

# Solicitud para la cobertura de atención médica



If you would like a copy of this application in Spanish, please call us at 1-866-621-5235, Monday through Friday from 8 a.m. to 6 p.m. TTY users should call 1-800-447-2833.

Si desea una copia de esta solicitud en Español llámenos al 1-866-621-5235, el lunes por el viernes de 8 de la mañana a 6 de la tarde. Los usuarios de equipo teleescritor (TTY) deben llamar al 1-800-447-2833.

**Important information about health care benefits.  
Please have someone read this to you.**

ព័ត៌មានដ៏សំខាន់ អំពីអត្ថប្រយោជន៍ការថែទាំសុខភាព ។ សូមអ្នក  
ណាម្នាក់ ឲ្យអានព័ត៌មាននេះជូនអ្នក ។

Важная информация относительно пособий на  
медицинское обслуживание. Пожалуйста, попросите  
кого-нибудь прочитать ее вам.

Thông tin quan trọng về quyền lợi chăm sóc  
sức khỏe. Xin nhờ người khác đọc thông tin  
này cho quý vị.

# Información sobre la cobertura de atención médica

Para asistencia para completar su solicitud, llámenos al 1-866-621-5235, de lunes a viernes de 8 am a 6 pm. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-447-2833).

## ¿Qué programas están disponibles?

### Children's Health Insurance Program (CHIP):

#### CHIP *gratuito*:

Proporciona seguro médico gratuito para niños y adolescentes hasta la edad de diecinueve años, no asegurados, que califiquen y no sean elegibles para Asistencia Médica.

#### CHIP *de bajo costo* y CHIP *de costo completo*:

Proporciona seguro médico *de bajo costo* para niños y adolescentes hasta la edad de diecinueve años, no asegurados, que califiquen y no sean elegibles para Asistencia Médica. Las familias deben pagar una prima mensual por cada hijo y existen copagos para ciertos servicios.

#### adultBasic:

Proporciona seguro médico *de bajo costo* para adultos (no asegurados durante al menos 90 días, excepto si no tienen seguro como resultado de que ya no trabajan) desde la edad de diecinueve hasta sesenta y cuatro años, que califiquen y no sean elegibles para Asistencia Médica o Medicare. Debido a limitaciones en el financiamiento, a los solicitantes elegibles se les puede colocar en una lista de espera a nivel estatal. Sin embargo, cualquier persona que esté en la lista de espera, puede adquirir adultBasic mientras que esté en la lista de espera. Elegir adquirir o no adquirir la cobertura adultBasic, no afectará el lugar de la persona en la lista de espera.

#### Asistencia Médica:

Proporciona seguro médico gratuito para niños, adolescentes y adultos que califican.

---

La inscripción en CHIP, adultBasic y Asistencia Médica se basa en el tamaño y los ingresos de la familia. Esta solicitud funcionará para todos los programas mencionados anteriormente. Toda la información que proporcione en este formulario es confidencial y puede compartirse entre los programas según sea necesario. La edad de su(s) hijo(s) así como los ingresos de su familia determinarán qué programa es el correcto para su familia.

- Si su hijo no es elegible para CHIP o si usted no es elegible para adultBasic, esta solicitud será enviada a County Assistance Office para ver si usted o su hijo son elegibles para Asistencia Médica.
- Usted recibirá una carta de nosotros en un plazo de 30 días indicándole qué sucedió con la solicitud y qué debe esperar.



## Beneficios de CHIP

- ▷ Visitas al consultorio médico
- ▷ Medicamentos con receta médica
- ▷ Dental
- ▷ Cuidados de la vista y anteojos
- ▷ Pruebas de diagnóstico
- ▷ Equipo médico duradero
- ▷ Atención de emergencia
- ▷ Cuidado auditivo
- ▷ Atención médica en el hogar
- ▷ Hospitalización
- ▷ Vacunas
- ▷ Análisis de laboratorio/rayos X
- ▷ Servicios de salud mental/abuso de sustancias
- ▷ Embarazo

## Beneficios de adultBasic

- ▷ Servicios preventivos en el consultorio del Médico de atención primaria, como vacunas y chequeos de rutina
- ▷ Visitas al consultorio del médico especialista
- ▷ Visitas a la sala de emergencia
- ▷ Servicios de atención de urgencia
- ▷ Servicios como paciente hospitalizado
- ▷ Servicios como paciente ambulatorio





