



Solicitud de Cobertura Médica para personas sin seguro-

Puede utilizar esta solicitud para:

- Solicitar asistencia para cubrir los servicios relacionados con las pruebas y el diagnóstico de COVID-19 proporcionados durante el período de emergencia.
 - ***Esta solicitud no proporciona cobertura médica completa.*** La cobertura de salud que tendrá si usted es encontrado elegible usando esta solicitud sólo pagará por las pruebas médicas para el COVID-19. No le ayudará a pagar otros costos médicos, incluyendo visitas al médico, servicios de hospital o recetas médicas.
- Para ser elegible para estos servicios como un individuo sin seguro, debe cumplir con los siguientes criterios:
 - No ser elegible para recibir cobertura bajo una categoría obligatoria de Medicaid.
 - No estar inscrito en cobertura de Medicaid, excepto aquellos que están inscritos en un grupo de elegibilidad de Medicaid de beneficio limitado.
 - No estar inscrito en otro programa de cuidado de salud financiado por el gobierno federal.
 - No estar inscrito en una cobertura de seguro de salud de grupo ofrecida por un emisor de seguro de salud.
- Si usted o los miembros de su familia pueden ser elegibles para Medicaid o Nevada Check Up, se le recomienda que solicite estos beneficios. Puede solicitar asistencia médica a través de Access Nevada en www.dwss.nv.gov.

Completando la solicitud.

Se deben cumplir los siguientes criterios para ser elegible para la cobertura médica para personas sin seguro.

- Residente de Nevada;
- Número de Seguro Social (si no tiene un número de seguro social, podemos ayudarle a solicitarlo);
- Ciudadano o nacional de los EE.UU. o estatus migratorio legal como elegible.

Esta no es una solicitud para beneficios completos de Medicaid.

Los individuos que solicitan cobertura médica para personas sin seguro tendrán su cobertura terminada al final del período de emergencia para COVID-19.

INFORMACIÓN DE CONTACTO <i>Un adulto debe ser la persona de contacto. La persona de contacto no tiene que solicitar</i>			
Primer nombre:	Segundo nombre:	Apellido:	Sufijo:
Dirección de su domicilio: <i>(deje en blanco si no tiene una dirección)</i>			Número de apartamento:
Ciudad:	Estado:	Código postal:	
<i>Si no tiene una dirección permanente, aún necesita dar una dirección de correo válida.</i>			
Dirección de correo: <i>(si es distinta a la dirección de su domicilio)</i>			Número de apartamento:
Ciudad:	Estado:	Código postal:	
No. de teléfono durante el día	Ext:	No. de teléfono secundario	Ext:
Actualmente, todas las notificaciones se envían en formato impreso. En el futuro, ¿le gustaría recibir información por?:			
Correo electrónico: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Dirección de correo electrónico: _____			
Idioma preferido (si no es inglés): <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _			¿Necesita un intérprete? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE			
Primer nombre:	Segundo nombre:	Apellido:	Sufijo:
			Fecha de nacimiento: (mm/dd/aa)
Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo			Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Número de Seguro Social (SSN): _____			
<i>Necesitamos su SSN si desea solicitar la cobertura de pruebas de COVID-19. Utilizamos los SSN para verificar quién es elegible para recibir ayuda para pagar por la cobertura de salud. Para más información sobre cómo obtener un SSN, visite www.dwss.nv.gov, o llame al Servicio al Cliente de DWSS al 800-992-0900 (voz) o al 800-326-6888 (TTY).</i>			
¿Es usted ciudadano o nacional de los EE.UU.? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
Si no es ciudadano o nacional de los EE.UU., ¿tiene estatus migratorio como elegible? <input type="checkbox"/> SÍ			
<i>Anote el tipo de documento y el número de identificación</i>			
Tipo de documento: _____		No. de identificación: _____	
Información adicional:			
RAZA/ORIGEN ÉTNICO			
¿Es usted de origen hispano, latino o español? <i>(opcional)</i> <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
Origen étnico (opcional) - marque todo lo que corresponda			
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Filipino	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái	
<input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano	<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Guameño o Chamorro	
<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Samoano	
<input type="checkbox"/> Indio asiático	<input type="checkbox"/> Vietnamita	<input type="checkbox"/> Otro isleño del Pacífico	
<input type="checkbox"/> Chino	<input type="checkbox"/> Otro asiático	<input type="checkbox"/> Otro	
INFORMACIÓN DE SEGURO DE SALUD			
¿Tiene actualmente seguro médico? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es sí, proporcione el nombre: _____			
<small>(Medicare, Medicaid, TRICARE, Plan de salud de grupo)</small>			
¿Fue terminada su cobertura de Medicaid desde el 18 de marzo de 2020? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO SÉ			
<i>Usted puede ser elegible para recibir Medicaid de nuevo ahora.</i>			
¿Ha solicitado y se le ha negado la cobertura de Medicaid desde el 18 de marzo de 2020? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO SÉ			
<i>Usted puede ser elegible para recibir Medicaid de nuevo ahora.</i>			
¿Ha sido analizado o diagnosticado con COVID-19? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es sí, ¿en qué fecha?:			

