

# Solicitud y Forma de Renovación



Medicaid for Low-Income Adults



Connecticut Pre-Existing Condition Insurance Plan

**Esta solicitud es para individuos y familias que sólo necesitan seguro de salud.** Si usted necesita de otro tipo de asistencia para su familia, llame a INFOLINE al 211. Individuos sordos y con impedimentos auditivos pueden usar el TDD/TTY llamando al 1-800-410-1681. Para preguntas, preocupaciones, quejas, o pedido de formatos alternos llame a: 1-800-842-1508.

**Si usted tiene alguna pregunta sobre esta solicitud o necesita ayuda para completarla, llame al 1-800-656-6684.** Si la información que usted tiene no cabe en esta forma, por favor añada hojas de papel, como sea necesario.

**Sección A: - Deseo seguro de salud para: (Marque con,√, la(s) categoría(s) que reflejan mi situación).**

<input type="checkbox"/> Yo, mismo, por que tengo 19 años de edad o más <input type="checkbox"/> Mi esposo(a) (u otro padre o madre que vive conmigo) <input type="checkbox"/> Nuestros niños menores de 19 años que viven conmigo <input type="checkbox"/> Niños bajo mi cuidado, menores de 19 años y que viven conmigo	<input type="checkbox"/> Sólo para mí, porque estoy embarazada. Mi fecha probable de parto es _____ <input type="checkbox"/> Mis niños menores de 19 años que no viven conmigo. Estoy bajo una orden judicial para proveerles seguro médico. Esta es la dirección de mis niños. _____
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Sección B: Información del Solicitante – Díganos a cerca de usted**

Apellido		Nombre		Inicial		Número de Teléfono Diurno		Número de Teléfono Nocturno		ID del Cliente	
Dirección/Calle				Ciudad		Estado		Código Postal			
Dirección si es diferente						Fecha de Nacimiento			Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		
¿Es usted Hispano o Latino? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Raza–(Marque todos los que aplican) <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska /Esquimal <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Descendiente Africano <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco				Número de Seguro Social (Es opcional, si usted no está solicitando para usted mismo)		¿Es Ud. un Ciudadano (USA)? (Es opcional, si usted no está solicitando para usted mismo) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Que Lenguaje habla usted mejor?	

**Sección C: Díganos sobre las personas que necesitan seguro de salud. Incluya su información si desea seguro de salud.**

Apellido	Nombre e Inicial	Relación con el Solicitante	¿Es esta persona un padre de por lo menos uno de los niños?	Número del Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Sexo M/F	¿Es usted Hispano o Latino?	Raza (seleccione de las categorías de arriba)	¿Ciudadano (USA)? Si No, llene la Sección J	¿Tiene un salario u otro ingreso?
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Si alguien listada en la sección C *esta embarazada*, por favor anote el nombre de la persona y la fecha probable de parto:

¿Hay alguien en la lista que recibe *SSI* o tiene un *impedimento/disabilidad*?  Sí  No. Si marca, Si, anote el nombre de la persona:

¿Hay alguien en la lista *legalmente ciego*?  Sí  No. Si marca Si, anote el nombre de la persona:

¿Alguien listado aquí tiene una *condición médica preexistente*? Sí o No. Sí, marca Si, anote el nombre de la persona (s):

**Sección D: Otros Miembros del Hogar** - Necesitamos información sobre otros que viven en el hogar y quienes son los padres, padrastros/madrastras o esposo(a) de las personas que desean seguro de salud. Incluya información sobre usted si es un padre/madre de la casa pero no puso su nombre en la Sección C porque usted no necesita seguro. También, ponga a cualquier otro niño en el hogar, menor de 19 años, que no está solicitando seguro de salud. No incluya a nadie ya listado en la Sección B o C de la primera página.

Nombre	Fecha de Nacimiento	Número del Seguro Social (Opcional)	Indique quien es esta persona y como están relacionadas (Ejemplo: padre de Billy Smith)	¿Recibe un salario?	¿Recibe otros ingresos?
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

**Sección E: Padres Que No Viven en el Hogar** - Si Ud. es un padre/madre o pariente que vive y cuida de un niño y desea seguro de salud usted deberá cooperar con la manutención de menores. Esto quiere decir que usted nos dará información sobre padres que no viven en el hogar y nos ayudará a conseguir el apoyo médico. Si usted no coopera, usted no puede obtener seguro de salud de HUSKY o Charter Oak para usted, sin embargo, sus niños si pueden obtener HUSKY. Ud. puede pedir una excepción de este requisito si usted cree que hay amenaza de violencia doméstica. Aunque no desee seguro de salud para Ud., nosotros le ayudaremos a obtener la manutención de menores.

