IDAHO DEPARTMENT OF
HEALTH & WELFARE

SOLICITUD DE ASISTENCIA

ASISTENCIA DE ALIMENTOS | **ASISTENCIA DE COBERTURA DE SALUD** | **ASISTENCIA MONETARIA** | **ASISTENCIA DE CUIDADO PARA NIÑOS**

AVISO IMPORTANTE: Si necesita asistencia, solicítela. Los servicios son gratuitos:

- Intérprete. (Nosotros proveemos los servicios de un interprete, sin costo alguno.) Llame al 2-1-1 o 1-800-926-2588 o TDD 208-332-7205.
- Ayuda para llenar este formulario.
- Adaptación para una discapacidad.

INSTRUCCIONES: Lea con atención todas las preguntas e instrucciones. Las instrucciones incluyen sugerencias para ayudarle a llenar rápida y fácilmente la solicitud. Para más información, lea el reverso de cada página. Si sólo quiere Cupones de alimentos, puede empezar de inmediato el proceso de solicitud: llene esta hoja, fírmela y entréguela. Después, llene el resto de la solicitud y entréguela lo antes posible. Si necesita proporcionar más información y no alcanza el espacio, use hojas extras.

INFORMACIÓN DE CONTACTO: **Correro:** Programas de Autosuficiencia PO Box 83720 Boise, ID 83720-0026 **Correro:** MyBenefits@dhw.idaho.gov **Fax:** 1-866-434-8278 (sin cargo)

¿Qué idioma prefiere? Hablado_____ Escrito_____

¿Quiere un intérprete para la entrevista? Se le proporcionará gratuitamente. ☐ No ☐ Sí

Acerca de Usted

Nombre	Inicial	Apellido	Fecha de Nacimiento	Nombre anterior, si corresponde
Dirección Fisica	Ciudad	Estado	Código Postal	País
Dirección Postal (si es diferente)	Ciudad	Estado	Código Postal	País
Teléfono de Día (trabajo, casa o celular)		Si no tiene, ¿dónde podemos dejarle recado? Teléfono:		Dirección de e-mail

SI SOLICITA CUPONES DE ALIMENTOS DE EMERGENCIA, LLENE ESTA SECCIÓN.

¿Algún miembro en su casa es migrante o ranchero de temporada? ☐ No ☐ Sí

¿Su ingreso antes de impuestos este mes es menor a $150? ☐ No ☐ Sí

¿Sus gastos mensuales de vivienda y servicios públicos son más altos que el total de su ingreso mensual y recursos? ☐ No ☐ Sí

¿Sus recursos (efectivo, cheques, ahorros) son menores a $100? ☐ No ☐ Sí

Si califica, sus beneficios de Cupones de Alimentos de emergencia pueden empezar en siete días.

_____ _____

Firma del solicitante/representante autorizado que solicita los Cupones de alimentos **Fecha**

El **Programa de Asistencia para Servicios de Telecomunicaciones de Idaho (ITSAP)** le ayuda a pagar los gastos de instalación telefónica y el servicio telefónico mensual para casas de bajo ingreso. ¿Quiere la asistencia telefónica para su casa? ☐ No ☐ Sí

En case afirmativo, el nombre de la compañia de teléfono:_____ Teléfono: _____ Nombre en la factura: _____

File Name: _____ ICCP #: _____ TAFI #: _____ Date Scanned: _____ Appt. Date: _____

AABD #: _____ FS #: _____ LTC #: _____ Assigned To: _____ Appt. Time: _____

FM #: _____ **Expedite?** ☐ No ☐ Yes

USO OFICINA

Source Code

HW 2000 Revised 06/12

INSTRUCCIONES DE SOLICITUD: La solicitud incluye sugerencias para guiarle en las preguntas que debe contestar para los servicios que solicita. Cuando vea una indicación en rojo como éstais , lea y siga las instrucciones con atención para asegurarse de que nos proporciona toda la información que necesitamos. Al reverso de las páginas de la solicitud encontrará referencias donde puede encontrar más información sobre el proceso de solicitud y los servicios que quiere.

Una vez que complete la solicitud, lea y ponga sus iniciales en los **derechos y responsabilidades**, firme la página 8 y entregue la solicitud por correo, fax, o correro electronico (ver información de contacto en la página 1). Lista de oficinas están disponibles en linea en www.healthandwelfare.idaho.gov o llame al Idaho CareLine al 2-1-1 o 1-800-926-2588.

Si usted tiene una pregunta acerca de esta aplicación, el proceso de solicitud, o necesita ayuda para llenar la solicitud, llame al Departamento 1-877-456-1233 o Idaho CareLine o marque el 2-1-1 o 1-800-926-2588.

NUESTROS SERVICIOS:

Asistencia de Alimentos - Programa que le ayuda a comprar alimentos para una buena salud. Consulte en el reverso de la página 4 más información.

Seguro de Salud del Estado - Programa que le ayuda a obtener un seguro de salud del estado para niños, adultos con niños, embarazadas, y para ancianos, ciegos o discapacitados. Consulte en el reverso de la página 3 más información acerca del Seguro de salud del estado para niños; consulte en el reverso de la página 5 más información acerca del Seguro de salud del estado para adultos con niños, embarazadas, y para ancianos, ciegos o discapacitados.

Asistencia Monetaria - Programa que le proporciona asistencia monetaria en situaciones de emergencia, familias con niños, y para ancianos, ciegos o discapacitados. Consulte en el reverso de la página 4 más información acerca de la Asistencia monetaria para situaciones de emergencia, familias y niños; consulte en el reverso de la página 5 más información acerca de la Asistencia monetaria para ancianos, ciegos o discapacitados.

Asistencia del Cuidado de los Niños - Programa que le puede ayudar a pagar parte de sus gastos de cuidado del os niños. Consulte en el reverso de la página 2 más información.

CONEXIONES SALUDABLES: Conexiones saludables es un programa obligatorio de Manejo de casos de cuidados primarios para Medicaid de Idaho. La mayoría de las personas que participan en el plan de beneficios de Medicaid (básico o mejorado) deben estar inscritas en Conexiones Saludables, a menos que califiquen para una exención, como tener una relación actual con un médico que no participe en Conexiones Saludables. La inscripción significa que elige un médico o clínica que le orientará en el cuidado de su salud. **Mencione en el cuadro CLÍNICA/MÉDICO de la página 2 el médico o la clínica de su elección**. También puede dejar que Conexiones Saludables elijan por usted. En www.healthandwelfare.idaho.gov encontrará detalles sobre los beneficios de Medicaid y Conexiones Saludables.

COOPERACIÓN DE SOSTENIMIENTO PARA LOS NIÑOS: Al solicitar los servicios médicos, es posible que lo refieran a los Servicios de Manutención para los Niños para ayuda médica; al solicitar la asistencia en efectivo, es posible que se requiera cooperar con los Servicios de Manutención para los Niños. Si en su casa hay hijos menores y uno o ambos padres no viven en el hogar, y le gustaría recibir ayuda con manutención para los niños, llame al 1-800-356-9868. Es posible que tenga que pagar una cuota para este servicio.

