



FAX COVER SHEET

Request for Health Coverage Eligibility Determination
Medically Indigent Program

This coversheet must be completed prior to submitting the application to Health & Welfare.

To: Idaho Department of Health & Welfare Health Coverage Assistance – Idaho Falls	From: _____
Fax: (208) 528-3771	Fax: _____
Email: SRCU-CntyHospApp@dhw.idaho.gov	Email: _____

HOSPITAL/COUNTY CONTACT INFORMATION:

Patient's Name: _____

Date(s) Medical Service was provided: _____

Hospital Contact Information:

Hospital Name: _____

Address: _____

Phone: _____

Fax: _____

Email: _____

Contact Person: _____

County Contact Information:

County (Idaho): _____

Phone: _____

Fax: _____

Email: _____

Contact Person: _____

By signing below and requesting a Health Coverage eligibility determination under the Medically Indigent Program, county/hospital accepts and acknowledges that they have read, understand, and will comply with the rules promulgated by the Department of Health & Welfare and the Board of the Catastrophic Health Care Cost Program, I hereby swear or affirm that all information submitted under cover of this application is true and correct, pursuant to Title 31, Chapter 35, Idaho Code.

Signature of Authorized Representative

Title and Date

SOLICITUD COMBINADA PARA ASISTENCIA MÉDICA DEL ESTADO Y DEL CONDADO

**Marque el tipo de solicitud
(elija uno) :**

Emergencia- dentro de 31 días
 No-Emergencia – con 10 días de anticipación
 Solicitud adicional
 Retraso de 180 días (se debe adjuntar la justificación)

Condado del sello de fecha:

Al firmar a continuación, yo reconozco que completando esta solicitud, será utilizado para determinar mi elegibilidad para AMBOS la asistencia médica para necesitados del condado y el programa de cobertura de salud de Salud y Bienestar. Igualmente acepto y reconozco que he leído, entendido y cumpliré con las reglas promulgadas por el Departamento de Salud y Bienestar y la junta del Programa de gastos catastróficos de cuidado médico, Por la presente juro o afirmo que toda la información presentada al amparo de esta solicitud es verdadera y correcta, de acuerdo al Título 31, Capítulo 35, del Código de Idaho.

Nombre en imprenta del paciente/solicitante _____ Firma del paciente/solicitante _____ Fecha _____

*****EN CASO DE UN TERCERO EN REPRESENTACIÓN DEL SOLICITANTE:**

Nombre en imprenta del tercero representante _____ Fecha _____ Nombre del establecimiento _____
 Firma del tercero representante _____ Teléfono _____ Dirección del establecimiento _____

NOTICIA IMPORTANTE: Si usted necesita cualquiera de las siguientes asistencias, por favor consulte. Estos servicios son gratuitos:

- Interprete de idioma. (Nosotros proveemos los servicios de un intérprete, sin costo alguno.) Llame 2-1-1 o 1-800-926-2588 o TDD 208-332-7205.
- Ayuda al completar este formulario.
- Ayuda para un discapacitado.

INSTRUCCIONES: Lea todas las preguntas e instrucciones cuidadosamente. Responda cada pregunta lo más completo posible. Si necesita dar mayor información al espacio permitido por favor adjunte más hojas.

¿Cuál es su idioma de preferencia? Hablado _____ Escrito _____
 ¿Desea usted un intérprete si le entrevistan a usted? Se le brindará uno sin costo alguno para usted. No Sí
 ¿Necesita usted un intérprete si es entrevistado? Uno estará disponible para usted sin costo alguno. No Sí

Indique una persona de contacto alternativo en caso de que no podemos llegar a alguien que aparece en esta aplicación.

Primer Nombre	Apellido	Teléfono	Relación con el paciente
---------------	----------	----------	--------------------------

Díganos qué **servicio médico** requiere: _____

Diagnóstico: _____

NOMBRE SUMINISTRADO, DIRECCIÓN Y TELÉFONO	FECHAS DE SERVICIOS	TIPO DE SERVICIO	CANTIDAD
	DE:		
	PARA:		
	DE:		
	PARA:		
	DE:		
	PARA:		
	DE:		
	PARA:		
	DE:		
	PARA:		

