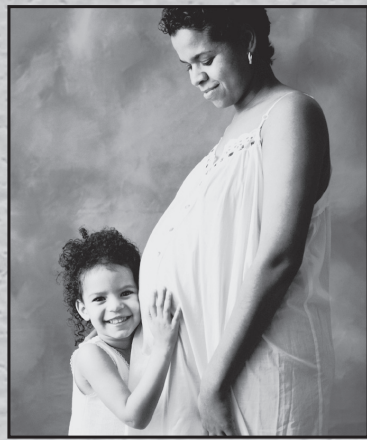


# Medicaid

*for Low Income Families*



# SOBRA

*Medicaid*

# ALL Kids

*Insurance*



## Su solicitud

para obtener cobertura de salud gratuita o de bajo costo

Estos programas cubren a las familias de bajos ingresos con niños, mujeres embarazadas, niños menores de 19 años y mujeres de 19 a 55 años de edad (sólo para planificación familiar y control de la natalidad).

Sus ingresos y la información acerca de su familia determinarán el programa en que puede participar.

También puede solicitar en línea:

**[www.insurealabama.org](http://www.insurealabama.org)**

Si necesita una solicitud en español, llame gratis a ALL Kids al teléfono **1-888-373-KIDS (5437)** o a la oficina de Medicaid en Alabama al teléfono **1-800-362-1504.**

¿Recibe Medicaid en otro estado? Sí  No  Si la respuesta es sí, debe cancelar su Medicaid en ese estado antes de poder inscribirse en Medicaid de Alabama

**1. Solicitante: padre, madre o persona encargada del cuidado del/los niño(s) o una mujer embarazada (los niños deben ser incluidos en la lista de la página 2).**

Nombre (s) completo (s)	Número del Seguro Social de los EUA (si lo tiene)
Dirección donde recibe su correo	Teléfono de su casa: ( ) ( ) Teléfono donde podamos dejarle mensajes: ( ) ( )
Dirección de domicilio (calle o dirección localizable por 911) Condado donde vive	Teléfono de su trabajo: ( ) ( ) ¿Podemos llamarlo al trabajo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Ciudad, Estado, Código postal (Zip Code)	Otro teléfono: ( ) ( ) ¿De quién es el teléfono?
Estado civil: Casado (a) <input type="checkbox"/> Divorciado (a) <input type="checkbox"/> Separado (a) <input type="checkbox"/> Soltero (a) <input type="checkbox"/> Viudo (a) <input type="checkbox"/>	¿Qué idioma habla normalmente? inglés <input type="checkbox"/> español <input type="checkbox"/> otro _____ ¿Usted u otro miembro de la familia habla inglés? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

**2. Mujer embarazada.** (Proporcione la constancia de un doctor o clínica que confirme que usted está embarazada y la fecha probable del nacimiento).

Nombre	Fecha en que espera dar a luz	Número de bebés en este embarazo
--------	-------------------------------	----------------------------------

**3. Gastos médicos pagados o sin pagar. ¿Alguno de los solicitantes ha tenido gastos médicos (como cuentas médicas, pruebas de laboratorio, etc.) en los últimos 3 meses? Sí  No**

¿Nombre del paciente?	¿Cuándo recibió la atención médica?	¿Nombre del paciente?	¿Cuándo recibió la atención médica?
-----------------------	-------------------------------------	-----------------------	-------------------------------------

**4. Seguros de salud:** ¿Hay alguien viviendo en la casa que tiene seguro médico? (Blue Cross, All Kids, Medicaid, Alabama Child Caring Program, TriCare, Champus, Medicare u otro.) Sí  No  Si la respuesta es sí, necesitamos una copia de su tarjeta por ambos lados.

Nombre de la persona en la póliza	Nombre del asegurado	Nombre de la compañía de seguro	Número de póliza	Número de grupo	Vigente a partir de la fecha
Nombre de la persona en la póliza	Nombre del asegurado	Nombre de la compañía de seguro	Número de póliza	Número de grupo	Vigente a partir de la fecha
¿Se le ha <b>vencido</b> algún seguro de salud en los últimos 3 meses? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> De ser así, ¿quién? _____ Por qué _____					
¿Se le va a vencer algún seguro de salud en los próximos 2 meses? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> De ser así, ¿quién? _____ Fecha de finalización: _____					
Por favor explique por qué finalizará este seguro. _____					
¿Hay alguien en la casa que esta empleado por el estado o por alguna escuela pública? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si la respuesta es sí, ¿quién?: _____					

