inscrito pero disponible y el seguro es ofrecido a través de su trabajo o a través del trabajo de alguien más, como padre o esposo, por favor complete el anexo C Forma de información del seguro de salud a través del empleador que está adjunta a esta aplicación.)

Nombre de los individuoscon cubrimiento: _____

Nombre de la compañía de seguros:_____Teléfono:_____

Dirección de la compañía de seguros:_____Grupo#: _____

_____

Nombre de la persona que está en lapóliza:_____Número de la póliza: _____

Fecha de nacimiento de la persona en la póliza:_____Número de SeguroSocial: _____

☐Sí ☐No ¿Es este seguro a través del Mercado de Facilitación Federal (FFM)?

Si el seguro es a través del empleador liste el nombre del empleador y el teléfono: _____

Tipo de cubrimiento: ☐Cubrimiento total ☐Cubrimiento limitado

SEGURO 2

(No incluya Medicaid, Medicare, o CHIP.)

☐oFecha de inscripción:_____ ☐No inscrito, pero disponible ☐Terminó, fecha de terminación: _____

(Si usted marcó que el estado de su seguro es no inscrito pero disponible y el seguro es ofrecido a través de su trabajo o a través del trabajo de alguien más, como padre o esposo, por favor complete el anexo C Forma de información del seguro de salud a través del empleador que está adjunta a esta aplicación.)

Nombre de los individuoscon cubrimiento: _____

Nombre de la compañía de seguros:_____Teléfono:_____

Dirección de la compañía de seguros:_____Grupo#: _____

_____

Nombre de la persona que está en lapóliza:_____Número de la póliza: _____

Fecha de nacimiento de la persona en la póliza:_____Número de SeguroSocial: _____

☐Sí ☐No ¿Es este seguro a través del Mercado de Facilitación Federal (FFM)?

Si el seguro es a través del empleador liste el nombre del empleador y el teléfono: _____

Tipo de cubrimiento: ☐Cubrimiento total ☐ Cubrimiento limitado

OTROS TIPOS DE PROGRAMAS MÉDICOS

Si usted o alguien que está solicitando cobertura es una persona de edad, ciega o discapacitada, o si vive en una residencia de ancianos, y está solicitando un programa de exención de Medicaid, o si sobrepasa el nivel de ingresos para los otros programas de Medicaid, debe responder a las siguientes preguntas. Responder a dichas preguntas es opcional en este momento, pero si responde ahora, nos ayudaría a procesar su solicitud más rápidamente.

D06220700020825

J OTROS BENEFICIOS, INGRESOS, Y GASTOS

☐Sí ☐No 1. ¿Alguien en su casa ha aplicado, recibido o le ha sido negado ingreso a través del seguro social, VA, desempleo o "Workers Compensation"? Si la respuesta es síexplique: _____

_____

☐Sí ☐No 2. ¿Alguien en su casa ha sido declarado incapacitado por el Seguro Social? Si la respuesta es sí, ¿quién?: _____

☐Sí ☐No 3. ¿Alguien en su casa que ha sido declarado incapacitado por el Seguro Social paga manutenciónde niños o sostenimiento del ex-cónyuge? En caso afirmativo, indique el nombre, la cantidad pagada y la frecuencia del pago:_____

☐Sí ☐No 4. Si está empleado, ¿usted espera cambios en sus ingresos o en el número de horas trabajadas? Si la respuesta es sí explique: _____

☐Sí ☐No 5. ¿Alguien le ayuda a usted a pagar su casa, renta, comida, servicios? Si la respuesta es sí explique: _____

_____

☐Sí ☐No 6. ¿Alguien en su casa trabaja por intercambio de pago de la casa, renta, comida o servicios? Si la respuesta es sí explique: _____

☐Sí ☐No 7. ¿Alguien en su casa paga por el cuidado de un dependiente para poder ir a trabajar? En caso afirmativo, indique el nombre, la cantidad pagada y la frecuencia delpago: _____

_____

K RECURSOS O BIENES PERSONALES

☐Sí ☐ No 1. ¿Usted o alguien en su casa tiene cualquiera de los siguientes bienes personales? (Marque todos los que correspondan.)

☐Anualidades ☐Plan de Retiro/401K ☐Cuenta de Cheques $_____

☐IRA ☐Fondos en Cuentas "Money Market" ☐Cuenta de Ahorros $_____

☐Acciones de la Bolsa ☐Fondos en "Trust" ☐Otro:_____

☐Bonos ☐Certificados de Depósito a Término

☐Sí ☐No 2. ¿Usted o alguien en su familia tieneuno de los siguientes bienes personales? (Marque todos los que correspondan.)

☐Tierras ☐Lotes de Cementerio ☐Renta/Propiedades de Inversión

☐Casa ☐Acciones en Propiedades ☐Fondos Para Pago de Funeral

☐Herramientas ☐Propiedades de Tiempo Compartido ☐Otro: _____

☐Camperos/Remolques ☐Animales en Granjas

☐Seguro de Vida ☐Derechos Forestales o Mineral

☐Sí ☐No 3. ¿Es usted dueño de vehículos? Si la respuesta es sí use el cuadro abajo para listar los vehículos que posee usted o cualquiera que vive en su casa. Tipo de vehículo incluyendo todos los carros, camionetas, vans, vehículos para diversión en la nieve, motocicletas, casas móviles, botes/motores, u otros vehículos.

Marca	Modelo	Año	Tiene Licencia (sí /no)	Licencia #	Estado	Dueño/Dueños	Cantidad de Deuda

ELEGIBILIDAD PRESUNTA HOSPITALARIA (HPE) & MIME A SU BEBÉ (BYB)

D06220700020925

Si hay alguien en su hogar que esté solicitando HPE o BYB, debe responder a las preguntas de esta página y además, a las preguntas especificadas en las páginas 1 y 2. Consulte la página de cubierta informativa de la solicitud para identificar qué preguntas específicas en la página 1 y 2 debe responder. Asegúrese de firmar la solicitud en la página 10.

