Solicitud para Seguro de Salud

Puede utilizar esta solicitud para:

- Solicitar seguro gratuito o a costo reducido con Medicaid o Nevada Check-Up.
  - Usted puede solicitar y recibir Medicaid, incluso si usted ya tiene seguro.
- Si se determina que usted o miembros de su familia no son elegibles para Medicaid o Nevada Check-Up, aún puede ser que califiquen para recibir ayuda del gobierno federal para pagar por un seguro de salud. La información proporcionada será referida a Nevada Health Link. Para obtener información adicional, visite el sitio web al www.nevadahealthlink.com o llame al 855-768-5465.

Solicitar en línea

Solicitar en línea.

¿Sabía usted que puede solicitar, inscribirse y comenzar a utilizar sus beneficios de salud más pronto si somete su solicitud en línea?

• Dura como 45 minutos para un hogar típico
• Sigue las indicaciones y, al terminar, clic "SOMETER"
• Cuando crea una cuenta, usted puede revisar el estatus de sus beneficios en línea.

Ir a: dwss.nv.gov

Asistencia Personal

Reciba asistencia con su solicitud.

Usted puede recibir asistencia personalizado para completar su solicitud en uno de las oficinas del distrito de la División o de un Centro de Recursos para la Familia.

Para encontrar una ubicación cercana a su domicilio:
Llame a 1-800-992-0900 (voz) o 1-800-326-688 (TTY) o visite dwss.nv.gov

Por Correo

Llene la solicitud en formato papel adjunto.

Una solicitud en formato papel, escrita a mano, es una opción para los que prefieren usar papel.

• Siga las instrucciones y complete TODAS las áreas que le apliquen a usted y a su familia.
• Someter su solicitud a la Oficina de Welfare cerca de usted o por correo a:

DWSS
PO Box 15400
Las Vegas, NV 89114

Información de contacto (Necesitaremos comunicarnos con un miembro adulto de la familia.)

Primer nombre:	**Segundo nombre:**	**Apellido:**	**Sufijo**	**Fecha de Nacimiento**
Dirección de su domicilio:			**Número de apartamento:**	
Ciudad:		**Estado:**	**Código postal:**	

Si no tiene una dirección permanente, aún necesita dar una dirección de correo válida.

Domicilio de correo (Si es distinta a la dirección de su domicilio)		**Número de apartamento:**
Ciudad:	**Estado:**	**Código postal:**

número de teléfono durante el día #	Ext.	número de teléfono secundario #	Ext.

Actualmente, todas las notificaciones se mandan en formato papel. En el futuro, si está disponible, quisiera recibir información por:

Correo electrónico: ☐ Sí ☐ No Dirección de correo electrónico: _____

Idioma preferido (si no es inglés): □ Español □ Otro: _____ ¿Necesita un intérprete? ☐ Sí ☐ No

Información del hogar

Sus ingresos y el tamaño de la familia nos ayudan a decidir por cuales programas califica. Con esta información, podemos asegurarnos de que todos reciban la más amplia cobertura posible.

¿Quién debe ser incluido en esta solicitud?:

- su cónyuge, si es Casado
- sus hijos que viven con usted
- su pareja que vive con usted (pero sólo si tienen hijos en común que necesitan seguro de salud)
- cualquier persona que incluya en su declaración de impuestos federal, **sin importar que vivan con usted**
- **Si usted no presenta una declaración de impuestos, debe aún incluir los miembros de la familia que viven con usted.**

Cualquier otra persona que viva con usted tendrá que someter su propia solicitud si quiere seguro. Usted no tiene que presentar declaración de impuestos para solicitar seguro de salud.

Complete las páginas Miembros Adicionales del hogar para cada persona en su familia. Comience con usted mismo. Si tiene más de 2 personas en su familia, tendrá que hacer una copia de las páginas "Miembros adicionales del hogar" y completarlas.

Necesitamos los números de Seguro Social (SSN) de todos los que solicitan seguro de salud, si lo tienen. Un SSN es opcional para las personas que no solicitan seguro, pero 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.**

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

Si usted o algún miembro de su familia es Indio Americano o Nativo de Alaska, es posible que no tenga que pagar primas o costos compartidos y pueden recibir períodos especiales de inscripción mensuales. Haremos preguntas adicionales para asegurarnos de que usted y su familia reciban la mayor ayuda posible.

