

Revisión de la Elegibilidad de Medicaid y Basic Health

Anuncio: El 1 de julio de 2011, Medicaid dejó el Departamento de Servicios Sociales y de Salud (DSHS) y se unió a la Autoridad del Atención Médica (HCA).

Sección 1: Información de su hogar Complete esta sección del miembro/solicitante y el cónyuge legal, aún si no solicita cobertura.				
¿Qué idioma y dialecto habla usted?		Marque aquí si necesita un intérprete <input type="checkbox"/>		Número de Identificación o Licencia de Conducir* de WA
Miembro/solicitante Apellido		Primer nombre		Inicial segundo nombre
Firma del solicitante (requerida)		Raza (ver los ejemplos a continuación)**		Nombre de tribu (Para Indios Americanos, Nativos de Alaska)***
Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Solicita cobertura <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Ciudadano estadounidense? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Recibe beneficios médicos del Estado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Número de identificación del cliente (si se conoce)
Dirección requerida; debe adjuntar prueba*		Dpto. #	Ciudad	Condado
Dirección Postal o P.O. Box (si es diferente al anterior)		Ciudad	Condado	Estado
Número de teléfono de casa () ()	Otro número de teléfono () ()	Estado civil (marque uno) <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Legalmente separado <input type="checkbox"/> Legalmente casado – fecha del matrimonio:		
Marque la casilla si usted (todo lo que corresponda): <input type="checkbox"/> Tiene otra cobertura <input type="checkbox"/> Necesita ayuda con las facturas médicas sin pagar por cualquiera de los últimos tres meses <input type="checkbox"/> Tiene problemas de salud que se espera le impidan trabajar durante 12 meses <input type="checkbox"/> Recibió un resultado positivo de una prueba de embarazo - Fecha de parto: _____				
Prefiere estar en contacto por: <input type="checkbox"/> Correo electrónico o <input type="checkbox"/> Correo postal		Dirección de correo electrónico		
Complete esta sección para el cónyuge legal				
Cónyuge Apellido		Primer nombre		Inicial segundo nombre
Firma del cónyuge		Raza (ver los ejemplos a continuación)**		Nombre de tribu (Para Indios Americanos, Nativos de Alaska)***
Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Solicita cobertura <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Ciudadano estadounidense? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Recibe beneficios médicos del Estado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Número de identificación del cliente (si se conoce)
Dirección requerida; debe adjuntar prueba*		Dpto. #	Ciudad	Condado
Dirección Postal o P.O. Box (si es diferente al anterior)		Ciudad	Condado	Estado
Número de teléfono de casa () ()	Otro número de teléfono () ()	Estado civil (marque uno) <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Legalmente separado <input type="checkbox"/> Legalmente casado – fecha del matrimonio:		
Marque la casilla si usted (todo lo que corresponda): <input type="checkbox"/> Tiene otra cobertura <input type="checkbox"/> Necesita ayuda con las facturas médicas sin pagar por cualquiera de los últimos tres meses <input type="checkbox"/> Tiene problemas de salud que se espera le impidan trabajar durante 12 meses <input type="checkbox"/> Recibió un resultado positivo de una prueba de embarazo - Fecha de parto: _____				
Prefiere estar en contacto por: <input type="checkbox"/> Correo electrónico o <input type="checkbox"/> Correo postal		Dirección de correo electrónico		

