

Infórmenos sobre el seguro de salud de su familia

5. ¿Alguna de las personas que está solicitando inscripción o reinscripción tiene un plan de seguro de salud privado? Sí No
Si la respuesta es sí, proporcione la información a continuación: ▼

Nombre(primer nombre, inicial del segundo, apellido)	Nombre de la compañía de seguros	Dirección y número de teléfono de la compañía de seguros	Nombre del titular de la póliza y relación con el mismo	Número de grupo / póliza

Infórmenos sobre el ingreso de padres e hijos

6. ¿Quiénes son los padres e hijos en el hogar que trabajan actualmente y cuáles son sus salarios? Si nadie trabaja, coloque "N/A" o "No Aplicable" en el primer renglón y pase a la pregunta 7. ▼

Nombre de la persona que trabaja (primer nombre, inicial del segundo, apellido)	Nombre y número de teléfono del empleador	Monto bruto de ingreso (durante cada periodo de pago)	Propinas ganadas	¿Con qué frecuencia cobra? (mensual, semanal, etc.) (Adjuntar documentación. Ver * más abajo)
		\$	\$	
		\$	\$	
		\$	\$	

* Adjunte copias de todos los talones de recibos de pago del mes anterior (o una carta del empleador declarando el último sueldo bruto mensual) de cada persona indicada. Al adjuntar los recibos ahora, nos permitirá reinscribir a sus hijos a tiempo. Si se trata de un nuevo empleo, presente documentación del empleador indicando el monto de sueldo bruto mensual.

7. ¿Los padres o alguno de los hijos del hogar actualmente trabaja por su propia cuenta? Sí No
Por ejemplo, ¿alguno gana dinero de la agricultura, tiene su propio negocio o recibe ingresos por el alquiler de una propiedad?
 Si la respuesta es sí, adjunte registros comerciales que muestren ingresos y gastos durante los últimos 6 meses, o el número de meses en la actividad comercial si es menos de 6 meses.
 Si el ingreso es anual, adjunte registros comerciales de los últimos 12 meses.

8. ¿Los padres o los hijos reciben ingresos de algún otro origen? Sí No
Si la respuesta es sí, proporcione la información a continuación, según corresponda: ▼

Tipo de Ingreso	Nombre de la persona que recibe otros ingresos	Cantidad recibida	Con qué frecuencia se recibe (mensual, semanal, etc.)
Sustento de menores (Manutención de hijos)		\$	
Seguro social		\$	
Beneficio por desempleo		\$	
Otros (por favor explique)		\$	

Infórmenos sobre los gastos de padres e hijos

9. Sólo se pueden deducir tres tipos de gastos del ingreso que tomamos en cuenta: (1) parte del gasto de guardería (o atención de persona adulta a su cargo); (2) gasto de sustento/manutención de los hijos en virtud de orden judicial; y (3) deducción habitual por gastos relacionados con el trabajo.

- ¿Alguno de los padres que trabaje paga el costo de una guardería, una niñera o un cuidador para un adulto a su cargo, a fin de poder asistir a su trabajo?**
Si la respuesta es sí, proporcione la información a continuación: ▼ Sí No

Nombre, dirección y número de teléfono de la niñera o del proveedor de cuidado infantil	Nombre de la persona a quien se cuida	Nombre de la persona que paga el cuidado	Monto abonado* (*Adjuntar documentación)	Frecuencia de pago (mensual, semanal, etc.)
			\$	
			\$	

*Adjunte cheques pagados, recibos o una declaración del proveedor que indique el monto que usted le abonó el mes pasado.

10. ¿Alguno de los padres que vive en el hogar paga el sustento de algún hijo que no vive en el hogar? Sí No
Si la respuesta es Sí, proporcione la información a continuación: ▼

Persona que paga el sustento	Persona por quien se le paga el sustento	¿Es por sentencia judicial? (Y,N)	Cantidad pagada	Frecuencia de pago (mensual, semanal, etc.)
			\$	
			\$	

E Proporcione información sobre el lugar de atención primaria de su hijo

El lugar de atención primaria (prestador de atención primaria) es el lugar donde lleva a su hijo para cubrir todas sus necesidades de atención de salud – controles periódicos, vacunas, consultas por enfermedad, accidentes menores o si necesitan ser derivados a un especialista. El lugar de atención primaria puede ser el consultorio de un médico o una clínica de la comunidad donde el personal lo conoce a usted, a su hijo y a la historia clínica de su hijo.