RESPONSABILIDAD DE TERCEROS

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

- Si recibo beneficios de Medicaid, le doy a la agencia de Medicaid el derecho de perseguir y obtener cualquier 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
- Yo acepto cooperar con la agencia de Medicaid para obtener dinero de las compañías de seguros, acuerdos legales y terceros y daré a DHHS aviso de cualquier acuerdo o acción legal.

Iniciales _____

NO DISCRIMINACIÓN

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 por discriminación, visitando a <http://www.hhs.gov/ocr/office/file>; o puede escribir a: HHS, Director, Office for Civil Rights, Room 506-F, 200 Independence Ave, S.W. Washington, D.C. 20201; o llame al (202) 619-0403 (voz) o (202) 619-3257(TTY).

REVISIONES E INVESTIGACIONES

Al firmar esta solicitud usted autoriza al Departamento de Salud y Servicios Humanos a hacer investigaciones acerca de usted que sean necesarias para determinar la elegibilidad para beneficios que usted recibe bajo programas administrados por DWSS y Nevada Health Link. 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.

Iniciales _____

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.

Iniciales _____

SUS RESPONSABILIDADES

Sé que debo reportar si la información que enumeré en esta solicitud cambia. Sé que puedo hacer cambios llamando al servicio al cliente y que debo reportar a más tardar el quinto (5 °) día del mes siguiente. Entiendo que un cambio en mi información podría afectar mi elegibilidad.

Iniciales _____

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Por la 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.

Su firma

_____|_____|_____
Fecha

POLÍTICA DE PRIVACIDAD

Mantenemos su información privada como exige la ley. Sus respuestas en esta solicitud sólo se usarán para determinar la elegibilidad para asistencia para cubrir los servicios relacionados con las pruebas y el diagnóstico de COVID-19 proporcionados durante el período de emergencia. La División de Bienestar y Servicios de Apoyo Social y el Departamento de Salud y Servicios Humanos revisarán su elegibilidad usando 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 vamos a hacer preguntas sobre sus antecedentes médicos.

IMPORTANTE: Como parte del proceso de solicitud, es posible que necesitemos recuperar sus datos del Seguro Social y/o del Departamento de Seguridad Nacional. Necesitamos esta información para comprobar su elegibilidad para la cobertura. 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.

Iniciales _____

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.

Firma o marca del solicitante

_____|_____|_____
Fecha

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

La información contenida en esta solicitud ha sido leída al solicitante y he sido testigo de la firma anterior.

Firma del testigo

_____|_____|_____
Fecha

ENVÍE POR CORREO SU SOLICITUD COMPLETADA.

Entregue su solicitud a la oficina de Bienestar local o envíela por correo a:

Division of Welfare and Supportive Services
PO BOX 15400
Las Vegas, NV 89114

Se acordó de:

¿Firmar esta solicitud?