L PREGUNTAS HPE Y BYB

☐Sí ☐No 1. ¿Alguien en su hogar tiene ingresos salariales o no ganados?
Coloque el ingreso total mensual del hogar antes deimpuestos. $_____(Debe ser completado.)
Coloque el ingreso total que su hogar recibe cada mes. $_____

☐Sí ☐No 2. ¿Hay alguien en su hogar que esté solicitando beneficios, que no sea ciudadano de los EE.UU. o nacional, pero si un no ciudadano elegible? Si la respuesta es sí, complete el cuadro siguiente.

Nombre del Aplicante	Estatus de No Ciudadano Elegible	Fecha en que se le otorgó su status (mes y año)

☐Sí ☐No 3. ¿Hay alguien en el hogar que actualmente recibe Medicaid de Utah, CHIP (Programa de Seguro de Salud para Niños), UPP (Programa de Colobración con las Primas en Utah), Baby Your Baby, o que ha sido aprobado para Medicaid de Utah con un "spenddown"?
Si la respuesta es sí, ¿quién? _____

☐Sí ☐No 4. ¿Ha sido negado a alguien en su hogar el Medicaid de Utah, CHIP, or UPP en los últimos 30 días?
Si la respuesta es sí, ¿quién? _____
Si la respuesta es sí, ¿qué circunstancias del hogar cambiaron desde la denegación? _____

☐Sí ☐No 5. ¿Alguien en su hogar ha sido aprobado para HPE en el último año calendario o si hayalguien embarazada, ¿ha sido aprobada para HPE o BYB para este embarazo?
Si la respuesta es sí, ¿quién? _____

☐ Sí ☐ No 6. ¿Hay algún niño en el hogar que tenga un padre o madre que esté ausente de la casa, incapaz de trabajar debido a una lesión o enfermedad, fallecido, que reciba beneficios de desempleo o que trabaje menos de 100 horas al mes.
Si la respuesta es sí, escriba el nombre o nombres delos hijos: _____

☐Sí ☐No 7. ¿Alguno de los familiares que viven en su casa tiene seguro de salud? *(Esta información esopcional.)*
Si la respuesta es sí, complete el cuadro que se encuentra abajo.

Seguro	
Nombre de los individuos concubrimiento: _____	
Nombre de la compañía deseguros: _____	Teléfono: _____
Dirección de la compañía deseguros: _____	Groupo#: _____
Nombre de la persona que está en lapóliza: _____	Número de lapóliza: _____

8. Solicitar beneficios médicos continuados no es un requisito para HPE y BYB.
☐ Al marcar esta casilla, opto por no solicitar beneficios médicos continuados.

M ENTIENDO QUE:

El estado de Utah (el Estado) en las referencias aquí abajo incluye el Departamento de Salud de Utah, el Departamento de "Wokforce Services" y la oficina de "Recovery Services".

D06220700021025

- El Estado no puede discriminarme debido a mi raza, color, origen nacional, sexo, edad, orientación sexual, identidad de género o discapacidad según lo dispuesto por la ley federal. Puedo presentar una queja visitando www.hhs.gov/ocr/office/file o comunicándose con la Oficina de Derechos Civiles del DHHS en la dirección 200 Independence Avenue, SW Room 509F, Building HHH, Washington, DC 20201 o llamando al 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD).
- Si doy información falsa o no reporto los cambios, puedo ser acusado de fraude. Los beneficios pueden ser reducidos, denegados o interrumpidos debido a la información reportada. Si recibo beneficios para los cuales no soy elegible, debo repagarlos al Estado.
- Si yo recibo Medicaid, el Estado tiene derecho a recuperar todo el dinero que gastó en el pago de mis facturas médicas, en base a mi patrimonio; siempre que yo tenga 55 o más años de edad y que tanto mi cónyuge y yo hayamos fallecido. El estado puede poner un derecho de retención sobre mi propieded si entro en un asllo.
- El Estado no usará mi patrimonio para recuperar costos pagados por los programas de costo compartido de Medicare (QMB, SLMB, QI).
- Autorizo al Estado a informar a mis proveedores médicos si soy elegible para recibir beneficios. Mientras yo sea elegible, el Estado puede intercambiar información con mi proveedor de seguros de salud o con mi empleador.
- Debo cooperar con el Estado en la búsqueda de cualquier tercero responsable de los gastos médicos. Debo cooperar con el Estado para establecer apoyo médico paternidad para mi familia. Si tengo causa justificada para no cooperar, no se me requerirá que lo haga.
- Debo informar sobre cualquier cambio dentro de 10 días.
- Si determinan que soy elegible para ciertos programas de Medicaid, se me va a requerir participar en actividades de participación comunitaria, las cuales incluyen registrarme para el trabajo, completar una evaluación de trabajo y los cursos identificados de entrenamiento en línea, y solicitar 48 ofertas de trabajo, a menos que me encuentren exento o tenga un reclamo por causa justificada de no participar, vea Anexo E.
- Esto incluye cambios en mis ingresos, dirección, número de teléfono, tamaño del hogar y acceso a cobertura de seguro de salud.
- Recibiré una tarjeta médica para mí o para otros miembros de mi familia si son elegibles. Sólo permitiré que la persona nombrada en la tarjeta médica la use para recibir servicios.
- Aseguro que todos los miembros de mi hogar que estan solicitando asistencia médica son ciudadanos americanos o extranjeros en situación de inmigración legal. Alguien que sólo necesita ayuda para una emergencia médica no tiene que ser ciudadano o extranjero legal. No tengo que reporter reportar información de ciudadanía de alguien que no está solicitando asistencia. El Estado verifica la condición legal del extranjero con el Servicio de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos. El Estado no reportará si hay personas indocumentadas en mi hogar.
- El Sistema de Información de Inmunización de Utah (USIIS) es un registro electrónico. Mantiene registros completos y actualizados del historial de inmunización de mi hijo. Para más información, o para retirar a mi hijo de USIIS, puedo llamar al 1-800-275-0659.
- Se me ha entregado una copia de los Derechos y Responsabilidades y el Cambio de requerimiento en el reporte.
- Los beneficios para los cuales soy elegible pueden ser cambiados sin mi conocimiento o consentimiento. Debo pagar cualquier co-pago a los proveedores cuando reciba servicios a menos que esté exento de dichos copagos.
- Si recibo pagos bajo un plan de seguro de asociación de cuidado a largo plazo, algunos activos pueden no contar para decidir mi elegibilidad. En este caso, el Estado no recuperará los costos médicos a partir de esos activos después de que yo haya fallecido.
- Debo seguir las reglas del programa de asistencia médica. Mi cónyuge y/o hijos, si son elegibles, también deben seguir estas reglas.
- Autorizo al Estado a verificar cualquier información proporcionada. Entiendo que esto ocurre cuando solicito y después de recibir beneficios.

