



Solicitud de Medicaid Suspendido

Esta solicitud se utiliza para solicitar Medicaid suspendido.

- Esta solicitud se utiliza para los individuos que se están preparando para salir de un centro correccional y permanecerán en un estado suspendido hasta que el individuo sea liberado.

Número de Seguro Social

Necesitamos los números de Seguro Social (SSN) si lo tienen, de todos los que solicitan seguro de salud. Un SSN es opcional para las personas que no solicitan seguro; sin embargo, el proporcionarlo puede acelerar el proceso de solicitud.

Por favor, asegúrese de que el nombre en la solicitud sea el mismo que aparece en su tarjeta de Seguro Social.

Indios Americanos o Nativos de Alaska (AI/AN)

Los Indios Americanos y Nativos de Alaska (AI/AN) que se inscriben en Medicaid y los Mercados de Seguros de Salud Silver State también pueden obtener servicios de los Servicios de Salud Indígena, programas de salud tribales o los programas urbanos de salud indígena.

Información de Contacto / Solicitante

Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____ Apellido: _____ Sufijo: _____ Fecha de Nacimiento: _____

¿Está actualmente encarcelado? Sí No Fecha esperada de liberación: (entre los próximos 6 meses) ____ / ____ / ____

Nombre del establecimiento: _____ Dirección del establecimiento: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Indique la dirección de domicilio y de correo a continuación donde piensa residir después de ser liberado. Debe proporcionar una dirección de correo válida. Debe poder recibir correo en esta dirección.

Dirección de su domicilio: _____ Número de apartamento: _____ Dirección de correo: _____ Número de apartamento: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

No. de teléfono durante el día _____ Ext. _____ No. de teléfono secundario _____ Ext. _____

Idioma preferido (si no es inglés): Español Otro: _____ ¿Necesita interprete? Sí No

Actualmente, las notificaciones se envían por correo. En el futuro, si está disponible, quisiera recibir información por:
Correo electrónico: Sí No dirección de correo electrónico: _____

Número de Seguro Social (REQUERIDO) ____ - ____ - ____	Estado civil _____	Embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha esperada de parto: _____ Si está embarazada ¿cuántos bebés se esperan?: _____	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
---	-----------------------	---	---

¿Está legalmente ciego o permanentemente discapacitado? Sí No

¿Espera usted presentar una declaración de impuestos federales el PRÓXIMO AÑO? Sí No

¿Es usted ciudadano de los EE.UU.? Sí No ¿Ha vivido en los Estados Unidos desde 1996? Sí No
Si no es ciudadano de los EE.UU., ¿tiene estatus migratorio elegible? Sí No

Tipo: _____ **No. de identificació** _____
Si la respuesta es sí, proporcione la siguiente información: _____

¿Es usted, su cónyuge, su pareja doméstica o su padre (si usted es menor de edad) un veterano retirado honorablemente o miembro activo de las fuerzas militares? Sí No