PARA LLENAR LA TABLA EN LA PÁGINA 2: Llene los campos para cada persona en su casa. Marque el cuadro correspondiente enseguida del campo del nombre para cada servicio que solicita cada persona. Si alguien en su casa no quiere los beneficios, no marque los cuadros para esa persona. Use la Clave de códigos para indicar el estado civil y la raza de cada persona.

Ejemplo de cómo llenar la página 2.

☒ Asistencia Monetaria ☐ Asistencia para Primas ☐ Seguro de Salud del Estado ☐ Asistencia de Cuidado de Niños ☐ Asistencia de Alimentos	Nombre: (Nombre) (Segundo) (Apellido) Jon Nathan Doe		Fecha de Nacimiento: 01-02-1957	Nombre anterior, si corresponde		Relación: MISMO
	Sexo: ☒ M ☐ F	Seguro Social #: 012-34-5678	¿Embarazada? ☐ SÍ ☐ NO Fecha de Término: _____ Cantidad:	Estado Civil: Wi	Raza: AL	¿Hispano o Latino? (Opcional) ☐ SÍ ☒ NO ¿Ciudadano de EU? ☒ SÍ ☐ NO ID Migratoria #:
	País de Nacimiento: US		Estado de Nacimiento (si nació en EU): Idaho	Nombre de Clínica/Médico (nombre y apellido) Dr. Stan Pepper		Teléfono: (208) 555-1234

☒ Asistencia Monetaria ☐ Asistencia para Primas ☒ Seguro de Salud del Estado ☐ Asistencia de Cuidado de Niños ☐ Asistencia de Alimentos	Nombre: (Nombre) (Segundo) (Apellido) Jo Anna Doette		Fecha de Nacimiento: 05-06-1997	Nombre anterior, si corresponde		Relación: Hijastra
	Sexo: ☐ M ☒ F	Seguro Social #: 234-56-7890	¿Embarazada? ☐ SÍ ☒ NO Fecha de Término: _____ Cantidad:	Estado Civil: NM	Raza: AL	¿Hispano o Latino? (Opcional) ☐ SÍ ☒ NO ¿Ciudadano de EU? ☒ SÍ ☐ NO ID Migratoria #:
	País de Nacimiento: US		Estado de Nacimiento (si nació en EU): Kansas	Nombre de Clínica/Médico (nombre y apellido) Dr. Jill Doolittle		Teléfono: (208) 555-6789

Acerca de los Servicios que Necesita

*Si tiene que proporcionar más información, use hojas extras

Mencione a todas las personas que viven en su casa. Si una persona NO quiere asistencia, anótelo en la lista, pero no marque los cuadros indicando los beneficios. Debe incluir el número de Seguro Social y situación migratoria de los que solicitan los servicios. Consulte en el reverso de la página 1 un ejemplo de cómo llenar la tabla. Use la clave de códigos para indicar su estado civil y raza. Sus respuestas en los cuadros Raza e Hispano/latino son opcionales.

Asistencia Monetaria - Marque este cuadro por cada persona que quiera asistencia monetaria (para emergencia, familias, ancianos y discapacitados).
Asistencia para Prima - Marque este cuadro por cada persona que quiere ayuda para pagar primas de un seguro de salud particular.
Seguro de Salud del Estado - Marque este cuadro por cada persona que quiere el seguro de salud del estado o ayudar a pagar el seguro de salud del estado.
Asistencia de Cuidado de Niños - Marque este cuadro por cada persona que quiere ayuda para pagar cuidado de niños.
Asistencia de Alimentos - Marque este cuadro por cada persona que quiere ayuda para comprar alimentos.

Códigos de Raza:

Blanco - WH
Negro - BL
Asiático - AS
Nativoamericano/nativo de Alaska - AL
Nativo de Hawai/Islas del Pacífico - HP

Códigos de Estado Civil:

Casado -	MA
Soltero -	NM
Divorciado -	DI
Separado -	SE
Viudo -	WI

☐ Asistencia Monetaria
☐ Asistencia para Primas
☐ Seguro de Salud del Estado
☐ Asistencia de Cuidado de Niños
☐ Asistencia de Alimentos

Nombre: (Nombre) (Segundo) (Apellido) | Fecha de Nacimiento: | Nombre anterior, si corresponde | Relación: MISMO

Sexo: ☐ M ☐ F | Seguro Social #: | ¿Embarazada? ☐ SÍ ☐ NO Fecha de Término: _____ Cantidad: | Estado Civil: | Raza: | ¿Hispano o Latino? (Opcional) ☐ SÍ ☐ NO | ¿Ciudadano de EU? ☐ SÍ ☐ NO ID Migratoria #:

País de Nacimiento: | Estado de Nacimiento (si nació en EU): | Nombre de Clínica/Médico (nombre y apellido) | Teléfono:

☐ Asistencia Monetaria
☐ Asistencia para Primas
☐ Seguro de Salud del Estado
☐ Asistencia de Cuidado de Niños
☐ Asistencia de Alimentos

Nombre: (Nombre) (Segundo) (Apellido) | Fecha de Nacimiento: | Nombre anterior, si corresponde | Relación:

Sexo: ☐ M ☐ F | Seguro Social #: | ¿Embarazada? ☐ SÍ ☐ NO Fecha de Término: _____ Cantidad: | Estado Civil: | Raza: | ¿Hispano o Latino? (Opcional) ☐ SÍ ☐ NO | ¿Ciudadano de EU? ☐ SÍ ☐ NO ID Migratoria #:

País de Nacimiento: | Estado de Nacimiento (si nació en EU): | Nombre de Clínica/Médico (nombre y apellido) | Teléfono:

☐ Asistencia Monetaria
☐ Asistencia para Primas
☐ Seguro de Salud del Estado
☐ Asistencia de Cuidado de Niños
☐ Asistencia de Alimentos

Nombre: (Nombre) (Segundo) (Apellido) | Fecha de Nacimiento: | Nombre anterior, si corresponde | Relación:

Sexo: ☐ M ☐ F | Seguro Social #: | ¿Embarazada? ☐ SÍ ☐ NO Fecha de Término: _____ Cantidad: | Estado Civil: | Raza: | ¿Hispano o Latino? (Opcional) ☐ SÍ ☐ NO | ¿Ciudadano de EU? ☐ SÍ ☐ NO ID Migratoria #:

País de Nacimiento: | Estado de Nacimiento (si nació en EU): | Nombre de Clínica/Médico (nombre y apellido) | Teléfono:

☐ Asistencia Monetaria
☐ Asistencia para Primas
☐ Seguro de Salud del Estado
☐ Asistencia de Cuidado de Niños
☐ Asistencia de Alimentos

Nombre: (Nombre) (Segundo) (Apellido) | Fecha de Nacimiento: | Nombre anterior, si corresponde | Relación:

Sexo: ☐ M ☐ F | Seguro Social #: | ¿Embarazada? ☐ SÍ ☐ NO Fecha de Término: _____ Cantidad: | Estado Civil: | Raza: | ¿Hispano o Latino? (Opcional) ☐ SÍ ☐ NO | ¿Ciudadano de EU? ☐ SÍ ☐ NO ID Migratoria #:

País de Nacimiento: | Estado de Nacimiento (si nació en EU): | Nombre de Clínica/Médico (nombre y apellido) | Teléfono:

☐ Asistencia Monetaria
☐ Asistencia para Primas
☐ Seguro de Salud del Estado
☐ Asistencia de Cuidado de Niños
☐ Asistencia de Alimentos

Nombre: (Nombre) (Segundo) (Apellido) | Fecha de Nacimiento: | Nombre anterior, si corresponde | Relación:

Sexo: ☐ M ☐ F | Seguro Social #: | ¿Embarazada? ☐ SÍ ☐ NO Fecha de Término: _____ Cantidad: | Estado Civil: | Raza: | ¿Hispano o Latino? (Opcional) ☐ SÍ ☐ NO | ¿Ciudadano de EU? ☐ SÍ ☐ NO ID Migratoria #:

País de Nacimiento: | Estado de Nacimiento (si nació en EU): | Nombre de Clínica/Médico (nombre y apellido) | Teléfono:

La Asistencia para el cuidado de niños es proporcionado por el Programa de Cuidados para Niños de Idaho (ICCP) que ayuda a los padres y cuidadores a pagar parte de los costos del cuidado de niños mientras trabajan, van a la escuela, o participar en actividades de formación aprobadas.