M ENTIENDO QUE: (CONT.)

D06220700021125

- Si el Estado paga por mi atención médica, le asignomis derechos a pagos por servicios médicos hechos por cualquier tercero. Daré al Estado cualquier dinero que reciba de una póliza de seguro o de alguien que deba pagar mis costos médicos. Autorizo que los pagos se hagan directamente al Estado. Mantendré ileso librede responsabilidad a cualquier parte que pague alEstado.
- Yo puedo pedir una audiencia justa si yo estoy en desacuerdo con la decisión tomada sobre miaplicación.

Entiendo que el Estado usará los números de Seguro Social de quienes están solicitando beneficios para asegurarse de que los hogares son elegibles para los beneficios. El Estado utiliza su Sistema de Verificación de Ingresos y Elegibilidad para hacer comparaciones computarizadas. El Estado utiliza la información que encuentra para revisiones de beneficios y auditorías. Las agencias que pueden recibir, proveer o usar esta información incluyen: Servicios Laborales, Salud, Servicios Humanos, Seguridad Nacional, Seguridad Social y Servicio de Impuestos Internos. El Estado también puede utilizar información proveniente de las agencias de reportes de consumidores. El Estado puede solicitar información a bancos o cooperativas de ahorro y crédito, y otras organizaciones o personas que puedan tener información de elegibilidad sobre mi hogar. Debo probar al Estado que mi familia es elegible.

Yo,(escribe su nombre en letra imprenta)_____, he leído las declaraciones anteriores o alguien me las ha leído. Yo entiendo y estoy de acuerdo con lo que dice. Bajo pena de perjurio, yo juro que las respuestas que doy en esta aplicación son completas y correctas. Yo soy la persona representada en este documento. Yo sé que podría estar sujeto a penalidades bajo la ley federal si proporciono información falsa o no verdadera. PProporcionar un Número de Seguro Social e información relacionada con el estatus de inmigración o extranjero es voluntario; Sin embargo, cualquier persona que quiera asistancia pero que haya no proporcionado tal información puede que no sea elegible para los beneficios. Si el solicitante no proporciona esta información, esto no lo expone a cargos criminales.

_____ _____

Firma(marque una): ☐Aplicante ☐Representanteautorizado Fecha

¿Le gustaría que alguien actúe como su representante autorizado y tenga acceso a la información relacionada con su caso? Si la respuesta es sí por favor complete el anexo D – Forma para Autorizar Entrega de Información de Elegibilidad Médica, la cual está adjunta a esta aplicación.

N RENOVACIÓN DE COBERTURA EN AÑOS FUTUROS

Para hacer más fácil determinar mi elegibilidad de ayuda de pago de cobertura de servicios de salud en el futuro, yo estoy de acuerdo con permitir al “Marketplace” usar la información de mis ingresos, incluyendo la información de mi declaración de impuestos. Yo también estoy de acuerdo con permitir al departamento de “Workforce Services” Departamento de Servicios Humanos, y Departamento de Salud, que usen la información de mi declaración de impuestos. Yo puedo retirar esta autorización en cualquier momento. “Marketplace” me enviará la noticia y me permitirá hacer los cambios.

Sí, renueven mi elegibilidad automáticamente por los próximos

☐ 5 años (máximo de años permitido), o por un número de años menor.

☐ 4 años ☐ 3 años ☐ 2años ☐ 1 año

☐ No use información de mi declaración de impuestos para renovar mi cobertura.

O INFORMACIÓN DE REGISTRACIÓN PARA VOTAR

D06220700021225

☐Si ☐No Si usted no está registrado para votar donde vive actualmente, ¿le gustaría registrarse aquí hoy para votar? Si usted no marca ninguna de las cajas, asumiremos que ha decido no registrarse en este momento para votar. Usted podría llenar la aplicación en privado. Si necesita ayuda para llenar la forma de registración para votar, nosotros le ayudaremos. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. El escoger aceptar o declinar registrarse para votar no afectará la cantidad de ayuda que le será proveída. Si usted cree que alguien ha interferido con su derecho a registrarse, o su derecho a declinar registrarse para votar, su derecho a la privacidad para decir si se registra o para aplicar para registrarse para votar o su derecho a escoger su propio partido político u otro partido político de su preferencia, usted puede colocar un reclamo con la oficina del "Lieutenant Governor "del estado de Utah, PO Box 142220, SLC, UT 84114.Box 142220, SLC, UT 84114.