¿Ud. acepta cooperar con la División de Manutención de Menores para obtener el apoyo médico para sus niños de un padre que no vive en la casa?  Sí  No

¿La razón por la cual no desea cooperar, es debido al miedo a ser abusada por el padre que no está en la casa?  Sí  No

¿Desea que nosotros le ayudemos a obtener la manutención de menores?  Sí  No Si usted está de acuerdo en ayudarnos a conseguir el apoyo, favor de darnos la siguiente información. También, si está solicitando para los niños que no viven con usted, favor de darnos la siguiente información.

Nombre del Padre	Nombre del Niño	Dirección del Padre	Nombre, Dirección y Número de Teléfono del Empleador del Padre

**Sección F: Ingreso de Empleo** – Complete la siguiente información para persona listadas en la Secciones C y D, si ganan salario. Incluya su ingresos si Ud. es cónyuge o es el padre/madre de un niño listado en la Sección C. Incluya también su ingreso si Ud. es el familiar responsable y desea seguro de salud para Ud. Si la persona tiene mas de un trabajo, liste cada trabajo por separado. Si Ud. trabaja para sí mismo, por favor envíenos prueba de los ingresos y gastos del negocio. Esta puede ser la copia de la planilla de los impuestos incluyendo todos las formas. Si la planilla es de hace mas de 3 meses, provéanos la forma de Ganancias y Pérdidas que detalla el ingreso y gastos desde la última vez que declaró impuestos y copia de los records del negocio para este mismo periodo de tiempo. Si ninguno de los dos documentos están disponibles, envíe para que examinemos, una declaración jurada y notariada, o forma DSS W-38, mostrando ingresos y gastos del negocio.

Nombre de Persona Empleada	¿Estudiante tiempo completo o parcial? Si lo es, nombre de la escuela?	¿Este ingreso es de su propio negocio?	Nombre, Dirección y Número de Teléfono del Empleador	¿Empleo del gobierno?	Horas Trabajadas por Semana	Pago Antes de Deducciones (incluya propinas)	Fecha de Comienzo
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Ciudad/Pueblo <input type="checkbox"/> Estado <input type="checkbox"/> Federal		\$ por	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Ciudad/Pueblo <input type="checkbox"/> Estado <input type="checkbox"/> Federal		\$ por	

**Sección G: Otro Ingreso** – Por favor complete la siguiente información para persona listadas en la Secciones C y D que reciben otro ingreso tal como **manutención de menores, Seguro Social, o Compensación por Desempleo**. Incluya estos ingreso no ganado si usted es el padre de un niño listado en la Sección C. También, incluya su otro ingreso no ganado si usted es un familiar que cuida de un niño y desea seguro de salud para Ud.

Nombre de la Persona	Tipo de Ingreso	¿Cuánto?	¿Cuántas veces?

**Sección H: Gastos del Cuidado Infantil y Adulto Incapacitado** - Si Ud. o alguien en el hogar paga por el cuidado de un niño o de un adulto incapacitado complete la siguiente información. También, incluya cualquier pago hecho por una agencia estatal como el Programa de Asistencia de Cuidado para Niños (Care4Kids).

Nombre de la Persona que Recibe el Cuidado	Cantidad Pagada por Ud.	Cantidad que Paga el Estado	¿Cuántas Veces?	Nombre, Dirección y Número de Teléfono del Proveedor del Cuidado de Niños o Adultos Incapacitados

**Sección I: Seguro de Salud** ¿Alguna persona por la que esta solicitando tiene otro seguro de salud o Medicare?  Sí  No. Si es Sí, favor complete la siguiente información:

Nombre(s) del Asegurado(s)	Nombre, Dirección y Número de Teléfono de la Compañía de Seguro	Tipo	Póliza o Número del Miembro	Fecha Inicial	Seguro Médico Proviene
		<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Visión <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Farmacia <input type="checkbox"/> Otra			<input type="checkbox"/> Patrocinado por Empleador <input type="checkbox"/> Empleado Municipal/Estatal <input type="checkbox"/> Privado (paga Ud. mismo)
		<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Visión <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Farmacia <input type="checkbox"/> Otra			<input type="checkbox"/> Patrocinado por Empleador <input type="checkbox"/> Empleado Municipal/Estatal <input type="checkbox"/> Privado (paga Ud. mismo)

