



FORMA DE REINSCRIPCIÓN

Es hora de volverse a inscribir

en Health Check (Medicaid para Niños) o NC Health Choice for Children. Por favor complete esta forma y devuélvala al Departamento de Servicios Sociales del Condado de _____ antes del _____.

Responda todas las preguntas en letra de molde y proporcione información para todos los hijos menores de 21 años que viven en el hogar.

Opción para correo:

Por favor complete todas las secciones, según sea solicitado, y firme y coloque la fecha en la página 3 de la forma. Doble la Forma de Reinscripción (AMBAS PÁGINAS – Dorso y Reverso) para que el domicilio del departamento de servicios sociales (consulte arriba) se pueda ver en la ventana del sobre de devolución. Después agregue una estampilla y envíelo por correo.

Otras opciones para entregar la forma:

Puede devolver la forma completada al departamento de servicios sociales local en mano. Si necesita ayuda para completar la forma, el departamento de servicios sociales local le ayudará con gusto. No es necesario tener una cita. Usted también puede llamar por teléfono:

Solicite hablar con su Representante de Health Check o NC Health Choice.

Ayúdenos a actualizar nuestra información sobre su familia

1. Indique todos los hijos menores de 21 años que viven en el hogar.

Complete esta información incluso para hijos que no solicitarán la inscripción o nueva inscripción en Health Check (Medicaid para niños) o NC Health Choice. Se requieren el número de seguro social y la condición de ciudadanía sólo para quienes soliciten seguro de salud.

Nombre de Niño(a) (primer nombre, inicial del segundo, apellido)	¿Solicita inscripción o Nueva inscripción para este(a) niño(a)? (S, N)	Fecha de nacimiento (mes/día/año)	Sexo (M,F)	*Raza (Use los siguientes códigos. Indique todo lo que le corresponda.) (Opcional)	**Hispano/latino (S, N) Si la respuesta es Sí, especifique usando los siguientes códigos.(Opcional)	Niño(a) es ciudada no(a) de EE.UU. (S, N)	Número de Seguro Social (SSN, por sus siglas en inglés) No es necesario si no está solicitando inscripción para este(a) niño(a).

* Códigos de razas: Asiático = A Negro o africano americano = B Indio americano o nativo de Alaska = I Nativo de Hawai o de otra isla del Pacífico = P Caucásico o blanco = W

**Códigos de etnia: Hispano de Cuba = C Hispano de México = M Hispano de Puerto Rico = P Hispano de otro país = H

2. ¿Usted y sus hijos viven en el domicilio mencionado en la parte superior de esta página?

Sí No

Si la respuesta es No, ¿dónde vive ahora?

Dirección:			Dirección postal (si fuera diferente):		
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Ciudad:	Estado:	Código postal:

3. Indique los números de teléfono donde podemos comunicarnos con usted.

Teléfono durante el día: ()	Teléfono particular: ()	Teléfono celular:
------------------------------	--------------------------	-------------------

4. ¿Quiénes son los padres que viven con los hijos? Si los hijos no viven con sus padres, ¿quiénes son los adultos que viven en el hogar y que cuidan a los hijos?

Nombre del padre, madre o adulto cuidador (primer nombre, inicial del segundo, apellido)	Fecha de nacimiento (mes/día/año)	Sexo (M,F)	*Raza (Use los códigos indicados en #1 arriba). (Opcional)	**Hispano/latino (S, N) (Use los códigos indicados en #1 arriba). (Opcional)	¿Cuál es la relación de este adulto con cada uno de los niños indicados en la Pregunta 1 arriba? (Ejemplo: Madre de John; Madrastra de Mary)

Infórmenos sobre el seguro de salud de la 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/relación del titular de la póliza	Número de grupo/póliza

Infórmenos sobre el ingreso de padres e hijos

6. ¿Quiénes son los padres e hijos en el hogar que trabajan y cuánto ganan? 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 ganado antes de las deducciones.	Propinas ganadas.	¿Con qué frecuencia se paga? (mensual, semanal, etc.) (Adjuntar documentación. Consulte * a continuación).
		\$	\$	
		\$	\$	
		\$	\$	

*Adjunte copias de todos los recibos de pago del mes anterior (o una carta del empleador estableciendo el último sueldo bruto mensual) de cada persona indicada. Adjuntar los recibos ahora nos permitirá volver a inscribir a sus hijos a tiempo. Si se trata de un nuevo trabajo, presente la documentación del empleador respecto de cuál será su sueldo bruto mensual.