Información de ingresos actuales <input type="checkbox"/> No empleado			
¿Está recibiendo ingresos actualmente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Si la respuesta es sí, ¿de qué tipo?:	Cantidad en bruto: \$		
¿Con qué frecuencia le pagan?	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Bimensual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Annual		
Información Étnico y de Raza			
¿Es usted un Indio Americano o Nativo de Alaska?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Si la respuesta es sí, ¿cuál tribu?			
¿Es usted de origen hispano, latino o español? (opcional)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Si es hispano/latino (marque todo lo que corresponda - opcional):			
<input type="checkbox"/> Mexicano <input type="checkbox"/> Mexicoamericano <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Chicano/a <input type="checkbox"/> Otro			
Raza (opcional) - marque todo los que corresponda			
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawáii	<input type="checkbox"/> Indio Asiático	<input type="checkbox"/> Coreano
<input type="checkbox"/> Afroamericano o Negro	<input type="checkbox"/> Guameño o Chamorro	<input type="checkbox"/> Chino	<input type="checkbox"/> Otro Asiático
<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Samoano	<input type="checkbox"/> Filipino	<input type="checkbox"/> Vietnamita
<input type="checkbox"/> Medio Oriental o Norte Africano	<input type="checkbox"/> Otro Isleño del Pacífico	<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Otro: _____
INFORMACIÓN DE SEGURO DE SALUD			
¿Tiene actualmente seguro de salud?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Si la respuesta es sí, ¿de qué tipo?	Nombre de la Compañía de Seguro:		
Representante Autorizado			
<p>Puede dar permiso a un amigo o compañero de confianza para hablar sobre esta solicitud con nosotros, ver su información y actuar por usted en asuntos relacionados con esta solicitud. Esta persona es lo que se llama un "representante autorizado". Si nombra a alguien a continuación, DWSS se comunicará con ellos para obtener su acuerdo firmado para hacerse asumir esta responsabilidad. La persona que usted autoriza puede optar por rechazar.</p> <p><i>*La autorización es válida solo durante el período actual de elegibilidad de Medicaid a menos que informe al DWSS que cancele la autorización antes de tiempo. El DWSS le exigirá que vuelva a autorizar a todos los representantes en su próxima renovación de Medicaid.</i></p>			
¿Desea nombrar a alguien como su representante autorizado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es no, omita esta sección.		
Nombre del Representante Autorizado	No. de teléfono (____)____-____		
Dirección de correo (Requerido)	Ciudad Estado Código Postal		
<p><i>Al firmar, usted acepta permitir que esta persona actúe y hable en su nombre con todos los asuntos de DWSS relacionados con su elegibilidad de Medicaid. Esta persona recibirá copias de todas las notificaciones oficiales sobre su caso con DWSS.</i></p>			
_____	____/____/____		
Su Firma	Fecha		
No Discriminación			
<p>Siguiendo la ley federal, la discriminación no está permitida sobre la base de raza, color, origen nacional, sexo, edad, orientación sexual, identidad de género o discapacidad. Usted puede presentar una queja:</p> <p>en línea en: https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html</p> <p>por correo: Director, U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, Centralized Case Management Operations, 200 Independence Ave, S.W. Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201</p> <p>por teléfono: Customer Response Center: (800) 368-1019, Fax: (202) 619-3818, TDD: (800) 537-7697</p> <p>por correo electrónico: ocrmail@hhs.gov</p>			

Programa de Medicaid de Recuperación de Patrimonio

Los beneficiarios de Medicaid que tienen 55 años o más de edad o están hospitalizados en un centro médico pueden ser responsables por el reembolso de los gastos pagados por ellos por Medicaid. Estos pagos hechos por parte del Programa de Medicaid pueden recuperarse del patrimonio del beneficiario después de su muerte o después de la muerte de su cónyuge sobreviviente. (Vea el Formulario 6160-AF, Operación del Programa.)

Responsabilidad de terceros

Yo entiendo que lo que sigue es un requisito de elegibilidad para recibir beneficios de Medicaid:

- 1) Si alguien en esta solicitud recibe beneficios de Medicaid, le doy a la agencia de Medicaid el derecho de perseguir y obtener dinero de otros seguros de salud, seguros, acuerdos legales, y cualquier otro tercero que pueda ser responsable por los servicios médicos pagados por Medicaid; y
- 2) Yo doy a la agencia de Medicaid el derecho de perseguir y obtener manutención de niños y médica de un cónyuge o un padre; y;
- 3) Yo estoy de acuerdo en que los miembros de mi hogar cooperarán con la agencia de Medicaid para obtener dinero de las compañías de seguros, acuerdos legales y terceros y darán a DHHS aviso de cualquier acuerdo o acción legal.

Revisiones e Investigaciones

Al firmar esta solicitud, usted autoriza al Departamento de Salud y Recursos Humanos a hacer investigaciones acerca de usted, otros miembros de su hogar y/o de los padres legales o naturales de sus niños, que sean necesarias para determinar la elegibilidad para beneficios que usted o miembros de su hogar reciben o recibirán bajo programas administrados por la División de Bienestar y Servicios de Apoyo Social y Nevada Health Link. La información proveída a la agencia puede ser verificada o investigada por oficiales federales, estatales y locales, incluyendo personas que trabajan en el control de calidad.