<p>ATENCIÓN: Esta solicitud combinada será usada para determinar su programa de elegibilidad. Complete la solicitud en su totalidad y <u>adjunte más hojas si necesita más espacio.</u></p> <p>Mencione todas las personas que vivan con usted en su hogar.</p> <p>Agregue una hoja adicional si usted necesita incluir más miembros de su hogar. Se requiere el número de su seguro social y su condición de ciudadanía para aquellos que apliquen para los servicios. Utilice el código para indicar su estado civil y raza.</p> <p>NOTA: La respuesta a su raza es opcional.</p> <p>Marque la casilla apropiada para el paciente y cualquiera que solicite Cobertura de salud.</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%; padding: 2px;">Código de razas:</td> <td style="width: 20%; padding: 2px;">WH</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Blanco</td> <td style="padding: 2px;">BL</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Negro</td> <td style="padding: 2px;">AS</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Asiático</td> <td style="padding: 2px;">AL</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Indígena Americano/ de Alaska</td> <td style="padding: 2px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Hawaiano Nativo/Isla del</td> <td style="padding: 2px;">HP</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Pacífico</td> <td style="padding: 2px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Hispano/Latino</td> <td style="padding: 2px;">HL</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Códigos de estado civil:</td> <td style="padding: 2px;">MA</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Casado</td> <td style="padding: 2px;">NM</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Nunca casado</td> <td style="padding: 2px;">DI</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Divorciado</td> <td style="padding: 2px;">SE</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Separado</td> <td style="padding: 2px;">WI</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Viudo</td> <td style="padding: 2px;"></td> </tr> </table>	Código de razas:	WH	Blanco	BL	Negro	AS	Asiático	AL	Indígena Americano/ de Alaska		Hawaiano Nativo/Isla del	HP	Pacífico		Hispano/Latino	HL	Códigos de estado civil:	MA	Casado	NM	Nunca casado	DI	Divorciado	SE	Separado	WI	Viudo	
Código de razas:	WH																												
Blanco	BL																												
Negro	AS																												
Asiático	AL																												
Indígena Americano/ de Alaska																													
Hawaiano Nativo/Isla del	HP																												
Pacífico																													
Hispano/Latino	HL																												
Códigos de estado civil:	MA																												
Casado	NM																												
Nunca casado	DI																												
Divorciado	SE																												
Separado	WI																												
Viudo																													

USTED / SOLICITANTE		<input type="checkbox"/> Marque aquí si usted es paciente	<input type="checkbox"/> Marque aquí si solicita Cobertura de salud para esta persona.			
Nombre	Inicial del segundo	Apellido	Nacimiento	Seguro Social #	Relación USTED	
Nombre anterior, si tiene	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	¿Embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha de Parto	Raza	Estado civil	¿Ciudadano de E.E.U.U.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No No. de extranjero	
¿Estudiante? Grado: Nombre de la escuela:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial	Médico de cabecera / Clínica (nombre y apellido)		Teléfono	Nombre del patrocinador	
¿Es usted veterano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	VA ID#: _____ Tipo de baja:	¿Registrado para votar? ¿Estado/País?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Licencia de conducir? ¿Estado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Teléfono usual	Tipo: (trabajo, hogar, celular)	Teléfono para mensajes	Tipo: (trabajo, hogar, celular)	Email		
Dirección Física	Ciudad	Estado	Código	País	De (fecha):	Para: Presente
Dirección Postal, si es diferente	Ciudad	Estado	Código	País	De (fecha):	Para: Presente
¿Usted piensa presentar una declaración de impuestos para el año en curso? <input type="checkbox"/> Sí. Completar preguntas a, b, y c. <input type="checkbox"/> No. Pasar a la pregunta c.						
a. ¿Presenta una declaración conjunta con su conyuge? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser sí, nombre del conyuge:						
b. ¿Es usted piensa reclamar dependientes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser sí, nombres de dependientes:						
c. ¿ Está reclamado como dependiente en la declaración de impuestos de otra que no viven en la dirección que aparece en la página dos de esta aplicación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
CO-SOLICITANTE / CÓNYUGE		<input type="checkbox"/> Marque aquí si usted es paciente	<input type="checkbox"/> Marque aquí si solicita Cobertura de salud para esta persona			
Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Nacimiento	Seguro Social #	Relación	
Nombres anteriores, si las hay	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	¿Embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha de parto	Raza	Estado civil	¿Ciudadano de E.E.U.U.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No No. de extranjero	
¿Estudiante? Grado: Nombre de la escuela:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial	Médico de cabecera / Clínica (primer y Segundo nombre)		Número de Teléfono	Nombre del Patrocinador	
		País de nacimiento	Estado de Nacimiento (si E.E.U.U.)	¿Está inscrito como miembro de una tribu nativo-americana? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nombre de la		
¿Prevé esta persona a presentar una declaración de impuestos para el año en curso? <input type="checkbox"/> Sí. Completar preguntas a, b, y c. <input type="checkbox"/> No. Pasar a la pregunta c.						
a. ¿Presenta una declaración conjunta con su conyuge? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser sí, nombre del conyuge:						

b. ¿Es usted piensa reclamar dependientes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser sí, nombres de dependientes:						
c. ¿ Está reclamado como dependiente en la declaración de impuestos de otra que no viven en la dirección que aparece en la página dos de esta aplicación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
Teléfono usual		Tipo: (trabajo, casa, celular)		Numero de mensaje telefónico		Tipo: (trabajo, casa, celular)
Email						
Dirección Física		Ciudad		Estado	Código	País
						De (fecha):
						Para: Presente
Apartado Postal, si es diferente		Ciudad		Estado	Código	País
						De (fecha):
						Para: Presente