P DEVUELVA LA FORMA UNA VEZ QUE HA SIDO LLENADA COMPLETAMENTE

Usted ha completado toda la aplicación. Por favor devuelva esta solicitud debidamente completada y cualquier adjunto necesario a:

Department of Workforce Services, PO Box 143245, SLC, UT 84114-3245
Toll-free Fax: 1-888-522-9505

Por favor desprenda esta página y manténgala para su información.

SUS DERECHOS & RESPONSABILIDADES

D06220700021325

USTED TIENE DERECHO A:

- **Reciba servicios gratuitos de asistencia lingüística.**
  Tiene derecho a un intérprete. Disponemos para usted de servicios gratuitos de asistencia lingüística. Por favor llame al 801-526-0950 o lea a continuación:

Spanish
ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 801-526-0950.

Chinese
注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 801-526-0950.

Vietnamese
CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 801-526-0950.

Korean
주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 801-526-0950 번으로 전화해 주십시오.

Navajo
Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yáníłti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'dęę', t'áá jiik'eh, éí ná hólǫ, kojį' hódíílnih 801-526-0950.

Nepali
ध्य्य्य

SUS DERECHOS & RESPONSABILIDADES (CONT.)

D06220700021425

USTED TIENE DERECHO A:

- **Solicite o vuelva a solicitor en cualquier momentopara recibir beneficios médicos.**
  Algunos beneficios médicos sólo están disponibles durante los períodos abiertos de inscripción. Si necesita ayuda para hacer su solicitud, pida ayuda a nuestro personal.
- **Recibirá un aviso cuando aprobemos o rechacemos su solicitud.**
  El aviso le indicará el motivo de la decisión. Para beneficios médicos, tenemos 30 días para procesar su solicitud. Tenemos 90 días si usted afirma queestá discapacitado. Puedes pedir más tiempo. Si necesitamás tiempo, háganoslo saber antes de que terminen los 30 o 90 días.
- **Recibirá un aviso cuando reduzcamos, detengamoso retengamos sus beneficios médicos.**
  Le notificaremos con 10 días de antelación previo a efectuar cualquier acción negativa.
- **Búsqueda de información sobre su caso.**
  La información acerca de usted y su caso es confidencial. Podemos dar información a otras agencias para decidir si es elegible para otros beneficios.
- **Si no está de acuerdo con nuestras decisiones:**
  - Hable con su trabajador de caso. Asegúresede entender la decisión.
  - Hablar con el supervisor del empleado encargado desu caso.
  - Hablar al servicio para contribuyentes al 1-801-526-4390 o al teléfono gratis 1-800-331-4341
  - Pida una audiencia imparcial. Tiene 90 días para solicitar una audiencia. Si usted hace dicha solicitud dentro de un plazo de 10 días de la fecha del aviso, sus beneficios pueden continuar durante elprocesode la audiencia.
  - Usted no puede tener una audiencia si seleniega la elegibilidad presunta.
  - Usted puede tener un abogado que le ayude con su audiencia imparcial. Usted puede calificar para ayuda legal gratuita de Utah Legal Services. En Ogden, llame al 1-801-394-9431 o en Salt Lake, llame al 1-801-328-8891. El número gratuito es 1-800-662-2538.También puede solicitar que le refieran a un abogado alServicio de Referencia de Abogados de Salt Lake al 1-801-531-9075.

SUS RESPONSABILIDADES:

- **Verificar la información para que podamos decidirsi usted es elegible para beneficios.**
  - Usted debe darnos el número de Seguro Social (SSN) de cada miembro del hogar que quiere beneficios médicos (Ley de Seguridad Social (Cuestión 1320b-7 (a) (1)). El estado usa su SSN para asegurarse de que es elegible. El estado hace comparaciones computarizadas a través del Sistema de Ingresos y Verificación deElegibilidad. El Estado utiliza los datos de las comparaciones computarizadas para revisar y auditar los beneficios. Si usted no tiene un SSN, debe demostrar que usted ha pedido uno. Usted puede ser elegible para recibir beneficios mientras espera su SSN.
  - Si solicita Medicaid solamente para cubrir servicios de emergencias, no tiene que darnos un SSN.
- **Cooperar y proporcionar información sobre otras fuentes de pagos médicos y sobre la obtención de apoyo médico.**
  Si usted siente que podría ser perjudicado por dar esta información, puede pedir un reclamo por "causa justificada". Su trabajador de caso puede explicar el proceso.
- **Sistema Estatal de Información de Inmunizacionesde Utah (USIIS).**
  El Estado inscribe a los niños que reciben Medicaid en USIIS. Si no desea que sus hijos sean inscritos en este sistema, llame a la Línea de Ayuda de USIIS al 1-801-538-6872 o a la Línea Directa de Inmunización al 1-800-275-0659.
- **Intercambio de Información de Salud Clínica deUtah (cHIE)**
  Si recibe beneficios médicos (Medicaid, CHIP, UPP), el Estado lo inscribe en el cHIE. El cHIE proporciona un lugar seguro para que los proveedores de asistencia médica que participan puedan compartir y ver la información médica del paciente. Usted puede optar por no recibir el cHIE en cualquier momento. Para obtener más información o para retirarse del cHIE, visite www.mychie.org o llame a su proveedor médico.
- **Cooperar en las revisiones de su caso que llevan a cabo Control de Calidad, los Servicios de Recuperación y la Oficina de Política de Elegibilidad.**
- **Siguiendo las reglas de beneficios médicos.**
  Esto aplica a usted y a los miembros de su familia médica.

Por favor desprenda esta página y manténgala para su información.

