

Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Sur

Solicitud para el Programa de Medicaid de Carolina del Sur

Esta solicitud fue desarrollada específicamente para familias, mujeres embarazadas y niños

Nota: Sólo tiene que informarnos el Número de Seguro Social y responder a la pregunta sobre ciudadanía estadounidense de las personas para quienes quiere los beneficios completos de Medicaid. Sin embargo, si nos da su Número de Seguro Social, aún si no está solicitando los beneficios, nos ayudará a procesar su solicitud con mayor rapidez. Sólo utilizamos los números de Seguro Social como ayuda para verificar los ingresos.

- Los solicitantes de Medicaid con ciudadanía estadounidense deben proporcionar documentos originales como prueba de ciudadanía e identidad.
- Los solicitantes de Medicaid sin ciudadanía estadounidense deben proporcionar documentos de la Oficina de Ciudadanía y Servicios de Inmigración (BCIS) para respaldar su ingreso legal a los Estados Unidos.
- Los solicitantes de Servicios de Emergencia Exclusivamente sin ciudadanía estadounidense no están obligados a proporcionar estos documentos ni el Número de Seguro Social.

1. Información acerca de usted

Fecha de recibo del DHHS:

Nombre (Primer nombre, inicial segundo nombre, apellido):			Número de Seguro Social: (no se requiere para servicios de emergencia)			Fecha de nacimiento:											
Dirección de correo (incluya número de apartamento):			Ciudad:			Estado:			Código postal:			Condado:					
Dirección domicilio (si es diferente de la dirección de correo):						Ciudad:			Estado:			Código postal:			Número telefónico: ()		
Nombre completo dado al nacer: Esto nos ayuda a verificar la ciudadanía						Nombre de la madre dado al nacer:						Condado/Estado donde nació:					
¿Quiere obtener Medicaid para usted? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a)		¿Asiste a la escuela actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser así, ¿qué grado cursa? _____		Marque todas las que aplican: <input type="checkbox"/> Ciudadano(a) estadounidense <input type="checkbox"/> Discapacitado(a) <input type="checkbox"/> Embarazada <input type="checkbox"/> Servicios de Emergencia Exclusivamente			¿Cuál es el idioma que más habla? <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Lenguaje de signos <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Vietnamés <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Ruso						
Número de Medicare, si aplica:						Raza: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Mexicano <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Inmigrante refugiado <input type="checkbox"/> Nativo estadounidense/Indígena estadounidense <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Asiático estadounidense /Oriental <input type="checkbox"/> Otro											

Si un Representante Autorizado es quien está llenando esta solicitud, por favor indique lo siguiente:

Nombre: _____ Número telefónico: _____
 Dirección: _____ Parentesco: _____

2. Información acerca de las personas que viven con usted No se requiere el Número de Seguro Social para solicitar Servicios de Emergencia Exclusivamente.

Nombre: (Primer nombre, inicial segundo nombre, apellido)		Número de seguro social:		Nombre completo dado al nacer:		Nombre de la madre dado al nacer:	
¿Quiere Medicaid esta persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Marque todas las que aplican: <input type="checkbox"/> Ciudadano(a) estadounidense <input type="checkbox"/> Discapacitado(a) <input type="checkbox"/> Embarazada <input type="checkbox"/> Servicios de Emergencia Exclusivamente	Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Separado(a)	¿Qué parentesco tiene esta persona con la persona de la página 1? <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Otro: _____	¿Asiste a la escuela actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser así, ¿qué grado cursa? _____	Condado/Estado donde nació:	
		Fecha de nacimiento:					
Número de Medicare , si aplica:		Raza: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Mexicano <input type="checkbox"/> Nativo estadounidense /Indígena estadounidense <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Asiático estadounidense /Oriental <input type="checkbox"/> Inmigrante refugiado <input type="checkbox"/> Otro					

Nombre: (Primer nombre, inicial segundo nombre, apellido)		Número de seguro social:		Nombre completo dado al nacer:		Nombre de la madre dado al nacer:	
¿Quiere Medicaid esta persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Marque todas las que aplican: <input type="checkbox"/> Ciudadano(a) estadounidense <input type="checkbox"/> Discapacitado(a) <input type="checkbox"/> Embarazada <input type="checkbox"/> Servicios de Emergencia Exclusivamente	Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Separado(a)	¿Qué parentesco tiene esta persona con la persona de la página 1? <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Otro: _____	¿Asiste a la escuela actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser así, ¿qué grado cursa? _____	Condado/Estado donde nació:	
		Fecha de nacimiento:					
Número de Medicare , si aplica:		Raza: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Mexicano <input type="checkbox"/> Nativo estadounidense /Indígena estadounidense <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Asiático estadounidense /Oriental <input type="checkbox"/> Inmigrante refugiado <input type="checkbox"/> Otro					