¿En los últimos dos meses alguien tiene un empleador que canceló o terminó su seguro de salud?  Sí  No. Si es Sí, favor complete lo siguiente:

Nombre(s) de Asegurado(s)	Nombre, Dirección y Número de Teléfono de la Compañía de Seguro	Tipo	Póliza o Número de Miembro	Fecha de Terminación	¿Por que este seguro no es activo ahora?
		<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Visión <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Farmacia <input type="checkbox"/> Otra			

¿Cuánto paga usted, o pagó usted por este seguro? \$ \_\_\_\_\_ Cuántas veces? \_\_\_\_\_.

Si alguien en su hogar tiene facturas de servicios de salud no pagadas, facturas pagadas por servicios de salud recibidos en los últimos 3 meses, o está actualmente pagando un préstamo que tomó para pagar facturas médicas, favor de proveer la siguiente información. Nosotros podemos necesitar más información sobre sus facturas de servicios de salud mas tarde.

Fecha de Servicio Médico	Cargo Total	Cantidad que Todavía Debe	Cantidad que Paga Cada Mes	Si usted tomo un préstamo para pagar por cuidado médico, de el Nombre del Prestador, Cantidad del Préstamo y la Fecha que el Préstamo fue Tomado

**Sección J: Inmigración** - Provea información de inmigración para personas que no son ciudadanos y que están solicitando seguro de salud.

Nombre	Fecha de Entrada a USA	Número de INS	Estado de INS	Fecha en que Recibió sus papeles	¿Ciego o Incapacitado?	¿Recibe SSI?	Miembro de las fuerzas armadas de USA o Veterano o Niño o Cónyuge
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

**Sección K: Miembro de Tribu** - Miembros de tribus Indio Americano y Nativos de Alaska, reconocidas federalmente, califican para seguro subsidiado de HUSKY y no tienen que pagar primas o co-pagos. ¿Alguna persona listadas en la Sección B o C son miembros de una tribu Indio Americano o Nativo de Alaska, reconocidas federalmente?  Sí  No. Si es Sí, liste el nombre de la(s) persona(s) y tribu y copia de la tarjeta de la tribu o carta como verificación \_\_\_\_\_.

## Sección L: Lea Cuidadosamente y Firme Abajo

### YO ENTIENDO QUE

- Si no estoy de acuerdo con la acción tomada en mi caso, existe el proceso de queja y apelaciones;
- Que toda la información sometida en esta forma está sujeta a verificación con oficiales federales, estatales y locales;
- Que la información sometida en esta forma es confidencial y sólo el Departamento de Servicios Sociales (DSS) o sus agentes la usarán para administrar los programas de DSS; o según exige la ley o una orden de la corte;
- Que al recibir la asistencia médica, estoy permitiendo al estado recobrar el costo de mis gastos médicos, directamente de la compañía aseguradora, si estos servicios pudieron haber estado cubiertos por otro seguro;
- Que el estado puede recobrar de los beneficios de una demanda, el costo de los servicios médicos pagados por el estado por un accidente;
- Que cualquier pago hecho por el estado a favor de un cliente debido a una declaración falsa, a una representación falsa o encubrimiento de o de no revelar su ingreso o cobertura de seguro de salud por un solicitante responsable para mantener seguro puede ser recobrado por el estado; y
- Que si yo doy información incorrecta, yo puedo estar sujeto a una penalidad por declaración falsa y robo a como se especifica en los Estatutos Generales de Connecticut secciones 53a-122, 53a-123, 53a-157b, y 17b-97, como también penalidades bajo la Ley Federal.