FOR MEDICAID USE ONLY / PARA USO EXCLUSIVO DE MEDICAID

ALL Kids Date Rec'd \_\_\_\_\_ Medicaid Date Rec'd \_\_\_\_\_ Plan First Date Rec'd \_\_\_\_\_  
Date Accepted \_\_\_\_\_ Date Accepted \_\_\_\_\_ Date Accepted \_\_\_\_\_

5. Las mujeres de 19 a 44 años pueden reunir las condiciones para obtener servicios de planificación familiar (control de la natalidad). ¿De-sea solicitar o renovar estos servicios? (NOTA: No puede participar en este programa si le han atado las trompas, si la han esterilizado o si recibe beneficios de Medicare). Sí  No

6. ¿Recibe usted “Family Assistance” de DHR? Sí  No  ¿Recibe cupones de alimentos? Sí  No  Número de caso \_\_\_\_\_

7. ¿Le interesa a usted o a alguien en su casa recibir información para obtener alimentos gratuitos del programa WIC? Sí  No

8. Información sobre las personas que viven en la casa.

<p>En la línea A, escriba el nombre del padre o la madre, la persona a cargo o la mujer embarazada del número 1 en la página 1.</p> <p>En la línea B, escriba el nombre del o de la cónyuge de la persona en la línea A.</p> <p>En las líneas C a O, escriba el nombre de todos los niños menores de 19 años a los que cuida y que viven en su casa.</p> <p><u>NOTA: Escriba el nombre del niño tal como aparece en el acta/certificado de nacimiento.</u></p> <p>NOTA: Si el padre o la madre con custodia legal del (los) niño(s) en esta lista vive en la casa, inclúyalo(a) en esta sección.</p>				<p>Número del Seguro Social (Se requiere para quienes buscan asistencia )</p>	<p>Relación con la persona inscrita en la línea A</p> <p>Hijo/Hija (C) Nieto(a) (I) Esposo (H) Esposa (W) Padres (P) Hermano(a) (S) Sobrino(a) (N) Primo(a) (E) Otro (O)</p>	<p>¿Es usted ciudadano de los E.U.A. ?</p> <p>Sí o No</p> <p>Las personas que no sean ciudadanas podrían recibir ciertos servicios</p>	<p>Fecha de nacimiento</p>	<p>Edad</p>	<p>Sexo</p>	<p>Raza</p> <p>Negra (B) Blanca (W) Asiática (A) Hispana (H) Indio (I) americano/nativo de Alaska Nativo de (NP) Hawaii / islas del Pacífico Otra (O) Desconocida (U)</p>
** Primer Nombre	Segundo Nombre o Apellido de Soltera	Apellido(s)								
A					Usted mismo(a)					
B					Cónyuge					
C										
D										
E										
F										
G										
H										

\*\*Si su nombre es Fulana de Tal Vista Hermosa; escriba su nombre de la siguiente manera: Primer Nombre: Fulana; Segundo nombre o apellido de soltera: de Tal; Apellido(s): Vista-Hermosa. Si hay mas miembros en su familia y necesita mas espacio, puede usar otro papel y escribir la información tal como se la pedimos en esta página. (Nombre, Seguro Social, Fecha de Nacimiento Etc.)

**9. Padrastros.** ¿Hay algún padrastro o madrastra viviendo en la casa? Sí  No

Si la respuesta es sí, _____ es el padrastro/ la madrastra de _____	Nombre del padrastro/madrastra _____ Nombre del (los) niño(s) _____
_____ es el padrastro/ la madrastra de _____	Nombre del padrastro/madrastra _____ Nombre del (los) niño(s) _____

**10. Si las personas que viven en su casa no tienen ninguna fuente de ingresos, marque aquí \_\_\_\_.**

**11. Sus ingresos por trabajo y el de sus familiares que viven en la casa:** Para cumplir con los requisitos de Medicaid, incluya un comprobante de su sueldo bruto (antes de las retenciones, tales como impuestos, jubilación, primas de Medicare, descuentos, etc.). Puede enviar las copias de los talonarios de cheques o una declaración por escrito firmada por su empleador del mes más reciente.

**NOTA: Recuerde incluir el pago por horas extras.**

Sólo se toman en consideración los ingresos del padre o la madre con custodia legal del niño para el cual se está solicitando.

