

INFORMACIÓN PARA EL APLICANTE

CHIP | PCN | UPP | MEDICAID | HPE | BYB | SEGURO DE SALUD PRIVADO | APTC

¿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 la familia y sus ingresos. Para mayor información visite: www.health.utah.gov/chip
- **PCN (Red de Cuidado de Salud Primario)**
Provee principalmente cubrimiento de salud preventivo para adultos que no tienen seguro de salud y que califican con base en el número de miembros de la familia y su ingreso. Para mayor información visite: www.health.utah.gov/pcn
- **UPP (Programa de Colibración Con las Primas en Utah)**
Provee un reembolso mensual de la prima de seguro cuando un individuo o familia que anteriormente estaba 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 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 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
- **Seguro de Salud Privado**
Ofrece la mayoría de servicios para ayudarle a permanecer sano. Este seguro es ofrecido a través de “Federally Facilitated Marketplace (FFM). Para mayor información visite: www.healthcare.gov
- **Seguro de Crédito de Impuestos Adelantado (APTC)**
Este es un crédito de impuestos que puede ayudarle a pagar inmediatamente por el cubrimiento de seguro de salud en el programa “Federally Facilitated Market Place (FFM). Para mayor información visite: 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, PCN, UPP, Medicaid, Seguro Médico Privado y/o APTC

- Puede llenar su solicitud en línea en jobs.utah.gov/mycase o puede llenar esta solicitud y devolverla a:

Department of Workforce Services
PO Box 143245
SLC, UT 84114-3245
Fax: 1-801-526-9505
Toll-free Fax: 1-888-522-9505

- 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 8 Sección K: Contestar todas las preguntas (For BYB, la pregunta 6 no es requerida.)

Página 10 Sección L: Firma

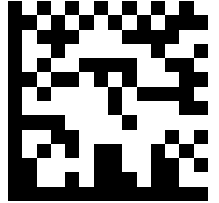
- El hospital o clínica determinará la elegibilidad para el HPE o el BYB y enviará su solicitud al Departamento de Servicios Laborales (DWS) para determinar los beneficios médicos continuados. DWS le notificará si usted califica. Si DWS necesita más información para determinar su elegibilidad para los 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 8.



¿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 requieran 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 o PCN, llame a la línea directa de Medicaid al 1-800-662-9651.
- Para preguntas generales acerca de CHIP, PCN, o UPP, llame a la línea de información de salud 1-888-222-2542.

APLICACIÓN



A INFORMACIÓN DEL APLICANTE

Nombre: _____
 primer nombre (empiece con usted) inicial apellido de soltera apellido D23517901260123

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) <input checked="" type="checkbox"/> 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/ Nacionalizado No Ciudadano Elegible
<input type="checkbox"/>	Yo								<input type="checkbox"/> Residente de Utah <input type="checkbox"/> Ciudadano de Estados Unidos/Nacionalizado <input type="checkbox"/> No ciudadano elegible
<input type="checkbox"/>									<input type="checkbox"/> Residente de Utah <input type="checkbox"/> Ciudadano de Estados Unidos/Nacionalizado <input type="checkbox"/> No ciudadano elegible
<input type="checkbox"/>									<input type="checkbox"/> Residente de Utah <input type="checkbox"/> Ciudadano de Estados Unidos/Nacionalizado <input type="checkbox"/> No ciudadano elegible
<input type="checkbox"/>									<input type="checkbox"/> Residente de Utah <input type="checkbox"/> Ciudadano de Estados Unidos/Nacionalizado <input type="checkbox"/> No ciudadano elegible
<input type="checkbox"/>									<input type="checkbox"/> Residente de Utah <input type="checkbox"/> Ciudadano de Estados Unidos/Nacionalizado <input type="checkbox"/> No ciudadano elegible

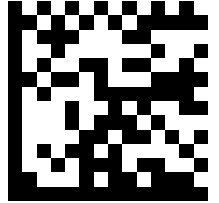
¹Número de Seguro Social y Ciudadanía La información del número de seguro social (SSN) y de ciudadanía solamente es necesaria para las personas que están aplicando por beneficios. Un número de seguro social no es requerido para quienes están solicitando elegibilidad presunta. Si alguien necesita ayuda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

²Código 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

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

⁴Estado Civil Soltero, casado, divorciado, viudo

B INFORMACIÓN DE TODA LA FAMILIA (CONT.)



