INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE (Nombre del padre, guardián u otra persona que viva con los niños).			
Nombre:			
	Nombre	*Inicial*	*Apellido*
Dirección de correo:			
	Número de ruta/Apdo. de Correo	*o*	*Número de calle/apartamento*
Condado	*Ciudad/Pueblo*	*Estado*	*Cód. Postal*
Dirección donde vive: (*Si es diferente de la anterior*)			
	Número de ruta/Apdo. de Correo	*o*	*Número de calle/apartamento*
Teléfono			
	Teléfono de casa	*Teléfono del trabajo (si ud. toma la llamada)*	*Número de emergencia*

WV Health Care Coverage for Kids & Expectant Moms

Check all that apply.

West Virginia CHIP Children's Health Insurance Program ☐

Office of Maternal, Child & Family Health West Virginia ☐

WVCHIP Premium Plan ☐ Medicaid ☐

Health & Human Resources Bureau for Medical Services

INFORMACIÓN DEL HOGAR (Nota: Los #'s de Seguro Social y de ciudadanía norteamericana deberán llenarse por las personas que estarán aseguradas pero es opcional para otras personas en el hogar).

	Liste a continuación todas las personas que viven con usted (incluyendo usted) y llene los espacios por cada nombre. *Si hay más de 7 en su casa, favor de llenar otra copia de la página 1 para los demás.*	Fecha de nacimiento *(Llene en el Mes, Día y Año)* **MES-DÍA-AÑO**	Número del Seguro Social	Ciudadano norteamericano **Circule Uno**	Sexo **Circule Uno**	Relación del solicitante con otros en el hogar (Ejemplo: madre, padre, marido, esposa, padrastro, abuelo, etc.)	Raza B) Negro/africano americano C) Asiático y blanco D) Negro/africano americano y blanco E) Asiático F) Americano indio/nativo de Alaska y negro/africano americano G) Asiático y negro/africano americano I) Americano indio/nativo de Alaska N) Americano indio/nativo de Alaska y blanco P) Nativo hawaiano/ Otro isleño del pacífico W) Blanco **Circule todos los que apliquen**	Gpo. étnico 1) Hispano o latino 2) Ninguno de los Anteriores **Circule Uno**	Idioma principal 1) Inglés 2) Español 3) Serbio-croata 4) Francés 5) Haitiano- creoles 6) Vietnamés 7) Otro **Circule Uno**
1				S N	M F		B C D E F G I P W	1 2	1 2 3 4 5 6 7
2				S N	M F		B C D E F G I P W	1 2	1 2 3 4 5 6 7
3				S N	M F		B C D E F G I P W	1 2	1 2 3 4 5 6 7
4				S N	M F		B C D E F G I P W	1 2	1 2 3 4 5 6 7
5				S N	M F		B C D E F G I P W	1 2	1 2 3 4 5 6 7
6				S N	M F		B C D E F G I P W	1 2	1 2 3 4 5 6 7
7				S N	M F		B C D E F G I P W	1 2	1 2 3 4 5 6 7

SEGURO: ¿Algún niño cuenta actualmente con seguro (excepto Medicaid) □ Sí □ No Enliste la aseguradora y las primas pagadas en los últimos 6 meses.
Si actualmente tiene seguro o perdió el seguro en los últimos 6 meses, favor de agregar una copia de su tarjeta de seguro (frente y reverso)

	Compañía de seguro	# de póliza	Tipo de plan de seg.	Enliste a todos los amparados bajo la póliza	Cantidad de prima	Fecha de inicio de cobertura	Fecha de fin de cobertura
1							
2							

¿Está alguien de su casa amparado o es apto para recibir cobertura bajo el Programa de Seguro para Empleados Públicos de WV? □ Sí □ No De ser así, favor de especificar quien:
¿Alguna persona para quien está haciendo la solicitud tiene facturas médicas en las 3 meses anteriores a este mes? (***La cobertura retroactiva aplica ÚNICAMENTE a Medicaid).*** ? □ Sí □ No

□ **Marque esta casilla si está haciendo la solicitud bajo una excepción de seguro**.
Excepción porque: □ La prima es mayor del 10% del ingreso □ Otra, especifique: _____

➢ **Exclusiones de copago para nativos americanos**: Si es nativo americano, puede ser excluido del copago. Llame al 1-887-982-2447 para confirmar que usted es un miembro de una tribu reconocida federalmente. Esto no aplica a personas amparadas bajo Medicaid de WV.

SOLICITUD DE SEGURO DE MÉDICO PARA NIÑOS DE WV

¿ALGUIEN EN SU CASA RECIBE ALGÚN INGRESO DE CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES?