Usted debe cooperar con la investigación, si no, sus beneficios pueden ser negados o terminados. Si usted intencionadamente hace una declaración falsa o engañosa, proporciona documentos que han sido alterados, u oculta o retiene información que es necesaria para que la agencia pueda hacer una determinación precisa de los beneficios para los cuales usted es elegible, sus beneficios pueden ser negados, terminados o reducidos. Si usted recibe beneficios a los que usted no tiene derecho, usted debe reembolsar a la agencia por todo el dinero, servicios y beneficios para los cuales no tenía derecho a recibir. También puede ser descalificado para recibir beneficios en el futuro y ser procesado criminalmente o penalizado de acuerdo con las leyes estatales y federales.

Política de Privacidad

Mantenemos su información privada como exige la ley. Sus respuestas en esta solicitud sólo se utilizarán para determinar la elegibilidad para la cobertura de salud y para proporcionar información sobre servicios de salud adicionales disponibles para su hogar. Nevada Health Link, la División de Bienestar y Servicios de Apoyo Social y el Departamento de Salud y Servicios Humanos revisarán su elegibilidad utilizando nuestras bases de datos electrónicas y las bases de datos de otras agencias federales. Si la información no coincide, podemos pedirle que nos envíe pruebas. No haremos preguntas sobre sus antecedentes médicos. No se harán preguntas sobre la ciudadanía o estatus migratorio a los miembros del hogar que no quieren la cobertura.

IMPORTANTE: Como parte del proceso de solicitud, es posible que necesitemos recuperar sus datos del Servicio de Impuestos Internos (IRS), del Seguro Social, del Departamento de Seguridad Nacional, y/o una agencia de informe del consumidor.

Necesitamos esta información para comprobar su elegibilidad para la cobertura y la ayuda para pagar la cobertura si usted la desea y para darle el mejor servicio posible. También podemos revisar su información posteriormente para asegurarnos de que su información esté actualizada. Le notificaremos si encontramos que algo ha cambiado.

Entiendo que mi información será usada y recuperada a través de fuentes de datos para esta solicitud. Tengo el consentimiento de todas las personas enumeradas en la solicitud que permite la recuperación y el uso de su información de las fuentes de datos anteriormente mencionadas.

Opción opcional de inclusión/exclusión de mensajes de texto

La información proporcionada en esta solicitud, incluyendo sus números de teléfono, será compartida con cualquier División del Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS) y Organización de Atención Administrada (MCO) a la que se le haya asignado. El consentimiento autoriza llamadas y/o mensajes de texto de DHHS, MCO, o cualquier contratista actuando en su nombre, a cualquier número de teléfono que usted proporcione en esta solicitud, ahora o en el futuro, incluyendo información sobre necesidades y tratamiento de cuidado de salud, servicios de bienestar, beneficios del plan, elegibilidad, renovación y/o redeterminación, y para cualquier otra comunicación relacionada con su relación con DHHS o MCO con respecto a la cobertura de salud. Estas llamadas/mensajes de texto pueden realizarse utilizando tecnología automatizada, como un sistema de marcación telefónica automática o un mensaje de voz artificial o pregrabado. Se pueden aplicar tarifas estándar de mensajes y datos.

(Marque uno de los siguientes;)

- Doy mi consentimiento para recibir mensajes de texto como se describe anteriormente. Número Preferido (____) ____ - ____
- No doy mi consentimiento para recibir mensajes de texto como se describe anteriormente.

Iniciales _____

Selección del plan de salud / Organizaciones de preferencia de atención administrada

Las familias que viven en los condados urbanos de Washoe County o Clark County están cubiertas por una organización de atención administrada (MCO). Se le pide que elija uno de los siguientes planes de salud. Si usted no indica una preferencia, le asignará un plan al azar. Su selección de plan de salud no garantiza la aceptación en el programa Nevada Medicaid. Si usted o miembros familiares ya están inscritos en uno de los MCOs actualizados, no podrá cambiarlo en este momento. Las familias inscritas recibirán un manual explicándoles los beneficios del plan de salud.

