# Solicitud del Seguro de Salud para Mujeres Embarazadas

Un Programa Estatal de Medicaid

***Sello de Fecha de Recibo en la Oficina:***

| ***Nombres:*** Primero | Segundo (inicial) | Apellido | Apellido de Soltera | Codigo de Área – Número de Teléfono ( ) |
|---|---|---|---|---|
| ***Domicilio:*** Número | Calle | No. de Apto. | Ciudad / Condado / Estado / Código Postal | |
| ***Domicilio Postal*** (Se requiere si es diferente al de arriba): | | | | Si no tiene teléfono casero, a cual teléfono podemos comunicarnos con usted? ( ) |

**1.** En su hogar, quien está embarazada?_____

**2.** Tiene ella el Medicaid? ☐ Sí ☐ No

**3.** Se hizo la prueba de "Healthy Start"? ☐ Sí ☐ No ☐ No Sé

**Si puso que no, o que no sabe, pídale una a su médico.**

**4.** Fecha de Parto prevista:_____

**5.** Enumere todas las personas que viven en su hogar(escriba el nombre suyo primero):

**** Solo la embarazada tiene que proporcionar su Número de Seguro Social y su número de ciudadanía o de ID del SIN (inmigración).**

| Primer | Inicial | Apellido | Relación con la embarazada | **Número de Seguro Social | Fecha de Nacimiento | Raza | Sexo | Ciudadana de EE UU? Sí | Ciudadana de EE UU? No | ** Si no, indique número de ID del SIN ** | Fecha de Entrada | Solicitó el Medicaid? Sí | Solicitó el Medicaid? No |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | (Yo Misma) | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | [redacted] | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |

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

**6.** ¿ El padre del bebé por nacer, vive en casa? ☐ Sí ☐ No Si respondió que sí , escriba el nombre de él:_____

**7.** Ud. debe proporcionar toda la información sobre cada persona enumerada arriba en el Punto 5. Pero, si es mayor de 21 años, puede omitir información sobre sus padres y hermanos.

| Nombre de la Persona que Recibe 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: |
| | Sustento de menores | | | **Costos de Cuidado de Menores por Trabajo:** |
| | Seguro 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 que sí, indique el nombre de la compañía de seguros:_____

**9.** ¿Tiene la mujer embarazada Medicare? ☐ Sí ☐ No Si respondió que sí, ¿cuál es el número de Medicare? _____

**10.** ¿La mujer embarazada tiene facturas médicas sin pagar de 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 comprobante emitida por un profesional de la salud calificado.**

**CERTIFICADO Y AUTORIZACION:** Certifico so pena de perjurio que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta, según mi leal saber y entender. Entiendo que la información proporcionada se mantiene confidencial de acuerdo con las leyes de Florida y la legislación federal. Autorizo la divulgación de información financiera y médica a fines de determinar la elegibilidad y autorizo a los programas del Medicaid, MomCare, Coordinador de Cuidados "Healthy Start", WIC, y DCF o a sus representantes, a comunicarse conmigo o con mis proveedores de servicios de salud en relación a mi participación en los programas de cuidado prenatal y de parto. Entiendo que la información que he proporcionado será sujeta a verificación, que podría incluir compatibilidad por computadora, y que se me podría 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 analizar y divulgar todos los registros médicos que se consideren necesarios para administrar el plan estatal de Medicaid.

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

## Información Importante Sobre El Medicaid

**Este formulario Medicaid es sólo para mujeres embarazadas. El Departamento de Niños y Familias le informará si cualifica para el Medicaid.**