- ① Lea la solicitud detenidamente y complete toda la información. **ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE.** Una solicitud que no esté completa, retrasará el proceso para la inscripción en la cobertura de atención médica, si el solicitante es elegible.
- ② Si necesita ayuda para completar cualquier parte de esta solicitud, comuníquese con nosotros al 1-866-621-5235, de lunes a viernes de 8 am a 6 pm. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-447-2833).
- ③ Adjunte copias de todas las constancias de ingresos de la familia (antes de impuestos y deducciones) que representen de forma razonable los ingresos actuales de su familia. Si es posible, todos los documentos de los ingresos deben tener fecha dentro de los 60 días de la fecha en que presente la solicitud. Las constancias de ingresos de la familia se mencionan a continuación:
  - Una boleta de pago de los últimos 60 días por cada persona de la familia que trabaje. Envíe más boletas de pago si el pago cambia regularmente. Si no recibe boletas de pago, presente una carta fechada y firmada del empleador en papel membretado de la compañía, que indique la tarifa por hora, el número de horas (regulares y horas extras) trabajadas por día, la frecuencia del pago y el pago bruto. La información de los bonos y comisiones también debe proporcionarse. Se debe incluir el número de teléfono y dirección del empleador, en caso que tengamos cualquier pregunta.
  - Si un miembro de la familia trabaja de forma independiente: incluya la declaración federal de impuestos más reciente y todas las tablas de impuestos y formularios relacionadas, o presente un estado de pérdidas y ganancias del año a la fecha que demuestre el nombre comercial, el período de tiempo por el cual se presenta el reporte, los ingresos brutos recibidos, solamente gastos relacionados con el negocio por rubro y la utilidad neta. Firmelo y colóquele la fecha.
  - Si un miembro de la familia es un empleado estacional o temporal: indique el número de meses trabajados durante el año y si recibe Compensación por desempleo mientras no trabaja.
  - Si un miembro de la familia recibe Compensación por desempleo: presente la carta de concesión del Aviso de determinación final o las boletas de pago.
  - Si recibe beneficios del Seguro Social, de sobrevivientes o por discapacidad, jubilación, pensión o Compensación de los trabajadores: presente la carta de concesión más reciente, Formulario 1099 o estado de cuenta bancario que demuestre los depósitos directos al banco.
  - Si recibe manutención de niños o pensión alimenticia: presente la orden de manutención o una copia del historial de pago de los últimos 12 meses del Department of Welfare's PA Child Support Enforcement System en [www.childsupport.state.pa.us](http://www.childsupport.state.pa.us). Si ninguno de los dos está disponible, se acepta una carta firmada y fechada del padre de familia que paga la manutención o el ex-cónyuge que paga la pensión alimenticia. Estas cartas deben indicar la cantidad mensual que se paga e identificar a los menores o cónyuge por el cual se paga.
- ④ Si usted está presentando una solicitud por alguien que no es ciudadano de EE.UU., debe proporcionar constancia del estado legal, presentando la documentación del U.S. Citizenship and Immigration Service.
- ⑤ Cuando haya completado la solicitud y reunido las copias de toda la documentación de respaldo necesaria, firme y ponga fecha a la solicitud y devuélvala a la dirección a continuación, usando el sobre con porte prepago que se incluye. Envíe por correo o por fax toda la información a:

Geisinger Health Plan  
100 North Academy Avenue  
Danville, PA 17822-3229  
Fax: 570-271-5970



# 1 Indíquenos quién es y dónde vive (la persona que llena esta solicitud).

Apellido (Padre de familia/tutor/jefe del hogar)	Nombre	Inicial del segundo nombre
Dirección		Apt.
Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono principal	Número de teléfono secundario	Mejor hora para llamar
What is your primary language? <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Spanish <input type="checkbox"/> Other (specify) _____ ¿Cuál es su idioma primario? <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____		Dirección de correo electrónico

# 2 Enumere a todas las personas que viven en su hogar. Empiece por usted mismo.

Incluya a todos los adultos y niños que viven con usted. EMPIECE POR USTED MISMO (Apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	¿Está presentando una solicitud por esta persona?	Sexo:	Esta persona es:	Fecha de nacimiento MM/DD/AAAA	Número de Seguro Social
Usted mismo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)		
Persona #2	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)		
Persona #3	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)		
Persona #4	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)		
Persona #5	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)		
Persona #6	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)		
Persona #7	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)		