CAMBIOS QUE USTED DEBE REPORTAR

D06220700021525

Si usted recibe beneficios de cobertura médica, debe reportar cambios (los suyos y de su familia) dentro de 10 DIAS del cambio. Reporte los cambios a DWS por internet al www.jobs.utah.gov/mycase o por teléfono al 1-866-435-7414.

- **Cambios de su situación doméstica tales como**
  - Matrimonio, separación, divorcio, o cuando padre/madre ausente regresa al hogar
  - Embarazo; nacimiento de un bebé, o al terminar un embarazo
  - Cambio de dirección, número de teléfono o dirección de email; mundanza fuera del estado
  - Llegada o salida permanente de un miembro del hogar; cambio de convivencia con alguien; muerte de un miembro del hogar; estadía en el hospital, residencia de ancianos, cárcel o prisión
- **Cambios de sus Ingresos tales como**
  - Comienzo de un trabajo, final de un trabajo, trabajo temporal, cambio en horas, sueldo, aumentos, horas extraordinarias
  - Trabajo por cuenta propia, aun cuando sea de tiempo parcial
  - Recibo de dinero de SSI o SSA (Seguro Social), desempleo, o ingresos educativos
  - Recibo de beneficios de veteranos, retiro, o ingresos de un fideicomiso
  - Recibo de un pago único/global, indemnización por lesión/accidente, ingresos de lotería o ganancias de juego
  - Ayuda para pagar sus gastos de hogar
  - Cambios en el estatus de estudiante o ingresos de un/a hijo/a
- **Estatus Tributario del Contribuyente y sus dependientes**
  - Reportar cambios como contribuyente en su estatus tributario o en los dependientes que reclama
- **Si su edad es de 65+, es ciego, o discapacitado, o usted paga para recibir Medicaid, reporte cambios en sus bienes/activos tales como**
  - Adquirir un vehículo, como carro, camioneta o vehículos recreativos
  - Compra, venta o cambio de valor de una casa, propiedad, acciones, bonos, fondos de fideicomos, seguro de vida, fondos funerarios, fondos de retiro, o recibo de una herencia
  - Cambios de cuentas bancarias (cuentas nuevas o cierre de una cuenta)
  - Comunidad de bienes con otra persona.
- **Cambios de seguro de salud**
  - Enscribirse en un plan de seguro de salud o terminar un plan de seguro de salud
  - Cambiar a otro plan
  - Cambios en la prima que usted paga
  - También reportar accidentes o lesiones que un tercero sea responsable de pagar
  - Obtener acceso a la cobertura bajo un plan de seguro de salud patrocinado por el empleador, cobertura de COBRA, seguro de salud para veteranos o Medicare
- **Cambios en los gastos que usted debe pagar**
  - Cambios en el costo de cuidado de los niños u otro dependiente
  - Cambios de la pensión alimenticia o manutención de los hijos que paga
  - Cambios en el costo de vivienda o servicios públicos
  - Si alguien paga los gastos básicos por usted
- **Cambios en su estatus de inmigración o residencia**

(Si usted solamente recibe **CHIP o Utah Premium Partnership (UPP)**, usted solamente tiene que reportar Cambios de Ingresos en su recertificación anual, y no tiene que reportar cambios en sus gastos.)

Estas listas son ejemplos y no representan todos los cambios posibles.

EVITAR SOBREPAGOS: Si usted no reporta un cambio a tiempo, usted puede contraer una deuda de sobrepago de beneficios. Nosotros pagamos algunos beneficios mensualmente, por ejemplo, las primas a su plan de salud de Medicaid, aunque usted no haya ido a un proveedor médico. Usted tendrá que pagar de vuelta estos beneficios si recibe Medicaid durante meses en que no es eligible.

Se ha dejado esta página intencionadamente en blanco.

D06220700021625

ANEXO A

Nativo Americano o Miembro de la Familia que es Nativo de Alaska (AI/AN)

D06220700021725

Complete este anexo si usted o un miembro de su familia es Indio Americano o Nativo de Alaska. Envíe este anexo con su aplicación. Si tiene más gente para incluir, haga una copia de esta página y adjúntela con su aplicación.

Díganos acerca de los miembros de su familia Nativo-Americanos o Nativos de Alaska.

Los Nativos Americanos y los Nativos de Alaska pueden recibir los servicios de salud "Indian Health Services" un programa para tribus, o del "Urban Indian Health Program". Ellos también podrían no tener que pagar el costo compartido y podrían aplicar dentro de los períodos especiales de inscripción. Responda las siguientes preguntas para asegurarse que su familia tenga el mejor cubrimiento posible.

	AI/AN Persona 1	AI/AN Persona 2
1. Nombre	Primer nombre Segundo nombre Apellido	Primer nombre Segundo nombre Apellido
2. ¿Miembro de una tribu reconocida a nivel federal?	☐ Sí Si sí, nombre de la tribu: _____ ☐ No	☐ Sí Si sí, nombre de la tribu: _____ ☐ No
3. ¿Esta persona alguna vez ha recibido un servicio del "Indian Health Service" un programa de salud para tribus, o del "Urban Indian Health Program", o a través de una referencia de uno de estos programas?	☐ Sí ☐ No Si la respuesta es no, ¿es esta persona elegible para recibir servicios del "Indian Health Service" programas de salud para las tribus, o "Ur ban Indian Health Program", o a través de una referencia de estos programas? ☐Sí ☐No	☐ Sí ☐ No Si la respuesta es no, ¿es esta persona elegible para recibir servicios del "Indian Health Service" programas de salud para las tribus, o "Ur ban Indian Health Program", o a través de una referencia de estos programas? ☐Sí ☐No
4. Cierto dinero recibido podría no ser contado por Medicaid o el programa de seguro desalud para niños CHIP. Liste cualquier ingreso (cantidad y frecuencia) reportado en su aplicación que incluye dinero de alguna de estas fuentes: • Pagos por persona provenientes de unatribu y que corresponden a recursos naturales, uso de derechos, arriendo, o "royalties". • Pagos por recursos naturales, cosechas en la granja o rancho, pesca, renta o regalía de las tierras designadas a los indios por el Departamento del Interior (incluyendo reservaciones de los indios y anteriores reservaciones). • Dinero por venta de cosas quetienen significado cultural.	Cantidad: $ _____ Frecuencia: _____	Cantidad: $ _____ Frecuencia: _____

Se ha dejado esta página intencionadamente en blanco.