Nombre: (Primer nombre, inicial segundo nombre, apellido)		Número de seguro social:		Nombre completo dado al nacer:		Nombre de la madre dado al nacer:	
¿Quiere Medicaid esta persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Marque todas las que aplican: <input type="checkbox"/> Ciudadano(a) estadounidense <input type="checkbox"/> Discapacitado(a) <input type="checkbox"/> Embarazada <input type="checkbox"/> Servicios de Emergencia Exclusivamente	Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Separado(a)	¿Qué parentesco tiene esta persona con la persona de la página 1? <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Otro: _____	¿Asiste a la escuela actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser así, ¿qué grado cursa? _____	Condado/Estado donde nació:	
		Fecha de nacimiento:					
Número de Medicare , si aplica:		Raza: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Mexicano <input type="checkbox"/> Nativo estadounidense /Indígena estadounidense <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Asiático estadounidense /Oriental <input type="checkbox"/> Inmigrante refugiado <input type="checkbox"/> Otro					

3. Cobertura retroactiva ¿Recibió usted o alguna persona que vive con usted servicios médicos durante los últimos 3 meses?

¿Quién(es)? _____ ¿En qué mes(es)? _____

Con el fin de determinar la elegibilidad para dicho(s) mes(es), tiene que dar prueba de ingresos y recursos por cada mes listado.

4. Información acerca de los ingresos de su familia Anote sus ingresos BRUTOS antes de impuestos y deducciones, no su sueldo neto. Anote cero (“0”) si no está trabajando. **Debe enviar prueba de sus ingresos de las últimas 4 semanas.**

Ingresos de su empleo	Otros ingresos del empleo del padre/madre/cónyuge (si viven en la casa)
Nombre de la persona empleada _____	Nombre de la persona empleada _____
Nombre del patrono _____	Nombre del patrono _____
Dirección del patrono _____	Dirección del patrono _____
Número telefónico del patrono (incluyendo código de área) _____	Número telefónico del patrono (incluyendo código de área) _____
Cantidad de salario bruto que le pagan antes de sacar impuestos: \$ _____	Cantidad de salario bruto que le pagan antes de sacar impuestos: \$ _____
¿Forma de pago? <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual	¿Forma de pago? <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual
¿Está empleado todavía? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De no ser así, ¿dónde trabajó la última vez? _____	¿Está empleado todavía? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De no ser así, ¿dónde trabajó la última vez? _____
¿Cuándo dejó de trabajar allá? _____	¿Cuándo dejó de trabajar allá? _____
¿Alguna de las personas trabaja independientemente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser así, por favor proporcione el nombre del negocio y/o sociedad propio _____	
Debe enviar copia de los formularios de declaración de renta presentados más recientemente, junto con todos los anexos.	

Otros ingresos	Valor	¿Cuál miembro de la familia recibe estos ingresos?	¿Con qué frecuencia se reciben estos ingresos?
Manutención de niños	\$		
Pensión alimenticia	\$		
Ingresos de Seguro Social	\$		
Beneficios de desempleo	\$		
Beneficios de veteranos	\$		
Compensación laboral/Incapacidad a corto y largo plazo	\$		
Dinero de amigos/familiares	\$		
Intereses	\$		
Jubilación/Pensiones/Renta vitalicia	\$		
Otros ingresos (Por favor explique)	\$		

5. Si su familia no tiene ninguna fuente de ingresos, explique en el espacio a continuación cómo pagan las cuentas de su hogar.

6. ¿Posee algún miembro de su familia lo siguiente? Debe enviar prueba de Bienes/Recursos junto con esta solicitud.

Bien/Recurso	Nombre, dirección y # telefónico de la compañía; Número de cuenta/Póliza; y/o Descripción	¿A quién le pertenece?	¿Por qué valor?	¿Cuánto se debe?
Efectivo en caja			\$	
Cuenta(s) bancaria(s)			\$	
Cuenta(s) de ahorro(s)			\$	
Certificado(s) de depósito			\$	
Renta vitalicia/ Fiducias/ Valores/Bonos			\$	
Casa propia (ubicación/descripción)			\$	\$
Otra propiedad (ubicación/descripción)			\$	\$
Seguro de vida/Funerario			\$	\$
Contratos funerarios			\$	\$
Lotes funerarios			\$	\$
Vehículos (marca, modelo, año)			\$	\$
Cuenta de jubilación			\$	\$
Otro (por favor especifique)			\$	\$

7. ¿Le paga a alguien para que cuide a su(s) hijo(s) menor(es) de 12 años y/o adulto dependiente en su casa mientras usted trabaja o asiste a la escuela?