Para solicitar para la Asistencia para el cuidado de niños, llene las páginas de 1-5, firme la página 8 y envíe la solicitud por correo, fax o correo electrónico (ver información de contacto en la página 1). El listado de las oficinas está disponible en línea en www.healthandwelfare.idaho.gov o llamando a Idaho CareLine al 2-1-1 o 1-800-926-2588.

Tal vez tenga que presentar comprobantes de:

- Ingreso o el dinero que ingrese a su casa. Las pruebas pueden incluir comprobantes de salario de los últimos 30 días, los registros de impuestos federales actuales si trabaja por cuenta propia, y la declaración de las personas que le prestan o le dan dinero en efectivo.
- Numeros de Seguro Social (opicional).
- Costos de cuidado de niños.
- Cartillas de vacunación de los niños que aún no vayan a la escuela. (Si no los vacuna por motivos médicos o religiosos, presente una declaración por escrito mencionando el motivo.)
- Nombre del proveedor de cuidado de niños.
- Calendario escolar actual (si va a la escuela) para padres/cuidadores: debe incluir los días y horarios de clase.
- Sostenimiento para niños pagado para un niño que no vive con usted. Puede ser que si presenta este comprobante aumente la cantidad para el beneficio de cuidado de niños.

Para recibir Asistencia de cuidado de niños, debe cumplir con los siguientes requisitos del programa:

- Si ambos padres están en el hogar, cada padre debe trabajar o asistir a programas de capacitación u otros educativos aprobados con el fin de que la familia pueda aprobar para recibir la Asistencia para Cuidados de Niños. El ICCP sólo cubre una parte de los costos para el cuidados de niños mientras usted de hecho esté en el trabajo o en una capacitación o estudios.
- Usted deberá pagar los costos que no cubra el programa de Cuidados de Niños. En muy pocas circunstancias, el ICCP cubre el 100% de los costos para el cuidado de niños.
- ICCP cubrirá parte de los gastos del cuidado de niños sólo si el cuidado lo proporciona un proveedor de cuidado de los niños registrado de ICCP.

Si recibe Asistencia de cuidado de niños, debe reportar cambios como:

- Ingreso
- Si su horario de trabajo o estudios cambia de medio tiempo (24 horas por semana o menos) a tiempo completo (25 o más horas por semana).
- Si su horario de trabajo o estudios cambia de tiempo completo (25 o más horas por semana) a medio tiempo (24 horas por semana o menos).
- Si ya no trabaja o estudia.
- Si cambia de proveedores para el cuidado de niños o ya no utiliza los servicios para el cuidado de niños.
- Si hay cambios en su dirección física.
- Si sus ingresos son mayores el límite de ingreso bruto para el tamaño de su familia (ver www.benefitprograms.dhw.idaho.gov para los límites de ingresos).

Si tiene dudas sobre la solicitud de Asistencia de cuidado de niños, llame al 1-877-456-1233. Para información sobre cómo ser proveedor de cuidado de niños registrado de ICCP, llame a la línea de Idaho CareLine al 2-1-1 o al 1-800-926-2588.

Acerca de su Casa

* Si tiene que proporcionar más información, use hojas extras

¿Alguien en su casa ya recibe los servicios o los solicitó de los siguientes programas?
Marque todos los que correspondan. Su respuesta no afectará a la elegibilidad para los beneficios.

☐ Programas de asistencia de otros estados ☐ Discapacidades de desarrollo de niños o adultos ☐ Mercancías tribales
☐ Salud mental para niños o adultos ☐ Asistencia para cuidado temporal o adopción

¿Alguien en su casa ha recibido asistencia de otro estado? ☐ No ☐ Sí

De ser Sí, ¿de dónde? Ciudad _____ Estado _____ Condado _____ ¿Cuándo? _____

¿Qué tipos de asistencia? _____

Si solicita Seguro de salud del estado, ¿Le gustaría que Conexiones saludables le elija un médico? ☐ No ☐ Sí

Consulte en el reverso de la página 1 más información sobre "**Conexiones saludables.**"

Mencione a las personas en su casa:

- Con discapacidad

_____

- Que recibe o solicitó Seguro social

_____

- Que recibe o solicitó Medicare

_____

- Necesita asistencia médica en casa

_____

- Vive con un familiar que proporciona atención médica

_____

- Vive en un centro de atención médica

_____

Nombre del centro:

_____

¿Hay estudiantes en su casa? Mencione los estudiantes mayores de 16 años o que piensen asistir a la escuela.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE	ESCUELA A LA QUE ASISTE	ESTATUS DEL ESTUDIANTE	FECHA DE GRADUACIÓN ESPERADA
		☐ TIEMPO COMPLETO ☐ MEDIO TIEMPO	
		☐ TIEMPO COMPLETO ☐ MEDIO TIEMPO	
		☐ TIEMPO COMPLETO ☐ MEDIO TIEMPO	

Si tiene niños en su casa, ¿tienen sus vacunas al corriente? ☐ No ☐ Sí

Si tiene niños en su casa, un padre de alguno de ellos NO vive con él? ☐ No ☐ Sí

Si contestó Sí, tendrá que proporcionar a Servicios de cuidado de los niños información acerca del padre ausente y abrir un caso de sostenimiento para los niños a menos que tema que le hagan daño a usted o los niños. Consulte en el reverso de la página 1 más información sobre la Cooperación de sostenimiento para los niños.

Mencione a los padres ausentes de los niños en su casa.

NOMBRE DEL PADRE AUSENTE	NOMBRE DEL NIÑO	# SS DEL PADRE AUSENTE	FECHA DE NAC. DEL PADRE AUSENTE

SEGURO DE SALUD DEL ESTADO PARA NIÑOS: Lo proporciona Idaho Medicaid para ayudarle a conseguir el seguro de salud del estado para niños dependientes en su casa. Idaho Medicaid ofrece opciones basadas en las necesidades de salud:

- **El Plan Básico de Medicaid** es para niños de bajos ingresos que no tienen necesidades de salud especiales. Puede haber un costo de $10 - $15/mes por niño elegible para este plan, dependiendo de los ingresos de su familia.
- **El Plan Mejorado de Medicaid** es para personas con discapacidades o necesidades de salud especiales.
- **La Tarjeta de Acceso para Niños** ayuda a pagar primas para el seguro de salud privado de familiar con ingresos más altos. Este programa puede ayudar a pagar primas hasta de $100/mensuales por niño, limitado a $300 por familia al mes. Si es elegible para este plan y su hijo no tiene seguro de salud a la fecha, puede incluir a su hijo en su plan de seguros patrocinado por el empleador o puede inscribirlos en un plan de salud particular de su elección. Usted será responsable de los pagos de primas, copagos y deducibles restantes.