**Si necesita espacio adicional, adjunte una hoja de papel por separado.**

## 2 Enumere a todas las personas que viven en su hogar. Empiece por usted mismo. (Continuación)

¿Alguna persona de las que viven con usted es un padrastro o madrastra?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Viven los hijastros con usted?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es Sí, indiquenos: Nombre del padrastro o la madrastra:	¿Padrastro o madrastra de qué niños?
Nombre del padrastro o la madrastra:	¿Padrastro o madrastra de qué niños?

¿Esta persona es un estudiante menor de diecinueve años de edad?	¿Esta persona ha sido residente de PA por 90 días?† Si la respuesta es no, mencione la fecha en que la persona se hizo residente	¿Qué relación tiene esa persona con usted?	Raza (opcional)							Grupo étnico (opcional)	
			Afro americano	Asiático (Subcontinente indio)	Nativo de Alaska/Indio americano*	Asiático	Caucásico	Otro (escribalo)	Nativo de Hawai/de las Islas del Pacífico	Hispano	No hispano
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  _____ (mm/dd/aaaa)	Solicitante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  _____ (mm/dd/aaaa)	<input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Hijastro(a) <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  _____ (mm/dd/aaaa)	<input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Hijastro(a) <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  _____ (mm/dd/aaaa)	<input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Hijastro(a) <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  _____ (mm/dd/aaaa)	<input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Hijastro(a) <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  _____ (mm/dd/aaaa)	<input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Hijastro(a) <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  _____ (mm/dd/aaaa)	<input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Hijastro(a) <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

†Si está presentando una solicitud para adultBasic, debe completar esta pregunta.

\*Presente una constancia o documentación de membresía, si corresponde.

**2 Enumere a todas las personas que viven en su hogar. Empiece por usted mismo. (Continuación)**

**Ciudadanía e identidad:** si es ciudadano de EE.UU.:

Nombre que aparece en el certificado de nacimiento (nombre y apellido)	Si nació fuera de Pennsylvania, especifique en dónde			Nombre completo de soltera de la madre (Nombre y apellido)	Licencia de conducir o identificación del estado (si corresponde)	
	Estado/territorio de nacimiento	Condado/municipio de nacimiento	Ciudad de nacimiento		Estado/territorio	Número
Usted mismo						
Persona #2						
Persona #3						
Persona #4						
Persona #5						
Persona #6						
Persona #7						

¿Está presentando una solicitud alguien que no sea ciudadano de EE.UU.?  Sí  No  
 Si la respuesta es Sí, complete la siguiente información e incluya copias de los documentos de INS (anverso y reverso).

Nombre de la persona que no es ciudadano de EE.UU.	Fecha en que ingresó a los EE.UU. (MM/DD/AAAA)	De qué país	Número de registro extranjero (número-A)	Documento de INS (se necesita la copia del documento, anverso y reverso)
Usted mismo				
Persona #2				
Persona #3				
Persona #4				
Persona #5				
Persona #6				
Persona #7				



### 3 Ingresos y gastos

Indíquenos cuál es el ingreso de cualquier niño o adulto que haya incluido en esta solicitud. Debe enviar una constancia de ingresos.

**3a. Ingresos ganados** incluye los ingresos de un trabajo o empleo independiente. Debe enviarnos constancia de ingresos, por ejemplo, se acepta una boleta de pago individual para una persona que de forma rutinaria recibe la misma cantidad de salarios en cada período de pago. Si sus ingresos varían de forma regular, envíenos más documentos de ingresos. Todos los documentos de ingresos deben tener fecha de los últimos 60 días (a excepción de las declaraciones de impuestos). Envíe copias; no podemos enviarle los originales de vuelta. Agregue una hoja de papel adicional por ingresos adicionales que haya ganado.

Alguien recibe ingresos de:

**Empleo (salarios, propinas, comisiones, bonos)**  Sí  No Si la respuesta es Sí, llene los siguientes espacios:

¿De quién son esos ingresos?

Nombre del empleador

¿Con qué frecuencia recibe estos ingresos?  
(semanalmente, quincenalmente, mensualmente, etc.)