Díganos de las personas que viven con usted *Si usted necesita suministrar mayor información, por favor adjunte más hojas.

OTRO (niño, compañero de cuarto, padre, etc.)		<input type="checkbox"/> Marque aquí si usted es paciente			<input type="checkbox"/> Marque aquí si solicita Cobertura de salud para esta persona.			
Nombre		Inicial del segundo nombre		Apellido		Nacimiento	Seguro Social #	Relación
Nombre anterior, si tiene		Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	¿Embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Raza	Estado civil	¿Ciudadano de E.E.U.U.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		Fecha de Parto				No. de extranjero		
¿Estudiante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Médico de cabecera / Clínica (nombre y apellido)				Teléfono		Nombre del patrocinador
Grado: <input type="checkbox"/> Tiempo completo		País de nacimiento		Estado de nacimiento (E.E.U.U.)		¿Está inscrito como miembro de alguna tribu nativo-americana? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Nombre de la escuela: <input type="checkbox"/> Tiempo parcial						Nombre de la tribu: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Prevé esta persona a presentar una declaración de impuestos para el año en curso? <input type="checkbox"/> Sí. Completar preguntas a, b, y c. <input type="checkbox"/> No. Pasar a la pregunta c.								
a. ¿Presenta una declaracion conjunta con su conyuge? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser sí, nombre del conyuge:								
b. ¿Es usted piensa reclamar dependientes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser sí, nombres de dependientes:								
c. ¿ Está reclamado como dependiente en la declaración de impuestos de otra que no viven en la dirección que aparece en la página dos de esta aplicación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No								
		<input type="checkbox"/> Marque aquí si usted es paciente			<input type="checkbox"/> Marque aquí si solicita Cobertura de salud para esta persona.			
Nombre		Inicial del segundo nombre		Apellido		Nacimiento	Seguro Social #	Relación
Nombre anterior, si tiene		Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	¿Embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Raza	Estado civil	¿Ciudadano de E.E.U.U.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		Fecha de Parto				No. de extranjero		
¿Estudiante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Médico de cabecera / Clínica (nombre y apellido)				Teléfono		Nombre del patrocinador
Grado: <input type="checkbox"/> Tiempo completo		País de nacimiento		Estado de nacimiento (E.E.U.U.)		¿Está inscrito como miembro de alguna tribu nativo-americana? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Nombre de la escuela: <input type="checkbox"/> Tiempo parcial						Nombre de la tribu: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Prevé esta persona a presentar una declaración de impuestos para el año en curso? <input type="checkbox"/> Sí. Completar preguntas a, b, y c. <input type="checkbox"/> No. Pasar a la pregunta c.								
a. ¿Presenta una declaracion conjunta con su conyuge? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser sí, nombre del conyuge:								
b. ¿Es usted piensa reclamar dependientes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser sí, nombres de dependientes:								
c. ¿ Está reclamado como dependiente en la declaración de impuestos de otra que no viven en la dirección que aparece en la página dos de esta aplicación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No								
		<input type="checkbox"/> Marque aquí si usted es paciente			<input type="checkbox"/> Marque aquí si solicita Cobertura de salud para esta persona.			
Nombre		Inicial del segundo nombre		Apellido		Nacimiento	Seguro Social #	Relación
Nombre anterior, si tiene		Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	¿Embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Raza	Estado civil	¿Ciudadano de E.E.U.U.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		Fecha de Parto				No. de extranjero		
¿Estudiante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Médico de cabecera / Clínica (nombre y apellido)				Teléfono		Nombre del patrocinador
Grado: <input type="checkbox"/> Tiempo completo		País de nacimiento		Estado de nacimiento (E.E.U.U.)		¿Está inscrito como miembro de alguna tribu nativo-americana? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Nombre de la escuela: <input type="checkbox"/> Tiempo parcial						Nombre de la tribu: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Prevé esta persona a presentar una declaración de impuestos para el año en curso? <input type="checkbox"/> Sí. Completar preguntas a, b, y c. <input type="checkbox"/> No. Pasar a la pregunta c.								
a. ¿Presenta una declaracion conjunta con su conyuge? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser sí, nombre del conyuge:								