D23517901260223

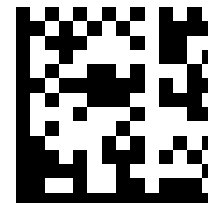
- Si usted es un indio americano o nativo de Alaska, complete el ANEXO A, ya que esto puede ayudarle a recibir mejores beneficios.
- Si alguien en su hogar tiene un estatus migratorio elegible y está solicitando beneficios, complete el siguiente cuadro.

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 o padre? (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 de Utah (esta tarjeta se usa tanto para Medicaid como para PCN)?
Si no, ¿quién necesita una tarjeta? _____
- 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, ¿quién? _____
¿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 cuánto tiempo? _____
- 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 bebés nacerán de este embarazo? _____
¿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 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 los padre(s) ausente(s)? Sí No



D23517901260323

- 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 Semanalmente	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)

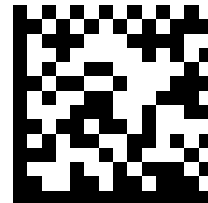
- Sí No 3. ¿Espera cambios en sus ingresos o en el número de horas trabajadas?
Si la respuesta es sí, ¿quién? _____ Explique el/los cambio(s) _____

- 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
<input type="checkbox"/> Desempleo				
<input type="checkbox"/> Pensión				
<input type="checkbox"/> Seguro Social				
<input type="checkbox"/> Cuentas de Retiro				
<input type="checkbox"/> Manutención para Los Hijos				
<input type="checkbox"/> Ingresos de Granjas/Pesca				
<input type="checkbox"/> Renta Neta/Regalía				
<input type="checkbox"/> Otros Ingresos Tipo de Ingreso: _____				

E DEDUCCIONES



D23517901260423

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
<input type="checkbox"/> Pago a Su Ex-Conyugue			
<input type="checkbox"/> Intereses de Préstamos de Estudio			
<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> Seguro de Salud Prima			
<input type="checkbox"/> Contribución a Su Plan 401K			
<input type="checkbox"/> Otras Deducciones Antes de Impuestos Tipo de Deducción: _____			

F INGRESO ANUAL

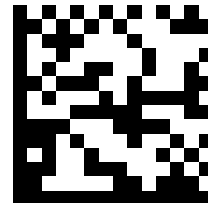
Complete solamente si su ingreso ha cambiado de mes a mes. Si usted no espera cambios de mes a mes no conteste la siguiente pregunta.

Ingreso total para ESTE año: _____

Ingreso total para el PROXIMO año: _____
(Si usted piensa que el ingreso será diferente)



INFORMACIÓN SOBRE DECLARACIÓN DE IMPUESTOS



D23517901260523

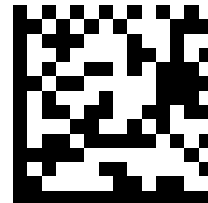
Por favor responda las siguientes preguntas para ayudarnos a seleccionar el programa para su familia. En adición a las preguntas aquí abajo, por favor complete el Anexo B de esta aplicación para todos los dependientes que no viven con usted, pero que están incluidos en su declaración de impuestos.

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

H INFORMACIÓN DE SEGURO DE SALUD



D23517901260623

- 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. ¿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, CHIP o PCN.)

Fecha 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 individuos con cubrimiento: _____

Nombre de la compañía de seguros: _____ Teléfono: _____

Dirección de la compañía de seguros: _____ Grupo#: _____

Nombre de la persona que está en la póliza: _____ Número de la póliza: _____

Fecha de nacimiento de la persona en la póliza: _____ Número de Seguro Social: _____

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, CHIP o PCN.)

Fecha 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 individuos con cubrimiento: _____

Nombre de la compañía de seguros: _____ Teléfono: _____

Dirección de la compañía de seguros: _____ Grupo#: _____

Nombre de la persona que está en la póliza: _____ Número de la póliza: _____

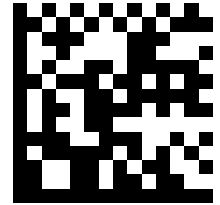
Fecha de nacimiento de la persona en la póliza: _____ Número de Seguro Social: _____

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



D23517901260723

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.