PARA SOLICITAR el Seguro de salud del estado para niños, llene las páginas 1-5, firme la página 8 y entregue la solicitud por correo, fax, o correro electronico (ver información de contacto en la página 1). Lista de oficinas están disponibles en linea en www.healthandwelfare.idaho.gov o llame al Idaho CareLine al 2-1-1 o 1-800-926-2588.

Tal vez tenga que proporcionar comprobantes de:

- Ciudadanía e identidad.
- Número de seguro social o comprobante de que lo solicitó.
- Credencial migratoria como residente (si no es ciudadano estadounidense) u otros documentos de residencia.
- Otro seguro de salud que tenga.
- Ingreso o el dinero que ingrese a su casa como talones de nómina de los últimos 30 días o, si es empleado independiente, registros recientes de declaración federal de impuestos, si es empleado independiente. Es posible que si presenta este comprobante se acelere el proceso de determinación.
- Solicitantes de ciudadanía estadounidense e identidad para Medicaid. Ley federal requiere que los participantes de Medicaid que soliciten la ciudadanía estadounidense presenten el comprobante de una copia original de su ciudadanía estadounidense e identidad. Hay muchos comprobantes que se aceptan como ciudadanía estadounidense y/o identidad. Si está inscrito en Medicare o recibe un Seguro de Ingreso Complementario (SSI) o es un "Extranjero calificado," no le afectará esta ley. **El Departamento sólo puede aceptar documentos originales o certificados. Su trabajador después le enviará un aviso solicitándole este comprobante.** Si necesita ayuda para obtener estos documentos, necesita más tiempo o tiene dudas sobre qué documentos aceptamos, comuníquese lo antes posible con el Departamento al 1-877-456-1233.

CONEXIONES SALUDABLES es un programa obligatorio de Manejo de casos de cuidados primarios para Medicaid de Idaho. La mayoría de las personas que participan en el plan de beneficios de Medicaid (básico o mejorado) deben estar inscritas en Conexiones Saludables, a menos que califiquen para una exención, como tener una relación actual con un médico que no participe en Conexiones Saludables. La inscripción significa que elige un médico o clínica que le orientará en el cuidado de su salud. **Asegúrese de mencionar en el cuadro CLÍNICA/MÉDICO de la página 2 el médico o la clínica de su elección**. También puede dejar que Conexiones Saludables elijan por usted. En www.healthandwelfare.idaho.gov encontrará detalles sobre los beneficios de Medicaid y Conexiones Saludables.

SI RECIBE SEGURO DE SALUD DEL ESTADO PARA NIÑOS, debe reportar cambios como:

- Dirección o número telefónico
- Número de Seguro Social
- El nacimiento de un bebé

COOPERACIÓN DE SOSTENIMIENTO PARA LOS NIÑOS: Si se otorga asistencia médica a un menor de edad y uno o ambos padres no viven en la casa, se abrirá un caso de sostenimiento para el niño. Si recibe beneficios como adulto, deberá cooperar con los Servicios de sostenimiento para los niños para evitar que pierda o disminuyan sus beneficios, a menos que tema que le hagan daño a usted o los niños.

Acerca de los Siguientes Gastos

* Si tiene que proporcionar más información, use hojas extras

Los siguientes gastos son en relación con los pagos de sostenimiento para los niños y gastos de cuidado de niños o adultos. Si no tiene estos gastos, pase a la siguiente sección. Si tiene uno o ambos gastos, proporcione la siguiente información. Sus Cupones de Alimentos pueden aumentar si tiene gastos como el cuidado de niños o paga manutención por niños menores que no viven con usted. Sin embargo, si usted no informa o verifica estos gastos, se entenderá que no desea una deducción por los gastos no reportados o no verificados. Vea el reverso de la página 4 para más información.

Mencione a las personas en su casa que PAGAN gastos de sostenimiento para los niños por orden del juzgado.

NOMBRE DE LA PERSONA QUE PAGA EL SOSTENIMIENTO PARA NIÑOS	CANTIDAD PAGADA AL MES	ÚLTIMA FECHA DE PAGO	NOMBRE DE LA PERSONA QUE RECIBE EL PAGO

Anote a todos aquellos en casa que PAGAN gastos para el cuidado de niños o adultos porque trabajan, van a la escuela, buscan trabajo o participan en una capacitación.

Nombre:	**Motivo del Cuidado:** ☐ Trabajo ☐ Buscar Trabajo ☐ Escuela ☐ Capacitación	**Nombre del Niño/Adulto Bajo Cuidado:**	**Cantidad Pagada: $** _____ ¿Con qué Frecuencia? _____
Nombre del Proveedor del Cuidado:	**¿Recibe ayuda para pagar el cuidado?** ☐ No ☐ Sí **De ser Sí, ¿cuánto recibe? $** _____ **Nombre de la Persona/Agencia que Paga:**		
Nombre:	**Motivo del Cuidado:** ☐ Trabajo ☐ Buscar Trabajo ☐ Escuela ☐ Capacitación	**Nombre del Niño/Adulto Bajo Cuidado:**	**Cantidad Pagada: $** _____ ¿Con qué Frecuencia? _____
Nombre del Proveedor del Cuidado:	**¿Recibe ayuda para pagar el cuidado?** ☐ No ☐ Sí **De ser Sí, ¿cuánto recibe? $** _____ **Nombre de la Persona/Agencia que Paga:**		
Nombre:	**Motivo del Cuidado:** ☐ Trabajo ☐ Buscar Trabajo ☐ Escuela ☐ Capacitación	**Nombre del Niño/Adulto Bajo Cuidado:**	**Cantidad Pagada: $** _____ ¿Con qué Frecuencia? _____
Nombre del Proveedor del Cuidado:	**¿Recibe ayuda para pagar el cuidado?** ☐ No ☐ Sí **De ser Sí, ¿cuánto recibe? $** _____ **Nombre de la Persona/Agencia que Paga:**		

Acerca del Ingreso en su Casa

* Si tiene que proporcionar más información, use hojas extras

¿Recibe dinero en su casa? ☐ No ☐ Sí

Incluya todos los ingresos por el trabajo por cuenta propia. Incluya ingresos de nóminas, Seguro Social, Sostenimiento para los niños, desempleo, propinas, regalos o préstamos en efectivo, etc.

