



Solicitud de elegibilidad presunta de Medicaid

Utilice este formulario para saber rápidamente si califica para elegibilidad presunta de Medicaid. La elegibilidad presunta le ofrece a usted y a su familia acceso inmediato a cuidado de salud mientras solicita Medicaid normal u otra cobertura de salud.

Para saber si califica para Medicaid normal u otra cobertura de salud, usted debe completar y entregar una Solicitud de Seguro de Salud a la División de Bienestar y Servicios de Apoyo Social. Mientras espera saber si califica para Medicaid normal u otra cobertura de salud, usted puede recibir servicios de salud a través del programa de elegibilidad presunta.

Usted puede solicitar en línea para asistencia médica en www.dwss.nv.gov

Puede completar la solicitud en formato papel y enviarla por correo a:

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

¿Quién califica para elegibilidad presunta de Medicaid?

Usted puede calificar para elegibilidad presunta de Medicaid si cumple con todas las siguientes reglas:

- Sus ingresos están por debajo del nivel federal de pobreza para una familia del tamaño de la suya.
- Usted es ciudadano de los EE.UU. o inmigrante elegible.
- Aún no tiene Medicaid.
- No ha tenido elegibilidad presunta de Medicaid en Nevada en los últimos 24 meses.
- Pertenece a uno de los grupos que califican para elegibilidad presunta de Medicaid:
 - Niños menores de 19 años
 - Padres y parientes cuidadores
 - Mujeres embarazadas
 - Otros adultos de 19-64 años
 - De edad límite para Cuidado Temporal

¿Necesita ayuda con su solicitud?

Puede obtener ayuda para completar su solicitud a través de socios de la comunidad o el personal de la división.

Para encontrar una ubicación cercana a su domicilio:

Visite www.dwss.nv.gov y seleccione *comuníquese con nosotros*, o llame al 1-800-992-0900 (voz) o 1-800-326-6888(TTY)

Infórmenos acerca de usted

Pedimos esta información para poder comunicarnos con usted referente a esta solicitud.

Nombre (primer nombre, segundo nombre, apellido)

Dirección de su **domicilio** (deje en blanco si no tiene una dirección)

Ciudad

Estado

Código postal

Dirección de correo (si es distinta a la dirección de su domicilio) Debe proporcionar una dirección en donde recibe correo.

Número de teléfono (si tiene uno)

Dirección de correo electrónico (si tiene una)

2

Infórmenos acerca de su familia

Anote a usted y a los miembros de su familia inmediata que viven con usted. Incluya su cónyuge y sus hijos, menores de 19 años, si viven con usted.

Nombre (primer nombre, segundo nombre, apellido)	Parentesco con usted	Género	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAA A)	¿Está solicitando elegibilidad presunta de Medicaid? (Sí o No)	¿Ya había recibido beneficios de Medicaid? (Sí o No)	¿Es usted ciudadano de los EE.UU. o inmigrante elegible? (Sí o No)	Número de Seguro Social	¿Es residente de Nevada? (Sí o No)
Conteste por los miembros de la familia que están solicitando asistencia. Si una persona no está solicitando asistencia, estas preguntas son opcionales, pero el proporcionar la información puede acelerar el proceso de solicitud.								
(Igual que lo arriba indicado)	Sí mismo							

3

Otras preguntas

Conteste estas preguntas para usted y los miembros de la familia indicados en la sección 2. Sus respuestas ayudarán a determinar si usted o algún miembro de la familia califican.

¿Está embarazada alguien que está solicitando elegibilidad presunta de Medicaid? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿quién? _____ ¿Fecha esperada de parto? (mes/día/año) _____

¿Cuántos bebés se esperan? _____

¿Ya ha recibido este individuo elegibilidad presunta para este embarazo? Sí No

¿Está recibiendo Medicare alguien que está solicitando elegibilidad presunta de Medicaid? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿quién? _____

¿Ha estado en cuidado temporal en el Estado de Nevada alguien, menor de 26 años, que está solicitando elegibilidad presunta de Medicaid? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿quién? _____ Edad cuando salieron del programa: _____

4

Infórmenos acerca de los ingresos de su familia

Escriba el total de ingresos, antes de deducciones de impuestos, para todos los miembros de la familia indicados en la sección 2.