b. ¿Es usted piensa reclamar dependientes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser sí, nombres de dependientes:					
c. ¿ Está reclamado como dependiente en la declaración de impuestos de otra que no viven en la dirección que aparece en la página dos de esta aplicación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
			<input type="checkbox"/> Marque aquí si usted es paciente		<input type="checkbox"/> Marque aquí si solicita Cobertura de salud para esta persona.
Nombre		Inicial del segundo nombre	Apellido		Nacimiento
		Seguro Social #	Relación		
Nombre anterior, si tiene		Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	¿Embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Raza	Estado civil
		Fecha de Parto			¿Ciudadano de E.E.U.U.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		No. de extranjero			
¿Estudiante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Médico de cabecera / Clínica (nombre y apellido)			Teléfono
Grado: <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial		Nombre del patrocinador			
Nombre de la escuela:		País de nacimiento	Estado de nacimiento (E.E.U.U.)	¿Está inscrito como miembro de alguna tribu nativo-americana? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre de la tribu: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Díganos sobre la vivienda del paciente *Si necesita suministrar mayor información, por favor adjunte más hojas
Empiece con la dirección actual y trabajos de los últimos cinco (5) anos.

Dirección Física		Ciudad	Estado	Código postal	Condado	De (Fecha):	Para:
<input type="checkbox"/> ¿Propia? <input type="checkbox"/> ¿Alquilada?		Nombre del dueño			Teléfono del dueño		
Dirección Física		Ciudad	Estado	Código postal	Condado	De (fecha):	Para:
<input type="checkbox"/> ¿Propia? <input type="checkbox"/> ¿Alquilada?		Nombre del dueño			Teléfono del dueño		
Dirección Física		Ciudad	Estado	Código postal	Condado	De (fecha):	Para:
<input type="checkbox"/> ¿Propia? <input type="checkbox"/> ¿Alquilada?		Nombre del dueño			Teléfono del dueño		
Dirección Física		Ciudad	Estado	Código postal	Condado	De (fecha):	Para:
<input type="checkbox"/> ¿Propia? <input type="checkbox"/> ¿Alquilada?		Nombre del dueño			Teléfono del dueño		

Servicios actuales y cobertura de salud *Si usted necesita suministrar mayor información, por favor adjunte más hojas.

Por favor revise cualquier programa de la lista a continuación de la cual está recibiendo asistencia. Las respuestas a estas preguntas no afectarán los beneficios para su elegibilidad.

- Otro programa de asistencia del Estado Discapacidad de desarrollo en niños o adultos
 Programa para bebés y niños pequeños Salud mental de niños o adultos Asistencia de crianza o adopción

¿Alguno en su casa ha recibido asistencia de otro Estado? Sí No
 ¿Si es cierto, de dónde? Ciudad _____ Estado _____ Condado _____ ¿Cuándo? _____

Mencione de alguien de su casa que:

	NOMBRE DEL MIEMBRO DE SU	FECHA DE PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD	ESTADO ACTUAL DE LA SOLICITUD
Tiene alguna discapacidad			
Recibe o ha solicitado para el Seguro Social			
Recibe o ha solicitado para el Medicare			
Ha solicitado Cobertura de salud el año pasado			
Ha hecho una solicitud como víctima de crímenes el año pasado			
Necesita asistencia médica en el hogar			
Vive con algún familiar que le suministra cuidado médico			
Vive en algún centro médico	Nombre de la facilidad:		

¿Es usted dependiente de un empleo estatal de tiempo completo? Sí No

¿Alguno ha solicitado la cobertura médica del Departamento de Estado de Salud y Bienestar para ayudar a pagar cuentas medicas los últimos tres meses? Si No Si es cierto, ¿quién? _____

Indique la cantidad de ingreso bruto (antes de los impuestos) recibido por su familia en cada uno de los últimos tres meses.

\$ _____ \$ _____ \$ _____
Mes pasado Hace dos meses Hace tres meses

¿Le gustaría que Healthy Connections escoja un doctor para usted? Sí No

¿Tiene seguro que cubra hospitalización ambulatoria, doctor, cirugía, laboratorio y servicio de rayos X? Sí No

Indique cualquier miembro de su hogar que haya tenido seguro médico en los últimos seis (6) meses.