Información sobre el Jefe de Familia

Primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido & Sufijo	Estado civil	Si esta casado(a), ¿vive usted con su cónyuge? ☐ Sí ☐ No	Parentesco con usted? **SI MISMO**
Número de Seguro Social (OPCIONAL) _____-_____- _____	Fecha de Nacimiento ___/___/_____	¿Embarazada? ☐ Sí ☐ No Fecha del parto: _____ Si la respuesta es sí, ¿cuántos bebés se esperan: ___	**Sexo** ☐ Masculino ☐ Femenino

¿Espera usted presentar una declaración de impuestos federales el PRÓXIMO AÑO?

☐ Sí **Si la respuesta es sí, conteste las preguntas 1 a 3** ☐ No **Si no,** pase a la pregunta 3.

Nota: Usted puede solicitar para seguro de salud incluso si no presenta una declaración de impuestos..

1. ¿Espera presentar una declaración conjunta con su cónyuge/pareja? □ Sí □ No
   Si la respuesta es sí, nombre de su cónyuge/pareja: _____
2. ¿Reclamará usted dependientes en su declaración de impuestos? □ Sí □ No
   Si la respuesta es sí, listar el nombre(s) de los dependientes: _____
3. ¿Lo declaran como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona? □ Sí □ No
   Si la respuesta es sí, por favor anote el nombre del declarante: _____
   ¿Qué parentesco tiene con el declarante? _____

¿Esta usted solicitando para Medicaid, Nevada Check-Up o asistencia con sus primas de seguro de salud (Crédito fiscal anticipado para la prima (APTC)?

☐ Sí **Si la respuesta es sí**, conteste todas las preguntas a continuación. ☐ No **Si la respuesta es no**, pase a las preguntas de ingreso.

Nota: Marcando 'Sí' indica que será evaluado para ayuda médica financiado con fondos federales.

Número de Seguro Social - **REQUERIDO** si no esta listado arriba _____-_____- _____

Si es un niño menor de 19 años, ¿tiene acceso a cobertura de empleado público? ☐ 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

Si la respuesta es sí, proporcione la siguiente información

Tipo:	**Número de identificació**
_____	_____

¿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

¿Es usted un estudiante de tiempo completo? ☐ Sí ☐ No

¿Es usted un Indio Americano o Nativo de Alaska? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es sí, ¿cuál tribu? _____

Si es menor de 26 años de edad, ¿ha estado alguna vez en cuidado temporal? ☐ Sí ☐ No

¿Edad cuando salió del programa? _____

¿Recibieron cuidado de salud a través de un programa estatal de Medicaid? ☐ Sí ☐ No

¿Es el padre o el pariente a cargo principal de cualquier niño, menor de 19, en el hogar?

☐ Sí ☐ No **Si la respuesta es sí**, quién? _____

¿Necesita alguien ayuda con cuentas médicas de los últimos tres meses? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es sí, ¿para cuáles meses? _____

Información sobre el Jefe de Familia a continuación:

¿Está legalmente ciego o permanentemente discapacitado? ☐ Sí ☐ No

¿Está usted recibiendo Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)? ☐ Sí ☐ No

¿Necesita ayuda con actividades de la vida diaria a través de servicios de ayuda personal o un centro médico?
☐ Sí ☐ No

Trabajo actual e Información de Ingresos ☐ **Sin empleo -** Sigue a la sección 'Otro Ingreso'

Trabajo actual:

En los últimos 3 meses, usted: ☐ Cambió de trabajos ☐ terminó de trabajar ☐ trabaja menos horas ☐ Ninguno

Nombre del empleador: (Si tiene empleo por cuenta propia, escribe "S-Í MISMO')	Promedio de horas trabajadas cada semana
Dirección del empleador:	Número de teléfono del empleador: ( )

Ciudad: Estado: Código postal:

Ingresos en bruto/propinas recibidas por período de pago: $	¿Con qué frecuencia le pagan? ☐ Semanal ☐ Cada dos semanas ☐ bimensual ☐ Mensual ☐ Anual

Si tiene empleo por cuenta propia, por favor conteste las siguientes preguntas:
Tipo de trabajo: _____
¿Cuántos ingresos netos (ganancias cuando gastos se pagan) recibirás este mes? $ _____

OTROS INGRESOS: Marque todo lo que corresponda e indique la cantidad y la frecuencia con que usted la recibe.

Nota: No es necesario que nos informe sobre la manutención de niños o pagos de veteranos discapacitados. Ciertos dineros recibidos se contará o no se contará para Medicaid y Nevada Check-Up. Danos saber si cualquier dinero recibido es considerado ingreso tribual.

