

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

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. <i>Si hay más de 7 en su casa, favor de llenar otra copia de la página 1 para los demás.</i>	Fecha de nacimiento (Llene en el Mes, Día y Año) MES-DÍA-AÑO	Número del Seguro Social	Ciudadano norteamericano		Sexo		Relación del solicitante con otros en el hogar (Ejemplo: madre, padre, marido, esposa, padrastro, abuelo, etc.)	Raza							Gpo. étnico		Idioma principal								
			Circule Uno		Circule Uno			Circule todos los que apliquen							Circule Uno		Circule Uno								
			S	N	M	F		B	C	D	E	F	G	I	P	W	1	2	1	2	3	4	5	6	7
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) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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). ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Sueldos - Padre	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Sueldos – Hijo que trabaja	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Sueldos – Cónyuge de hijo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Dividendos/Intereses/regalías	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Agricultura	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Autoempleo Favor de adjuntar los gastos del negocio por mes que apliquen	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Ingreso por rentas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Retiro o pensión	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Cheque del seguro social SSI	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Beneficios del UMWA	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Cheque de WV WORKS	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Beneficios de veterano	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Asignación militar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Asignación por trabajo de los cuerpos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Manutención de los hijos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Manutención de la esposa	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Contribuciones de amigos/familiares	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Beneficios de desempleo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Indemnización laboral	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Préstamos, subsidios de estudiantes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Inquilino o huéspedes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Seguro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Otro (como niñera, ocupaciones, etc.)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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).

- ¿Hay alguna persona embarazada en su casa?
 Sí No (De ser así, fecha de parto: (mm/dd/aaaa) _____)
- ¿Cuál es el nombre de la persona embarazada?
Padre _____ Hijo _____
- ¿Se ha verificado el embarazo médicamente? (**Favor de anexar la declaración**)
 Sí No Consultorio del dr./Nombre de la clínica: _____
- ¿Le han dicho que lleva más de dos bebés?
 Sí No (De ser así ¿cuántos? _____?)
- ¿Está viendo a un doctor? Sí No
- ¿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