	QUIÉN GANA/ RECIBE EL DINERO	NOMBRE DEL EMPLEADOR	FRECUENCIA DEL PAGO	$ POR HORA	HORAS A LA SEMANA	TOTAL DE CANTIDAD MENSUAL
			☐ Semanal ☐ Quincenal ☐ Semestral ☐ Mensual ☐ Anual			
			☐ Semanal ☐ Quincenal ☐ Semestral ☐ Mensual ☐ Anual			
			☐ Semanal ☐ Quincenal ☐ Semestral ☐ Mensual ☐ Anual			

¿Alguien en su casa es empleado independiente? ☐ No ☐ Sí ¿Quién? _____

Nombre de la Empresa: _____ Años en el Negocio: _____

ASISTENCIA DE ALIMENTOS: Proporcionada por el programa de Cupones de alimentos para ayudar a que la gente compre alimentos para una buena salud. Las familias elegibles obtienen una tarjeta para comprar alimentos.

PARA SOLICITAR la Asistencia de alimentos, llene las páginas 1-7, firme la página 8 y entregue la solicitud por correo, fax, o correro electronico (ver información de contacto en la página 1). Lista de oficinas están disponibles en linea en www.healthandwelfare.idaho.gov o llame al Idaho CareLine al 2-1-1 o 1-800-926-2588. Tal vez sea necesario hacerle una entrevista telefónica y que proporcione comprobantes para respaldar la información en su solicitud. Si no puede asistir a una cita en horario de oficina o necesita servicios de interpretación, póngase en contacto con el Departamento.

Tal vez tenga que proporcionar comprobantes de:

- Identidad.
- Situación como estudiante (tiempo completo o medio tiempo).
- Número de Seguro Social o comprobante de que lo solicitó.
- Credencial migratoria como residente (si no es ciudadano estadounidense) u otros documentos de residencia.
- Ingreso o el dinero que ingrese a su casa como talones de nómina de los últimos 30 días o, si es empleado independiente, registros recientes de declaración federal de impuestos, si es empleado independiente.
- Estados de cuenta más recientes de cuentas bancarias (cheques, cooperativa de crédito, ahorros, etc.).
- Valor de autos/camiones u otros vehículos como motocicletas, barcos, RVs.
- Valor actual de acciones/bonos, certificados de depósito, seguro de vida, fideicomisos.
- Gastos (es posible que con los comprobantes de estos gastos aumente la cantidad de sus cupones de alimentos) como costos de cuidado de niños o adultos, sostenimiento para niños que no viven con usted, gastos de vivienda, gastos médicos (incluye prescripciones) para personas con discapacidad o mayores de 60 años y gastos en servicios públicos. **Nota:** Sus Cupones de Alimentos pueden aumentar si tiene gastos como el cuidado de niños o adultos, paga manutención por niños menores que no viven con usted, costos de vivienda, gastos médicos (incluyendo recetas) para personas con discapacidad o mayores de 60 años, y gastos de servicios públicos. Sin embargo, si no reporta o verifica cualquiera de estos gastos, se entenderá que no desea una deducción por los gastos no reportados o no verificados.

Para recibir Asistencia de alimentos, debe cumplir con los siguientes requisitos del programa: Tal vez sea necesario que tenga que participar en programas de trabajo. Si no lo hace, es posible que pierda o disminuyan los beneficios.

COOPERACIÓN DE SOSTENIMIENTO PARA NIÑOS: Si en su casa hay niños menores de edad y uno o ambos padres no viven en la casa, usted será referido a Servicios de sostenimiento para los niños. Deberá cooperar con los Servicios de sostenimiento para los niños para evitar que pierda o disminuyan sus beneficios, a menos que tema que le hagan daño a usted o los niños.

ASISTENCIA MONETARIA PARA NIÑOS Y FAMILIAS es proporcionada por el programa de Asistencia temporal a familias de Idaho (TAFI) que entrega asistencia monetaria a familias elegibles con niños en casa. La elegibilidad de por vida para los adultos se limita a 24 meses. El pago máximo que puede recibir cualquier familia es de $309 mensuales, independientemente del número de integrantes en la familia.

PARA SOLICITAR Asistencia monetaria para niños y familias, llene las páginas 1-6, firme la página 8 y entregue la solicitud por correo, fax, o correro electronico (ver información de contacto en la página 1). Lista de oficinas están disponibles en linea en www.healthandwelfare.idaho.gov o llame al Idaho CareLine al 2-1-1 o 1-800-926-2588.

Tal vez tenga que proporcionar comprobantes de:

- Identidad.
- Número de Seguro Social o comprobante de que lo solicitó.
- Credencial migratoria como residente (si no es ciudadano estadounidense) u otros documentos de residencia.
- Que es residente de Idaho.
- Ingreso o el dinero que ingrese a su casa como talones de nómina de los últimos 30 días o, si es empleado independiente, registros recientes de declaración federal de impuestos, si es empleado independiente.
- Estados de cuenta más recientes de cuentas bancarias (cheques, cooperativa de crédito, ahorros, etc.).
- Valor de autos/camiones u otros vehículos como motocicletas, barcos, RVs.
- Valor actual de acciones/bonos, certificados de depósito, seguro de vida, fideicomisos.
- Cartillas de vacunación de los niños que aún no van a la escuela.

Para recibir Asistencia monetaria para niños y familias, debe cumplir con los siguientes requisitos del programa:

- Es necesario que los participantes de TAFI trabajen, estén buscando trabajo o participen en capacitación para un trabajo.
- Se pedirá a los solicitantes de Asistencia temporal para familias de Idaho (TAFI) que participen en una evaluación de abuso de sustancias.
- Los participantes deben firmar y cumplir con un Contrato de responsabilidades personales (PRC), que llenan con su trabajadora del caso.

COOPERACIÓN DE SOSTENIMIENTO PARA LOS NIÑOS: Se requiere que coopere con los Servicios de sostenimiento para los niños para asistencia monetaria. Si se aprueba la asistencia monetaria para un menor de edad y uno o ambos padres no viven en la casa, se le pedirá que proporcione a Servicios de sostenimiento para los niños información sobre el padre ausente y abra un caso de Sostenimiento para los niños, a menos que tema que le hagan daño a usted o los niños.

Acerca del Seguro de Salud del Estado

* Si tiene que proporcionar más información, use hojas extras

¿Alguien que solicita el seguro de salud del estado necesitan ayuda a pagar recibos médicos de los últimos tres meses? ☐ No ☐ Sí

De ser Sí, ¿quién? _____

Mencione el ingreso bruto (ingreso antes de impuestos) recibido por su familia en cada uno de los últimos tres meses.

$_____ Último mes $_____ Hace dos meses $_____ Hace tres meses

Mencione a todos los integrantes de su hogar que actualmente tienen seguro de salud o han tenido seguro de salud en los últimos 6 meses.