				¿Ingreso Tribual?
☐	Ninguno			
☐	Desempleado	$ _____	¿Con qué frecuencia? _____	
☐	Jubilación	$ _____	¿Con qué frecuencia? _____	
☐	Pensiones	$ _____	¿Con qué frecuencia? _____	
☐	Beneficios de la Seguridad Social (RDSI)	$ _____	¿Con qué frecuencia? _____	
☐	Intereses/Dividendos	$ _____	¿Con qué frecuencia? _____	☐ Sí ☐ No
☐	Anualidades	$ _____	¿Con qué frecuencia? _____	☐ Sí ☐ No
☐	Ingresos por alquiler o ingresos por regalías	$ _____	¿Con qué frecuencia? _____	☐ Sí ☐ No
☐	ganancias sobre el capital	$ _____	¿Con qué frecuencia? _____	☐ Sí ☐ No
☐	Ingresos agrícolas o pesqueros	$ _____	¿Con qué frecuencia? _____	☐ Sí ☐ No

☐	pensión alimenticia	$ _____	¿Con qué frecuencia? _____	
☐	subvenciones y becas	$ _____	¿Con qué frecuencia? _____	☐ Sí ☐ No
☐	adelantos en efectivo	$ _____	¿Con qué frecuencia? _____	
☐	ganancias de juego	$ _____	¿Con qué frecuencia? _____	
☐	Otro	$ _____	¿Con qué frecuencia? _____	☐ Sí ☐ No

Información sobre el Jefe de Familia continuado:

DEDUCCIONES (Solamente indique las deducciones reportadas en el formulario 1040 del IRS): Marque todo lo que corresponda e indique la cantidad y la frecuencia.

Si usted paga por ciertas cosas que se pueden deducir en la declaración de impuestos federales, al informarnos podría reducir sus ingresos contables. **Nota:** No debe incluir un costo ya considerado en su respuesta anterior referente a sus ingresos netos de trabajo por cuenta propia.

☐	Gastos de Educador	$ _____	¿Con qué frecuencia? _____
☐	Ahorros para la Salud account	$ _____	¿Con qué frecuencia? _____
☐	Gastos de mudanza	$ _____	¿Con qué frecuencia? _____
☐	Pensión alimenticia	$ _____	¿Con qué frecuencia? _____
☐	Deducciones de una Cuenta de retiro	$ _____	¿Con qué frecuencia? _____
☐	Gastos comerciales de los reservistas	$ _____	¿Con qué frecuencia? _____
☐	Multa pagada por retiro temprano de ahorros	$ _____	¿Con qué frecuencia? _____
☐	Intereses de préstamos estudiantiles	$ _____	¿Con qué frecuencia? _____
☐	Cargos de matrícula	$ _____	¿Con qué frecuencia? _____
☐	Domestic production activities	$ _____	¿Con qué frecuencia? _____

INGRESO ANUAL:

Si el ingreso listado por usted en esta página no es fijo de mes al mes, por favor díganos lo que espera que será su ingreso anual. **Por ejemplo,** algunas personas esperan su ingreso cambiar porque solo trabajan algunos meses del año. Si no espera un cambio a sus ingresos mensuales, pase esta pregunta.

Total de los ingresos anuales esperados $ _____	total de ingresos esperados el $

Raza/Origen étnico

¿Es usted de origen hispano, latino o español? (Opcional) ☐ Sí ☐ No

Si es Hispano/Latino (marque todo lo que corresponda - opcional)

☐ Mexicano ☐ Mexicoamericano ☐ Puertorriqueño ☐ Cubano ☐ Chicano/a ☐ Otro

Carrera (opcional): marque todo lo que corresponda

☐ Blanco	☐ Nativo de Hawáii	☐ Indio Asiático	☐ Coreano
☐ Afroamericano o Negro	☐ Guameño o Chamorro	☐ Chino	☐ Otro Asiático
☐ Indio Americano o Nativo de Alaska	☐ Samoano,	☐ Filipino	☐ Vietnamita
☐ Medioriental o Norteafricano	☐ Otro Isleño del Pacífico	☐ Japonés	☐ Otro:

Miembros adicionales del hogar (Si existen más de dos personas para incluir, haga una copia de la sección Miembros adicionales del hogar y complétala.)

Primer nombre, MI, Apellido & Sufijo	Estado civil	Si esta casado(a), ¿vive usted con su cónyuge? ☐ Sí ☐ No	Parentesco con usted?
Número de Seguro Social (OPCIONAL) _____-_____- _____	Fecha de Nacimiento ___/___/_____	¿Embarazada? ☐ Sí ☐ No Fecha del parto: _____ Si la respuesta es sí, ¿cuántos bebés se esperan: ___	Sexo ☐ Femenino ☐ Masculino

¿Esperan ellos presentar una declaración de impuestos federales el PRÓXIMO AÑO?