I OTROS BENEFICIOS, INGRESOS, Y GASTOS

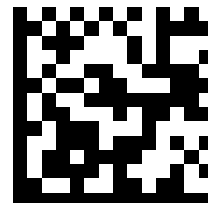
- Sí No 1. ¿Alguien en su casa ha aplicado, recibido o le ha sido negado ingreso a través del seguro social, VA, desempleo o "Workers Compensation"? Si la respuesta es sí explique: _____
- Sí No 2. ¿Alguien en su casa ha sido declarado incapacitado por el Seguro Social? Si la respuesta es sí, ¿quién?: _____
- Sí No 3. ¿Alguien en su casa que ha sido declarado incapacitado por el Seguro Social paga manutención de 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 del pago: _____

J 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 tiene uno 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)



D23517901260823

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.

K

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 de impuestos. \$ _____ (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)

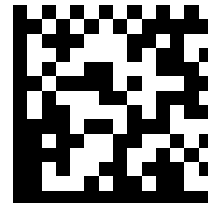
- Sí No 3. ¿Hay alguien en el hogar que actualmente recibe Medicaid de Utah, CHIP (Programa de Seguro de Salud para Niños), PCN (Programa de Cuidado Primario para Adultos), UPP (Programa de Colibración con las Primas en Utah), Baby Your Baby, o que ha sido aprobado para Medicaid de Utah con un "spenddown"?
Si la respuesta es sí, ¿quién? _____
- Sí No 4. ¿Ha sido negado a alguien en su hogar el Medicaid de Utah, CHIP, PCN, 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 hay alguien 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 de los hijos: _____
- Sí No 7. ¿Alguno de los familiares que viven en su casa tiene seguro de salud? *(Esta información es opcional.)*
Si la respuesta es sí, complete el cuadro que se encuentra abajo.

Seguro	
Nombre de los individuos con cubrimiento: _____	
Nombre de la compañía de seguros: _____	Teléfono: _____
Dirección de la compañía de seguros: _____	Grupo#: _____
Nombre de la persona que está en la póliza: _____	Número de la póliza: _____

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

L ENTIENDO QUE:

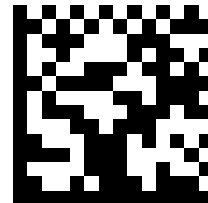
El estado de Utah (el Estado) en las referencias aquí abajo incluye el Departamento de Salud de Utah, el Departamento de "Wokforce Services" y la oficina de "Recovery Services".



D23517901260923

- 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 PCN y/o 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 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 o 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. 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.
- Autorizo al Estado a verificar cualquier información proporcionada. Entiendo que esto ocurre cuando solicito y después de recibir beneficios.
- Aseguro que todos los miembros de mi hogar que están 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 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.
- El Intercambio de Información de Salud Clínica de Utah (cHIE, por sus siglas en inglés) es un sistema electrónico que reúne la información de mi historial médico por medio de los proveedores médicos participantes. El cHIE proporciona un lugar seguro para que mis proveedores médicos puedan compartir mi información de salud. Para obtener más información o para optar por no participar en cHIE, puedo visitar www.mychie.org o contactar a mi proveedor médico.
- 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.

L ENTIENDO QUE: (CONT.)



D23517901261023

- Si el Estado paga por mi atención médica, le asigno mis 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 libre de responsabilidad a cualquier parte que pague al Estado.
- Yo puedo pedir una audiencia justa si yo estoy en desacuerdo con la decisión tomada sobre mi aplicación.

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 asistencia 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 Representante autorizado

Fecha

Sí No ¿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.

M RENOVACIÓN DE CUBRIMIENTO EN AÑOS FUTUROS

Para hacer más fácil determinar mi elegibilidad de ayuda de pago de cubrimiento 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.

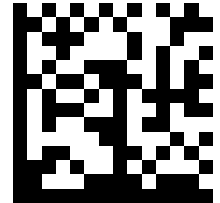
Sí, renueven mi elegibilidad automáticamente por los próximos

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

4 años 3 años 2 años 1 año

No use información de mi declaración de impuestos para renovar mi cubrimiento.