### YO ESTOY DE ACUERDO

- A notificar a DSS o a sus agentes de todos los cambios en las circunstancias familiares dentro de 10 días, por ejemplo, ingreso, seguro médico, dirección, hogar del niño, o tamaño familiar;
- A cooperar con los oficiales federales, estatales y locales para suministrar de autorizaciones, documentos y otras pruebas relacionadas con la información que yo he provisto en esta forma;
- A cooperar con el personal de la Revisión de Control de Calidad federal y estatal;
- A no alterar, negociar, prestar o vender mi tarjeta de servicios médicos y/o la tarjeta de servicios médicos de cualquier niño por quien yo he solicitado por seguro de salud, y a hacer que el Departamento o sus agentes hagan reclamaciones de Medicare y seguir apelaciones.
- A permitir que DSS o cualquier seguro de salud, proveedor, u otra entidad que proporcionan los servicios a mi o mi familia bajo Medicaid, el programa HUSKY, el Plan de Salud Charter Oak o el Plan de Connecticut Pre-existing Condition (CT PCIP) a dar información sobre mi o mi familia como sea necesario para la entrega de servicios de Medicaid, del programa HUSKY y la administración del programa HUSKY o Plan de Salud Charter Oak o CT PCIP, como sea permisible por la ley federal o estatal.
- A pagar la prima del plan de salud (si es requerida) y co-pagos aplicables de acuerdo con las reglas de pago del plan. Entiendo que si no pago la prima requerida, la cobertura de cuidado de salud para mi o miembros de mi familia será cancelada.

**YO CERTIFICO QUE he leído esta forma o que he tenido a alguien que me lea en el lenguaje que yo entiendo y la información dada en esta forma es verdadera y completa a mi mejor entender.**

\_\_\_\_\_  
FIRMA

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo (si es firmado con una X)

\_\_\_\_\_  
Fecha

### SOLAMENTE USO OFICIAL

\_\_\_\_\_  
Revisado Por

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Interprete

\_\_\_\_\_  
Fecha

*Si alguien ha ayudado al solicitante a completar esta forma, esta persona deberá firmar.*

\_\_\_\_\_  
Firma del Ayudante

\_\_\_\_\_  
Fecha

*Si alguien completó esta forma a favor del solicitante, esta persona deberá firmar.*

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante

\_\_\_\_\_  
Fecha

*Devuelva esta forma en el sobre provisto. Si no recibió el sobre, envíe por correo las formas completas a:*

**HUSKY/Charter Oak /CT PCIP, P.O. BOX 280747, EAST HARTFORD, CT 06128. Usted también lo puede enviar a su oficina local de DSS.**

**¿Cómo escuchó sobre los planes de seguro HUSKY, Charter Oak o CT Pre-Existing Condition ?**

TV       Radio       Periódico       Oficina del Médico       InfoLine       Presentación       Otro \_\_\_\_\_

*La cobertura de asistencia de salud de HUSKY y Charter Oak no será negada debido a una previa condición médica.*

*Esta solicitud será considerada sin tomar en cuenta raza, color, sexo, edad, incapacidad física o mental, credo religioso, origen nacional, orientación sexual, linaje, barreras de lenguaje, o creencias políticas.*