☐ Sí **Si la respuesta es sí, conteste las preguntas 1 a 3** ☐ No **Si no,** pase a la pregunta 3.

Nota: Usted puede solicitar para seguro de salud incluso si no presenta una declaración de

1. ¿Espera presentar una declaración conjunta con su cónyuge/pareja? ☐ Sí ☐ No
   Si la respuesta es sí, nombre de su cónyuge/pareja: _____
2. ¿Reclamará usted dependientes en su declaración de impuestos? ☐ Sí ☐ No
   Si la respuesta es sí, listar el nombre(s) de los dependientes: _____
3. ¿Lo declaran como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona? ☐ Sí ☐ No
   Si la respuesta es sí, por favor anote el nombre del declarante: _____
   ¿Qué parentesco tiene con el declarante? _____

¿Esta usted solicitando para Medicaid, Nevada Check-Up o asistencia con sus primas de seguro de salud (Crédito fiscal anticipado para la prima (APTC)?

☐ Sí **Si la respuesta es sí**, conteste todas las preguntas a continuación.

☐ No **Si la respuesta es no**, pase a las preguntas de ingreso.

Nota: Marcando 'Sí' indica que será evaluado para ayuda médica financiado con fondos federales.

Número de Seguro Social - REQUERIDO si no esta listado arriba _____-_____- _____	Si es un niño menor de 19 años, ¿tienen acceso a cobertura de empleado público? ☐ 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

¿Si la respuesta es sí, proporcione la siguiente información:

Tipo: _____ **No. de identificació** _____

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

¿Es usted un estudiante de tiempo completo? ☐ Sí ☐ No

¿Es usted un Indio Americano o Nativo de Alaska? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es sí, ¿cuál tribu?

Si es menor de 26 años de edad, ¿ha estado alguna vez en cuidado temporal? ☐ Sí ☐ No **Si la respuesta es sí**,

¿Edad cuando salieron del programa?_____ ¿Recibieron cuidado de salud a través de un programa estatal de Medicaid? ☐ Sí ☐ No

¿Es el padre o el pariente a cargo principal de cualquier niño, menor de 19, en el hogar?

☐ Sí ☐ No **Si la respuesta es sí**, quién? _____

¿Necesita alguien ayuda con cuentas médicas de los últimos tres meses? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es sí, ¿para cuáles meses?

Información Adicional de los Miembros a continuación:

¿Está legalmente ciego o permanentemente discapacitado? ☐ Sí ☐ No

¿Está recibiendo Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)? ☐ Sí ☐ No

¿Necesita alguien ayuda con actividades de la vida diaria a través de servicios de ayuda personal o un centro médico? ☐ Sí ☐ No

Trabajo actual e Información de Ingresos ☐ **Sin empleo** - Sigue a la sección 'Otro Ingreso'

Trabajo actual:

En los últimos 3 meses, usted: ☐ Cambió de trabajos ☐ terminó de trabajar ☐ trabaja menos horas ☐ Ninguno

Nombre del empleador: (Si tiene empleo por cuenta propia, escribe "S-Í MISMO')	Promedio de horas trabajadas cada semana
Dirección del empleador:	Número de teléfono del empleador: ( )

Ciudad: Estado: Código postal:

Ingresos en bruto/propinas recibidas por período de pago: $	¿Con qué frecuencia le pagan? ☐ Semanal ☐ Cada dos semanas ☐ Bimensual ☐ Mensual ☐ Anual

Si tiene empleo por cuenta propia, por favor conteste las siguientes preguntas:

Tipo de trabajo: _____

¿Cuántos ingresos netos (ganancias cuando los gastos son pagados) recibirás este mes? $ _____

OTROS INGRESOS: Marque todo lo que corresponda e indique la cantidad y la frecuencia con que usted la recibe.

Nota: No es necesario que nos informe sobre la manutención de niños o pagos de veteranos discapacitados. Ciertos dineros recibidos se contará o no se contará para Medicaid y Nevada Check-Up. Danos saber si cualquier dinero recibido es considerado ingreso tribual.