N INFORMACIÓN DE REGISTRACIÓN PARA VOTAR



D23517901261123

- Sí 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 decidido 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 "Luitenant Governor "del estado de Utah, PO Box 142220, SLC, UT 84114.Box 142220, SLC, UT 84114.

O DEVUELVA LA FORMA UNA VEZ QUE HA SIDO LLENADA COMPLETAMENTE

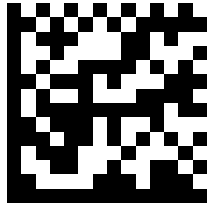
Usted ha completado toda la aplicación. Por favor devuelva esta solicitud debidamente completada y cualquier adjunto necesario a:

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

Fax: 1-801-526-9505

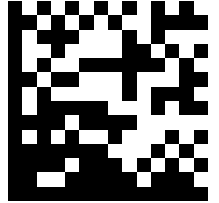
Toll-free Fax: 1-888-522-9505

**Se ha dejado esta página
intencionadamente en blanco.**



D23517901261223

SUS DERECHOS & RESPONSABILIDADES



D23517901261323

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 nínizin: Díí saad bee yáníłti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'dęę', t'áá jiik'eh, éí ná hółó, kójjí' hódíłnih 801-526-0950.

Nepali

ध्यान दिनुहोस्: तपाइंले नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपाइंको नमिति भाषा सहायता सेवाहरू नःशुल्क रूपमा उपलब्ध छ । फोन गर्नुहोस् 801-526-0950 ।

Tongan

FAKATOKANGA'I: Kapau 'oku ke Lea-Fakatonga, ko e kau tokoni fakatonu lea 'oku nau fai atu ha tokoni ta'etotongi, pea teke lava 'o ma'u ia. Telefoni mai 801-526-0950.

Serbo-Croatian

OBAVJEŠTENJE: Ako govorite srpsko-hrvatski, usluge jezičke pomoći dostupne su vam besplatno. Nazovite 801-526-0950.

Tagalog

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 801-526-0950.

German

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 801-526-0950.

Russian

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 801-526-0950.

Cambodian

ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតលុយ គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 801-526-0950។

French

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 801-526-0950.

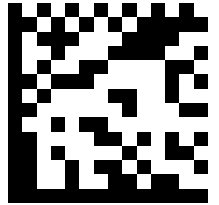
Japanese

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。801-526-0950。

Arabic

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمكان. اتصل برقم 801-526-0950

SUS DERECHOS & RESPONSABILIDADES (CONT.)



D23517901261423

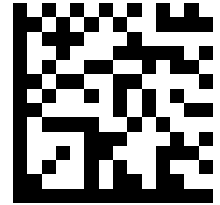
USTED TIENE DERECHO A:

- **Solicite o vuelva a solicitar en cualquier momento para 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 rechazemos 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 que está discapacitado. Puedes pedir más tiempo. Si necesita más tiempo, háganoslo saber antes de que terminen los 30 o 90 días.
- **Recibirá un aviso cuando reduzcamos, detengamos o 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. Asegúrese de entender la decisión.
 - Hablar con el supervisor del empleado encargado de su 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 el proceso de la audiencia.
 - Usted no puede tener una audiencia si se le niega 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 al Servicio de Referencia de Abogados de Salt Lake al 1-801-531-9075.

SUS RESPONSABILIDADES:

- **Verificar la información para que podamos decidir si 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 de Elegibilidad. 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 Inmunizaciones de 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 de Utah (cHIE)**
Si recibe beneficios médicos (Medicaid, CHIP, UPP, PCN), 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.

CAMBIOS QUE DEBE REPORTAR



D23517901261523

Recuerde que a usted se le requiere reportar cambios en su situación DENTRO DE 10 DIAS de haberse enterado de los cambios. No se demore en reportarlos. Los cambios pueden afectar su elegibilidad. Si usted recibe beneficios para los cuales no es elegible, usted tendrá que repagar esa cantidad. Para reportar cambios contacte al DWS en el internet al www.jobs.utah.gov/mycase o llame 1-866-435-7414.