D06220700021825

ANEXO B

Información de Sus Dependientes que No Viven Con Usted

D06220700021925

Complete este anexo para todos los dependientes que NO ESTAN viviendo con usted, pero que han sido reclamados en su declaración de impuestos. Si usted tiene más dependientes que no viven con usted, pero son reclamados en su declaración de impuestos, por favor hagauna copia de esta página y adjúntela a su aplicación.

A. INFORMACIÓN GENERAL

Complete el siguiente cuadro por su dependiente:

Nombre del Dependiente (primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido)	Relación Con Usted	Fecha de Nacimiento	Sexo (f/m)	SSN# (opcional)

☐ Sí ☐ No 1. ¿Su dependiente está embarazada actualmente o ha estado embarazada en los últimos 3 meses?

Si la respuesta es sí, fecha en que nacerá elbebé: _____

¿Cuántos bebes nacerán deesteembarazo?_____

B. INGRESO

☐Sí ☐No 1. ¿Su dependiente ha ganado ingresos? Si la respuesta es sí responda las preguntas siguientes:

Nombre del Empleador, Dirección y Número de Teléfono	Hourly Rate or Monthly Salary ($900/mo., $9/hr.)	Hours Worked Weekly	How Often Paid (weekly, monthly)	Additional Income (tips, bonus, commission, etc.)
	/			

☐Sí ☐No 2. ¿Su dependiente recibe ingreso de trabajo independiente? (trabaja por símismo)

Si la respuesta es sí, liste el ingreso recibido.

Nombre de la Empresa	Tipo de Negocio (LLC, S-Corp, etc.)	Día que Empezó el Negocio	Porcentaje de Propiedad de la Empresa	Ingreso Neto Este Mes (ganancia una vez que ha pagado los gastos del negocio)

☐ Sí ☐ No 3. ¿En el año pasado, su dependiente cambió de trabajo, dejó de trabajar o empezó trabajando pocas horas?

☐ Sí ☐ No 4. ¿Su dependiente tiene o recibe alguno de los siguientes beneficios? Marque todos los que apliquen.

- ☐ Desempleo $_____ Frecuencia: _____
- ☐ Pensiones $_____ Frecuencia: _____
- ☐ Seguro Social $_____ Frecuencia: _____
- ☐ Cuentas de Retiro $_____ Frecuencia: _____
- ☐ Renta Neta/Regalía $_____ Frecuencia: _____
- ☐ Dinero del Ex-Conyugue $_____ Frecuencia: _____
- ☐ Dinero Neto de Cosechas de Granja/Pesca $_____ Frecuencia: _____
- ☐ Otros Ingresos $_____ Frecuencia:_____

  Tipo: _____

C. DEDUCCIONES

D06220700022025

Marque todas las que apliquen y escriba la cantidad y la frecuencia con que su dependiente paga el dinero. Si su dependiente paga por ciertas cosas que pueden ser deducidas del impuesto federal, el decirnos al respecto podría hacer que el costo del cubrimiento de salud sea un poquito más bajo. (Nota: No debería incluir costos que ya han sido considerados en su respuesta del neto que ha ganado en su trabajo por cuenta propia.)

☐ Dinero que Pagaal Ex-Cónyuge $_____ Frecuencia: _____

☐ Intereses de Préstamo de Estudios $_____ Frecuencia: _____

☐ Otras Deducciones $_____ Frecuencia: _____

Tipo: _____

D. INGRESO ANUAL

Complete solamente si los ingresos de su dependiente ha cambiado de mes a mes.

Total de ingreso ESTE año:_____

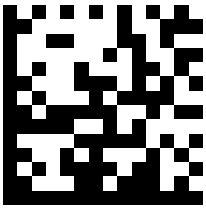
Total de ingreso para el PROXIMOaño: _____
(si usted piensa que será diferente)

DOH Form 116M 01/2020

Case #: _____

Annexo C

Employer's Health Insurance Information



D06220700022225

Complete this form for each employed household member. Your employer's Human Resources representative or department who manages employee benefits must complete it. You may copy this form. We may need the information from this form to help determine your eligibility for certain medical programs. If the form is not completed, it may delay the process. If you have general questions about this form or the medical programs, please call 1-866-435- 7414.

A. EMPLOYEE INFORMATION

Employee Name: _____ Employee SSN#: _____
(first, m.i., last)

B. EMPLOYER INFORMATION

Employer Name: _____

EIN#:_____Phone #: _____

Address: _____
street city state zip

Enter the information for the person or department who manages employee benefits and can provide information about benefits and coverage under the employer's health insurance plan. We may need to contact this person if we need more information.

Contact Name:_____

Phone#:_____E-mail address: _____

☐Yes ☐No 1. Does your company offer health insurance? If no, skip to section E. Sign and return the form.

☐Yes ☐No 2. Is the employee or any family member enrolled in any insurance plan offered?