¿Estos ingresos cambian (por ejemplo, por horas extras, de forma estacional, etc.)? Si la respuesta es Sí, explique.  
 Sí  No

Monto que recibe antes de impuestos y deducciones (monto bruto):

Número de horas trabajadas por mes:

Número de meses trabajados por año:

Alguien recibe ingresos de:

**Empleo (salarios, propinas, comisiones, bonos)**  Sí  No Si la respuesta es Sí, llene los siguientes espacios:

¿De quién son esos ingresos?

Nombre del empleador

¿Con qué frecuencia recibe estos ingresos?  
(semanalmente, quincenalmente, mensualmente, etc.)

¿Estos ingresos cambian (por ejemplo, por horas extras, de forma estacional, etc.)? Si la respuesta es Sí, explique.  
 Sí  No

Monto que recibe antes de impuestos y deducciones (monto bruto):

Número de horas trabajadas por mes:

Número de meses trabajados por año:

Alguien recibe ingresos de:

**Empleo (salarios, propinas, comisiones, bonos)**  Sí  No Si la respuesta es Sí, llene los siguientes espacios:

¿De quién son esos ingresos?

Nombre del empleador

¿Con qué frecuencia recibe estos ingresos?  
(semanalmente, quincenalmente, mensualmente, etc.)

¿Estos ingresos cambian (por ejemplo, por horas extras, de forma estacional, etc.)? Si la respuesta es Sí, explique.  
 Sí  No

Monto que recibe antes de impuestos y deducciones (monto bruto):

Número de horas trabajadas por mes:

Número de meses trabajados por año:

Alguien recibe ingresos de:

**Empleo independiente (Incluyendo trabajo de niñeras o renta que le paguen)**  Sí  No

Si la respuesta es sí, llene los siguientes espacios:

¿De quién son esos ingresos?

¿Con qué frecuencia recibe estos ingresos?  
(semanalmente, quincenalmente, mensualmente, etc.)

¿Estos ingresos cambian (por ejemplo, por horas extras, de forma estacional, etc.)? Si la respuesta es Sí, explique.  
 Sí  No

Monto que recibe antes de impuestos y deducciones (monto bruto):

Número de horas trabajadas por mes:

Número de meses trabajados por año:

### 3 Ingresos y gastos (Continuación)

#### 3b. Gastos de cuidado diurno para dependientes

¿Quién está en cuidado diurno?	¿Cuánto se paga cada mes?	¿Cuántos meses cada año?	¿Quién de su familia paga por este cuidado?

#### 3c. Gastos por transporte

1. ¿Cuánto le cuesta transportarse a su trabajo cada semana si viaja con otra persona o se va en autobús, en subterráneo o en tranvía?
2. Si conduce hacia su trabajo, ¿cuántas millas conduce cada semana?
3. Si paga por un vehículo, ¿cuánto es su pago mensual?

**3d. Ingresos no ganados** incluye los ingresos por jubilación/planes de pensión, compensación de los trabajadores, Seguro Social, pagos de manutención de niños y beneficios por desempleo. Debe enviar una constancia de ingresos. Envíe copias; no podemos enviarle los originales de vuelta. Agregue una hoja de papel adicional por ingresos adicionales no ganados.

Alguien recibe ingresos de: (Marque Sí o No).			¿De quién son esos ingresos?	¿Con qué frecuencia recibe los ingresos? (semanalmente, quincenalmente, mensualmente, etc.)	Monto recibido antes de impuestos y deducciones	¿Estos ingresos cambian?	
	Sí	No				Sí	No
Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pensión/Jubilación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Compensación Laboral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beneficios por Desempleo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dividendos/Intereses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manutención de niños/Pensión alimenticia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asistencia Pública	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seguro Social (jubilación, sobrevivientes, discapacidad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alquiler de propiedades (Usted le paga a alguien para que las administre).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro (especifique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 4 Seguro médico

### Seguro médico de su empleador

La Asistencia Médica algunas veces puede pagar las cuentas que su otro seguro médico no cubre. Proporcione información de usted mismo y de todas las personas mencionadas en esta solicitud. Indique si cada persona tiene actualmente un seguro médico privado y si él o ella lo han tenido en el pasado.