Nombre de la persona que trabaja	Número de horas que trabaja cada semana	Pago por hora	Día de la semana en que le pagan (lunes [M]) (martes [Tu]) (miércoles [W]) (jueves [Th]) (viernes [F])	¿Con qué frecuencia le pagan? Semanalmente (weekly) Cada dos semanas (every two weeks) Dos veces al mes (twice a month) Otro [especifique] (other [specify])	Salario bruto (antes de las retenciones) <b>Incluya las Propinas y las Horas Extras</b>	Nombre, dirección y número de teléfono de la Compañía en la que usted trabaja o de la persona para quien trabaja.

¿Trabaja usted por cuenta propia? Sí  No  Si la respuesta es sí, debe incluir la copia más reciente de su Declaración de Impuestos y el anexo Schedule C.

¿Recibe ingresos por agricultura o ganadería? Sí  No  Si la respuesta es sí, debe incluir la copia más reciente de su Declaración de Impuestos y el anexo Schedule F.

**12. Servicio de guardería o asistencia.** Si usted trabaja, ¿alguna persona de la casa paga por el cuidado prestado durante el día a un niño o un adulto discapacitado que vive en casa? Sí  No

Nombre de la persona que paga por dicha atención.	¿Cuánto paga?	¿Con qué frecuencia paga?	Nombre y edad de la(s) persona(s) que recibe(n) la atención

**13. Otros ingresos:** Para cumplir con los requisitos de Medicaid, incluya un comprobante de ingresos como una carta de adjudicación de beneficios, una copia de un cheque o una declaración por parte de la fuente de los ingresos.

Díganos si usted o algún miembro de la familia recibe otros ingresos de las fuentes enumeradas en la siguiente lista.

Para pensiones de manutención, escriba el nombre del niño por quien se recibe el pago.

- |   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| 1. Seguro Social de los EUA (incluya la prima de Medicare)    | 8. Pensión privada  | 14. Indemnización por desempleo                                   | 23. Acuerdos judiciales   |
| 2. Suplemento SSI (cheque dorado)                             | 9. Beneficios de mineros  | 15. Anualidad o ingresos del seguro                               | 24. Salario de talleres para readaptación de discapacitados (Sheltered Workshop Earnings) |
| 3. Asistencia pública (Welfare)                               | 10. Beneficios por enfermedad de <i>Black Lung</i>                | 16. Pago del gobierno por terrenos                                | 25. Pagos únicos como beneficiario de un acuerdo  |
| 4. Jubilación de la empresa de ferrocarriles                  | 11. Contribuciones en efectivo (de parientes, otros)              | 17. Derechos de carbón, petróleo, grava y arrendamiento de madera | 26. Dividendos  |
| 5. Beneficios de veteranos, pensiones, indemnización o seguro | 12. Ingresos por arrendamientos (terrenos, edificios u hospedaje) | 18. Regalías  | 27. Becas o préstamos escolares   |
| 6. Anualidad Federal del Servicio Civil                       | 13. Préstamos personales (de parientes, otros)                    | 19. Pensión de manutención  |   |
| 7. Jubilación o pensión estatal                               |   | 20. Intereses de sus ahorros                                      |   |
|   |   | 21. Otro: Especifique: _____                                      |   |
|   |   | 22. Otro: Especifique: _____                                      |   |

Nombre de la persona que recibe los pagos	Tipo de pago (vea arriba)	Ingresos brutos (antes de las retenciones)	¿Cada cuánto recibe los pagos?

For ALL Kids Use Only / Para uso exclusivo de ALL Kids					
Screen ck	All Kids ck	MCD ck	LF/NF ck	Fee pd ck	Date wk
For Medicaid Use Only					
ID# _____	ID# _____	ID# _____	ID# _____		



**Esta página de Medicaid es sólo para el programa Medicaid for Low Income Families (MLIF).**

Si usted no desea solicitar MLIF para usted mismo, deje esta página en blanco.

El programa de Medicaid para las familias de bajos recursos (MLIF) es para familias de ingresos extremadamente bajos. MLIF permite que un adulto se incluya en Medicaid; sin embargo, este programa exige información sobre los padres ausentes. Si desea solicitar MLIF para usted mismo, debe darnos la información sobre el padre ausente en el formulario de abajo. Así, Medicaid puede transmitirle un pedido de sustento médico a la Child Support Enforcement Unit, Department of Human Resources, DHR (unidad del Departamento de Recursos Humanos encargada de hacer cumplir el pago de pensiones de manutención).