NOMBRE DE LA PERSONA ASEGURADA	FECHA DE TERMINACIÓN DEL SEGURO	RAZÓN PARA LA TERMINACIÓN DEL SEGURO	NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO	TIPO DE COBERTURA Y NÚMERO DE PÓLIZA

¿Si su seguro termina a la pérdida de su trabajo, ha recibido notificación de COBRA? Sí No

¿Algún miembro de su casa tiene acceso a alguna cobertura de seguro médico que no esté mencionado arriba? Sí No

Información legal

**Si necesita dar mayor información, por favor adjunte más hojas.*

¿Alguno de los miembros de su casa ha sido condenado de un delito mayor que tenga que ver con drogas? Sí No
Si es cierto, quien: _____ Año: _____

¿Alguno tuvo que huir para evitar la acusación delictiva o encarcelamiento? Si No Si es cierto, quién: _____

¿Alguno ha violado condiciones de la libertad condicional? Si No Si es cierto, quien: _____

¿Alguno ha sido descalificado de la asistencia pública debido a una violación intencional del programa? Sí No
Si es cierto, quien: _____ Año: _____ Lugar: _____

Mencione cualquier acción pendiente (como demandas, herencia, reclamo de accidente, indemnización de seguro, etc.) que resulte de un recibo de dinero por cualquier miembro de su familia.

NOMBRE DEL MIEMBRO DE SU HOGAR	TIPO DE ACCIÓN	FECHA DE INICIO DE LA ACCIÓN	ACTUAL ESTATUS DE LA ACCIÓN	NÚMERO DE LA DEMANDA

Mencione el nombre dirección y teléfono de su abogado. _____

Mencione algún miembro de su casa que haya sido descalificado de algún programa de asistencia.

NOMBRE DEL MIEMBRO DE SU HOGAR	NOMBRE DEL PROGRAMA	FECHA DE DESCALIFICACIÓN	RAZÓN

Información General

*Si necesita suministrar mayor información, por favor adjunte más hojas.

¿Tiene algún niño en su hogar?

Sí No

¿Si es cierto, alguno de ellos tiene padres que no vivan con ellos?

Sí No

** Si respondió "sí" usted se le requerirá dar información sobre el (los) padre(s) ausente(s) al servicio de Manutención y se abrirá un caso de manutención al menos que tema por algún daño a usted o al niño. Si tiene preguntas sobre la cooperación de manutención, por favor llame al 1-800-356-9868 para mayor información.

Nombre del niño/a	Nombre del padre sin la custodia	No. de seguro social del padre sin la custodia	Fecha de nac. del padre sin la custodia

Por favor enumere cada persona de su casa que pague o reciba manutención.

NOMBRE	PAGOS/RECIBOS	CANTIDAD

Enumere cualquiera en su casa que PAGUE cuidados para niños o adultos debido a su trabajo o escuela.

Nombre:	Razón del cuidado: <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Buscar trabajo <input type="checkbox"/> Escuela	Nombre del niño/adulto en cuidado:	Cantidad: \$ ¿Con que
Nombre del proveedor del cuidado:	¿Recibe ayuda por el pago del cuidado? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Si es cierto, cuánto recibe?	\$
Nombre de la persona / agencia:			
Nombre:	Razón del cuidado: <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Buscar trabajo <input type="checkbox"/> Escuela	Nombre del niño/ adulto en cuidado:	Cantidad: \$ ¿Con que
Nombre del proveedor del cuidado:	¿Ha recibido ayuda de pago para cuidado? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	Si es cierto, cuánto recibe?	\$
Nombre de la persona/agencia:			

Díganos sobre su ingreso y recursos

*Si necesita suministrar mayor información, por favor adjunte más hojas.

Ingreso: Mencione toda la información de empleo por cada persona de su casa.