If yes, name(s) ofperson(s) enrolled:_____

When did coverage begin?(mm/dd/yyyy)_____

☐Yes ☐No 3. Has the employee had an opportunity to enroll in health coverage offered by this employer?
If yes, whenwas the most recent open enrollment period for this employee? (mm/dd/yyyy) _____

☐Yes ☐No 4. Is this employee eligible to enroll?

If yes,when?(mm/dd/yyyy) _____

☐Yes ☐No 5. Is this health insurance plan a state employee benefit plan?

☐Yes ☐No 6. Has this employee or any family member dropped or reduced coverage in the last 90 days?

If yes, name(s): _____

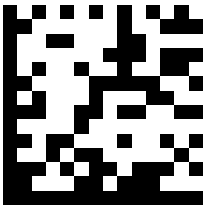
If yes, when did coverage end/change? (mm/dd/yy)_____

C. EMPLOYER'S LEAST EXPENSIVE PLAN

Complete the chart below for the employer's least expensive plan. Do not include the cost of dental, vision or other coverage if it is separate.

Monthly Premium			Yearly Health Plan Deductible	
	Employee's Portion	Company's Portion	Individual Amount	$
Employee	$	$	Family Amount	$
Employee + Spouse	$			
Employee + Child	$			
Family	$			

D. EMPLOYEE'S HEALTH PLAN CHOICE



D06220700022225

Questions below refer to the plan that the employee has selected or are enrolled in.

Questions 3-6 refer to "in-network" benefits.

☐Yes ☐No 3. Is the lifetime maximum benefit $1,000.000 or more?

☐Yes ☐No 4. Does the plan pay at least 70% of an inpatient stay (after the deductible)?

☐Yes ☐No 5. What benefits are covered under this plan? (Check all that apply)

☐Physicians Visits ☐Hospital Inpatient Services ☐Pharmacy/RX ☐Well Child Exams ☐Child Immunizations

☐Yes ☐No 6. Does the plan cover abortion services? If yes, check one:

☐ Only in the case where the life of the mother would be endangered if the fetus were carried to term or in the case of incest or rape. (Federal Definition)

☐ Only in the case where the life of the mother would be endangered if the fetus were carried to term or in the case of incest or rape or the mothers health would be irreversibly endangered. (State Definition)

☐ Other, please describe: _____

☐Yes ☐No 7. Does the employer offer dental coverage that the employee or their dependents are enrolled in or plan to enroll in?

If yes, who? _____

What date will/did the coverage begin? (mm/dd/yyyy) _____

Complete this chart for the plan the employee has/will enroll in.. Do not include the cost of dental, vision or other coverage if it is separate.

Monthly Premium			Yearly Health Plan Deductible	
	Employee's Portion	Company's Portion	Individual Amount	$
Employee	$	$	Family Amount	$
Employee + Spouse	$			
Employee + Child	$			
Family	$			

E. Signature

I certify that I am a representative of the Human Resource Department, or that I am the health insurance contact person. The information on this form is true and correct to the best of my knowledge.

Signature:_____Date:_____

Name (please print): _____

Title:_____Phone #: _____

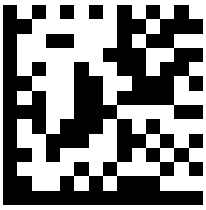
Please return completed form to:

Department of Workforce Services, PO Box 143245, SLC, UT 84114-3245

Fax: 1-801-526-9500 Toll-Free Fax: 1-877-313-4717

ANEXO D

Autorización para Descubrir Información Médica



D06220700022325

Usted puede escoger un representante autorizado.

Usted puede dar autorización a una persona de su confianza para hablar acerca de esta aplicación con nosotros, ver su información, y actuar por nosotros en materias relacionadas con la aplicación, incluyendo obtener información y firmar la aplicación representándolo. Esta persona es un "Representante Autorizado"

_____ _____ _____/_____/_____

Nombre del Cliente | Número de Caso | Fecha de Nacimiento

Yo,_____,aquí doy a_____la autorización para:

(Nombre del Cliente o Representante Autorizado) (Nombre del Individuo u Organización)

(Marque solamente una.)

☐ *Recibe Medicaid, CHIP o UPP, u obtiene el derecho información de elegibilidad en relación con mi aplicación actual, del caso que está en proceso, una negación reciente del caso o cancelación del mismo. Esta autorización es efectiva desde la fecha en que se firmó esta forma, o hasta que ocurra uno de los siguientes hechos, lo que suceda primero:*

- *Esta fecha:_____; or*
- *La aplicación médica es negada*; or*
- *30 días después de que el mes del programa médico es cerrado*.*

**Si la aplicación es negada o el caso es cerrado, la información suministrada continuará en efecto a través del proceso de una audiencia justa.*

☐ Puede hablar o actuar en mi beneficio como un representante autorizado, lo cual incluye recibir Medicaid, CHIP, UPP, PCN, u obtener el derecho de recibir información sobre elegibilidad de mi aplicación actual, del caso que está en proceso, una negación reciente del caso, o cancelación del mismo. Esta autorización es efectiva desde la fecha de firma de esta forma hasta que el departamento de "Workforce Services" reciba una revocación de esta autorización.