# Instrucciones:

**SI USTED TIENE PREGUNTAS SOBRE ESTA SOLICITUD O NECESITA AYUDA EN COMPLETARLA, LLAME AL 1-800-656-6684.**

<b>Sección A:</b>
Marque la(s) categoría(s) que mas se asemejen a su situación. Si esta embarazada y que quiere el seguro de salud solo para usted, por favor envíe una nota de un doctor u otro proveedor médico que verifica que usted está embarazada.
<b>Sección B: Información del Solicitante – Por favor díganos su información</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Favor de proveer un número de teléfono donde sea fácil localizarlo si nosotros necesitamos más información.</li><li>• Si usted recibe ahora beneficios del Departamento de Servicios Sociales o usted recibió beneficios en el pasado, favor escribir su número de ID del cliente, si usted lo sabe.</li><li>• Si usted no desea el seguro de salud para usted, usted no tiene que darnos su Número de Seguro Social. Sin embargo, los Números de Seguro Social pueden ayudarnos a procesar su solicitud más rápidamente. Usamos el Número de Seguro Social para verificar ingreso.</li><li>• Nosotros preguntamos si usted es ciudadano de E.U. Si usted no desea el seguro de salud para usted mismo, esta información no es exigida.</li><li>• Nosotros preguntamos si Ud. es Hispano/Latino y su raza. Esta información es colectada para las estadísticas solamente.</li></ul>
<b>Sección C: Información a cerca de otras personas que desean seguro de salud</b>
Favor denos información sobre las personas que desean seguro de salud. Incluya su información usted si quiere seguro de salud. Tambien, incluya información sobre cualquier otro padre/madre en el hogar que necesita seguro de salud. Añada páginas adicionales, si es necesario...Los Números de Seguro Social de todas las personas que quieren seguro de salud serán usados para documentar ciudadanía, identidad, elegibilidad e ingresos. Los Números de Seguro Social se verificarán, por computadora, con los datos de los gobiernos federales, estatales y locales. Los Números de Seguro Social son parte de los requisitos para determinar si es elegible para Medicaid por: 42 U.S.C. §§ 1320b-7(a) (1), (b)(2). Podemos pedir Números de Seguro Social para el Programa de Seguro para Niños por: 42 U.S.C. §§ 457.340 (b) y para el el Plan de Connecticut Pre-existing Condition (CT PCIP) por otros requisitos federales. Los Números de Seguro Social no son requeridos para el Plan de Salud Charter Oak. Si Ud. no nos dá los Números de Seguro Social, Ud. tendrá que someter verificación de sus ingresos y de ciudadanía, (por ejemplo: talonarios de su cheque de salario, certificados de nacimiento, ect.). Por favor díganos si alguna persona en su hogar esta embarazada, recibe Seguro Social (SSI), tiene una discapacidad o es legalmente ciega.
<b>Sección D: Otra Información del Hogar</b>
Dé información sobre miembros de la familia que viven en el hogar pero no desean seguro de salud. Liste todos los padres, padrastros/madrastras, esposo(a) y hermanos(as), menores de 19 años, de los niños para quien usted esta solicitando. También, liste su esposo(a) si él o ella no es el padre/madre de cualquiera de los niños y usted desea seguro de salud para usted. Nosotros preguntamos por los Números de Seguro Social de todas las personas, sin embargo, esta información no es exigida. Nosotros procesaremos su solicitud aún si usted no nos provee el Número de Seguro Social para una persona que no solicite seguro.
<b>Sección E: Información de Padres que no Viven en el Hogar</b>
Si usted es un padre/madre o pariente que vive y cuida un niño y usted quiere HUSKY A para usted, usted debe darnos información a cerca de los padre(s) del niño que no viven en la casa para ayudarnos a obtener apoyo médico de los padre(s). Si Ud. no coopera, el niño puede obtener HUSKY A, pero Ud. no puede tener HUSKY A. Ud. no podrá obtener HUSKY A o Charter Oak para Ud., sin embargo sus hijos podrían calificar para HUSKY A. Las mujeres embarazadas no tienen que proporcionar la información sobre el padre del bebé a nacer. Usted puede pedir una excepción de este requisito si Ud. cree que hay amenaza de violencia domestica. Si usted no quiere la ayuda para usted mismo no tiene que cooperar con la manutención de menores. Sin embargo, nosotros podemos ayudarle a recibir manutención de menores y el apoyo médico para los niños, si usted lo quiere. Si usted es un padre no-custodio que solicita a nombre de sus niños usted debe dar información sobre usted mismo. Si usted necesita ayuda para obtener pagos de manutención de menores de un padre, por favor llame a la Línea de Información de Manutención de Menores al 1-888-233-7223. Éste es un número de llamada gratis.
<b>Sección F: Información de Ingreso de Empleo</b>
Esta sección pregunta por información de ganancias de las personas que desean seguro de salud y otros miembros de la familia cuyo ingreso nosotros contamos. Asegúrese de listar todos los empleos de estos individuos. Por favor liste las cantidades brutas. El ingreso bruto es la cantidad antes de que algo se saque para impuestos u otros gastos. También, incluya ingreso de su trabajo propio. Si usted trabaja por cuenta propia, muestre la cantidad de su ingreso después de que usted substraer los gastos propios del negocio. Gastos de empleo propio son los costos para hacer negocio. Estos costos pueden incluir la renta del sitio del negocio y el costo de materiales, suministros y equipo. Ellos no incluyen la depreciación en propiedad o en equipo. Nosotros no contamos las ganancias de niños que están en la escuela así que es importante incluir la información de la escuela de cualquier estudiante que trabaja. Adjunte hoja(s) adicional(es) si es necesario. No incluya información sobre usted, si usted no vive con los niños.

**Sección G: Otra Información sobre Ingresos**

En esta sección asegúrese de incluir todos los ingresos no ganados recibidos por los individuos listados en las Secciones C y D de la solicitud. También, incluya su ingreso no ganado si usted es padre/madre que vive con los niños o si usted u otro pariente que es responsable por los niños y usted desea seguro de salud para usted. Adjunte hoja(s) adicional(es) si es necesario.