Paciente/Solicitante			Conyugue/Otro/Co-solicitante		
Nombre del actual empleador:		Teléfono:	Nombre del actual empleador:		Teléfono:
Dirección (calle, ciudad, estado, código postal)			Dirección (calle, ciudad, estado, código postal)		
Horas por semana	Tarifa por hora:	Bruto mensual:	Horas por semana:	Tarifa por hora:	Bruto mensual:
Enumere las fecha de empleo Desde: hasta:			Enumere las fecha de empleo: Desde: hasta:		
Nombre del empleador anterior:		Teléfono:	Nombre del empleador anterior:		Teléfono:
Dirección (calle, ciudad, estado, código postal)			Dirección (calle, ciudad, estado, código postal)		
Horas por semana:	Tarifa por hora:	Bruto mensual:	Horas por semana:	Tarifa por hora:	Bruto mensual:
Enumere las fecha de empleo Desde: hasta:			Enumere las fecha de empleo: Desde: hasta:		
Otro miembro de la casa			Otro miembro de la casa		
Nombre del empleador actual:		Teléfono:	Nombre del empleador actual:		Teléfono:
Dirección (calle, ciudad, estado, código postal)			Dirección (calle, ciudad, estado, código postal)		
Horas por semana:	Tarifa por hora:	Bruto mensual:	Horas por semana:	Tarifa por hora:	Bruto mensual:
Enumere las fechas de empleo: Desde: hasta:			Enumere las fechas de empleo: Desde: hasta:		
Otro miembro de la casa			Otro miembro de la casa		
Nombre del empleador actual:		Teléfono:	Nombre del empleador actual:		Teléfono:
Dirección (calle, ciudad, estado, código postal)			Dirección (calle, ciudad, estado, código postal)		
Horas por semana:	Tarifa por hora:	Bruto mensual:	Horas por semana:	Tarifa por hora:	Bruto mensual:
Enumere las fechas de empleo: Desde: hasta:			Enumere las fechas de empleo: Desde: hasta:		

¿Alguien en su casa que trabaja por su cuenta? Sí No ¿Quién? _____
Nombre del negocio _____ Años en el negocio _____

¿El ingreso proporcionado arriba refleja lo que usted espera ganar en todo el año calendario (de enero a diciembre del año en curso)? Sí No Si la respuesta es **No**, indíquenos su ingreso bruto anual anticipado (cantidad semanal sin impuestos x 4.3 x 12 = ingresos brutos anuales): \$ _____

Ingresos no ganados ¿Alguien en su casa recibe ingresos de las siguientes fuentes? Diga todas las que apliquen.

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Seguro Social/ SSI / SSD | <input type="checkbox"/> Beneficios para veteranos | <input type="checkbox"/> Cupones de alimentos | <input type="checkbox"/> Asistencia en efectivo / TAFI |
| <input type="checkbox"/> Compensación de trabajo | <input type="checkbox"/> Manutención | <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia | <input type="checkbox"/> Discapacidad de empleo |
| <input type="checkbox"/> Víctimas de crímenes | <input type="checkbox"/> Desempleo | <input type="checkbox"/> Asistencia de energía | <input type="checkbox"/> Ayuda financiera para escuela |
| <input type="checkbox"/> Retiro | <input type="checkbox"/> Tribal/Asistencia BIA | <input type="checkbox"/> Productos básicos | <input type="checkbox"/> Alquiler/Depósito de garantía |
| <input type="checkbox"/> Herencia/fiduciaria | <input type="checkbox"/> Prestamos / regalos | <input type="checkbox"/> Indemnización de seguro | <input type="checkbox"/> Iglesia |
| <input type="checkbox"/> Reembolso de Impuestos/Crédito por ingreso generado | | <input type="checkbox"/> Intereses/Dividendos | <input type="checkbox"/> Otro |

Por favor suministre detalles por cualquier ingreso no ganado marcado arriba.

Fuente de ingreso no ganado	Persona que recibe el ingreso	Cantidad	¿Con qué frecuencia recibe?

ACTIVOS

* Si necesita suministrar mayor información, por favor adjunte más hojas.

Enumere los activos de cualquiera de su casa, incluyendo cualquier cosa que tenga en la que aparezca su nombre, aún como fiador.

Artículo	¿Lo tiene? (marque)	Descripción del artículo / Números de cuenta	Propietario(s) / Nombre(s) en la cuenta	Nombre del banco/ Ubicación del artículo o cuenta	Valor/Cantidad	Cantidad debida
Efectivo						
Cuenta de cheque/corriente						
Cuenta de ahorros						
Línea de crédito						
CDs / Fondos mutuos						
Acciones/Bonos						
Fiduciarias/anualidades						
Retiro (IRA, 401K, etc.)						
Tarjetas de crédito						
Tarjetas de crédito						
Otras finanzas						
Hogar/Vivienda						
Terrenos						
Propiedades alquiladas						
Vehículo(s)						
Vehículo(s)						
Vehículos recreativos (Campero, remolque, ATVs, etc.)						
Ganadería/Herramientas de comercio						
Reclamo de minerías						
Lotes en el cementerio/ Fondos de entierro						
Seguro de vida						
Otro						

Enumere si alguien en su casa ha vendido, transferido o regalado dinero en efectivo, bienes o activos en los últimos 5 años.

NOMBRE DE LA PERSONA(S)	FECHA DE LA TRANSACCIÓN	QUÉ ACTIVOS	\$\$ RECIBIDO	VALOR EN EL MERCADO

Díganos sus gastos

* Si necesita suministrar mayor información, por favor adjunte más hojas.