Sección 2: Dependiente legal (Si son más de dos, indicar en un hoja separada o copie esta página).				
Indique todos sus dependientes legales hasta los 26 años, incluso si usted no desea la cobertura para ellos o ellos no estén viviendo en su casa. Los dependientes que asisten a la escuela fuera del estado deben incluir un comprobante de la escuela. (Consulte el folleto <i>Cómo Solicitar Basic Health</i> para obtener más información).				
1	Apellido	Primer nombre	Inicial segundo nombre	Número de seguro social
Lugar de nacimiento (Ciudad/Estado)		Parentesco con el solicitante <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Otro _____		Fecha de nacimiento
Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Solicita cobertura <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿El dependiente es ciudadano estadounidense? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿El dependiente asiste a la escuela fuera del estado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "sí", envíe un comprobante de la inscripción.		Raza (ver los ejemplos a continuación)**	Nombre de tribu (para Indios Americanos, Nativos de Alaska)***	
Marque la casilla si usted (todo lo que corresponda): <input type="checkbox"/> Tiene otra cobertura <input type="checkbox"/> Necesita ayuda con las facturas médicas sin pagar por cualquiera de los últimos tres meses <input type="checkbox"/> Tiene problemas de salud que se espera le impidan trabajar durante 12 meses <input type="checkbox"/> Recibió un resultado positivo de una prueba de embarazo - Fecha de parto: _____				
¿El dependiente está viviendo en la casa a tiempo completo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "no", por favor brinde la dirección del dependiente a continuación.				
Dirección		Ciudad	Condado	Estado
Dirección Postal o P.O. Box (si es diferente al anterior)		Ciudad	Condado	Estado
2	Apellido	Primer nombre	Inicial segundo nombre	Número de seguro social
Lugar de nacimiento (Ciudad/Estado)		Parentesco con el Solicitante <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Otros _____		Fecha de nacimiento
Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Solicita cobertura <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿El dependiente es ciudadano estadounidense? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿El dependiente asiste a la escuela fuera del estado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "sí", envíe un comprobante de la inscripción.		Raza (ver los ejemplos a continuación)**	Nombre de tribu (para Indios Americanos, Nativos de Alaska)***	
Marque la casilla si usted (todo lo que corresponda): <input type="checkbox"/> Tiene otra cobertura <input type="checkbox"/> Necesita ayuda con las facturas médicas sin pagar por cualquiera de los últimos tres meses <input type="checkbox"/> Tiene problemas de salud que se espera le impidan trabajar durante 12 meses <input type="checkbox"/> Recibió un resultado positivo de una prueba de embarazo - Fecha de parto: _____				
¿El dependiente está viviendo en la casa a tiempo completo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "no", por favor brinde la dirección del dependiente a continuación.				
Dirección		Ciudad	Condado	Estado
Dirección Postal o P.O. Box (si es diferente al anterior)		Ciudad	Condado	Estado

* Si usted proporciona un número de Tarjeta de Identificación o de Licencia de Conducir del Estado de Washington válido, Basic Health puede aceptarlo como comprobante de residencia sin que usted envíe una copia del documento.

** La información de antecedentes étnicos y raza es voluntaria. Ejemplos de raza: Blanco, Negro o Afroamericano, Hispano o Latino, Isleño del Pacífico, Indio Americano, Nativo de Alaska o cualquier combinación de razas.

***Envíe comprobante. Vea el folleto *Cómo solicitar Basic Health* para las formas de documentación aceptables.

Sección 3: Otro padre biológico (Si vive en su casa)

¿Desea cobertura para un dependiente cuyo otro padre biológico no está legalmente casado con usted, pero está viviendo en su casa? Sí No

Si el padre biológico desea la cobertura de Basic Health, él o ella debe presentar un formulario por separado.

Si marcó "sí", usted debe llenar la siguiente información sobre ese padre y adjunte el comprobante de ingresos de los últimos 30 días de esta persona.

Nombre del otro padre biológico (apellido, primer nombre, iniciales del segundo nombre)			Número del Seguro Social
Fecha de nacimiento	Ingreso bruto mensual (antes de impuestos)	Número de teléfono durante el día ()	Número de teléfono del empleador ()
Nombre del empleador/compañía		Dirección del empleador	
Indique los nombres de los hijos de este padre que se muestra en su formulario			
¿Paga este padre la manutención para niños por orden judicial? Si la respuesta es "sí", ¿Cuánto paga usted por mes? \$ _____ <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

Sección 4: Empleo

Indique los actuales empleadores de usted y de su cónyuge, si están legalmente casados. Utilice otra hoja si tiene más empleadores.

Nombre de su empleador/compañía actual	Número de teléfono	Fecha de contratación	Nombre del empleador/compañía actual del cónyuge	Número de teléfono	Fecha de contratación

Sección 5: Ingreso familiar

Formulario de informe del ingreso familiar - Mostrar los montos brutos (antes de impuestos) en este formulario.

¿Ha cambiado de empleadores en los últimos 12 meses? Sí No ¿Cambiaron sus ingresos en los últimos 12 meses? Sí No

Explique brevemente el/los cambio(s) _____

Si usted no recibió 30 días actuales/consecutivos completos de beneficios o días de ingreso de cualquier otra fuente de ingresos indicada a continuación, por favor explique el motivo aquí. También se debe explicar cualquier periodo por el cual no tenga documentación.

Basic Health puede promediar o utilizar los ingresos de sus últimos 30 días para obtener un panorama más exacto de su ingreso.