#### 4a. Seguro médico actual: ¿Alguien por quien esté presentando una **solicitud tiene actualmente otro seguro médico?**

- Sí (si la respuesta es Sí, indíquenos todo lo que pueda sobre el seguro en la casilla a continuación).\*
- No (Si la respuesta es No, responda la pregunta 4b).

Compañía aseguradora/Aseguradora:	Enumere a los que están cubiertos:	
	Primer nombre	Apellido
¿Quién es el titular de la póliza?	Primer nombre	Apellido
Número de póliza	Primer nombre	Apellido
Nombre/número de grupo	Primer nombre	Apellido
¿Qué está cubierto?	<input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Médico/paciente ambulatorio <input type="checkbox"/> Medicamentos (receta médica) <input type="checkbox"/> Cuidados de la vista <input type="checkbox"/> Hospital/Residencia de ancianos <input type="checkbox"/> Medicare Parte A <input type="checkbox"/> Medicare Parte B <input type="checkbox"/> Medicare Parte D <input type="checkbox"/> Asistencia médica Otro _____	
¿Fecha de inicio del seguro? (mm/dd/aaaa)	¿Fecha de vencimiento de este seguro? (mm/dd/aaaa) (Déjelo en blanco si el seguro no vencerá)	
¿Este seguro médico vencerá si el titular de la póliza pierde su empleo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es Sí, ¿quiénes perderán la cobertura?		

#### 4b. Seguro médico anterior: ¿Alguien por quien esté presentando la **solicitud ha tenido otro seguro médico dentro de los últimos seis meses desde la fecha de la solicitud?**

- Sí (si la respuesta es Sí, indíquenos todo lo que pueda sobre el seguro en la casilla a continuación).\*
- No (Si la respuesta es No, responda la pregunta 4c).

Compañía aseguradora/Aseguradora:	Enumere a los que están cubiertos:	
	Primer nombre	Apellido
¿Quién es el titular de la póliza?	Primer nombre	Apellido
Número de póliza	Primer nombre	Apellido
Nombre/número de grupo	Primer nombre	Apellido
¿Qué está cubierto?	<input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Médico/paciente ambulatorio <input type="checkbox"/> Medicamentos (receta médica) <input type="checkbox"/> Cuidados de la vista <input type="checkbox"/> Hospital/Residencia de ancianos <input type="checkbox"/> Medicare Parte A <input type="checkbox"/> Medicare Parte B <input type="checkbox"/> Medicare Parte D <input type="checkbox"/> Asistencia médica Otro _____	
¿Fecha de inicio del seguro? (mm/dd/aaaa)	¿Fecha de vencimiento de este seguro? (mm/dd/aaaa) (Déjelo en blanco si el seguro no vencerá)	
¿Este seguro médico vencerá si el titular de la póliza pierde su empleo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es Sí, ¿quiénes perderán la cobertura?		

#### 4c. Condición preexistente: ¿A alguien de su familia se le ha denegado el seguro médico de forma parcial o total debido a una condición preexistente (como asma, diabetes o enfermedades o lesiones anteriores)? Esto no afectará la elegibilidad para CHIP, adultBasic o Asistencia Médica). Sí No

Si la respuesta es Sí: enumere a cada una de las personas a las que se les ha denegado debido a una condición preexistente y mencione la condición.\*

\*Si necesita espacio adicional, adjunte una hoja de papel por separado.

## 4 Seguro médico (Continuación)

**4d. Seguro médico de su empleador:** Seguro médico de su empleador: la Asistencia Médica algunas veces puede adquirir el seguro médico para usted o su hijo de parte de su empleador. Ayúdenos a decidir si esto es posible al completar esta sección (marque Sí o No).

¿Puede adquirir seguro médico para usted mismo por medio de su trabajo?  Sí  No

¿Puede adquirir seguro médico para sus hijos por medio de su trabajo?  Sí  No

Durante los últimos 30 días, ¿alguien de su familia perdió el empleo en donde él o ella tenían seguro médico?  Sí  No

## 5 Información de calificación especial

Si alguien para quien esté presentando la solicitud tiene una discapacidad o necesidad de atención médica especial, se puede usar un límite de ingresos mayor cuando su familia presente una solicitud para Asistencia Médica. Hay servicios adicionales disponibles. Ayúdenos a determinar si alguna persona para quien solicita es elegible para estos programas.