Enumere los gastos de cualquiera de su casa incluyendo cualquier cosa que tenga en la que aparezca su nombre, además como fiador.

ARTÍCULO	CANTIDAD MENSUAL	SUELDO ADEUDADO	NOMBRE(S) EN LA CUENTA	PAGADO A:	USO DE LA OFICINA SOLAMENTE
Alquiler o hipoteca <small>¿Subvencionado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</small>					
2 ^{da} hipoteca					
Espacio alquilado					
Comida					
No-alimenticio					
Electricidad					
Calentador – (¿Fuente?)					
Agua / alcantarillado/ Basura					
Teléfono (Tarifa base)					
Otro					
Seguro médico/accidente					
Propietario de casa / Seguro para inquilinos					
Seguro de vida					
Seguro de auto					
Pago del carro					
Combustible					
Transporte alternativo <small>(Bus, taxi, etc.)</small>					
Hospitales					
Doctores					
Medicamentos					
Dentista					
Otro					
Impuesto de propiedad					
Impuesto de pago <small>(para propietarios de negocio y auto empleados)</small>					
Gastos educativos					
Cuidados para niños <small>¿Subvencionados? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</small>					
Cuotas y Diezmos					
Manutención					
Embargo					
Multas					
Otro					
Otro					
GASTO TOTAL					

Derechos y responsabilidades de asistencia del Estado y Condado

El solicitante deberá leer, o leer con ellos, y colocar sus iniciales en cada una de las siguientes declaraciones reconociendo que entiende y acepta estos derechos y responsabilidades.

Para asistencia estatal:

- _____ Mi firma certifica que la información en esta solicitud es verdadera y correcta. Me podrían multar y requerirme que devuelva cualquier beneficio que reciba si mi información no es verdadera. Las sanciones pueden incluir acciones administrativas, civiles o penales en mi contra, incluyendo un juicio.
- _____ Doy mi consentimiento para la recopilación, uso y divulgación de mi información por parte del Departamento de Salud y Bienestar de Idaho o sus designados. Entiendo que la información se necesita con el fin de proporcionar beneficios o servicios, obtener pago por mis servicios o beneficios, y para las operaciones comerciales normales del Departamento.
- _____ Doy mi consentimiento para la recopilación y el uso de los datos de ingresos, incluyendo la información de las declaraciones de impuestos para determinar la elegibilidad para ayudar a pagar la cobertura de salud en los próximos años (hasta 5 años). Voy a recibir una notificación cuando esto ocurra, puedo hacer los cambios y puede optar por dejarlo en cualquier momento.
- _____ Tengo el derecho de revocar este consentimiento, por escrito, en cualquier momento, excepto en la medida en que el Departamento ya ha utilizado y divulgado mi información en virtud de esta autorización. Si revoco este consentimiento, el Departamento no puede proporcionar más beneficios o servicios.
- _____ Se me notificará del derecho de apelar las decisiones del Departamento y puedo contactar al Departamento para obtener información sobre el proceso de apelación.
- _____ Mi firma indica que he recibido una copia de las Prácticas de Privacidad del Departamento.
- _____ Si estoy determinado elegible para cobertura de salud, el plan que será inscrito en depende de mis necesidades individuales.
- _____ Al solicitar los beneficios para un menor de edad, se debe abrir un caso de asistencia médica, si corresponde. Si estoy recibiendo beneficios para mí, el no cooperar con los Servicios de Manutención de Niños puede dar lugar a una pérdida o disminución de mis beneficios.
- _____ Mi firma certifica que la lista de la ciudadanía / situación migratoria es correcta para cada persona que solicita.
- _____ Si se me determina elegible para cobertura de salud, puedo ser responsable de pagar una parte del costo de la cobertura de salud de mi hijo, y yo seré notificado de mi monto del copago.
- _____ Mi firma o la firma de mi representante, autoriza a las oficinas del Estado comunicarse con las compañías de seguros relacionadas con mi asistencia médica y/o la de mi hijo.
- _____ Tengo el derecho de elegir el médico de atención primaria de *Healthy Connections*, para solicitar remisiones para los servicios, y para cambiar el médico/clínica si mis circunstancias cambian.
- _____ Si recibo Medicaid después de 55 años de edad, mi propiedad puede estar sujeta a la recuperación de los gastos médicos pagados en mi nombre, y que cualquier transferencia de activos puede ser anulada por un tribunal si no recibo el valor adecuado.
- _____ Si un partido tercero es responsable de la enfermedad o lesión de mi hijo, otorgo a Medicaid cualquier derecho que yo pueda tener, o adquirir en el futuro, para ser indemnizado por la parte responsable de los beneficios médicos que recibo para mí mismo/ mis hijos.
- _____ Si recibo Asistencia para la cobertura médica, tengo la obligación de informar los cambios obligatorios específicos que se requieren para ese programa descrito en la Notificación de aprobación.
- _____ Puedo ser requerido a cooperar con los revisores estatales o federales que se están asegurando de que mis beneficios sean correctos. Puede ser que no sea elegible para recibir beneficios si no coopero.
- _____ Si se ha decidido que soy elegible para el Pago anticipado de la prima del Crédito de impuesto (*APTC*) y uso estos fondos para la compra de un plan médico calificado (*QHP*), se conciliará cualquier discrepancia entre mi ingreso reportado, el cual fue utilizado para determinar la elegibilidad y el monto del crédito de impuestos, con el ingreso final reportado en mis impuestos al final del año calendario. El *IRS* será responsable de la realización de esta conciliación, y cualquier discrepancia puede dar lugar a un ajuste del crédito de impuestos, incluyendo el derecho a fondos adicionales o reembolso de los fondos pagados que me hayan pagado de más.