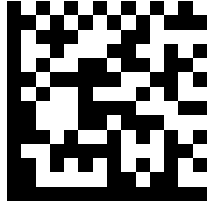
SI USTED RECIBE BENEFICIOS DE COBERTURA MÉDICA, DEBE REPORTAR:

- **Cambios en el Estado Civil, Estado de Embarazo o Arreglo de Vida**
Casarse, separarse o divorciarse; Mudarse con un compañero de cuarto; Cambiar una dirección o número de teléfono; ausente un padre/madre que se viene a vivir al hogar; embarazo; nacimiento de un bebé o fin de un embarazo; un miembro de la familia que se va o llega a vivir en el hogar; muerte de un miembro del hogar; hospitalización por más de 30 días; cualquier persona del hogar que vaya a la cárcel o a prisión; recibir ayuda con los gastos de su hogar, etc.
- **Cambios en la Fuente de Ingresos**
Conseguir un trabajo, terminar un trabajo, o trabajar para agencias temporales; recibir ingresos educativos, SSI, SSA, o compensación por desempleo, etc .; recibir una suma global, como los beneficios de SSA o premios por accidente/lesión. *(Nota: Para CHIP y UPP, esto solo es necesario en la revisión.)*
- **Cambios en el Monto del Ingreso Bruto Mensual Salarial o No Salarial**
Trabajar más o menos horas, tiempo extra, obtener un aumento etc. Cambio en la cantidad de SSI, SSA, Compensación de desempleo etc. *(Nota: Para CHIP y UPP, esto solo es necesario en la revisión.)*
- **Cambios en Cualquier Activo(s)**
Cambios en la propiedad o valor de acciones, bonos, propiedades, vehículos, seguros de vida, fondos fiduciarios, planes de entierro y dinero en efectivo, etc. para todos los miembros del hogar; apertura y cierre de cuentas bancarias. (Incluye la copropiedad de cualquier activo con su cónyuge, padres, hijos, etc.) *(Nota: Esto no es necesario para CHIP, PCN, UPP, Niño o Medicaid Familiar a menos que pague una deducción de gastos.)*
- **Cambios en la Cobertura de Seguros**
Obtener o perder cobertura de seguro médico o cambiar la prima o plan de seguro médico. También debe informar sobre accidentes o lesiones que puedan ser pagadas por un tercero.
- **Cambios en los Gastos Pagados**
Cambios en los costos de cuidado infantil, costos de vivienda o de servicios públicos, o pagos de apoyo. (Nota: Esto no es necesario para CHIP, PCN y UPP).

PARA EL NIÑO O LA FAMILIA MEDICAID, CHIP, UPP, O PCN, DEBE REPORTAR TAMBIÉN:

- **Cambios en el Estado de la Declaración del Impuesto o Número de Dependientes Reclamados en Sus Impuestos**
(Nota: Para CHIP y UPP, esto solo es necesario en la revisión.)
- **Cambios en las Ganancias de un Niño**
(Nota: Para CHIP y UPP, esto solo es necesario en la revisión.)
- **Cambios en el Estatus Estudiantil de un Niño**
(Nota: Para CHIP y UPP, esto solo es necesario en la revisión.)
- **Cambios en el Acceso a la Cobertura del Seguro de Salud**
Obtener acceso a la cobertura bajo un plan de seguro médico patrocinado por el empleador, COBRA, la Administración de Veteranos o Medicare. Para PCN, esto también incluye planes de salud ofrecidos por una universidad. *(Nota: esto solo es necesario para CHIP, PCN y UPP).*

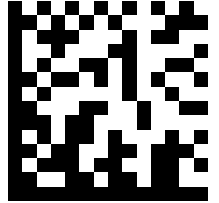
**Se ha dejado esta página
intencionadamente en blanco.**



D23517901261623

ANEXO A

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



D23517901261723

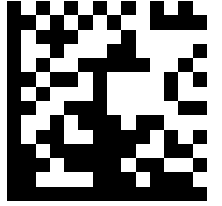
Complete este anexo si usted o un miembro de su familia es Indio Americano o Nativo de Alaska. Envíe este anexo con su aplicación. Si tiene más gente para incluir, haga una copia de esta página y adjúntela con su aplicación.