- **Ud. tiene el derecho de solicitar en el mismo día que se comunique con la oficina tocante al programa de Medicaid.**
- **Tiene el derecho de recibir Medicaid, si cualifica.**
- **Tiene que ayudarnos a decidir su elegibilidad, dándonos la información o permitiéndonos obtenerla de otras partes, incluso la compatibilidad de datos.**
- **Tiene que suministrarnos información completa y correcta sobre todo miembro de su hogar en la solicitud inicial y cada vez que se comunique con nosotros.**
- **Tiene que darnos su Número de Seguro Social (NSS) y su status de ciudadanía. El departamento utiliza los NSS para las verificaciones de identidad, ingresos y elegibilidad y para otros propósitos relacionados con la administración del programa. No tiene que darnos el NSS o status de ciudadanía de otros en su hogar. Si nos proporciona los NSS de ellos, esta información sólo será utilizada para verificación de ingresos. Los NSS no se comparten con el INS. Si los NSS de las otras personas no aparecen en la solicitud, probablemente tendrá que proporcionar prueba de los ingresos de ellos.**
- **Su edad, credo, incapacidad, estado civil, nación de origen, color, raza, sexo, creencias religiosas o políticas no influirán en su solicitud o servicio.**
- **Tiene derecho de apelar cualquier decisión que se tome en su caso.**
- **Si distorsiona la verdad a propósito, o ayuda a otra persona a distorsionar la verdad, puede ser penado conforme a las leyes federales o estatales o ambas. Si obtiene ayuda médica para la cual no cualifica, probablemente tenga que devolver en dinero en efectivo el valor de dicha ayuda. También podría estar sujeto a otras sanciones civiles.**
- **Usted debe ceder sus derechos a recibir pagos de terceros y cooperar para reportar la cobertura del seguro de salud.**
- **Si hay cambios, tiene que reportarlos los más pronto posible, pero no más allá de 10 días después de que ocurran.**
- **NO tenga parte en cualquier uso indebido de su ayuda médica.**



Florida Department of Children & Families

**Devuelva el formulario lleno a la dirección de la oficina local mostrada aquí abajo:**

***Recuerde . . .***
***El cuidado prenatal es importante, tanto para usted como para su bebé!***

# Seguro de Salud para Mujeres Embarazadas

*Un Programa Especial de Medicaid*

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

# Seguro de Salud para Mujeres Embarazadas

*Un Programa Especial de Medicaid*

***La atención prenatal temprana y regular puede ayudarle a tener un bebé saludable.*** Acuda a su médico, partera o clínica tan pronto piense que pueda estar embarazada.

Esta cobertura le puede ayudar a usted pagar este importante beneficio. Si está embarazada, puede que califique para este Programa Especial de Medicaid.

## Para solicitarlo:

1) complete esta solicitud sencilla,
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 del DCF.

Si tiene alguna pregunta sobre el programa, necesita ayuda para llenar esta solicitud o necesita la dirección o el número de fax de la oficina del DCF, llame al 1-866-762-2237.

Usted puede que también califique gratis para educación y consejería sobre alimentos y nutrición por medio del programa WIC (Programa para Mujeres, Bebés y Niños). Para información, visite a www.FloridaWIC.org o llame al 1-800-342-3556.

Si necesita ayuda para buscar atención médica, llame al 1-800-451-2229.

Luego que el Medicaid se apruebe, podría recibir una carta que le asigna su Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) de Medicaid. En tal caso, podrá llamar a sus Opciones del Medicaid al 1-888-367-6554 para ver si puede darse de baja o interrumpir la asignación.



**ATENCIÓN SOLICITANTE:**
Retenga esta página para sus archivos.

## Límites de Ingresos para la Ayuda del Medicaid para Mujeres Embarazadas:

Si el ingreso de su hogar es inferior al 185% del nivel de pobreza federal, usted podría calificar para recibir ayuda del Medicaid. Para determinar su elegibilidad, tenemos en cuenta el ingreso bruto de su hogar y la cantidad de personas que viven en su hogar (incluso el niño por nacer). Permitimos una deducción estándar y algunos costos de trabajo independiente.

## Información necesaria para procesar su solicitud:

**** Una nueva ley le exige a los ciudadanos de los EE.UU. que presenten prueba de ciudadanía e identidad antes de que podamos aprobar su solicitud.**

1. Comprobante de su condición de ciudadano estadounidense (por ej. certificado de nacimiento) o de no ciudadano
2. Comprobante de identidad (por ej. licencia de conducir)
3. Comprobante de embarazo, incluso la cantidad de niños por nacer y la fecha prevista de parto
4. Su número de Seguro Social
5. Comprobante de residencia en la Florida
6. Comprobante del ingreso bruto de las últimas 4 semanas para cada miembro de su hogar
7. Otro seguro de salud, si lo tuviera

Una vez que esté inscrita, el programa cubrirá servicios de ***atención médica y hospitalización*** durante su embarazo y hasta dos meses después que este termine. También esto podría cubrir facturas médicas recibidas hasta tres meses antes de la cobertura. Esta cobertura no tiene costo alguno.