				¿Ingreso Tribual?
☐	Ninguno			
☐	Desempleado	$ _____	¿Con qué frecuencia? _____	
☐	Jubilación	$ _____	¿Con qué frecuencia? _____	
☐	Pensiones	$ _____	¿Con qué frecuencia? _____	
☐	Beneficios de la Seguridad Social (RDSI)	$ _____	¿Con qué frecuencia? _____	
☐	Intereses/Dividendos	$ _____	¿Con qué frecuencia? _____	☐ Sí ☐ No
☐	Anualidades	$ _____	¿Con qué frecuencia? _____	☐ Sí ☐ No
☐	Ingresos por alquiler o ingresos por regalías	$ _____	¿Con qué frecuencia? _____	☐ Sí ☐ No
☐	ganancias sobre el capital	$ _____	¿Con qué frecuencia? _____	☐ Sí ☐ No
☐	Ingresos agrícolas o pesqueros	$ _____	¿Con qué frecuencia? _____	☐ Sí ☐ No
☐	pensión alimenticia	$ _____	¿Con qué frecuencia? _____	
☐	subvenciones y becas	$ _____	¿Con qué frecuencia? _____	☐ Sí ☐ No
☐	adelantos en efectivo	$ _____	¿Con qué frecuencia? _____	
☐	ganancias de juego	$ _____	¿Con qué frecuencia? _____	
☐	Otro	$	¿Con qué frecuencia?	☐ Sí ☐ No

Información sobre el Jefe de Familia continuado:

DEDUCCIONES (Solamente indique las deducciones reportadas en el formulario 1040 del IRS): Marque todo lo que corresponda e indique la cantidad y la frecuencia.

Si usted paga por ciertas cosas que se pueden deducir en la declaración de impuestos federales, al informarnos podría reducir sus ingresos contables. **Nota:** No debe incluir un costo ya considerado en su respuesta anterior referente a sus ingresos netos de trabajo por cuenta propia.

☐	Gastos de Educador	$ _____	¿Con qué frecuencia? _____
☐	Ahorros para la Salud account	$ _____	¿Con qué frecuencia? _____
☐	Gastos de mudanza	$ _____	¿Con qué frecuencia? _____
☐	Pensión alimenticia	$ _____	¿Con qué frecuencia? _____
☐	Deducciones de una Cuenta de retiro individual (IRA)	$ _____	¿Con qué frecuencia? _____
☐	Gastos comerciales de los reservistas performing artists, and fee-basis government officials	$ _____	¿Con qué frecuencia? _____
☐	Multa pagada por retiro temprano de ahorros	$ _____	¿Con qué frecuencia? _____
☐	Intereses de préstamos estudiantiles	$ _____	¿Con qué frecuencia? _____
☐	Cargos de matrícula	$ _____	¿Con qué frecuencia? _____
☐	Domestic production activities	$ _____	¿Con qué frecuencia? _____

INGRESO ANUAL:

Si el ingreso listado por usted en esta página no es fijo de mes al mes, por favor díganos lo que espera que será su ingreso anual. **Por ejemplo,** algunas personas esperan su ingreso cambiar porque solo trabajan algunos meses del año. Si no espera un cambio a sus ingresos mensuales, pase esta pregunta.

Total de los ingresos anuales esperados $ _____ total de ingresos esperados el próximo $ _____

RAZA/ ETNICIDAD

¿Es usted de origen Hispano, Latino o Español? (opcional) ☐ Yes ☐ No

Si es Hispano/Latino (marque todo lo que corresponda - opcional)

☐ Mexicano ☐ Mexicoamericano ☐ Puertorriqueño ☐ Cubano ☐ Chicano/a ☐ Otro

Carrera (opcional): marque todo lo que corresponda

☐ Blanco	☐ Nativo de Hawáii	☐ Indio Asiático	☐ Coreano
☐ Afroamericano o Negro	☐ Guameño o Chamorro	☐ Chino	☐ Otro Asiático
☐ Indio Americano o Nativo de Alaska	☐ Samoano,	☐ Filipino	☐ Vietnamita
☐ Medioriental o Norteafricano	☐ Otro Isleño del Pacífico	☐ Japonés	☐ Otro:

INFORMACIÓN DE SEGURO DE SALUD

Conteste todas las siguientes preguntas para todos las personas quien esta solicitando ayuda para pagar seguro de salud.

SEGUROS A TRAVÉS DEL EMPLEO: (Esto incluye la cobertura del trabajo de otro, como un padre, pareja doméstica o cónyuge, e incluye los planes privados de los empleados, así como TRICARE, planes para empleados federales o estatales y del Cuerpo de Paz.)

¿Le ofrecen cobertura de salud de un trabajo?

☐ Yes **Si la respuesta es sí,** conteste las siguientes preguntas

☐ No **Si la respuesta es no,** Sigue a 'Otro seguro de salud'

Necesitamos saber sobre cualquier seguro de salud que puede recibir por parte de un trabajo. Puede utilizar este formulario para recibir información del empleador sobre la cobertura de salud que ofrece este trabajo. **Si hay más de un empleo, copiar está página.**

Nombre del empleado:		Empleados Número de Seguro Social _____-_____- _____
Nombre del empleador:	Número de Identificación Personal (EIN)	Número de teléfono del empleador ( ) _____ - _____
Dirección del empleador:	Ciudad	Estado Código postal
¿Con quién podemos comunicarnos sobre la cobertura de salud del empleado en este trabajo?	Número de teléfono: (_____)_____- _____	Dirección de correo electrónico:

¿Es elegible actualmente el empleado para la cobertura ofrecida por su empleador?