Usted debe marcar "sí" o "no" en cada miembro de su familia respecto a cada ítem de la línea de ingresos. Mostrar los montos brutos mensuales. Si tiene más dependientes, indique en una hoja aparte o copia este formulario.	Usted mismo	Cónyuge	Menor
Sueldos brutos, salario, propinas, ayudantías, comisiones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No \$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No \$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No \$
Empleo independiente o ingresos de alquiler Proporcione el número del Identificador de Negocios Unificados (UBI) del Estado de Washington _____ Marque la casilla si no tiene el número de UBI <input type="checkbox"/> (Para obtener más detalles sobre Basic Health, vea la carta de presentación).	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No \$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No \$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No \$
Compensación por desempleo, beneficios de huelga	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No \$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No \$	N/C
Beneficios del Seguro Social - marque los tipos recibidos <input type="checkbox"/> Jubilación <input type="checkbox"/> Sobreviviente <input type="checkbox"/> Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI) <input type="checkbox"/> Discapacidad Si tiene beneficios de discapacidad del Seguro Social, fecha del beneficio adquirido: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No \$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No \$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No \$
Beneficios de jubilación, pensión, anualidad ¿Se recibió la cantidad recibida por un retiro anticipado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No \$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No \$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No \$
Manutención para niños, manutención conyugal/alimenticia recibida	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No \$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No \$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No \$
Beneficios del Seguro, ya sean privados o mediante el empleo, tales como de vida, de accidentes, discapacidad a corto o largo plazo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No \$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No \$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No \$
Intereses, dividendos, fondos, patrimonio, herencia, ganancia de capital, apuestas, lotería, regalías	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No \$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No \$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No \$
Beneficios de veteranos, pensiones militares	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No \$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No \$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No \$
Compensación a los trabajadores	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No \$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No \$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No \$
Los subsidios en efectivo de Asistencia Pública NO INCLUYE CUPONES PARA ALIMENTOS	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No \$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No \$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No \$
Ingresos de cualquier otra fuente Explique _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No \$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No \$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No \$

Sección 6: Información de otro Seguro Médico

Indique su nombre y el de todos los miembros de la familia que tengan otro seguro médico o estén cubiertos por un programa de salud (como Tri-Care, beneficios de VA, Medicare o Medicaid), incluso si no están solicitando cobertura de Basic Health. Si necesita más espacio, use una hoja aparte e incluya su nombre completo y dirección.

Apellido, Primer nombre, Inicial del segundo nombre (Indique su propio nombre primero)	Compañía de seguro de salud o Programa de salud	Número de teléfono de la compañía de seguro de salud o programa de salud	Número de Política o de grupo	Fecha de finalización de la Política

Sección 7: Recursos (Adjunte las hojas adicionales si es necesario y envíe el comprobante).

Un recurso es cualquier cosa que usted posee o compra, que pueda ser vendido, comercializado o convertido en efectivo o dinero por otros.

Un recurso no incluye propiedad personal tal como mobiliario o vestimenta. Ejemplos de recursos son:

- Dinero en efectivo
- Cuentas corrientes
- Cuentas de ahorros
- CDs
- Cuentas de mercado financiero
- Bonos de ahorro
- Bonos
- Fondos mutuos
- Acciones
- Anualidades
- Fideicomisos
- IRA
- 401K
- Fondo de jubilación
- Viviendas, incluyendo el
aquél en el que vive
- Condominio
- Terreno
- Contratos de ventas
- Edificio
- Patrimonio de vida
- Seguro de Vida
- Fondos Funerarios, pagado
por adelantado planes
- Fondos de la Universidad
- Tiempo compartido
- Equipo de negocios
- Equipo agrícola
- Ganadería

Por favor enumere los recursos que usted, su cónyuge o cualquier persona por la que usted está presentando una solicitud posee o compra:

Recursos	A quién pertenece	Lugar	Valor
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$

Yo, mi cónyuge o alguna persona por la que estoy presentando una solicitud posee autos, camiones, furgonetas, botes, RVs, remolques u otros vehículos motorizados (Adjunte hojas adicionales si fuesen necesarias):

Año (ej.:1980)	Marca (Ej. Ford)	Modelo (Ej. Escort)	Marque si es alquilado	Marque si el vehículo es utilizado para propósitos médicos	Monto adeudado
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$