TITULAR DE LA PÓLIZA	NOMBRE DEL ASEGURADO	CÍA. DE SEGUROS Y TELÉFONO	NÚMERO DE PÓLIZA	FECHA DE INICIO	FECHA DE VENCIMIENTO

Por favor, indique los servicios cubiertos por su seguro de salud:

☐ servicios de hospitalización de pacientes/ambulatorios ☐ onsulta médica/servicios quirúrguicos
☐ servicios de laboratorio ☐ servicios de rayos x

Si su cobertura de seguro de salud ha terminado, por favor, indique la razón:

☐ Terminó o cambio el trabajo del padre/padrastro
☐ La compañía de seguros no asegurará al niño
☐ Se canceló/dio de baja por una póliza COBRA
☐ El padre/padrastro dio de baja la cobertura familiar
☐ Las primas son muy caras
☐ Lo canceló/dio de baja otra persona que no es el padre/padrastro

¿Tiene acceso a un seguro de salud que no se haya mencionado arriba? ☐ No ☐ Sí

Por favor, proporcione una copia de uno de los siguientes documentos para verificar el seguro de salud y marque el cuadro del documento que proporcionará:

☐ Copia de su tarjeta de seguro ☐ Copia de la póliza su seguro de salud

¿Alguno de los niños para el que se solicita asistencia médica es dependiente de un empleado estatal de tiempo completo? ☐ No ☐ Sí

- Si sólo quiere **cuidado de niños** o **seguro de salud del estado para sus hijos**, terminamos ya con la información que necesitamos de usted. **Pase a la página 8 y firme la solicitud**. Consulte en el reverso de la página 2 más información sobre Asistencia de cuidado de niños; y en el reverso de la página 3 para más información sobre el Seguro de salud del estado para niños.
- Si quiere **asistencia de alimentos**, **asistencia monetaria**, o **seguro de salud del estado para embarazadas**, **adultos con niños**, o **para ancianos**, **ciegos o discapacitados**, entonces **continúe con la siguiente sección**.

Acerca de sus Activos

* Si tiene que proporcionar más información, use hojas extras

¿Alguien en su casa tiene dinero en efectivo? ☐ No ☐ Sí ¿Cuánto? $ _____

Mencione a las personas en su casa que tienen cuenta de cheques o ahorro:

NOMBRE DEL CUENTAHABIENTE	TIPO DE CUENTA	NOMBRE DEL BANCO O INSTITUCIÓN FINANCIERA	CUENTA NÚMERO	SALDO

SEGURO DE SALUD DEL ESTADO PARA ADULTOS con niños y **embarazadas** es proporcionado por Medicaid de Idaho para ayudarle a obtener cuidados de salud para adultos elegibles. El ingreso y los recursos de su familia se usan para determinar su elegibilidad. Medicaid de Idaho ofrece opciones basadas en las necesidades de salud:

- **El plan básico de Medicaid** para adultos en edad laboral SIN necesidades de salud especiales y con hijos dependientes.
- **El plan mejorado de Medicaid** es para personas con discapacidad o necesidades de salud especiales, incluye ancianos.
- **Seguro de salud del estado para embarazadas** ofrece servicios relacionados con necesidades de salud durante el embarazo.

SEGURO DE SALUD DEL ESTADO Y ASISTENCIA MONETARIA PARA ANCIANOS, CIEGOS O DISCAPACITADOS ofrece asistencia a individuos o parejas mayores de 65 años, según los estándares del Seguro Social, ciegos o discapacitados. Incluye a trabajadores empleados con discapacidades. Medicaid de Idaho también ayuda a pagar las primas de Medicare Parte B y cuidados en casa u hogar de ancianos.

PARA SOLICITAR:

- Seguro de salud del estado para adultos con niños y embarazadas, llene las páginas 1-6 y firme la página 8.
- Seguro de salud del estado para ancianos, ciegos o discapacitados, llene las páginas 1-7 y firme la página 8.
- Asistencia monetaria para ancianos, ciegos o discapacitados, llene las páginas 1-7 y firme la página 8.

Entregue la solicitud por correo, fax, o correro electronico (ver información de contacto en la página 1). Lista de oficinas están disponibles en linea en www.healthandwelfare.idaho.gov o llame al Idaho CareLine al 2-1-1 o 1-800-926-2588.

Tal vez tenga que entregar comprobantes de:

- Ciudadanía e identidad.
- Número de seguro social o comprobante de que lo solicitó.
- Credencial migratoria como residente (si no es ciudadano estadounidense) u otros documentos de residencia.
- Otro seguro de salud que tenga.
- Ingreso o el dinero que ingrese a su casa como talones de nómina de los últimos 30 días o, si es empleado independiente, registros recientes de declaración federal de impuestos, si es empleado independiente.
- Estados de cuenta más recientes de cuentas bancarias (cheques, cooperativa de crédito, ahorros, etc.).
- Valor de autos/camiones u otros vehículos como motocicletas, barcos, RVs.
- Valor actual de acciones/bonos, certificados de depósito, seguro de vida, fideicomisos.
- Solicitantes de ciudadanía estadounidense e identidad para Medicaid. Ley federal requiere que los participantes de Medicaid que soliciten la ciudadanía estadounidense presenten el comprobante de una copia original de su ciudadanía estadounidense e identidad. Hay muchos comprobantes que se aceptan como ciudadanía estadounidense y/o identidad. Si está inscrito en Medicare o recibe un Seguro de Ingreso Complementario (SSI) o es un "Extranjero calificado," no le afectará esta ley. **El Departamento sólo puede aceptar documentos originales o certificados**. Su trabajador después le enviará un aviso solicitándole este comprobante. Si necesita ayuda para obtener estos documentos, necesita más tiempo o tiene dudas sobre qué documentos aceptamos, comuníquese lo antes posible con la oficina de su localidad.

CONEXIONES SALUDABLES es un programa obligatorio de Manejo de casos de cuidados primarios para Medicaid de Idaho. La mayoría de las personas que participan en el plan de beneficios de Medicaid (básico o mejorado) deben estar inscritas en Conexiones Saludables, a menos que califiquen para una exención, como tener una relación actual con un médico que no participe en Conexiones Saludables. La inscripción significa que elige un médico o clínica que le orientará en el cuidado de su salud. **Asegúrese de mencionar en el cuadro CLÍNICA/MÉDICO de la página 2 el médico o la clínica de su elección**. También puede dejar que Conexiones Saludables elijan por usted. En www.healthandwelfare.idaho.gov encontrará detalles sobre los beneficios de Medicaid y Conexiones Saludables.

Si Seguro de salud del estado o Asistencia monetaria, debe reportar los siguientes cambios:

- Dirección o número telefónico.
- Ingreso o recursos.
- Cuando alguien se une o abandona su hogar.
- Cuando un miembro del hogar es (o se espera que sea) encarcelado desde hace más de 30 días.

Cooperación para sostenimiento para los niños: Si se otorga la asistencia médica para un hijo menor de edad y uno o más padres no están en casa, se abrirá un caso de apoyo médico. Si usted recibe beneficios para usted como adulto, debe cooperar con los Servicios de Manutención para Niños a fin de evitar una pérdida o disminución de sus beneficios, a menos que tema causar daño a sus hijos o usted mismo.