**Sección H: Información de Gastos de Cuidado Diurno (Day Care)**

Los gastos de cuidado diurno pueden ser usados para reducir la cantidad del ingreso del hogar que nosotros contamos. Una deducción de cuidado diurno puede ser la diferencia en si usted debe o no debe pagar primas o co-pagos. Los gastos de cuidado diurno pueden ser por un niño o un adulto incapacitado. Nosotros le daremos crédito por los gastos de cuidado diurno aun si ellos son pagados por el estado. Así que liste también estos pagos. (Si usted necesita ayuda con cuidado de niños, favor llame al número gratis de Infoline de Cuidado de Niños al 1-800-505-1000.) Envíenos una carta de su proveedor de la guardería que muestre la cantidad que usted paga por cuidado de niños.

**Sección I: Información sobre Seguro de Salud**

En la primera parte liste solamente aquellos individuos que tienen seguro ahora. En la segunda parte, liste solamente aquellos niños cuyo seguro de salud ha terminado en los últimos dos meses y adultos cuyo seguro ha terminado en los últimos seis meses. En la tercera parte, asegúrese de listar todos sus facturas de gastos de salud. Si usted califica para Medicaid o HUSKY A, nosotros podemos ayudarle a pagar los gastos médicos incurridos en los tres meses antes de que usted solicite. También, nosotros podemos usar sus facturas médicas para determinar su elegibilidad para Medicaid o HUSKY A.

**Sección J: Inmigración**

**Verificación:** Por favor provea información de inmigración y documentación de cualquiera que no sea ciudadano americano y que está solicitando seguro de salud. La documentación puede ser una copia de su tarjeta de registro extranjera/alien registration (I-94 o I-551) u otra forma que muestre su estado de inmigración. Si el no-ciudadano es un miembro de las fuerzas armadas de los Estados Unidos o un veterano americano marque en el espacio apropiado. También, si el no-ciudadano es un cónyuge, viuda(o) o niño menor de alguien que es un miembro de las fuerzas armadas americanas o un veterano americano, márkelo así mismo.

**Otros miembros de la casa:** A Ud. no se le exige que provea esta información para personas que no quieran seguro de salud. Usted puede obtener seguro de salud para los miembros de la familia que son elegibles aun cuando su familia incluye otros miembros que no son elegibles, debido al estado de inmigración. Por ejemplo, los padres inmigrantes pueden recibir HUSKY para niños que son ciudadanos americanos aunque los padres no pueden calificar para HUSKY o Charter Oak, debido a su estado de inmigración.

**INS Y HUSKY/Charter Oak:** Nosotros **no compartiremos** información que usted nos da con la Inmigración y Servicio de la Naturalización (INS).

**Cargo Público:** El **INS no puede usar** esta solicitud o la inscripción en de sus niños en HUSKY para negarle la admisión a E.U., perjudicar su estado de residente permanente o deportarlo.

**Sección K: Membresía Tribal**

Si usted o cualquiera de los niños, por quien usted esta solicitando son miembros de una tribu reconocida federalmente, favor identifique la membresía en la tribu. Miembros de tribus de Indios Americanos o Nativos de Alaska reconocidos federalmente, que califican para seguro subsidiado de HUSKY, no tienen que pagar primas o co-pagos.

**Sección L: Lea Cuidadosamente y Firme/Firmas**

Esta sección lista términos legales con los que usted está de acuerdo. Usted deberá leer esto cuidadosamente antes de firmar esta solicitud. Si usted solicitó por los niños, usted deberá firmar su nombre en la línea de solicitante: "Firma". Si usted firma con una "X", alguien más debe firmar su nombre como un testigo en la línea de "Firma de Testigo". Si alguien le ayudó a completar la forma, él o ella deberá firmar en la línea de "Ayudante". Si un interprete le ayudó a usted a leer o completar la solicitud, él o ella deberá firmar en la línea de "Interprete". Si usted no puede llenar la solicitud y firmar su nombre, usted puede tener un "Representante" que lo haga por usted. El "Representante" deberá firmar en la línea de "Representante".

**Verificación:**

Nosotros usaremos la información que usted nos da para determinar la elegibilidad de su familia para Medicaid, HUSKY, Charter Oak y CT PCIP. Por favor proporcione la información completa y exacta. Nosotros sólo preguntaremos por información adicional si la información que usted nos da es incompleta o inexacta.

Con nuestro sistema de computadora, nosotros tenemos acceso a la información de la Administración del Seguro Social, Departamento de Trabajo, Departamento de Vehículos de Motor y otras fuentes. Nosotros usamos esta información para confirmar la información que usted nos da.