Si está solicitando MLIF y hay un niño en su casa cuyo(s) padre(s) no viven en el hogar, debe completar la información de abajo sobre cada uno de los padres que no viva en el hogar, a menos que pueda darle a Medicaid una razón válida para no hacerlo. Una razón puede ser que el niño fue concebido por violación o incesto o que el cooperar o proporcionar la información podría perjudicar o hacerle daño a usted, a su familia o a sus hijos. Si no desea solicitar MLIF, no desea completar el formulario de información sobre el padre o madre ausente o no quiere cooperar con la Child Support Enforcement Unit,

Department of Human Resources, DHR, su(s) niño(s) podrían de todos modos reunir los requisitos para Medicaid.

**¿Cooperará usted con la Child Support Unit para el cumplimiento del sustento médico? Sí  No**

**Si piensa que tiene una razón válida para no cooperar, marque aquí \_\_\_\_.**

**¿Desea el adulto o los adultos viviendo en el hogar solicitar MLIF? Sí  No**

***Sólo para MLIF, complete los datos con toda la información que tenga sobre cada niño cuyo padre, madre o ambos padres no vivan en el hogar.***

<b>Nombre del niño que tiene un padre o madre ausente _____</b>				
<b>Nombre del padre o madre ausente</b>	<b>Número del Seguro Social</b>	<b>Fecha de nacimiento</b>	<b>Sexo</b> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	<b>Raza</b>
<b>Dirección</b>		<b>Razón por la que no vive en el hogar</b>		
<b>¿Usted ya solicitó el sustento médico para este niño? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></b>			<b>¿Se ha establecido la paternidad de este niño? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></b>	

<b>Nombre del niño que tiene un padre o madre ausente _____</b>				
<b>Nombre del padre o madre ausente</b>	<b>Número del Seguro Social</b>	<b>Fecha de nacimiento</b>	<b>Sexo</b> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	<b>Raza</b>
<b>Dirección</b>		<b>Razón por la que no vive en el hogar</b>		
<b>¿Usted ya solicitó el sustento médico para este niño? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></b>			<b>¿Se ha establecido la paternidad de este niño? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></b>	

<b>Nombre del niño que tiene un padre o madre ausente</b> _____				
<b>Nombre del padre o madre ausente</b>	<b>Número del Seguro Social</b>	<b>Fecha de nacimiento</b>	<b>Sexo</b> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	<b>Raza</b>
<b>Dirección</b>		<b>Razón por la que no vive en el hogar</b>		
¿Usted ya solicitó el sustento médico para este niño? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			¿Se ha establecido la paternidad de este niño? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

<b>Nombre del niño que tiene un padre o madre ausente</b> _____				
<b>Nombre del padre o madre ausente</b>	<b>Número del Seguro Social</b>	<b>Fecha de nacimiento</b>	<b>Sexo</b> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	<b>Raza</b>
<b>Dirección</b>		<b>Razón por la que no vive en el hogar</b>		
¿Usted ya solicitó el sustento médico para este niño? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			¿Se ha establecido la paternidad de este niño? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

<b>Nombre del niño que tiene un padre o madre ausente</b> _____				
<b>Nombre del padre o madre ausente</b>	<b>Número del Seguro Social</b>	<b>Fecha de nacimiento</b>	<b>Sexo</b> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	<b>Raza</b>
<b>Dirección</b>		<b>Razón por la que no vive en el hogar</b>		
¿Usted ya solicitó el sustento médico para este niño? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			¿Se ha establecido la paternidad de este niño? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

<b>Nombre del niño que tiene un padre o madre ausente</b> _____				
<b>Nombre del padre o madre ausente</b>	<b>Número del Seguro Social</b>	<b>Fecha de nacimiento</b>	<b>Sexo</b> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	<b>Raza</b>
<b>Dirección</b>		<b>Razón por la que no vive en el hogar</b>		
¿Usted ya solicitó el sustento médico para este niño? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			¿Se ha establecido la paternidad de este niño? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

Si necesita más espacio, incluya hojas adicionales.

**DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN**

\* Mediante el presente autorizo y doy mi consentimiento para que el Alabama Medicaid Agency y el Departamento de Salud Pública de Alabama obtenga información de cualquier fuente con el propósito de determinar si cumpla con los requisitos para los beneficios de Medicaid. Autorizo este formulario de divulgación para que permanezca vigente durante el tiempo que yo use Medicaid y ALL Kids independientemente de la fecha en que sea firmado. Además autorizo que se usen copias de este documento en lugar del original. Doy mi consentimiento para la divulgación de información para los propósitos relacionados directamente con la administración del programa de Medicaid y ALL Kids. Estos propósitos incluyen, pero no se limitan a, establecer los requisitos de participación para beneficios, determinar el grado de asistencia médica recibida, la prestación de servicios y la investigación de infracciones del programa.