7. ¿Algún padre o hijo en el hogar es actualmente empleado independiente? ▶ Sí No
Por ejemplo, ¿alguno gana dinero producto 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 para los últimos 12 meses.
8. ¿El padre o el hijo reciben ingresos de alguna otra fuente? ▶ 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/Manutención de hijos		\$	
Seguro social		\$	
Beneficios por desempleo		\$	
Otros (por favor explique)		\$	

Infórmenos sobre los gastos de padres e hijos

Sólo se pueden deducir tres tipos de gastos del ingreso que consideramos:

(1) parte del dinero pagado para guardería (o cuidado de una carga familiar adulta); (2) dinero pagado para sustento de los hijos por orden de un tribunal; y un (3) descuento habitual para gastos relativos al trabajo.

9. ¿Uno de los padres que trabaja y vive en el hogar paga la guardería, una niñera o cuidado de una carga familiar adulta? Sí No
 Si la respuesta es Sí, proporcione la información a continuación: ▼

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	¿Cuánto paga? (*Adjuntar documentación)	¿Con qué frecuencia se paga? (mensual, semanal, etc.)
			\$	
			\$	

*Adjunte cheques pagados, recibos o una declaración del proveedor que indique cuánto le pagaron el mes pasado.

10. ¿Un padre que vive en el hogar paga el sustento/manutención de niños de algún hijo que no vive en el hogar? ▶ Sí No
 Si la respuesta es Sí, proporcione la información a continuación: ▼

¿Quién paga el sustento?	¿A quién se paga el sustento?	¿Es por orden de un tribunal? (S, N)	¿Cuánto paga?	¿Con qué frecuencia se paga? (mensual, semanal, etc.)
			\$	
			\$	

Infórmenos sobre el hogar médico de su hijo

Un hogar médico (proveedor de atención primaria) es el lugar donde lleva a sus hijos para cubrir **todas** sus necesidades de atención de salud – exámenes regulares, inmunizaciones (vacunas), consultas por enfermedad, accidentes menores, o si necesitan una remisión a un especialista. Un hogar médico puede ser el consultorio de un médico o una clínica comunitaria donde el personal conoce a usted, a su hijo(a) y la historia clínica de su hijo(a).

Ya sea que su hijo(a) se vuelva a inscribir en Health Check (Medicaid para niños) o NC Health Choice, usted elige el médico de su hijo(a). En el Programa Health Check (Medicaid), el médico que elige aparece impreso en la tarjeta Medicaid de su hijo(a). En Medicaid, usted **DEBE** llamar al médico de su hijo(a) (incluido en la tarjeta Medicaid) antes de consultar a cualquier otro médico o usted podrá ser responsable del pago de la cuenta. Si tiene alguna pregunta sobre los médicos o clínicas aceptadas por Medicaid o NC Health Choice, comuníquese con el representante de casos.