Atención a la Comunidad de Carolina del Norte / Carolina ACCESS (CCNC/CA) – CCNC/CA es un programa Medicaid que le permite elegir su propio médico. El nombre y el número de teléfono de su médico estará impreso en su tarjeta Medicaid o se le enviará en una carta para informarle dichos datos. Lleve su tarjeta consigo todo el tiempo. Debe llamar a su médico antes de ver a ningún otro médico; si no lo hace, es probable que deba pagar los gastos correspondientes. Si no ha consultado al médico que aparece en su tarjeta, llame ahora para hacer una cita. Su médico les ayudará a usted y a su hijo a mantener un buen estado de salud, con controles periódicos y les atenderá cuando se enfermen o cuando se lastimen. Llame a su médico lo antes posible si usted o su hijo comienzan a tener dolor de oído, de muela, resfrios, fiebre, diarrea, vómitos u otros síntomas. Si tiene alguna pregunta sobre CCNC/CA, llame a su trabajador social. **Por favor, marque la opción que corresponda:**

Actualmente estoy inscrito en Carolina ACCESS médico Actualmente estoy inscrito en Carolina ACCESS y me gustaría cambiar de médico
Si marcó esta opción, por favor, indique aquí abajo el nombre y la dirección del nuevo médico o comuníquese con su trabajador social.)

11. Indique el nombre de cada uno de los hijos que solicita inscripción o reinscripción, e indique también el nombre de su médico o clínica. ▼

Nombre del hijo que solicita inscripción o reinscripción	Nombre del médico o clínica (lugar de atención primaria) a donde planea llevar a su hijo

¿Qué idioma prefiere hablar la familia?

El gobierno federal exige que el estado le brinde información sobre los idiomas que la familia prefiere hablar. Por favor, ayúdenos a brindar esta información sobre el padre o madre, u otro adulto a cargo del cuidado que viva en el hogar.

Nombre del padre, madre o adulto a cargo del cuidado (primer nombre, inicial del segundo, apellido)	Idioma que la persona prefiere hablar (encierre en un círculo uno)
1.	Inglés Español Otro (Especifique _____)
2.	Inglés Español Otro (Especifique _____)

Doy fe de que, a mi entender, todas las declaraciones registradas en este documento son reales y correctas.
Leí o me fueron leídos todos los anexos de esta solicitud y comprendo mis derechos y deberes como solicitante/beneficiario.
Autorizo la divulgación de cualquier información necesaria para establecer el cumplimiento de los requisitos por parte de mi familia. Comprendo que esta información puede incluir información médica sobre las personas que solicitan un seguro de salud y/o información no médica sobre dichas personas y otros. Esto puede incluir información de médicos, hospitales, empleadores, compañías de seguros y otras entidades financieras.
He recibido o entiendo que recibiré una copia de este "Aviso de prácticas de privacidad de Medicaid".
Autorizo la copia de este formulario de divulgación para verificar información. Éste tendrá validez hasta que yo lo revoque por escrito.
Aviso de Recuperación de Testamentaria/Propiedad: Yo entiendo que las leyes Federales y Estatales requieren que la División de Asistencia Médica (DMA, por sus siglas en inglés) pongan una demanda contra la propiedad de ciertos individuos para recuperar la cantidad que pagó el programa de Medicaid durante el periodo de tiempo que el individuo recibió asistencia para ciertos servicios médicos. Pregúntele a su trabajador de caso de Medicaid por información específica sobre cuáles servicios pueden ser aplicable en el proceso de recuperación de propiedad.

Firma del padre, madre o de otro adulto: _____ **Fecha** _____

Antes de entregar el formulario de reinscripción... revise esta lista de verificación:

- ¿Guardó la Página de información para sus registros?
- ¿Ha completado todas las preguntas del Formulario de reinscripción? (Vea las Preguntas opcionales que aparecen en la página siguiente.)
- ¿Ha incluido copias de los talones de pago del último mes de todos los que viven en la casa que trabajan?
- ¿Ha indicado un número de teléfono para llamar durante el día (ver pregunta 3)?
- ¿Ha firmado y fechado el formulario?
- Una vez completo, pliegue el Formulario de reinscripción de modo que la dirección de la secretaría de servicios sociales que aparece en la parte superior de la página 1 se vea en la ventana del sobre de respuesta que se incluye con el presente. **Si no entrega ambas páginas del Formulario de reinscripción, es posible que se retrase el momento a partir del cual su hijo pueda comenzar a recibir los beneficios.**
- Pégueme una estampilla y ¡ya está listo para enviar por correo!

¿Tiene su hijo necesidades especiales de atención de salud?

Por favor, ayúdenos a mejorar los servicios para los niños con necesidades especiales de atención de salud, y a cumplir los requisitos federales de informes, respondiendo a las siguientes preguntas: Sus respuestas no afectarán la capacidad de su hijo de acceder a los servicios de Health Check (Medicaid para niños) o NC Health Choice.