<b>Embarazo</b>	¿Está embarazada usted o alguna persona que viva con usted? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es Sí, indíquenos quién.	
	Nombre:	Fecha probable de parto:
	Nombre:	Fecha probable de parto:
	Nombre:	Fecha probable de parto:
<b>Discapacidad/Incapacidad</b>	¿Alguien para quien usted está presentando una solicitud padece de una discapacidad permanente, una condición crónica o una necesidad de atención médica continua? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es Sí, indíquenos quién y acerca de sus necesidades.	
	Nombre:	<b>¿Esta persona ha presentado una solicitud para los beneficios por discapacidad?</b> (¿Discapacidad del Seguro Social, Ingreso Suplementario de Seguridad, Compensación de los trabajadores, seguro privado por discapacidad o asistencia especial con facturas médicas?)
	¿Cuál es la discapacidad o condición?	
	Fecha en que se diagnosticó la condición/discapacidad:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Nombre:	<b>¿Esta persona ha presentado una solicitud para los beneficios por discapacidad?</b> (¿Discapacidad del Seguro Social, Ingreso Suplementario de Seguridad, Compensación de los trabajadores, seguro privado por discapacidad o asistencia especial con facturas médicas?)
	¿Cuál es la discapacidad o condición?	
	Fecha en que se diagnosticó la condición/discapacidad:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Nombre:	<b>¿Esta persona ha presentado una solicitud para los beneficios por discapacidad?</b> (¿Discapacidad del Seguro Social, Ingreso Suplementario de Seguridad, Compensación de los trabajadores, seguro privado por discapacidad o asistencia especial con facturas médicas?)
	¿Cuál es la discapacidad o condición?	
Fecha en que se diagnosticó la condición/discapacidad:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

## 6 Información opcional

Ninguna de esta información afectará su solicitud para la cobertura de seguro médico.

**Ayuda con manutención de niños y seguro médico** Si usted es elegible para Asistencia Médica, puede ser elegible para recibir ayuda con los pagos de manutención de niños y con el seguro médico para sus hijos, si tienen un padre que no viva con usted. Llene la siguiente sección: Sus hijos pueden recibir la cobertura de atención médica aunque usted no llene esta sección.

Nombre del padre ausente:  Marque si falleció

Dirección del padre ausente:

Ciudad: Estado: Código postal:

Fecha de nacimiento: Número de Seguro Social:

¿De qué hijo(s) es/era responsable este padre?

## 6 Información opcional (Continuación)

Nombre del padre ausente:	<input type="checkbox"/> Marque si falleció	
Dirección del padre ausente:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Fecha de nacimiento:	Número de Seguro Social:	
¿De qué hijo(s) es/era responsable este padre?		

### Información general Responda estas preguntas para ayudarnos a ayudar a otras familias.

¿Cómo se enteró de CHIP y Asistencia Médica? (Puede marcar más de una casilla).

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Oficina de asistencia del condado | <input type="checkbox"/> Una organización de la comunidad local |
| <input type="checkbox"/> Escuela de su hijo(a)             | <input type="checkbox"/> CHIP (Departamento de seguros de PA)   |
| <input type="checkbox"/> Consultorio médico                | <input type="checkbox"/> Miembro de la familia                  |
| <input type="checkbox"/> Línea de ayuda 1-800-986-KIDS     | <input type="checkbox"/> Hospital                               |
| <input type="checkbox"/> Amigo o vecino                    | <input type="checkbox"/> Trabajo                                |
| <input type="checkbox"/> Televisión                        | <input type="checkbox"/> Radio                                  |
| <input type="checkbox"/> Sitio web de CHIP o de adultBasic | <input type="checkbox"/> Farmacia                               |
| <input type="checkbox"/> Otro _____                        |   |

¿Sus hijos tuvieron seguro médico durante los últimos 6 meses?  Sí  No

Si la respuesta es Sí, indíquenos si perdieron su seguro médico porque:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Mi empleo o el empleo del otro padre de familia dejó de proporcionar el seguro médico para mis hijos. | <input type="checkbox"/> El seguro médico era demasiado costoso.   |
| <input type="checkbox"/> Mi empleo o el empleo del otro padre de familia incrementó el costo del seguro médico de mis hijos.   | <input type="checkbox"/> Mis hijos ya no pueden recibir seguro médico a través de una orden de manutención de niños. |
| <input type="checkbox"/> Yo o el otro padre de familia ya no tenemos empleo.   | <input type="checkbox"/> Otra razón: _____   |

**Médico de atención primaria (PCP) o Información sobre el consultorio:** mencione al médico/proveedor que utiliza cada una de las personas que está presentando una solicitud. Si su médico participa en el Geisinger Health Plan, asignaremos a este médico como su PCP. Si quiere revisar para verificar si su médico participa, llámenos al 1-866-621-5235, de lunes a viernes de 8 am a 6 pm. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-447-2833).