☐ Sí **If yes**, ¿ofrecerá este trabajo cobertura el PRÓXIMO AÑO? ☐ Sí ☐ No

☐ No Si el empleado NO es actualmente elegible, ¿Serán elegible en los PRÓXIMOS 3 MESES? ☐ Sí ☐ No
Si la respuesta es sí, proporcione la fecha: _____/_____/_____

¿A quién en la familia del empleado cubrirá el plan de salud? ☐ Cónyuge ☐ Pareja doméstica ☐ Dependiente(s)

¿A quién se le ofrece cobertura? (Si necesita más espacio, adjunte otra hoja de papel)

Persona nombrada (Primer nombre, inicial del segundo	**Inscribido ahora, planes de inscribirse,**	**Cambios que espera hacer el**
	☐ Inscribirse ahora ☐ Planes de inscribirse Fecha de inicio:____/_____/ ☐ No inscribido	☐ Planea descontinuarlo Fecha:___/___/_____ ☐ Será elegible Fecha de inicio:____/_____/
	☐ Inscribirse ahora ☐ Planes de inscribirse Fecha de inicio:____/_____/ ☐ No inscribido	☐ Planea descontinuarlo Fecha:___/___/_____ ☐ Será elegible Fecha de inicio:____/_____/
	☐ Inscribirse ahora ☐ Planes de inscribirse Fecha de inicio:____/_____/ ☐ No inscribido	☐ Planea descontinuarlo Fecha:___/___/_____ ☐ Será elegible Fecha de inicio:____/_____/ _____

SEGUROS A TRAVÉS DEL EMPLEO (a continuación)

¿Ofrece el empleador un plan de salud que cumple con el estándar del valor mínimo*? ☐ Sí ☐ No

Para el plan más bajo que cumple con el estándar del valor mínimo* ofrecido **solo al empleado** (no incluye planes familiares)

Si el empleador tiene programas de bienestar, proporciona la prima que el empleador paga si él o ella recibió el descuento máximo para cualquier discontinuación de programas de tobacco, y no reciben otros descuentos basado en los programas de bienestar.

a. ¿ ¿Cuánto pagará el empleado para las primas de este plan? $ _____

b. ¿Con qué frecuencia? ☐ Semanal ☐ Cada dos Semanas ☐ Dos veces al mes ☐ Mensual ☐ Trimestral ☐ Anual

¿Qué cambio hará el empleador para el nuevo plan para el próximo año (si es conocido)?

☐ Empleador no ofrece cobertura de salud

☐ Empleador emperezará a ofrecer cobertura de salud a los empleadores o cambiar la prima del plan al costo más bajo disponible solo para el empleador que cumple con el estándar del valor mínimo.* (La prima debe reflectar el descuento para los programas de bienestar.)

a. ¿Cuánto pagará el empleado para las primas de este plan? $ _____

b. ¿Con qué frecuencia? ☐ Semanal ☐ Cada dos Semanas ☐ Dos veces al mes ☐ Mensual ☐ Trimestral ☐ Anual

c. Fecha del cambio (MM/DD/AAAA) _____/_____/ _____

*Un plan de salud patrocinado por el empleador cumple con el " estándar del valor mínimo " si el total de los costos de los beneficios permitidos cubiertos por el plan no es menos del 60 por ciento de esos costos (Sección 36B (c) (2) (C) (ii) del Código del Servicio de Impuestos Internos de 1986.)

OTRA INFORMACIÓN DE SEGURO DE SALUD

¿Alguien tiene otro seguro de salud, incluyendo seguro para veteranos, Medicaid / Nevada Check-Up, Medicare, COBRA, seguro privado u otro plan de salud para jubilados? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es sí proporcione la siguiente información:

¿Quién tiene otro seguro de salud?	¿Qué tipo tienen?	Nombre del	Número de
Nombre:			
Nombre:			

OTRA INFORMACIÓN

Renovación de Cobertura (solo para hogares de APTC

Para hacerlo más fácil para determinar mi elegibilidad para ayudar el pago para cobertura de salud en años futuros, yo acepto permitir que Nevada Health Link utilice mis datos de ingreso, incluyendo información para declaración de impuestos, por los próximo 5 años (el número máximo de años permitidos). El Nevada Health Link enviará una notificación, dejar me hacer cambios, y puedo optar por no hacerlo cualquier tiempo.

Dio permiso para acceder a la declaración de impuestos en tiempo de renovación para los próximos:

☐ Sí **Si la respuesta es sí**, ¿Por cuantos años? ☐ 0 año ☐ 1 año ☐ 2 años ☐ 3 años ☐ 4 años ☐ 5 años

☐ No **NO** renovar mi elegibilidad para ayuda de cobertura de salud.

Representante Autorizado
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".

¿Desea nombrar a alguien como su representante autorizado? ☐ Sí ☐ No **Si la respuesta es no**, omita esta sección

Nombre del Representante Autorizado	Número de teléfono (_____)_____- _____

Dirección	Ciudad	Estado	Código postal

En firmando, usted permite esta persona a firmar su solicitud, para recibir información oficial sobre esta solicitud y. _____ _____/_____/_____
Su firma Fecha

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.)

Iniciales

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.

Iniciales

Información de Referencias:

¿Cómo se enteró acerca de estos programas? Marque SÓLO uno:

☐ Covering Kids & Families	☐ Escuela	☐ Recursos tribuales
☐ WIC	☐ Clínica	☐ Amigo / Familia
☐ Otro: _____		

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: en línea en: https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html;
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;
por teléfono: Centro de Respuesta del cliente: (800) 368-1019, Fax: (202)619-3818 (TDD): (800) 537-7697;
por correo electrónico: ocrcomplaint@hhs.gov

SI USTED NO ESTA REGISTRADO A VOTAR DONDE USTED VIVE AHORA, ¿DESEA REGISTRARSE A VOTAR AQUÍ HOY?

(Por favor marque una de las Casillas)

☐ Sí ☐ No

Si usted no marca ninguna casilla, se considerará que usted decidió no registrarse a votar en este momento.

La Ley **Nacional de Registro de VotantesAct** le provee a usted la oportunidad de registrarse a votar en este local. Si usted necesita ayuda para llenar la solicitud para registrarse a votar, nosotros le ayudaremos. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Usted puede llenar la solicitud en privado.

NOTICIA IMPORTANTE: El hecho de registrarse o negarse a registrar para votar NO AFECTARÁ la cantidad de asistencia que se le proporcionará por esta agencia.

_____ ____/____/_____

Su firma Fecha

CONFIDENCIALIDAD: Decida o no registrarse a votar, su decisión se mantiene confidencial..

SI USTED CREE QUE ALGUIEN HA INTERFERIDO con su derecho a registrarse o su decisión de no registrarse a votar, o su derecho de escoger su partido político o su preferencia política, usted puede poner una queja con la oficina del Secretary of State, Capitol Complex, Carson City, Nevada 89701.

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. 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 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.

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.

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.

_____ ____/____/_____

Su firma Fecha

Cooperación con Cumplimiento de la Manutención de Niños

Reconozco que voy a ser requerido a cooperar con la agencia para cobrar la manutención médica y establecer la paternidad de un padre ausente. Si pienso que el cooperar para cobrar la manutención médica podría causar daño a mí o a mis hijos, puedo decirle a la agencia y es posible que no tenga que cooperar.

Iniciales _____

¿Algún niño en esta solicitud tiene un padre viviendo fuera del hogar? ☐ Sí ☐ No

Encarcelamiento

¿Está alguien que solicita un seguro de salud en esta solicitud encarcelado? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es sí, escribe el nombre de la persona encarcelado aquí: _____

☐ Marque aquí si esta persona esta pendiente de la disposición de los cargos.

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.

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 los programas Nevada Medicaid o Nevada Check-Up. Si usted o miembros familiares ya están inscribidos 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 Atención Administrada le Gustaría?	Teléfono de contacto	Sitio Web *(Visite para más información)*
☐ **Anthem Blue Cross y Blue Shield Healthcare Solutions**	1-844-396-2329	mss.anthem.com/nevada-medicaid/home.html
☐ **Molina Healthcare**	1-844-327-7136	meetmolina.com/nv-medicaid
☐ **SilverSummit Healthplan**	1-844-366-2880	silversummithealthplan.com
☐ **UnitedHealthcare Health Plan of Nevada Medicaid**	1-800-962-8074	myHPNmedicaid.com/Member

☐ **No Preferencia** *(Nota: Si no escoge una opción de atención administrada, usted será asignado uno al azar por Medicaid)*

Para más información en los planes diferentes, visite 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	TTY	Carson City	Reno	Las Vegas	Elko
(800) 992-0900	(800) 326-6888	(775) 684-3651	(775) 687-1900	(702) 668-4200	(775) 753-1191

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.

Teléfono preferido (____) _____-_____ Iniciales _____

☐ No doy mi consentimiento para recibir mensajes de texto como se describe anteriormente.

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 Marca del Cónyuge/Pareja (Segundo padre de los niños) 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 completad

Entregue su solicitud a la oficina local de Bienestar o, envíela por correo a:
DWSS
PO BOX 15400
Las Vegas, NV 89114

Se acordó de:

- ✓ Informarnos de todos en su familia y el hogar, incluso si ellos no necesitan un seguro?
- ✓ Preguntarle a su empleador sobre cualquier seguro relacionado con el empleo?
- ✓ ¿Firmar esta solicitud?

Notificación de Operaciones del Programa de Medicaid de Recuperación de Patrimonio

Le informamos que si esta solicitando para o recibiendo beneficios del Programa de Medicaid, esta información es importante que puede afectar su decisión para recibir beneficios de Medicaid.

Conforme a las leyes estatales y federales, el Estado de Nevada administra un Programa de Medicaid de Recuperación de Patrimonio por medio del cual se recuperan beneficios de Medicaid del patrimonio de la persona que recibió beneficios de Medicaid. Los beneficiarios de Medicaid de 55 años o mayores y ciertos hospitalizados en centros de enfermería o instituciones son afectados por el programa. Cuando esos individuos fallecen, Medicaid requiere que los patrimonios no divididos de esos individuos reembolsan cualquier beneficio pagado por Medicaid..

"El patrimonio no dividido" se define amplia en Nevada. Esto incluye todos los bienes raíces y personales y otros bienes a los cuales el individuo tenía título legal o interés en el momento de fallecimiento. Esto incluye bienes transferidos a alguien más por tenencia conjunta, herencia en vida, fondos fiduciarios, anualidades, la Ley de Asentamientos de Rurales y otro arreglo. Un reclamo de Medicaid no puede ser anulado por una reclamación de exención por la Ley de Asentamientos Rurales o por la ejecución de las leyes de bancarrota o insolvencia.

Ciertos individuos son protegidos por la recuperación de Medicaid. Medicaid no puede recuperar si el beneficiario de Medicaid no tiene un cónyuge sobreviviente, un niño menor de 21 año o un niño ciego y/o discapacitado de cualquier edad. Si Medicaid es prevenido de recuperar por motivos de un cónyuge sobreviviente, un niño ciego o discapacitado menor de 21 año de edad, Medicaid puede ubicar una retención sobre el interés del beneficiario en bienes raíces/o personales..

Sin embargo, Medicaid tiene que liberar la retención si el cónyuge, niño ciego o discapacitado menor de 21 año de edad vende los bienes a un proveedor auténtico por menos del valor justo de mercado. Si el individuo eximido escoge a refinanciar la propiedad, Medicaid pospondrá la retención.

Además, ciertos Ingresos, recursos, y propiedades de los indios americanos y nativos de Alaska son exentos de recuperación de patrimonio por Medicaid. Por favor de referirse al Manual de Operaciones de Medicaid al www.dhcfp.nv.gov por una explicación de la propiedad en exención de recuperación para estos grupos.

La idioma hacia arriba se refiere a los beneficios que son pagados correctamente a los beneficiarios de Medicaid. Cuando los beneficios son pagados a las personas que no son elegibles, estos beneficios son considerados pagados incorrectamente. Medicaid puede recuperar pagos incorrectamente de beneficios inmediatamente al descubrir y sin las restricciones que aplican a los beneficios pagados correctamente.

La recuperación de Medicaid podría no aplicarse, retrasarse o se podría llegar a un acuerdo si causaría dificultades excesivas a los herederos. Los herederos deben someter a una exención de situación adversa en el tiempo de recuperación de Medicaid. La negación de una exención de situación o compromiso puede ser apelado por el sistema legal apropiado. Medicaid proporcionará una solicitud de información de exención de situación a los herederos conocidos en el tiempo de recuperación.

Por favor de compartir este formulario con todos los miembros familiares y herederos potenciales.

Si tiene preguntas o necesidades de claridad adicional, por favor de comuníquese con HMS al (800) 293-3973 correo electrónico nvestaterecovery@gainwelltechnologies.com o visite al sitio web de Medicaid de Recuperación de Patrimonio al www.dhcfp.nv.gov bajo "Programas."

[1] Ciertos hospitalizados en centros o instituciones de enfermería se refiere a los individuos con respeto de quien el Estado determina, después de la notificación y la oportunidad de una audiencia, que el hospitalizado no puede esperar razonablemente que el paciente sea dado de alto de una institución médica y regresar a casa.