Acerca de sus Activos, continuación

* Si tiene que proporcionar más información, use hojas extras

Mencione a las personas en su casa que tienen activos como acciones, bonos, CDs, fondos, 401K's, IRA's, fideicomisos, anualidades, etc:

NOMBRE DEL TARJETAHABIENTE	TIPO DE CUENTA	NOMBRE DEL BANCO O INSTITUCIÓN FINANCIERA	NÚMERO DE CUENTA	VALOR EN $

Mencione a las personas en su casa que tengan pólizas de seguro de vida o fondos o pólizas para sepelio:

NOMBRE DEL TITULAR	TIPO DE CUENTA	NOMBRE DE LA PÓLIZA	VALOR NOMINAL $	VALOR EN $

Mencione si alguien en su casa tiene auto, camión, motocicleta, remolque, lancha, motonieve u otros vehículos de recreación:

NOMBRE DEL TITULAR	AÑO, MARCA, MODELO	VALOR ACTUAL	USO PRIMARIO (SELECCIONE UNO)
			☐ Negocio ☐ Recreativo ☐ Ir a trabajar ☐ Residencia ☐ Buscar trabajo ☐ Personal (otro) ☐ Médico
			☐ Negocio ☐ Recreativo ☐ Ir a trabajar ☐ Residencia ☐ Buscar trabajo ☐ Personal (otro) ☐ Médico
			☐ Negocio ☐ Recreativo ☐ Ir a trabajar ☐ Residencia ☐ Buscar trabajo ☐ Personal (otro) ☐ Médico
			☐ Negocio ☐ Recreativo ☐ Ir a trabajar ☐ Residencia ☐ Buscar trabajo ☐ Personal (otro) ☐ Médico
			☐ Business ☐ Recreational ☐ Get to work ☐ Residence ☐ Work search ☐ Personal (other) ☐ Medical

Mencione el valor total de otros activos como terrenos o propiedades, excepto la casa donde vive.

PROPIEDAD	VALOR	CANTIDAD A DEBER

Mencione a las personas en su casa que han vendido, transferido o regalado dinero, propiedades u otros activos en los últimos 5 años:

NOMBRE	FECHA DE TRANSACCIÓN	ACTIVOS	$ RECIBIDA	VALOR JUSTO EN EL MERCADO

- Si sólo quiere **asistencia monetaria para niños y familias o seguro de salud del estado para embarazadas y adultos con niños**, terminamos ya con la información que necesitamos de usted. **Pase a la página 8 y firme la solicitud**. Consulte en el reverso de la página 4 más información sobre Asistencia de monetaria para familias y niños; y en el reverso de la página 5 para más información sobre el Seguro de salud del estado para embarazadas y adultos con niños.
- Si quiere **asistencia monetaria o seguro de salud del estado para ancianos, ciegos o discapacitados, o asistencia para comprar alimentos**, entonces **continúe con la siguiente sección**.

¿TENGO QUE SER CIUDADANO?

Según los Servicios de Inmigración y Ciudadanía Estadounidense, si NO tiene tarjeta verde, los miembros de su familia elegibles pueden usar los beneficios que no sean monetarios, como Medicaid, Cupones de alimentos, WIC, asistencia para vivienda, beneficios para energía, capacitación laboral, cuidado de niños, apoyo en caso de desastre, asistencia para salud pública, etc., sin que afecte la probabilidad de que obtenga su tarjeta verde, se convierta en ciudadano estadounidense o patrocine a familiares en el futuro.

¿TENGO QUE DAR A CONOCER MI NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (SSN) Y ESTATUS DE CIUDADANÍA?

Algunos miembros de la familia de los solicitantes prefieren no solicitar los servicios de Salud y Bienestar. En ese caso, no tienen que proporcionar su SSN ni datos sobre su estatus de ciudadanía o migratorio. Los beneficios de los solicitantes no se atrasarán ni negarán porque algunos miembros de la familia no soliciten los servicios.

La persona que solicite los servicios, excepto cuidados infantiles, deben tener un SSN o solicitar uno. Si sólo quiere Medicaid de emergencia o es víctima de violencia intrafamiliar, no tiene que proporcionar su SSN ni estatus migratorio. Sólo tiene que presentarnos información sobre su estatus de ciudadanía o migratorio de las personas que quieran ayuda, excepto si solicitan cuidado de niños.

Le podemos ayudar a solicitar un SSN y no se le negarán o atrasarán mientras la solicitud esté en proceso. Necesitamos el SSN para ayudarle a establecer la paternidad, obtener sostenimiento para los niños y cambiar u obligar órdenes de sostenimiento para los niños, que incluyen seguro médico para un niño. Los SSN no se entregarán a los Servicios de Migración y Ciudadanía de Estados Unidos.

¿LAS OPORTUNIDADES PARA LOS SOLICITANTES SON EQUITATIVAS?

De acuerdo con la ley federal y el Departamento de Agricultura de Estados Unidos (USDA) y la política del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (HHS), el Departamento de Salud y Bienestar prohíbe la discriminación por raza, color, origen, sexo, edad o discapacidad. Según la Ley de Cupones de Alimentos y la política de USDA, también se prohíbe la discriminación basada en las creencias religiosas o políticas.

Para presentar una queja por discriminación, póngase en contacto con USDA o HHS:

- USDA, Director, Office of Civil Rights
  1400 Independence Avenue, SW
  Washington, D.C. 20250-9410

  (800) 795.3272 (Voz)
  (202) 720.6382 (TTY)

- U.S. Department of Health & Human Services
  Room 506 F, 200 Independence Ave. SW
  Washington, D.C. 20201
  ocrcomplain@hhs.gov
  (202) 619.0403 (Voz)
  (202) 619.3257 (TTY)

USDA y HHS son proveedores y empleadores que ofrecen oportunidades equitativas.

OPCIONES DE PLANES DE MEDICAID DE IDAHO

Si es elegible para Medicaid, tiene el derecho de elegir el plan basado en sus necesidades de salud. Medicaid de Idaho ofrece en Plan Básico de Medicaid y el Plan Mejorado de Medicaid para cumplir con las diferentes necesidades de salud.

- **El Plan Básico de Medicaid** es para niños de bajos ingresos y adultos en edad laboral con necesidades de salud promedio. Este plan ofrece beneficios completos de salud, prevención y bienestar para niños y adultos que no tienen necesidades de salud especiales.

- **El Plan Mejorado de Medicaid** es para individuos con discapacidades o necesidades de salud especiales. Este plan incluye todos los beneficios del Plan Básico y beneficios adicionales.

  Puede elegir NO inscribirse en el plan que cubra sus necesidades de salud. En cambio, puede elegir inscribirse en el Medicaid Estándar. El Medicaid Estándar no incluye medicamentos de prescripción, ciertos beneficios de prevención y bienestar, terapias, servicio dental, servicio oftalmológico y otros servicios. Si no quiere inscribirse en el plan de beneficios que cubra sus necesidades de salud, debe informar a su trabajadora de Autosuficiencia.

Acerca de su Situación en el Hogar y Gastos

* Si tiene que proporcionar más información, use hojas extras

Sus Cupones de Alimentos pueden aumentar si tiene gastos como el cuidado de adultos, costos de vivienda, gastos médicos (incluyendo recetas) para personas con discapacidad o mayores de 60 años, y gastos de servicios públicos. Sin embargo, si no reporta o verifica cualquiera de estos gastos, se entenderá que no desea una deducción por los gastos no reportados o no verificados. Vea el reverso de la página 4 para más información.

Mencione los gastos mensuales de su casa:

Renta: $ _____ Hipoteca: $_____ Impuestos sobre bienes: $ _____

Renta de espacio: $ _____ 2a hipoteca: $_____ Seguro de casa: $ _____

Cuotas de asociación: $ _____ Impuestos de riego: $ _____

¿El pago de su hipoteca incluye impuestos a la propiedad y seguro para el hogar? ☐ No ☐ Si

Consejo: Si usted recibe estados de cuenta y cheques separados para impuestos sobre la propiedad y el seguro para el hogar, estos gastos no se incluyen en el pago de su hipoteca.