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?	<input type="checkbox"/> Sí Si sí, nombre de la tribu: _____ <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí Si sí, nombre de la tribu: _____ <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es no, ¿es esta persona elegible para recibir servicios del “Indian Health Service” programas de salud para las tribus, o “Urban Indian Health Program”, o a través de una referencia de estos programas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es no, ¿es esta persona elegible para recibir servicios del “Indian Health Service” programas de salud para las tribus, o “Urban Indian Health Program”, o a través de una referencia de estos programas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4. Cierta dinero recibido podría no ser contado por Medicaid o el programa de seguro de salud para niños CHIP. Liste cualquier ingreso (cantidad y frecuencia) reportado en su aplicación que incluye dinero de alguna de estas fuentes: <ul style="list-style-type: none"> • Pagos por persona provenientes de una tribu 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 que tienen significado cultural. 	Cantidad: \$ _____ Frecuencia: _____	Cantidad: \$ _____ Frecuencia: _____

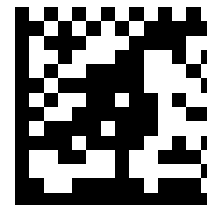
**Se ha dejado esta página
intencionadamente en blanco.**



D23517901261823

ANEXO B

Información de Sus Dependientes que No Viven Con Usted



D23517901261923

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 haga una 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 el bebé: _____
¿Cuántos bebés nacerán de este embarazo? _____

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 sí mismo)
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)

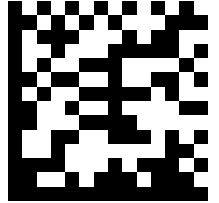
- Sí No 3. ¿En el año pasado, su dependiente cambió de trabajo, dejó de trabajar o empezó trabajando pocas horas?

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

- | | | |
|--|----------|-------------------|
| <input type="checkbox"/> Desempleo | \$ _____ | Frecuencia: _____ |
| <input type="checkbox"/> Pensiones | \$ _____ | Frecuencia: _____ |
| <input type="checkbox"/> Seguro Social | \$ _____ | Frecuencia: _____ |
| <input type="checkbox"/> Cuentas de Retiro | \$ _____ | Frecuencia: _____ |
| <input type="checkbox"/> Renta Neta/Regalía | \$ _____ | Frecuencia: _____ |
| <input type="checkbox"/> Dinero del Ex-Conyugue | \$ _____ | Frecuencia: _____ |
| <input type="checkbox"/> Dinero Neto de Cosechas de Granja/Pesca | \$ _____ | Frecuencia: _____ |
| <input type="checkbox"/> Otros Ingresos | \$ _____ | Frecuencia: _____ |
| Tipo: _____ | | |

C. DEDUCCIONES

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.)



D23517901262023

- Dinero que Paga al 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.

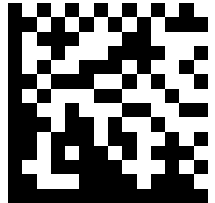
Total de ingreso ESTE año: _____

Total de ingreso para el PROXIMO año: _____

(si usted piensa que será diferente)

ANEXO C

Employer's Health Insurance Information



D23517901262123

You will need your employer or company's Human Resources representative to complete this form. Complete this form for each employed household member. You may copy this form. If you need more time to finish this form, please send us the rest of the application so that we can look at your application as soon as possible. However, in some situations, we will need the information from this form to help determine your eligibility. If you have questions regarding this form, please call 1-866-435-7414.

A. GENERAL INFORMATION

Employee Information

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

Employer Information

Employer Name: _____
EIN#: _____ Phone#: _____
Address: _____
street apt.# city state zip

Who can we contact about employee health coverage at this job?