¿Todos los niños tienen el mismo PCP?  Sí  No Si la respuesta es no, indique el de cada niño.

Nombre(s)	¿Es paciente actual?	Nombre del médico/ consultorio	Dirección del médico/ consultorio	Número de teléfono del médico/consultorio
	<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			

Firme y coloque la fecha en la siguiente hoja para que podamos procesar su solicitud.

## 7 Usted tiene ciertos derechos y responsabilidades. Ellos son:

### CHIP y adultBasic:

- Confidencialidad: toda la información de esta solicitud se mantendrá bajo confidencialidad. Esta solicitud se compartirá solamente con los programas para los cuales presente una solicitud o para los cuales pueda ser elegible, como el programa de Asistencia Médica.
- Nombrar a un representante personal: usted puede elegir a otra persona para que reciba la información relacionada con su salud o la de sus hijos menores, al completar un formulario de Nombramiento de un representante personal.
- Certificado de cobertura acreditable: cuando usted deja el programa, recibirá un certificado de cobertura acreditable para verificar la cobertura médica, en el caso que sea elegible.
- Aviso escrito: se le proporcionará un aviso escrito explicándole su elegibilidad.
- Apelación: usted puede solicitar una revisión imparcial si no está de acuerdo con cualquier decisión que se haya tomado con respecto a esta solicitud, si la solicitud se hace dentro de un plazo de 30 días de tomada la decisión.

Usted tiene la responsabilidad de:

- Leer y entender por completo esta solicitud.
- Proporcionar información completa, correcta y verdadera, entendiéndolo que existen multas por proporcionar información falsa a propósito: es un delito grave y se considera fraude criminal de seguros.
- Ayudar con la revisión de esta solicitud, la cual puede incluir entrevistas y la revisión de los registros médicos.
- Estar consciente de que cierta información puede ser sometida a verificación de los empleadores, fuentes financieras y otros terceros.
- Proporcionar una prueba de identidad y de ciudadanía de los EE.UU. si esa información no se obtiene a través de este proceso de solicitud.
- Proporcionar constancia de su estado legal de inmigración al presentar la documentación de U.S. Citizenship and Immigration Services si está presentando una solicitud en nombre de alguien que no sea un ciudadano de EE.UU.
- Informar sobre todos los cambios relacionados con su familia, incluyendo los ingresos, dirección y número de teléfono, tan pronto como éstos ocurran.

### Asistencia Médica:

- Entiendo que la información que contiene este formulario se tratará de manera confidencial.
- Autorizo la divulgación de información personal, financiera y médica con el propósito de determinar la elegibilidad y para la revisión de los programas CHIP, adultBasic y Asistencia Médica.
- Entiendo que debo dar aviso a la County Assistance Office acerca de cualquier cambio que ocurra en mi hogar y en mi situación financiera en un plazo de una semana.
- Entiendo que recibiré un aviso por escrito que explique los beneficios.
- Entiendo que puedo solicitar una audiencia si no estoy de acuerdo con la decisión que se tome respecto a esta solicitud.
- Entiendo que mi situación está sujeta a verificaciones de los empleadores, fuentes financieras y otros terceros.
- Entiendo que los solicitantes de la Asistencia Médica deben proporcionar su número del Seguro Social. Este número se puede utilizar para verificar la información que contiene esta solicitud.
- Entiendo que no debo proporcionar un número de Seguro Social para alguien que no esté presentando una solicitud de Asistencia Médica. Si proporciono su número de Seguro Social, éste se puede usar para verificar la información de esta solicitud.
- Entiendo que tengo derecho a un certificado de cobertura acreditable para verificar mi cobertura médica. La ley federal determina cuándo se puede denegar o limitar la cobertura médica debido a afecciones preexistentes. Si me inscribo en un plan de salud colectivo que tenga una condición preexistente, puedo obtener crédito por el tiempo que recibí la Asistencia Médica.
- Entiendo que si algunas o todas las personas que presentan una solicitud, no califican para Asistencia Médica, pueden ser elegibles para CHIP o adultBasic. Si éste es el caso, entonces permitiré que el Department of Public Welfare dé mi nombre y la información que aparece en esta solicitud al Departamento de Seguros o al contratista de CHIP o de adultBasic. Entiendo mis derechos y responsabilidades bajo CHIP y adultBasic.