Dirección del Representante Autorizado: _____

Teléfono del Representante Autorizado: _____

- Yo entiendo que yo puedo revocar esta autorización en cualquier momento enviando una notificación al Departamento de Workforce Services (DWS). Entiendo que una revocación no es efectiva hasta el punto en que el Departamento de Salud, a través de la División de Medicaid y del Financiamiento de Salud (DMHF) o el DWS depende de la información de salud revelada.
- Yo entiendo mis derechos y responsabilidades descritas en la información sobre prácticas privadas "Notice of Private Practices" . Para obtener un duplicado de la nota informativa puede accesar la siguiente URL - http://health.utah.gov/hipaa/privacy.htm
- Entiendo que yo puedo negarme a firmar esta autorización. También entiendo que el DWS no puede negar la elegibilidad de beneficios si yo no acepto firmar esta autorización.
- Entiendo que al dar un poder individual autorizando a un representante le permite a esa persona actuar en mi nombre, lo cual incluye hacer cambios en mi caso médico y cualquier cambio que hagan, yo podría ser responsable si se incurre en un sobrepago.
- *Entiendo que, una vez que la información es revelada por causa de esta autorización, es posible que esa información no sea protegida por las leyes de privacidad médica y podría ser revelada por la persona o agencia que la recibe.*
  Nota: DMHF y DWS no darán a conocer documentos controlados sin el consentimiento de sus departamentos legales.
- Firmando esta forma, yo reconozco que se me ha entregado una copia de esta autorización firmada.

_____

(Firma de Cliente, Guardián Legal, o Representante Autorizado) (Fecha)

Si es firmado por otra persona diferente al cliente, descripción de la autoridad para hacerlo:

_____

Programa de Igualdad de Oportunidad del Empleador: Ayuda auxiliar y servicios especiales están disponibles bajo requerimiento de los individuos con incapacidades llamando al (801-526-9240. Individuos con problemas de lenguaje y/o problemas para oír pueden llamar a "Relay Utah" marcando el número telefónico 711. "Relay Utah" en español llamar al: 1-888-346-3162.

Se ha dejado esta página intencionadamente en blanco.

D06220700022425

Anexo E

Información Sobre La Participación Comunitario

D06220700022425

Los adultos de entre 19-59 años quizás tengan que participar en actividades de Participación Comunitaria. Éstas pueden incluir registrarse para el trabajo, completar una evaluación de trabajo y los cursos identificados de entrenamiento en línea, y solicitar 48 ofertas de trabajo. Estas actividades se deben completar dentro de un periodo de 3 meses. Los individuos que tengan una de las siguientes razones serán exentos del requisito de participación. Si el Departamento puede determinar una exención con la información ya obtenida, no se le pedirá ninguna otra verificación.

- Edad 60 años para arriba
- Embarazada o ha dado a luz en los 60 días anteriores
- Determinado incapaz física o mentalmente por un profesional médico de participar en las actividades
- Responsable por el cuidado de un niño dependiente menor de seis años (sólo un adulto por niño)
- Responsable por el cuidado de una persona discapacitada con un impedimento definido por la ADA (sólo un adulto por persona discapacitada).
- Miembro de una tribu reconocida por el gobierno federal
- Individuo que ha solicitado o está esperando una determinación de elegibilidad para beneficios de desempleo
- Individuo que está participando en un programa de tratamiento para las drogas/el alcohol, incluyendo los programas intensivos para pacientes externos
- Individuo inscrito en una escuela por lo menos medio tiempo incluyendo, pero no limitado al instituto, universidad, programa técnico o de aprendizaje
- Individuo que participa en los servicios de empleo para refugiados ofrecidos por el Estado. Estos pueden incluir el entrenamiento vocacional y los programas de aprendizaje, la administración de caso y la preparación para el empleo.
- Beneficiarios del programa FEP (ayuda financiera) que están trabajando con un consejero de empleo.
- Beneficiarios del programa SNAP (estampillas de comida) que están participando o están exentos de los requisitos de empleo de SNAP y/o de FEP.
- Individuos que están trabajando 30 horas o más por semana, o que están trabajando y ganando el equivalente delpago mínimo federal ganado en 30 horas por semana.

Los individuos que no califican para una exención pueden pedir y a lo mejor calificar para una “causa justificada” para no participar en las actividades de la Participación Comunitaria. Si alguna de las siguientes razones se le aplican a usted, se le dará una causa justificada.

- Tiene una discapacidad definida por la ADA, sección 504 del Acta de Rehabilitación, o sección 1557 del Acta de los Cuidados Económicos y Protección del Paciente y no puede completar los requisitos por razones relacionadas con esa discapacidad; o tiene un miembro inmediato de familia en el hogar que tiene una discapacidad descrita en las leyes federales de derechos de discapacidad y no pudo completar los requisitos por razones relacionadas con la discapacidad de ese miembro de familia; o el beneficiario o el miembro inmediato, que vive en el hogar con el beneficiario, pasa una temporada en el hospital o por una enfermedad seria.
- Pasa por un parto o una muerte, de un miembro de familia que vive con usted;
- Experimenta tiempo inclemente (incluyendo un desastre natural) y por lo tanto no pudo completar los requisitos;
- Tiene una emergencia familiar o un evento que cambia la vida (por ejemplo, divorcio, violencia doméstica);
- No tiene acceso al Internet o transporte al lugar donde los requisitos se deben completar, tales como el centro de trabajos o biblioteca para completar los requisitos;
- Si hay menos de 48 empleadores en su área geográfica que potencialmente podrían ofrecerle un empleo o de quien razonablemente podría esperar aceptar una oferta de trabajo (incluyendo consideraciones relacionadas con, por ejemplo, su habilidad de obtener transporte al lugar de empleo); en este caso, el número requerido de contactos con empleadores se le bajará a un nivel apropiado para que no se le requiera hacer solicitudes para empleos que probablemente serían en vano; o
- Usted es el/la cuidador(a) de un niño mayor de seis años y no pudo completar los requisitos debido a responsabilidades del cuidado del niño.
- Si usted cree que tiene una causa justificada que no está mencionada arriba, por favor póngase en contacto con su trabajador de DWS al 801-526-0950 o llamada gratis al 866-435-7414.

Para más información sobre la Participación Comunitaria, visite: https://medicaid.utah.gov/community-engagement