⇩ Ingresos de empleo *Por ejemplo: sueldos, salarios, e ingresos de empleo por cuenta propia.*

Cantidad \$ _____ ¿Frecuencia? (marque uno) Semanal Quincenal Mensual Anual

Cantidad \$ _____ ¿Frecuencia? (marque uno) Semanal Quincenal Mensual Anual

⇩ Otros ingresos *Por ejemplo: cheques de beneficios por desempleo, pensión alimenticia, o pagos por discapacidad de la Administración del Seguro Social (SSDI). No incluya Seguridad de Ingreso Suplementario (pagos de SSI) o manutención de niños.*

Cantidad \$ _____ ¿Frecuencia? (marque uno) Semanal Quincenal Mensual Anual

Cantidad \$ _____ ¿Frecuencia? (marque uno) Semanal Quincenal Mensual Anual

5

Selección del plan de salud

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 por un plan de salud en su solicitud, nosotros escogeremos por usted. Su selección de plan de salud no garantiza la aceptación en los programas Nevada Medicaid o Nevada Check Up. Podemos no honrar su elección de planes si usted o algún miembro de la familia ha estado inscrito en una de nuestras organizaciones de atención médica administrada actuales. Una vez inscritas, las familias recibirán un manual explicándoles los beneficios del plan de salud y pueden ponerse en contacto con los siguientes números para obtener información sobre los planes de salud.

Por favor elija un plan de salud	Teléfono de contacto	Sitio web
<input type="checkbox"/> Molina Healthcare	1-833-685-2109	meetmolina.com/nv-medicaid
<input type="checkbox"/> SilverSummit Healthplan	1-844-366-2880	silversummithealthplan.com
<input type="checkbox"/> Anthem Blue Cross and Blue Shield Healthcare Solutions	1-844-396-2329	mss.anthem.com/nevada-medicaid/home.htm
<input type="checkbox"/> Health Plan of Nevada	1-800-962-8074	myHPNmedicaid.com

NOTA: Si usted no indica una preferencia por un plan de salud, nosotros escogeremos por usted.

Para las familias que viven en la zona de pago-por-servicio de beneficio, los servicios se pueden obtener de cualquier proveedor de Nevada Medicaid. Si necesita ayuda para localizar un proveedor, por favor llame a la oficina local de distrito de Medicaid:

Carson City
(775) 684-3651

Reno
(775) 687-1900

Las Vegas
(702) 668-4200

Elko
(775) 753-1191

6

Firme este formulario aquí

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.

Su firma:

Fecha:

Testigo: (Utilice si el solicitante no puede leer ni escribir o 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:

7

Si usted califica para elegibilidad presunta de Medicaid, ¿cuál es el siguiente paso?

- Usted recibirá una carta del hospital notificándole que ha sido aprobado.
- **Puede comenzar a usar su cobertura de elegibilidad presunta de Medicaid inmediatamente** para servicios como visitas al médico, servicios de hospital y medicamentos con receta. Puede ir a cualquier proveedor de servicios de salud que acepte Medicaid, a partir del día de aprobación.
 - El hospital le dará una carta notificándole que está aprobado para que pueda comenzar a usar su cobertura de elegibilidad presunta de Medicaid. Use esta carta para obtener servicios hasta que reciba una tarjeta por correo. Debe recibir la tarjeta dentro de 7 a 10 días. Si pierde la carta, llame al servicio al cliente al 1-800-992-0900.
 - Si la carta indica que usted califica para elegibilidad presunta de Medicaid porque está embarazada, puede obtener cuidado en una clínica ambulatoria o en otros lugares en la comunidad. La elegibilidad presunta de Medicaid no cubre los costos de hospitalización.
- Si usted no completa y envía la Solicitud de Seguro de Salud para saber si califica para Medicaid normal u otra cobertura de salud, su cobertura de elegibilidad presunta de Medicaid terminará el último día del mes después del mes de aprobación.
 - Por ejemplo, si calificó para elegibilidad presunta de Medicaid en enero, esta terminará el último día de febrero.
- **Para saber si califica para Medicaid normal u otra cobertura de salud:**

Usted puede solicitar en línea para asistencia médica en www.dwss.nv.gov

Puede completar la solicitud en formato papel y enviarla por correo a:

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

El hospital le dará una solicitud.

8

Si usted no califica para elegibilidad presunta de Medicaid, ¿cuál es el siguiente paso?

Usted recibirá una carta del hospital notificándole que no ha sido aprobado. No puede apelar la decisión del hospital. PERO, aún puede solicitar Medicaid normal u otra cobertura de salud al completar la Solicitud de Seguro de Salud, en línea en www.dwss.nv.gov, por teléfono o con una solicitud en formato papel.