Carolina Community Care of North Carolina/Carolina ACCESS (CCNC/CA) – CCNC/CA es un programa de Medicaid que le permite elegir su propio médico. El nombre y número de teléfono de su médico aparecerán en su tarjeta Medicaid o les serán enviados por carta. Lleve su tarjeta consigo todo el tiempo. Debe llamar a su médico antes de consultar a cualquier otro médico o podrá ser responsable del pago de la cuenta. Si no ha consultado al médico indicado en su tarjeta, llame ahora para concertar una cita. Su médico les ayudará a usted y a su hijo(a) a mantenerse saludables con exámenes regulares y les atenderá cuando estén enfermos o tengan alguna dolencia. Llame a su médico tan pronto usted o su hijo(a) comience a tener dolor de oídos, dolor de dientes, resfrío, fiebre, diarrea, vómitos u otros síntomas. Si tiene alguna pregunta sobre CCNC/CA, llame al representante de casos. **Por favor verifique la casilla adecuada a continuación:**

_____ Actualmente estoy inscrito(a) en Carolina ACCESS _____ Actualmente estoy inscrito(a) en Carolina ACCESS y me gustaría cambiar de médico
(Si marca esta casilla, por favor indique el nombre y la dirección del nuevo médico a continuación o comuníquese con el representante de casos.)

11. Enumere cada hijo(a) que está solicitando inscripción o reinscripción y anote el nombre de su médico o clínica. ▼

Nombre del hijo(a) que solicita inscripción o reinscripción	Nombre del médico o clínica (hogar médico) donde planea llevar a este(a) hijo(a)

¿Qué idioma prefiere hablar la familia?

El gobierno federal exige que el Estado entregue información acerca del idioma que prefiere hablar la familia. Por favor ayúdenos brindando esta información para el padre o adulto cuidador que vive en el hogar.

Nombre del adulto cuidador (primer nombre, inicial del segundo, apellido)	Idioma que la persona prefiere hablar (encierre con un círculo uno)
1.	Inglés Español Otro (especificar: _____)
2.	Inglés Español Otro (especificar: _____)

- ✓ Doy fe de que, a mi entender, todas las declaraciones registradas en este documento son reales y correctas.
- ✓ Leí o me leyeron 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, tanto información médica acerca de las personas que solicitan seguro de salud, como información no médica acerca de los solicitantes y otros. Esto puede incluir información de parte de médicos, hospitales, empleadores, compañías de seguros y otras instituciones financieras.
- ✓ He recibido o entiendo que recibiré una copia de este "Aviso de prácticas de privacidad de Medicaid".
- ✓ Autorizo la copia de esta forma 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 o de otro adulto: _____ Fecha _____

Antes de devolver la forma de reinscripción ... revise esta lista de verificación:

- ¿Guardó la Página de Información para sus registros?
- ¿Ha completado todas las preguntas de la Forma de Reinscripción? (Consulte la próxima página para Preguntas Opcionales).
- ¿Incluyó copias de los talones de pago del último mes para cada padre o hijo(a) que vive en el hogar y trabaja?
- ¿Incluyó un número de teléfono para llamar durante el día (consulte la Pregunta #3)?
- ¿Firmó y colocó la fecha en la forma?
- Doble la Forma de Reinscripción completada para que el domicilio del departamento de servicios sociales en la parte superior de la página 1 se pueda ver en la ventana del sobre de devolución adjunto. **Si no devuelve ambas páginas de la Forma de Reinscripción, se puede demorar que su hijo(a) reciba los beneficios.**
- ¡Agregue una estampilla y listo para enviar por correo!

¿Tiene su hijo(a) necesidades especiales de atención de salud?

Ayúdenos a mejorar los servicios para niños con necesidades especiales de salud y cumplir los requisitos de informe federales respondiendo las siguientes preguntas. Las respuestas no afectarán los requisitos para que su hijo(a) cumpla con Health Check (Medicaid para Niños) o NC Health Choice.