**ACUERDO Y AFIRMACIÓN**

- \* Esta solicitud es solamente para ALL Kids, Medicaid para mujeres embarazadas, Medicaid para mujeres de 19 a 44 años (solamente para servicios de planificación familiar/control natal), Medicaid para niños menores de 19 años, y Medicaid para Familias de Bajos Ingresos (MLIF, por sus siglas en inglés) con niños.
- \* Concedo permiso al Alabama Medicaid Agency, y al Alabama Department of Public Health para que usen mi número de seguro social y los números de seguro social de las personas a cuyo nombre estoy solicitando para obtener información acerca de los ingresos de cualquier persona en bancos, instituciones financieras, empleadores y otras agencias del condado, estatales y federales, y/o para averiguar si alguien reúne los requisitos para obtener asistencia o para averiguar si alguien está asegurado.
- \* Para cumplir con los requisitos para MLIF, debo cooperar en el establecimiento de la paternidad y obtención de asistencia médica, a menos que proporcione a Medicaid una buena razón para no cooperar.
- \* Si recibo aprobación para Medicaid, asigno todo el seguro y beneficios de asistencia médica a Medicaid. Si Medicaid paga mis gastos, entonces mi seguro y otros beneficios (como los pagos derivados de un proceso judicial) deben usarse para reembolsar a Medicaid. Acepto ayudar y cooperar con Medicaid en la identificación y cobro de este dinero, o puedo perder mis beneficios de Medicaid. Concedo permiso para que mi compañía de seguros, empleador y otros proporcionen la información que sea necesaria a Medicaid con el fin de administrar el programa de Medicaid.
- \* Mi cónyuge y yo debemos solicitar cualquier beneficio (como la compensación de desempleo) al que tengamos derecho recibir.
- \* Acepto permitir que las agencias mencionadas anteriormente conozcan, en la renovación anual, si hay algún cambio en mi hogar. Sin embargo, si recibo MLIF, debo informar acerca de cualquier cambio dentro de diez (10) días. (Los cambios que deben informarse son: si alguien llega o deja mi hogar, si cambio de domicilio, si obtengo u obtenemos o pierdo o perdemos el seguro, o si cambian los ingresos de alguien.)
- \* Si recibo aprobación, acepto cooperar si soy revisado por Control de Calidad Estatal y/o Federal.
- \* Entiendo que la información médica adquirida en la administración de los programas Medicaid/ALL Kids está sujeta a actividades de supervisión de salud, y que dicha información puede ser revelada con propósitos de supervisión de los programas al Estado de Alabama (o a quienes participen como sus socios comerciales) sin necesidad de un consentimiento individual de mi parte o de parte de mi familia, según lo permitan las disposiciones de privacidad de la HIPAA.

**FIRME AQUÍ:**

Afirmo bajo pena de perjurio que toda la información en esta solicitud es cierta a mi leal saber y entender, incluyendo la identidad de todas las personas menores de 16 años de edad mencionadas en la misma. También comprendo que de ser necesario, puede que se me pida que proporcione pruebas adicionales. En caso de que asentara deliberadamente cualquier declaración falsa o que omitiera información solicitada en esta solicitud, como los ingresos o los integrantes de mi familia, cometo un crimen sujeto a castigo conforme a la legislación federal y/o estatal.

Firma del solicitante	Fecha	Firma del cónyuge	Fecha
-----------------------	-------	-------------------	-------

**NOTA: Si usted está solicitando Servicios de Planificación Familiar para su cónyuge, quien es una mujer de 19 a 44 años, ella debe firmar en el espacio “Firma del cónyuge”.**

Firma de la persona que ayuda a llenar este formulario	Relación con el solicitante	Fecha
--	-----------------------------	-------

Nombre del entrevistador que ayuda a llenar este formulario	Fecha	Certifico que he completado la entrevista inicial
---	-------	---

**Puede enviar esta solicitud a cualquiera de los programas que solicita. Envíe a:**

**ALL Kids Program**  
P.O. Box 304839  
Montgomery, AL 36130-4839  
1-888-373-KIDS (5437) Llamada sin costo  
Se habla español

**Alabama Medicaid Agency (SOBRA, MLIF)**  
P.O. Box 5624  
Montgomery, AL 36103-5624  
1-800-362-1504 Llamada sin costo  
Se habla español