Yo, mi cónyuge, o alguien por la que estoy presentando una solicitud ha vendido, intercambiado, regalado o transferido un recurso en los últimos cinco años (incluyendo fideicomisos, vehículos o patrimonios de vida):

- Sí No Si la respuesta es "sí", que: _____ Cuando: _____
- Si la respuesta es "sí", qué: _____ Cuando: _____
- Si la respuesta es "sí", qué: _____ Cuando: _____

Sección 8: Gastos Mensuales (Adjunte comprobante)

<input type="checkbox"/> Trabajo o escuela relacionado al cuidado de niños dependientes (incluyendo costos de transporte)	Monto mensual \$	Quién paga
<input type="checkbox"/> Trabajo relacionado al cuidado de adultos dependientes (incluyendo costos de transporte)	Monto mensual \$	Quién paga
<input type="checkbox"/> Manutención para niños	Monto mensual \$	Quién paga

En caso que no informe acerca de alguno de los gastos mencionados anteriormente, consideraremos esto como una declaración por parte de su familia que usted no desea recibir una reducción para este gasto.

Sección 9: Declaración, Acuerdo y Firmas

Comprendo que:

- Debo brindar información correcta y cumplir con los requerimientos de información.
- Debo brindar un comprobante demostrando que soy elegible, incluyendo el comprobante de mis ingresos brutos familiares (antes de impuestos y deducciones).
- Debo asignar los pagos de terceros para la atención médica en el estado de Washington cuando reciba los beneficios de atención médica. Si esto me pondría en peligro o a alguien de mi familia, entonces podría solicitar que no lleven a cabo la manutención médica y los pagos de terceros para la atención médica.
- Debo informar los cambios de dirección y los cambios en mi familia. Por ejemplo, mi matrimonio o divorcio, o el matrimonio o el divorcio de cualquier miembro de la familia en mi cuenta, el nacimiento o adopción de un niño, o la fecha en que un niño dejó la casa, ya no es un dependiente o ya no es un estudiante a tiempo completo.
- Mi solicitud y los documentos que envío se utilizarán para determinar la elegibilidad de los programas de Basic Health y Medicaid disponibles en el Estado de Washington.
- El depósito de Basic Health del pago de mi prima no garantiza la cobertura. El pago será reembolsado si me determinan inelegible para la cobertura.
- Si algún miembro de mi familia, o cualquier otra persona en mi nombre, presenta información falsa, mi familia o yo podríamos perder la cobertura, podríamos ser responsables económicamente por los servicios obtenidos o por los anteriores montos adeudados de la prima y podríamos enfrentar otras sanciones y el enjuiciamiento.
- Cualquier deuda contraída con el estado puede ser enviada a una agencia de cobranzas para la recuperación.
- Al firmar este formulario, autorizo la verificación de mi información y de los ingresos familiares con otras agencias estatales o federales o de otras fuentes de terceros.

Autorizo a mi plan de salud o proveedor de servicios médicos ver las historias clínicas de mis hijos y mía con el fin de participar en los programas Basic Health o Medicaid

He leído y entiendo la información que se me brindó en esta solicitud. Certifico o declaro bajo pena de perjurio bajo las leyes del estado de Washington que la información que declaré en esta solicitud es verdadera y correcta.

El acuerdo debe ser firmado por usted y su cónyuge, si están legalmente casados.

Firma del miembro/solicitante	Fecha	Nombre en letra imprenta del miembro/solicitante	Ciudad y estado donde firmó
Firma del cónyuge	Fecha	Nombre en letra imprenta del cónyuge	Ciudad y estado donde firmó

Firma de todos los dependientes de 18 años a más

Firma (mayores de 18 años)	Fecha	Nombre en letra imprenta	Ciudad y estado donde firmó
Firma (mayores de 18 años)	Fecha	Nombre en letra imprenta	Ciudad y estado donde firmó

Envíe por correo electrónico los documentos solicitados a:

Basic Health Recertification
PO Box 42687
Olympia, WA 98504-2687
o FAX: 360-725-2047

¿Preguntas?

Llamar al 1-800-660-9840 o visite
www.basichealth.hca.wa.gov

Washington State
Health Care Authority

Declaración de privacidad: La información que nos brinde será confidencial en la medida permitida por las leyes federales y estatales. Basic Health es administrado por la Autoridad de Atención Médica de Estado de Washington. Nuestro Aviso de Privacidad está disponible llamando al 206-521-2035 o en www.hca.wa.gov.