Tipo de ingreso	Debe ✓ Sí o No para cada ítem	Monto bruto – Antes de deducciones	¿Qué tan seguido se recibe?	¿Quién lo recibe?
Sueldos - **Madre**	□ Sí □ No			
Sueldos - **Padre**	□ Sí □ No			
Sueldos – **Hijo que trabaja**	□ Sí □ No			
Sueldos – **Cónyuge de hijo**	□ Sí □ No			
Dividendos/Intereses/regalías	□ Sí □ No			
Agricultura	□ Sí □ No			
Autoempleo Favor de adjuntar los gastos del negocio por mes que apliquen	□ Sí □ No			
Ingreso por rentas	□ Sí □ No			
Retiro o pensión	□ Sí □ No			
Cheque del seguro social	□ Sí □ No			
SSI	□ Sí □ No			
Beneficios del UMWA	□ Sí □ No			
Cheque de WV WORKS	□ Sí □ No			
Beneficios de veterano	□ Sí □ No			
Asignación militar	□ Sí □ No			
Asignación por trabajo de los cuerpos	□ Sí □ No			
Manutención de los hijos	□ Sí □ No			
Manutención de la esposa	□ Sí □ No			
Contribuciones de amigos/familiares	□ Sí □ No			
Beneficios de desempleo	□ Sí □ No			
Indemnización laboral	□ Sí □ No			
Préstamos, subsidios de estudiantes	□ Sí □ No			
Inquilino o huéspedes	□ Sí □ No			
Seguro	□ Sí □ No			
Otro (como niñera, ocupaciones, etc.)	□ Sí □ No			

➢ ***El no enviar documentos necesarios para verificar su ingreso u otros estados de cuenta puede causar el retraso o rechazo de su solicitud.***
(Ver la guía de solicitud)

¿ESTÁ ESPERANDO UN HIJO?

(Este hijo puede contarse como parte del tamaño de su familia ahora).

1. ¿Hay alguna persona embarazada en su casa?
   ☐ Sí ☐ No (De ser así, fecha de parto: (mm/dd/aaaa) _____)
2. ¿Cuál es el nombre de la persona embarazada?
   Padre _____ Hijo _____
3. ¿Se ha verificado el embarazo médicamente? ***(Favor de anexar la declaración***)
   ☐ Sí ☐ No Consultorio del dr./Nombre de la clínica: _____
4. ¿Le han dicho que lleva más de dos bebés?
   ☐ Sí ☐ No (De ser así ¿cuántos? _____?
5. ¿Está viendo a un doctor? ☐ Sí ☐ No
6. ¿Hay alguien más embarazada en casa? ☐ Sí ☐ No
   De ser así, favor de anexar la información anterior para esa persona en una hoja por separado.

CUIDADO INFANTIL/ CUIDADO DE ADULTO DEPENDIENTE

El dar esta información podría disminuir la cantidad de ingreso que contamos para usted y le ayuda a ser elegible.

Nombre del cuidador	Cant. Mensual pagada	¿Con qué frecuencia?	¿Cuidado para quién?

AL FIRMAR ESTE FORMATO SIGNIFICA QUE ENTIENDO LAS SIGUIENTES PROTECCIÓN Y RESPONSABILIDADES ★

1) La información de este formato es confidencial y sólo puede utilizarse según sea necesario para determinar la aptitud y administrar los programas; **2)** La agencia debe determinar la aptitud y emitir una decisión en un plazo de 13 días después de recibir su solicitud, a menos que se le haya notificado que su solicitud está en espera para que usted proporcione otra información; **3)** A ninguna persona se le pueden negar beneficios como resultado de su raza, color, sexo, edad, discapacidad, religión, nacionalidad ni creencias políticas; **4)** Puedo solicitar una audiencia justa ante un oficial de audiencias estatal si no estoy de acuerdo con una decisión sobre mi aptitud o, si la decisión sobre mi aptitud/elegibilidad no llegó dentro de un límite de tiempo apropiado; **5)** Este formato se usa para determinar la cobertura de atención médica únicamente bajo WVCHIP o Medicare, pero puede haber otros beneficios para los cuales puedo ser apto o solicitar contactando a mi oficina de DHHR; **6)** Para determinar correctamente los beneficios su información se puede empatar por computadora a través del número del seguro social con el IRS, Administración del seguro Social, el Departamento del Trabajo de los EU, otras agencias gubernamentales o instituciones financieras privadas; los números del seguro social también se darán a Inmigración y Naturalización de los EU únicamente para los solicitantes nombrados solamente pero no otros miembros de la casa; **7)** Cualquier persona que reciba beneficios bajo WVCHIP o Medicaid que reciba el reembolso de servicios médicos y/o de hospital de otra compañía de seguros, acepta que todos los pagos médicos o pago de apoyo o que se deba como resultado de una orden judicial, debe enviarse al estado para el reembolso para los gastos médicos pasados o actuales pagados en su nombre por WVCHIP o Medicaid; **8)** Se me puede requerir reembolsar ese resultado de información incorrecta o falsa o el no reportar cambios en este formato; el dar intencionalmente declaraciones falsas, (declaraciones falsas, suplantación de identidad u otros recursos fraudulentos), puede resultar en cargos por fraude. Las condenas por fraude son castigables con multas de hasta $5,000 y/o sentencias de cárcel por hasta cinco años.

_____ _____

Firma del solicitante **Fecha**

★ Hay disponible una copia grande de esta declaración o se le puede leer al solicitante en el número 1-877982-2447