Contact Name: _____
Phone#: _____ E-mail address: _____

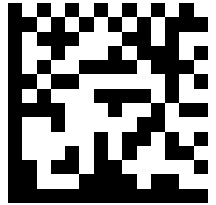
- Yes No 1. Does your company offer health insurance? If no, skip to section D. Sign and return the form.
- Yes No 2. Is your health insurance a state employee benefit plan?
- Yes No 3. Is your health insurance offered through Avenue H?
- Yes No 4. Is the employee eligible to enroll in any insurance plan offered?
If no, please explain: _____
If yes, when is/was the employee eligible to enroll? (mm/dd/yy)_____
- Yes No 5. Is the employee or any family member enrolled in any insurance plan offered?
If yes, name(s) of person(s) enrolled: _____
- Yes No 6. Has this employee or any family member dropped/changed coverage in the last six months?
If yes, name(s): _____
If yes, when did coverage end/change? (mm/dd/yy)_____
- Yes No 7. Does the employer offer a health plan that meets the *minimum value standard?
- 8. For the lowest-cost plan that meets the *minimum value standard offered only to employee (don't include family plans):
If the employer has wellness programs, provide the premium that the employee would pay if he/she received the maximum discount for any tobacco cessation programs, and did not receive any other discounts based on the wellness programs:
a. How much would the employee have to pay in premiums for that plan? \$_____
- b. How often? weekly every 2 weeks twice a month quarterly yearly
- Yes No 9. Do you know what change the employer will make for the new plan year? If yes, complete the following:
Employer won't offer health insurance
Employer will start offering health coverage to employees or change the premium for the lowest-cost plan available only to the employee that meets the *minimum value standard. (Premium should not reflect the discount for wellness programs. See question 8.)
a. How much will the employee have to pay in premiums for that plan? \$_____
- b. How often? weekly every 2 weeks twice a month quarterly yearly

*An employer-sponsored health plan meets the "minimum value standard" if the plan's share of the total allowed benefit costs covered by the plan is no less than 60% of such costs (Section 36B(c)(2)(C)(ii) of the Internal Revenue Code of 1986)

B. EMPLOYER'S LEAST EXPENSIVE PLAN OR AVENUE H DEFAULT PLAN

Questions below refer to the **employer's least expensive plan** or the **Avenue H Default Plan**.

- Yes No 1. Does the employee have to enroll in order to add their dependent(s)?
2. When will/did coverage begin? (mm/dd/yy) _____
3. When does the company's next open enrollment begin? (mm/dd/yy) _____
4. Complete the chart below. **Do not** include the cost of dental, vision or other coverage if it is separate.



D23517901262223

Monthly Premium		
	Employee's Portion	Company's Portion
Employee	\$	\$
Employee + Spouse	\$	
Employee + Child	\$	
Family	\$	

Yearly Health Plan Deductible	
Individual Amount	\$
Family Amount	\$

C. EMPLOYEE'S HEALTH PLAN CHOICE

Questions below refer to the plan that the employee has selected. Questions 3-7 refer to "in-network" benefits.

1. Insurance company and plan name: _____
2. Policy number, if known: _____
- Yes No 3. Is the deductible \$2,500 or less per individual?
- Yes No 4. Is the lifetime maximum benefit \$1,000,000 or more?
- Yes No 5. Does the plan pay at least 70% of an inpatient stay (after the deductible)?
6. What benefits are covered under this plan? (Check all that apply.)
- Physician visits Hospital inpatient services Pharmacy/Rx
- Yes No 7. Does the plan cover abortion services?
- If yes, under what circumstances:
- 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
- Other, please describe: _____
8. Complete this chart only if it is different from the chart in Section B. **Do not** include the cost of dental, vision or other coverage if it is separate.

Monthly Premium		
	Employee's Portion	Company's Portion
Employee	\$	\$
Employee + Spouse	\$	
Employee + Child	\$	
Family	\$	

Yearly Health Plan Deductible	
Individual Amount	\$
Family Amount	\$

- Yes No 9. Are the employee's children currently enrolled or do they plan to enroll in your company's dental plan? If yes, name(s): _____

D. 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): _____

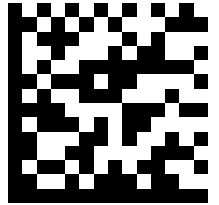
Title: _____ Phone#: _____

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**

D23517901262323

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"

Yo, _____, aquí doy a _____ la autorización para:
 (Nombre del Cliente o Representante Autorizado) (Nombre del Individuo u Organización)

(Marque solamente una.)

- Recibe Medicaid, CHIP, UPP, PCN 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 acceder 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: DMF 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: