



Solicitud de Seguro de Salud para Mujer Embarazada

Un Programa Especial de Medicaid

Sello con fecha de recepción en oficina:

Nombre:				Primer nombre		Inicial		Apellido		Apellido de soltera		Codigo de área – número de teléfono ()					
Domicilio:				Número		Calle		Apto. No.		Ciudad		Condado		Estado		Código Postal	
Domicilio postal (sólo cuando sea distinto del indicado arriba):										Si no tuviera teléfono en su casa, número en el que se la puede ubicar ()							

1. ¿Qué persona en su hogar está embarazada? _____
2. ¿Tiene Medicaid? Sí No
3. ¿Se ha hecho un Examen de Comienzo Saludable? Sí No No Sé **Si respondió No o No Sé, pídale uno a su médico.**
4. Fecha Estimada de Parto: _____
5. Indique todas las personas que viven en su hogar (escriba su nombre en primer lugar):

**** Solamente la mujer embarazada debe suministrar su Número de Seguro Social y su número de ID de ciudadano estadounidense o del INS.**

Primer Nombre	Inicial	Apellido	Vínculo con la Mujer Embarazada	**Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Raza	Sexo	Ciudadano de EE. UU.?		** Si no tiene, indique su Número de ID del INS**	Fecha de Inscripción	¿Solicitó Medicaid?	
								Sí	No			Sí	No
			(Yo)										

Si hay más personas en su casa, adjunte la información en otra hoja y agregue información sobre los ingresos que perciben.

6. ¿Vive el padre del niño por nacer en la casa? Sí No Si la respuesta es afirmativa, escriba su nombre: _____
7. Es su deber proporcionar toda la información sobre cada persona mencionada en el Punto 5 precedente. Pero si tiene 21 años o más, puede omitir información sobre **sus padres y sus hermanos**.

Nombre de la Persona que Percibe Ingresos	Fuente de Ingresos	Ingresos Brutos (antes de deducciones)	Regularidad del pago (semanal, quincenal, mensual)	Información Adicional
	Empleo actual: Nombre del empleador			Domicilio del empleador / Número de teléfono:
	Empleo actual: Nombre del empleador			Domicilio del empleador / Número de teléfono:
	Alimentos para menores			Costos de Cuidado de Menores por Empleo:
	Seguridad Social /SSI			Pagados por: Pagados a:
	Beneficios por desempleo			Hijo(s) por el(los) que se paga:
	Otros ingresos:			Monto pagado: \$ Frecuencia:

8. ¿Tiene la mujer embarazada seguro de salud? Sí No Si respondió Sí, indique el nombre de la compañía de seguros: _____
9. ¿Tiene la mujer embarazada Medicare? Sí No En caso afirmativo, ¿cuál es el número de Medicare? _____
10. ¿Tiene la mujer embarazada facturas médicas impagas correspondientes a los últimos tres meses? Sí No Si respondió Sí, indique los meses: _____

IMPORTANTE: Usted debe presentar un certificado de embarazo. Para asegurarse el procesamiento rápido de su solicitud, adjunte una constancia emitida por un profesional de la salud calificado.

CERTIFICADO Y AUTORIZACIÓN: Certifico bajo pena de perjurio que la información suministrada en esta solicitud es verdadera y correcta, según mi leal saber y entender. Entiendo que la información proporcionada será considerada confidencial de acuerdo con las leyes de Florida y la legislación federal. Autorizo la divulgación de información financiera y médica a los fines de determinar la elegibilidad y autorizo a Medicaid, MomCare, Healthy Start Care Coordinator, WIC, y a los programas de DCF o a sus representantes a contactarme o contactarse con mis proveedores de servicios de salud en relación con mi participación en los programas de cuidado prenatal y de parto. Entiendo que la información que he suministrado estará sujeta a verificación, lo que podrá incluir la búsqueda de coincidencias de archivos de datos, y que se me podrá solicitar información adicional. He leído y comprendido mis derechos y responsabilidades. Como condición de participación en el programa de Medicaid, la solicitante presta su consentimiento para que se analicen y divulguen todos los registros médicos que sean necesarios en la administración del plan estadual de Medicaid.

Firma del Solicitante: _____ **Fecha:** _____

Información Importante Sobre Medicaid

Este formulario Medicaid es sólo para mujeres embarazadas. El Departamento de Niños y Familias (DCF) le informará si es seleccionada para Medicaid.

- Tiene derecho a presentar su solicitud el mismo día en en que se comunica con la oficina por el programa de Medicaid.
- Tiene derecho a recibir Medicaid, si es elegible.
- Debe ayudarnos a decidir su elegibilidad brindándonos información o permitiéndonos obtenerla de otras fuentes, incluso de otras bases de datos.
- Usted debe suministrarnos información completa y correcta sobre todos los miembros de su familia en la solicitud inicial y cada vez que se comunique con nosotros.
- Debe dar su Número de Seguridad Social (SSN) y su ciudadanía. No tiene que darnos el SSN o ciudadanía de otros miembros de su familia. Si nos proporciona su SSN, esta información sólo será utilizada para verificar su renta. El SSN no será compartido con el INS. Si el SSN de otras personas no está en la solicitud, probablemente tenga que proporcionar prueba de su renta.
- Su edad, credo, discapacidad, estado civil, país de origen, color, raza, sexo, creencias religiosas o políticas no influirán en su solicitud o servicio.
- Tiene derecho a apelar cualquier decisión que se tome en su caso.
- Si tergiversa la verdad a propósito, o ayuda a otra persona a tergiversar la verdad, puede ser penado conforme leyes federales o estatales o ambas. Si obtiene asistencia médica para la cual no ha sido seleccionado, probablemente tenga que abonar en efectivo el valor de dicha asistencia. También puede estar sujeto a otras sanciones civiles.
- Usted debe ceder sus derechos a recibir pagos de terceros y colaborar con información sobre la cobertura del seguro de salud.
- Usted debe informar todos los cambios tan pronto como sea posible, dentro de los diez días de ocurrido el cambio.
- Podemos verificar toda la información que usted proporcione, incluso mediante coincidencias por computadora. Se nos exige que mantengamos la privacidad de su información.
- Debe informarnos dentro de los 10 días sobre cambios de casa o tamaño de la familia.
- Usted no debe hacer uso indebido de su asistencia médica.



**Return completed form
to local office address
shown below:**

***Recuerde. . .
El cuidado prenatal
es importante para
usted y su bebé!***

Seguro Médico Para Mujeres Embarazadas



Un Programa Especial de Medicaid

Para información o ayuda para
llenar esta solicitud, llame
a la oficina local de DCF.

Seguro de Salud para Mujeres Embarazadas

Un Programa Especial de Medicaid

La atención prenatal temprana y permanente puede ayudarla a tener un bebé sano. Visite a su médico, partera o clínica ni bien piense que puede estar embarazada.

Mediante esta cobertura usted podrá acceder a este importante beneficio. Si está embarazada, puede calificar para este programa especial de Medicaid.

Para solicitarlo:

- 1) complete esta solicitud simple,
- 2) adjunte prueba de su embarazo emitida por un proveedor de atención de la salud, y
- 3) envíela por correo, fax o llévela a la oficina local de DCF

Si desea hacer alguna consulta sobre el programa, necesita ayuda para completar la solicitud o necesita la dirección o el número de fax de la oficina del DCF, llame al 1-866-762-2237.

El WIC puede ayudarla a tener un embarazo y un bebé sanos. El WIC le brinda lo siguiente, sin costo alguno: comidas saludables, educación nutricional, apoyo para el amamantamiento, y derivaciones para atención de la salud. Para mayor información, llame al 1-800-342-3556.

Si necesita ayuda para encontrar asistencia médica, llame al 1-800-451-2229.

Cuando haya obtenido la aprobación de Medicaid, podrá recibir una carta donde se le asigne su Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) de Medicaid. En tal caso, podrá llamar a sus Opciones de Medicaid al 1-888-367-6554 para ver si puede desafiliarse o interrumpir la asignación.

ATENCIÓN SOLICITANTE: Separe esta hoja antes de enviar por correo o devolver la solicitud.

Límites de Ingresos para Recibir Asistencia de Medicaid para Mujeres Embarazadas:

Si el ingreso de su grupo familiar es inferior al 185% del nivel de pobreza federal, usted podrá recibir asistencia de Medicaid. Para determinar su elegibilidad, tenemos en cuenta el ingreso bruto de su grupo familiar y la cantidad de personas que lo componen (incluido el niño por nacer). Permitimos una deducción estándar y algunos costos correspondientes a los trabajadores independientes.

Información necesaria para procesar su solicitud:

**** Una nueva ley exige a los ciudadanos de los EE.UU. que presenten prueba de ciudadanía e identidad para la aprobación de la solicitud.**

1. Comprobante de su condición de ciudadano estadounidense (por ej. certificado de nacimiento) o de no ciudadano,
2. Prueba de identidad (por ej. licencia de conducir),
3. Constancia de embarazo, incluida la cantidad de niños por nacer y la fecha estimada de parto,
4. Su número de Seguro Social,
5. Constancia de residencia en la Florida,
6. Prueba de los ingresos brutos correspondientes a las últimas 4 semanas para todos los miembros del grupo familiar,
7. Otro seguro de salud, si lo tuviera.

Una vez que esté inscrita, el programa le brindará servicios de **atención médica e internación** durante el embarazo y hasta dos meses después de su finalización. También puede cubrir facturas médicas recibidas hasta tres meses antes de su afiliación. Esta cobertura es sin costo.