1. ¿Alguno de sus hijos necesitan actualmente medicamentos—que no sean vitaminas—que deban ser recetados por un médico? Sí No
Si su respuesta es afirmativa, ¿este hijo (o hijos) necesita este medicamento debido a *cualquier* afección de salud que haya durado o que se espera que dure, por lo menos, 12 meses? Sí No
Si su respuesta es 'sí', indique el nombre del niño (o niños): _____
2. ¿Alguno de sus hijos necesita más servicios de atención médica, de salud mental o de educación que lo normal o de rutina que necesita la mayoría de los niños de la misma edad? Sí No
Si su respuesta es 'sí', ¿este hijo (o hijos) necesita estos servicios debido a alguna afección de salud, médica o de conducta que haya durado o que se espera que dure, por lo menos, 12 meses? Sí No
Si su respuesta es 'sí', indique el nombre del niño (o niños): _____
3. ¿Alguno de sus hijos está limitado o impedido **de alguna manera** en cuanto a su capacidad de hacer las cosas que la mayoría de los niños de su edad puede hacer? Sí No
Si su respuesta es 'sí', ¿esta limitación se debe a *cualquier* afección de salud, médica o de conducta que haya durado o que se espera que dure, por lo menos, 12 meses? Sí No
Si su respuesta es 'sí', indique el nombre del niño (o niños): _____
4. ¿Alguno de sus hijos necesita terapia especial, tal como fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla? Sí No
Si su respuesta es 'sí', ¿este hijo (o hijos) necesita esta terapia debido a *cualquier* afección de salud, médica o de conducta que haya durado o que se espera que dure, *por lo menos*, 12 meses? Sí No
Si su respuesta es 'sí', indique el nombre del niño (o niños): _____
5. ¿Alguno de sus hijos actualmente tiene algún tipo de dificultad emocional, de desarrollo o de conducta para la cual necesita tratamiento u orientación psicológica? Sí No
Si su respuesta es 'sí', ¿este hijo (o hijos) necesita este tratamiento u orientación debido a *cualquier* afección de salud, médica o de comportamiento que haya durado o que se espera que dure, *por lo menos*, 12 meses? Sí No
Si su respuesta es 'sí', indique el nombre del niño (o niños): _____

Proporcione información sobre el lugar de atención primaria de su hijo

La Agencia de Sustento (manutención) de niños puede ayudar a obtener ayuda médica y financiera para el hijo de parte del padre ausente. Si usted solicita ayuda de esta agencia, los tribunales pueden establecer la paternidad y hacer cumplir el pago de obligaciones de sustento de menores.

Existen otros beneficios de trabajar con la Agencia de Sustento para Menores. Por ejemplo, su hijo podrá acceder a otros beneficios financieros, como el Seguro Social, los beneficios de pensión, los beneficios para veteranos y posibles herencias. De la misma forma, su hijo se puede beneficiar del vínculo entre él y su padre. Por último, su hijo se puede beneficiar recibiendo información importante de sus antecedentes médicos.

Si desea que la Agencia de Sustento para Menores le ayude a establecer la paternidad o a obtener una orden judicial de ayuda con los gastos médicos, marque la opción "Sí".

Si marca esta casilla, alguien se comunicará con usted. **Sí, deseo recibir ayuda de la Agencia de Sustento de Menores.**

- A. ¿Desea solicitar cobertura de embarazo para alguna de las personas mencionadas en esta solicitud? Sí No
Si está solicitando ayuda para el embarazo, debe proporcionar una declaración del médico que incluya la fecha de parto y el número de bebés que espera. De todos modos, envíe un formulario de solicitud si aún no tiene la declaración del médico.
Si la respuesta es Sí, ¿para quién? _____ Relación _____ SSN# (número de seguro social) _____
- B. El programa Medicaid brinda cobertura de servicios de planificación familiar para mujeres de entre 19 y 55 años u hombres de 19 a 60 años, si no se han sometido a ningún procedimiento que les impida concebir un bebé. Los servicios incluyen, entre otros: examen físico anual, métodos de control de la natalidad, pruebas de embarazo, pruebas de Papanicolau, exámenes de detección de enfermedades de transmisión sexual y esterilizaciones voluntarias para hombre y mujeres.

Si usted reúne estos requisitos, ¿desea solicitarlos o continuar la cobertura de estos servicios a través el Programa de planificación familiar de Medicaid?
 Sí No
Si la respuesta es Sí, ¿para quién? _____ Relación _____ SSN# (número de seguro social) _____
- C. ¿Desea solicitar Medicaid para algún padre o pariente adulto mencionado en esta solicitud? El adulto debe ser pariente del niño para cumplir con los requisitos y llegar a un límite de ingresos mensuales diferente. Si desea solicitarlo, nos comunicaremos con usted para pedirle información sobre ingresos, cuentas bancarias, bienes raíces y propiedad personal, valor en efectivo de seguros de vida, acciones, bonos, etc. El total de recursos debe ser inferior a \$3,000. Además, si cumple los requisitos, puede ser responsable de algunas de sus cuentas médicas. Los padres/otros adultos solicitantes deben presentar los números de Seguro Social.

Mientras tanto, continuaremos procesando esta solicitud para sus hijos.

¿Todavía desea solicitar Medicaid para un padre u otro pariente adulto del niño que vive en el hogar? Sí No
Si la respuesta es Sí, ¿para quién? _____ Relación _____ SSN# _____