Certifico que, según mi leal saber, entiendo mis derechos y responsabilidades y que la información que se incluye en esta solicitud es completa y verdadera bajo pena de perjurio. También certifico que proporcionar información falsa o incompleta a propósito en esta solicitud es fraude de seguros.

Entiendo que a todas las personas que presentan una solicitud se les dará acceso a la cobertura bajo el programa para el cual sean elegibles, si se determina que son elegibles para Asistencia Médica, CHIP o adultBasic.

Permitiré que el Pennsylvania Insurance Department proporcione cualquier y toda información que se encuentre en esta solicitud al Department of Public Welfare si cualquiera de los solicitantes pueden ser elegibles para Asistencia Médica.

Certifico que las personas para las cuales estoy presentando una solicitud son ciudadanos de EE.UU. o extranjeros con estatus migratorio legal. (Entiendo que esta certificación no aplica a un extranjero que está presentando una solicitud únicamente para los beneficios de Atención médica de emergencia de Asistencia Médica).

Autorizo la divulgación de información personal, financiera y médica con el propósito de determinar la elegibilidad y para la revisión de los programas para los cuales estoy presentando una solicitud.

**Firma del solicitante o de la persona que presenta la solicitud por el solicitante:**

X \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**¡DEBE FIRMAR Y FECHAR ESTA SOLICITUD O NO PUEDE SER PROCESADA!**



## Lo que sucede después

Después de que recibamos su solicitud, haremos una revisión de elegibilidad y nos comunicaremos con usted en un plazo de 30 días.

### Si necesitamos más información:

Le enviaremos una carta solicitando la información adicional que necesitamos. Envíenos esta información de inmediato para que podamos procesar su solicitud.

Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar esta solicitud, llámenos al 1-866-621-5235, de lunes a viernes de 8 am a 6 pm (Los usuarios de TYY deben llamar al 1-800-447-2833).

### Si su hijo es elegible para CHIP:

- Después de verificar sus ingresos y demás información, le notificaremos cuál es la fecha de inscripción de su hijo.
- Si su hijo es elegible para CHIP de *bajo costo* o CHIP de *costo completo*, recibirá una factura que debe pagarse antes de que pueda iniciar la cobertura de CHIP.
- Usted recibirá la tarjeta de identificación de su hijo, aproximadamente 10 días después de la fecha en que se convierta en elegible.
- Puede empezar a usar la cobertura de CHIP de su hijo a partir de la “fecha de vigencia” que se indica en la carta de inscripción.

### Si su hijo no es elegible para CHIP:

- Le avisaremos por escrito el motivo por el cual su hijo no es elegible.
- Si consideramos que su hijo podría ser elegible para recibir la Asistencia Médica, enviaremos su solicitud a la County Assistance Office.

## Renovación

### Si su hijo está inscrito en CHIP y/o usted está inscrito en adultBasic:

- Una vez al año, en la fecha de aniversario de la inscripción de su hijo o la suya, se revisará su elegibilidad o la de su hijo. Este proceso se llama renovación. Cada año, tres meses antes de la fecha de renovación de su familia, se enviarán cartas solicitando la verificación de los ingresos y otra información de la familia. Si no proporciona la información necesaria, su cobertura de adultBasic o la cobertura de CHIP de su hijo, terminará.



[www.chipcoverspakids.com](http://www.chipcoverspakids.com)



100 North Academy Avenue  
Danville, PA 17822-3229

1-866-621-5235  
(TDD 1-800-447-2833)

[www.thehealthplan.com](http://www.thehealthplan.com)



**Este plan de atención gestionada podría no cubrir todos sus gastos de atención médica.  
Lea todos sus materiales detenidamente para determinar cuáles servicios  
de atención médica están cubiertos.**