Sí No ____ Numero do niños menores de 12 años y/o adultos dependientes por quienes paga su cuidado. Debe suministrar prueba de dicho pago.

8. Infórmenos sobre cualquier seguro de salud o seguro médico que cubre a alguna de las personas por quienes está presentando la solicitud. Por favor envíenos una copia de el/los carné(s), por ambas caras. Incluya Medicaid en otro estado. Aún si ya tiene seguro médico, usted y/o sus hijos pueden calificar para Medicaid.

Compañía aseguradora	Número de póliza	Nombre del titular de la póliza	Documento de identidad del titular de la póliza	Personas cubiertas	¿Qué tipo de cobertura es?

IMPORTANTE

Marque abajo los documentos que adjuntó.

- **El envío de dicha información con su solicitud nos ayudará a procesar su solicitud con mayor rapidez.**
- **Usted debe leer y firmar este formulario en la última página para completar su solicitud.**

Prueba de ingresos

- Copias de los talonario de pago de las **últimas 4 semanas para todo adulto incluido en la lista**; o una carta del patrono donde se indica el pago BRUTO de las 4 últimas semanas.
- Copia de la carta informando la cantidad bruta de todos los beneficios recibidos (Seguro Social, desempleo, seguro de veteranos, compensación laboral, etc.)
- Prueba de cualquier otro ingreso durante las 4 últimas semanas, incluyendo manutención de niños.

NOTA: Es posible que le pidan que solicite otros beneficios potenciales, como beneficios de desempleo o Seguro Social.

- Prueba de bienes/recursos durante los últimos 3 meses si recibió servicios médicos.
- Prueba de ingresos de los últimos 3 meses si recibió servicios médicos.
- Formularios de declaración de renta más recientes incluyendo todos los anexos, si es trabajador independiente.
- Certificado de la fecha del parto expedida por un médico, enfermera o Departamento de Salud por cada mujer embarazada.
- Verificación de gastos por cuidado de niño/adulto dependiente (certificado de la guardería infantil, recibo, etc.)
- Documentos de la Oficina de Ciudadanía y Servicios de Inmigración (BCIS) para toda persona sin ciudadanía estadounidense que solicita los beneficios completos de Medicaid. No aplica para Servicios de Emergencia Exclusivamente.
- Documentos originales de ciudadanía e identidad para todo ciudadano estadounidense que solicita los beneficios de Medicaid. (Si ya suministró esta información anteriormente, no es necesario suministrarla de nuevo.)

Se pueden presentar otros documentos para proporcionar prueba. Si no está seguro de cuáles documentos enviar, llame a nuestra línea gratuita 1-888-549-0820 para pedir ayuda.

La División Encargada del Cumplimiento de Manutención de Niños del Departamento de Servicios Sociales de Carolina del Sur (CSED) proporciona servicios para establecer la paternidad y manutención de niños, modificar órdenes de manutención de niños, y hacer cumplir órdenes de manutención de niños. Los servicios están disponibles para los beneficiarios de *Medicaid* sin costo alguno. Entiendo que si marco "No" y pido manutención de niños más adelante, tendré que pagar un valor de US\$25. Deseo solicitar estos servicios voluntariamente : Sí No

Envíe por correo esta solicitud diligenciada y firmada a:

**South Carolina Medicaid
Division of Central Eligibility Processing
Post Office Box 100101
1801 Main Street
Columbia, South Carolina 29202-3101**