¿Cuál Opción de Atención Administrada le Gustaría?	Teléfono de contacto	Sitio Web (Visite para más información)
<input type="checkbox"/> Anthem Blue Cross and Blue Shield Healthcare Solutions	1-844-396-2329	mss.anthem.com/nevada-medicaid/home.html
<input type="checkbox"/> Molina Healthcare	1-844-327-7136	meetmolina.com/nv-medicaid
<input type="checkbox"/> SilverSummit Healthplan	1-844-366-2880	silversummithealthplan.com
<input type="checkbox"/> UnitedHealthcare Health Plan of Nevada Medicaid	1-800-962-8074	myHPNmedicaid.com/Member

No Preference (Note: Si no escoge una opción de atención administrada, usted será asignado uno al azar por Medicaid)

Para más información en los planes diferentes de MCO, visite al: <https://dhcfp.nv.gov/Members/BLU/MCOMain/>. Si necesita buscar un proveedor, visite <https://www.medicaid.nv.gov/hcp/provider/Home/tabid/135/Default.aspx>, y buscar un proveedor o puede llamar uno de las oficinas del distrito local de Medicaid hacia abajo:

Llame gratis estatal (800) 992-0900	TTY (800) 326-6888	Carson City (775) 684-3651	Reno (775) 687-1900	Las Vegas (702) 668-4200	Elko (775) 753-1191
--	-----------------------	-------------------------------	------------------------	-----------------------------	------------------------

Sus Derechos

Si usted piensa que hemos cometido un error o que no hemos actuado a tiempo en su solicitud puede apelar. Esto significa que usted puede pedirnos que revisemos su caso nuevamente. Usted debe solicitar una apelación por escrito dentro de los 90 días siguientes a la fecha de la notificación. La notificación le dirá cómo apelar. Usted puede designar a un representante para que actúe en su nombre durante el proceso de apelación. Póngase en contacto con nosotros, le podemos ayudar con su apelación.

Sus Responsabilidades

Sé que tengo que avisarle al programa en el cual voy a estar inscrito si la información que enumeré en esta solicitud cambia. Sé que puedo hacer cambios llamando al servicio al cliente y que tengo que reportarme a más tardar el quinto (5º) día del mes siguiente. Entiendo que un cambio en mi información podría afectar mi elegibilidad para miembro(s) de mi hogar.

Divulgación de Información

Por lo presente autorizo y consiento a la divulgación de toda la información acerca de mí o de mis miembros del hogar al Departamento de Salud y Servicios Humanos por el titular de la información, tales como, pero no limitado a, información de salarios, la información hecha confidencial por ley, así como la información del paciente privilegiada bajo NRS 49.225, o cualquier otra disposición de la ley. Yo libero al titular de la información de la responsabilidad, si alguna, como consecuencia de la liberación (divulgación) de la información requerida.

Si tengo 60 años de edad o más, doy mi consentimiento para la divulgación de mi identidad y renuncio a mi derecho como una persona mayor de tener mi identidad confidencial. Yo libero al titular de la información de la responsabilidad, si alguna, como consecuencia de la divulgación de la información requerida.

Por favor, lea y firme esta solicitud.

- Yo firmo esta solicitud bajo pena de perjurio, que significa que he proporcionado respuestas verdaderas a todas las preguntas a mi leal saber y entender. Sé que puedo estar sujeto a penalidades bajo las leyes federales si intencionalmente proporciono información falsa o incorrecta.
- Yo juro que he reportado honestamente mi estado de ciudadanía y de cualquier persona por la cual estoy solicitando.

Firma o marca del Solicitante

Fecha

Firma o Testigo*

Fecha

(Utilice si el solicitante no sabe leer, escribir, o es ciego.)

*La información contenida en esta solicitud ha sido leída al solicitante y he sido testigo de su firma o marca

Someter esta Solicitud para:

Enviar en línea al welfcraig@dwss.nv.gov; o;
Fax to (702-631-4497).

Se acordó de:

✓ ¿Firmar esta solicitud??