1. ¿Necesitan actualmente sus hijos algún medicamento que les haya recetado un médico aparte de vitaminas? Sí No
Si la respuesta es Sí, ¿necesita este hijo(a) (o sus hijos) este medicamento debido a *algún* problema médico, de conducta u otra afección que haya durado o que se espera que dure, *por lo menos*, 12 meses? Sí No
Si la respuesta es Sí, indique el/los nombre (s) del / los hijo (s): _____
2. ¿Necesita alguno de sus hijos más servicios de atención médica, de salud mental o servicios educacionales que lo usual o de rutina para la mayoría de los niños de la misma edad? Sí No
Si la respuesta es Sí, ¿necesita este hijo(a) (o sus hijos) estos servicios debido a *cualquier* problema médico, de conducta u otra afección que haya durado o que se espera que dure, *por lo menos*, 12 meses? Sí No
Si la respuesta es Sí, indique el/los nombre (s) del / los hijo (s): _____
3. ¿Está alguno de sus hijos limitado o impedido de **alguna forma**, en cuanto a su capacidad, para hacer las cosas que la mayoría de los niños de su misma edad pueden hacer? Sí No
Si la respuesta es Sí, ¿se debe esto a *cualquier* problema médico, de conducta u otra afección que haya durado o que se espera que dure, *por lo menos*, 12 meses? Sí No
Si la respuesta es Sí, indique el(los) nombre(s) el/los nombre (s) del / los hijo (s): _____
4. ¿Necesita alguno de sus hijos terapia especial como fisioterapia, terapia ocupacional o del lenguaje? Sí No
Si la respuesta es Sí, ¿necesita este hijo(a) (o hijos) este medicamento debido a *cualquier* problema médico, de conducta u otra afección que haya durado o que se espera que dure, *por lo menos*, 12 meses? Sí No
Si la respuesta es Sí, indique el/los nombre (s) del / los hijo (s): _____
5. ¿Actualmente alguno de sus hijos tiene algún tipo de dificultad emocional, de desarrollo o conducta para cual necesite tratamiento o asesoramiento? Sí No
Si la respuesta es Sí, ¿necesita este hijo(a) (o hijos) este tratamiento o asesoramiento debido a *cualquier* afección médica, de conducta u otra que haya durado o que se espera que dure, *por lo menos*, 12 meses? Sí No
Si la respuesta es Sí, indique el(los) nombre(s) de el/los hijo(s): _____

Infórmenos si necesita ayuda con el sustento/manutención de niños

La Agencia de Sustento de Menores puede ayudar a obtener ayuda médica y financiera para el hijo de parte del padre ausente. Si pide ayuda a la Agencia de Sustento de Niños, 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 de Menores. Por ejemplo, su hijo cumplirá los requisitos para recibir otros beneficios financieros, incluido el Seguro Social, beneficios de pensión, beneficios para veteranos y posibles herencias. De la misma forma, su hijo se puede beneficiar del lazo que existe entre él y su padre. Por último, su hijo se puede beneficiar recibiendo información importante de sus antecedentes médicos.

Si desea ayuda de la Agencia de Manutención de Niños para establecer la paternidad o para obtener una orden judicial de ayuda con los gastos médicos, marque la casilla "Sí".

Si marca esta casilla, alguien se comunicará con usted. Sí, deseo recibir ayuda de la Agencia de Manutención de Niños.

Beneficios opcionales para otros miembros de su familia

- 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. Sin embargo, envíe la forma de solicitud aún si no tiene la declaración del médico todavía.
Si la respuesta es Sí, ¿para quién? _____ Relación _____ SSN# _____
- B. El programa Medicaid ofrece cobertura de servicios de renuncia de planificación familiar para mujeres de 19 a 55 años u hombres de 19 a 60 años si no se les realizó un procedimiento médico para evitar que tengan un bebé o actúen como padres de un bebé. Los servicios incluyen, pero no se limitan a: un examen físico anual, métodos de control de la natalidad, pruebas de embarazo, pruebas de papanicolaou, exámenes de enfermedades de transmisión sexual y esterilización voluntaria para mujeres y hombres.

Si cumple estos requisitos, ¿quiere solicitar o continuar con la cobertura de estos servicios a través del Programa de Renuncia de Planificación Familiar de Medicaid? Sí No
Si la respuesta es Sí, ¿para quién? _____ Relación _____ SSN# _____
- 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# _____