Derechos y Responsabilidades

1. Sé que mis hijos menores de 19 años que son elegibles a *Partners for Health Medicaid* pueden practicarse chequeos médicos gratis bajo un programa especial de prevención llamado Pruebas de Detección Tempranas, Periódicas, Diagnóstico y Tratamiento (EPSDT, por su sigla en inglés).
 2. Sé que la información que he proporcionado es confidencial. Entiendo que, salvo que se especifique lo contrario más abajo, la información que incluye información médica se puede divulgar sólo para fines directamente relacionados con la administración del Programa de *Medicaid*. Algunas veces, el Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS) divulgará información a las organizaciones que ellos contratan para cumplir con propósitos específicos, pero dichas organizaciones deberán haber acordado registrarse por las mismas pautas de divulgación de información. Además, sé que la información médica personal que suministroo o que más adelante recopila el DHHS está cubierta por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 (HIPAA, por su sigla en inglés) y que recibiré una Notificación de Prácticas de Confidencialidad junto con mi(s) carné(s) de *Medicaid*.
 - a. Sé que, de acuerdo con las regulaciones federales que rigen el Programa de *Medicaid*, toda información que haya suministrado debe ser revisada y verificada por el personal del DHHS. Además, entiendo que debo cooperar completamente con los funcionarios estatales y federales si mi caso se somete a revisión. No se requieren más autorizaciones mías para obtener verificación u otra información.
 - b. Sé que, de acuerdo con las regulaciones federales que rigen el Programa de *Medicaid*, el personal del DHHS debe proporcionar mi información y la de mi familia a un sistema computarizado llamado Sistema de Ingresos Estatales y Verificación de Elegibilidad (IEVS, por su sigla en inglés). Este sistema computarizado permite al DHHS comparar mi información y la de mi familia con la información de otras agencias, y permite a otras agencias estatales (incluyendo agencias de otros estados) y federales utilizar la información recopilada en esta solicitud para verificar la elegibilidad y determinar las sumas de los beneficios para sus programas. Otras agencias incluyen, pero sin limitación a, el Servicio de Ingresos Interno, la Administración de Seguro Social, y la Comisión de Seguro Laboral, otros programas estatales de *Medicaid*, y la TANF y la Agencia de Cupones de Alimentos (DSS, en este estado). El estatus migratorio se verificará con el Departamento de Seguro Nacional (DHS, por su sigla en inglés).
 - c. Sé que, salvo que especifique lo contrario, mi información y la de mi familia se pueden compartir con el DHHS con el propósito de hacer una remisión adecuada de mi caso a otras fuentes de servicios o tratamiento, de acuerdo con la ley federal y estatal. Cuando sea posible, se pedirá mi autorización o la autorización de la parte responsable. Sin embargo, entiendo además que en el caso de reportes obligatorios, el DHHS debe reportar y hacer caso omiso a mi especificación de lo contrario.
 - d. Sé que, salvo que específicamente pida que no se incluya, la información acerca de los servicios (incluyendo servicios médicos) proporcionados a mi familia y a mí se almacenará en una bodega de datos manejada por la Junta de Presupuesto y Control de Carolina del Sur, la Oficina de Investigación y Estadísticas, y las demás agencias estatales que proporcionan sus servicios a mi familia y a mí tendrán autorización para acceder dicha información con el fin de garantizar que los servicios proporcionados a mi familia y a mí son suficientes y necesarios.
3. Sé que mi Número de Seguro Social, el cual estoy obligado a suministrar, bajo el artículo §1137(a)(1) de la Ley de Seguro Social [42 U.S.C. 1320b-7(a)(1)], puede ser usado o divulgado en relación con las excepciones del Numeral 2, de arriba.
 4. Sé que de acuerdo con la legislación Federal y la política del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS, por su sigla en inglés), el DHHS no puede discriminar con base en raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad. Para presentar una queja por discriminación, debo contactar al HHS escribiendo a *The HHS Director, Office of Civil Rights, Room 506F, 200 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20201* o llamando al (202) 619-0403 (voz) o al (202) 619-3257 (TDD). El HHS es un proveedor y empleador de oportunidades igualitarias.
 5. Sé que el programa de *Medicaid* no paga gastos médicos que un tercero, tal como una compañía de seguros médicos privada o alguien que me lesione, se supone debe pagar. Por lo tanto, cedo y concedo mis derechos a todo pago de un tercero responsable al DHHS hasta el monto de pago que *Medicaid* estableció para mi atención médica. Esta cesión aplica a cualquiera de mis hijos menores de edad que pueden sufrir lesiones. Estos pagos pueden incluir pagos de pólizas de seguros médicos y hospitalarios o pagos recibidos como un acuerdo por un accidente.
 6. Se solicita diligenciar un Formato de Apoyo Médico de Remisión de un padre/madre ausente(s) si el pariente padre/madre/caregiver a cargo de la custodia quiere cobertura de *Medicaid*.
 7. Entiendo que debo reportar todos y cualesquiera cambios en mis ingresos, deducciones, recursos, acuerdos de vivienda, miembros del hogar u otra información que afectará la asistencia médica dentro de los diez (10) días siguientes a la fecha de el(los) cambio(s). Entiendo que si no informo rápidamente al Departamento, puedo perder beneficios y estar sujeto a sanciones o procesos.
 8. Entiendo que puedo solicitar una audiencia si considero que se cometió un error al diligenciar mi solicitud.

Personalmente leí los Derechos y Responsabilidades, o alguien me los leyó. (De ser posible, tanto el Solicitante como el Representante Autorizado deben firmar.)

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Firma del representante autorizado: _____ Fecha: _____