Marque los servicios públicos que paga que NO están incluidos en los pagos de renta o hipoteca:

☐ Calefacción ☐ Aire acondicionado ☐ Agua ☐ Drenaje ☐ Basura ☐ Teléfono

☐ Otro: _____ ☐ Otro: _____

Si es mayor de 60 años, ciego o discapacitado, conteste las siguientes preguntas. De lo contrario, pase a las siguientes preguntas e vaya a la siguiente sección en esta página.

Mencione sus gastos médicos mensuales:

Medicare: $_____ Médico: $ _____ Dental: $_____

Seguro de salud: $_____ Hospital: $ _____ Prescripciones: $_____

Gastos del trabajo $_____ Animal de servicio: $ _____ Suministros médicos $_____

Cuidado del asistente $_____ Transporte/alojamiento: $ _____ Lentes: $_____

Si está casado, ¿su cónyuge vive con usted? ☐ No ☐ Sí

De ser No, ¿dónde vive su cónyuge?

☐ Casa propia ☐ Departamento ☐ Con un familiar a quien le proporciona cuidados médicos

☐ En un centro proporcionando cuidados médicos Nombre del centro: _____

Más Acerca de su Situación en el Hogar

* Si tiene que proporcionar más información, use hojas extras

Si solicita Asistencia monetaria, ¿alguien en su casa ha estado arrestado por cargos de drogas? ☐ No ☐ Sí

De ser Sí, quién:_____ Año:_____

¿Alguien huyó para evitar ser juzgado o encarcelado? ☐ No ☐ Sí Quién: _____

¿Alguien está violando las condiciones de libertad condicional? ☐ No ☐ Sí Quién: _____

¿Alguien ha sido descalificado de asistencia pública debido a una violación intencional a un programa? ☐ No ☐ Sí

De ser Sí, quién:_____ Cuándo/Dónde: _____

Terminamos ya con la información que necesitamos de usted. Pase a la siguiente página y firme la solicitud. Vea el reverso de la página 4 para más información sobre cómo obtener la ayuda alimentaria, y el reverso de la página 5 para obtener más información sobre la cobertura de salud o asistencia en efectivo para las personas de edad avanzada, ciegas o discapacitadas.

Derechos y Responsabilidades

Con mi rúbrica en las siguientes disposiciones, entiendo que...

_____ Con mi firma certifico que la información en esta solicitud es verdadera y fiel. Podría ser sancionado y obligado a devolver cualquier beneficio que reciba si voluntariamente falsifico y/u oculto hechos en esta solicitud o mi información no es cierta. Las sanciones pueden ser medidas administrativas, civiles o penales, que incluye un proceso judicial.

_____ Acepto que el Departamento de Salud y Bienestar de Idaho o sus designados reúna, use y divulgue información sobre mi persona. Entiendo que la información se necesita para proporcionar los beneficios o servicios, obtener el pago de mis beneficios o servicios o para operaciones comerciales normales del Departamento.

_____ Tengo el derecho de revocar por escrito este consentimiento en cualquier momento en la medida en que el Departamento ya haya usado y divulgado la información sobre mi persona de conformidad con este consentimiento. Si revoco este consentimiento, es posible que el Departamento ya no me proporcione beneficios o servicios.

_____ Entiendo que se me notificará del derecho de apelar las decisiones del Departamento y que puedo ponerme en contacto con el Departamento sobre el proceso de apelación.

_____ He leído y entendido las opciones de planes y que podría ser responsable de pagar parte de los costos de mi plan de salud.

_____ Al solicitar los beneficios para un menor de edad, se debe abrir un caso de sostenimiento para los niños, si corresponde. Si recibo beneficios para mí y no coopero con los Servicios de sostenimiento para los niños, es posible que pierda o disminuyan mis beneficios.

_____ Si solicito asistencia para calefacción y electricidad, autorizo al Departamento para solicitar información y/o revelar la información necesaria a las empresas que me proporcionan los servicios públicos con el propósito de determinar mi elegibilidad y la disponibilidad para los beneficios o servicios hasta que ya no sea elegible o solicite para poner fin a los beneficios o servicios.

_____ Si un tercero es responsable de mi enfermedad o lesiones, otorgo a Medicaid cualquier derecho que yo tenga o pueda adquirir en el futuro ese tercero como compensación por cualquier beneficio que yo reciba de Medicaid.

_____ Mi firma o la firma de mi representante autoriza que las oficinas del Estado se comuniquen con las compañías de seguros relacionadas con mi asistencia médica.

_____ Tengo el derecho de elegir mi Médico de Cuidado Primario de Conexiones Saludables para solicitar referencias de los servicios y cambiar de médico/clínica si cambiaran mis circunstancias.

_____ Si recibo Medicaid después de los 55 años, mis bienes pueden estar sujetos a la recuperación de los gastos médicos pagados a mi nombre y que cualquier transferencia de activos puede ser requerida por el juzgado si no recibo el valor adecuado.

_____ Si recibo Medicaid/Asistencia monetaria, debo reportar los cambios de mis circunstancias, que incluye ingreso, activos y condiciones de vida dentro de los diez (10) días del cambio.

_____ Si se determina que soy elegible para Medicaid, elijo el plan basado en mis necesidades de salud, a menos que yo le diga a la trabajadora de Autosuficiencia lo contrario.

_____ Si recibo por error un pago por Sostenimiento para los niños, los Servicios de sostenimiento para los niños retendrán pagos futuros para recuperar la cantidad a menos que yo entregue instrucciones escritas de los contrario.

_____ Mi firma indica que recibí una copia de las Prácticas de Privacidad del Departamento.

_____ Si recibo asistencia en efectivo (TAFI), no puedo retirar los beneficios en efectivo, o utilizar los fondos de prestaciones en efectivo para comprar productos y servicios, establecimientos de juego, tabaquerías y licorerías, lugares de entretenimiento para adultos y otros establecimientos que prohíben la entrada a menores de 18 años, ni para tatuajes, perforaciones corporales o estéticas de marca de prestigio.

_____ Es ilegal que regale mi tarjeta Quest EBT o cambie los beneficios de mi tarjeta de dinero por efectivo, armas de fuego, drogas u otros bienes y servicios. Las sanciones incluyen multas, prisión e inhabilitación de futuros beneficios.

So pena de bajo testimonio, juro y afirmo que la información que proporciono es fidedigna y completa.

_____ Firma del solicitante _____ Fecha

_____ Firma de otro adulto en la casa _____ Fecha

PERSONAL/REPRESENTANTE AUTORIZADO: Puede autorizar a otra persona para que solicite los beneficios a su nombre y use los beneficios de los Cupones de alimentos para comprar los alimentos por usted. Si quiere autorizar a otra persona, anote abajo su nombre, teléfono y dirección. **NOTA**: Si su representante autorizado nos proporciona información incorrecta y como consecuencia usted ya no tenga derecho a recibir los beneficios, usted nos tendrá que pagar los beneficios extras.

_____

Nombre del representante autorizado | Número telefónico | Dirección | Ciudad | Estado | Código postal

_____ Firma del representante autorizado/Tutor _____ Fecha

Terminó ya de llenar la solicitud. Vea el reverso de la página 1 para obtener más información acerca de cómo presentar su solicitud.