Para asistencia del condado:

- _____ Un derecho de retención automática se adjuntará a la propiedad real y personal, los beneficios del seguro, y los recursos adicionales o bienes que poseo.
- _____ Debo llenar la solicitud completa dentro del tiempo que indique la ley.
- _____ Tengo que cooperar con la investigación de mi solicitud, proporcionando la documentación y someterme a una entrevista.
- _____ Estoy obligado a reembolsar al condado cualquier asistencia que se solicite en mi nombre y representación.
- _____ Debo notificar al condado si recibo los recursos después de presentar una solicitud con el condado.
- _____ Para ayudar a determinar mi elegibilidad, doy mi consentimiento para la recopilación, uso y divulgación de mi información personal y financiera para el condado.
- _____ Un proveedor puede presentar una solicitud en mi nombre como demandante de terceros.
- _____ Voy a ser notificado de las decisiones del condado y que pueda apelar a una decisión adversa de la Junta de Comisionados del Condado dentro de los 28 días después a la fecha de la determinación.
- _____ Puedo solicitar la revisión judicial de la decisión final del condado al negar mi solicitud.
- _____ Si no cumplo con el condado, ya sea por una declaración incorrecta esencial u omisión esencial o fundamental, mi solicitud será denegada y no seré elegible para los servicios de no-emergencia por un máximo de dos (2) años.
- _____ Si no proporciono la información esencial requerida o si me desprendo de los recursos dentro de un (1) año antes de presentar la solicitud para ser elegibles para recibir asistencia del condado, mi solicitud será denegada.
- _____ Si soy sancionado por autoridades federales o estatales pierdo mis beneficios médicos y no seré elegible para la Asistencia del Condado por el período de la sanción.
- _____ Si doy información falsa o engañosa a un hospital del Condado, a su agente, o a cualquier persona con el fin de recibir asistencia del condado, o no divulgo los recursos o beneficios disponibles para mí como el pago o reembolso, seré culpable de un delito menor y sancionado por la ley.

Firma (Requerido)

Yo reconozco que he leído y revisado los Derechos y Responsabilidades de la asistencia del Estado y el condado con el paciente.

Nombre en imprenta del paciente/solicitante

Firma del paciente/solicitante

Fecha

Nombre en imprenta del tercero representante

Firma del tercero representante

Fecha

INFORMACIÓN DE DIVULGACIÓN

Nombre del paciente: _____

Condado: _____

Nombre del solicitante: _____

Nombre del co-solicitante: _____

Autorizo/autorizamos y solicito/solicitamos a cualquier hospital, médico, u otra persona que ha prestado atención al paciente antes mencionado ("Proveedores") para liberar los registros médicos de los representantes del Estado o el Condado ya que los registros son pertinentes a la investigación y a la elegibilidad de determinación de la asistencia médica para necesitados de conformidad con el Capítulo 35, Título 31 del Código de Idaho. Reconozco/ reconocemos que algunos registros relacionados con la atención que he recibido por la cual estoy solicitando el pago por parte del Estado o el Condado puede incluir información que está protegida por la Ley Federal. Autorización específica se da para liberar información relativa a un medicamento con asistencia federal o programa de abuso de alcohol, información sobre drogas o de abuso de alcohol, información sobre salud mental, información sobre el VIH, o cualquier otra información que pueda ser protegida por la ley. Entiendo/entendemos que estoy renunciando a la confidencialidad de dichos registros con el único propósito de esta solicitud de asistencia médica para necesitados y todos los suplementos o modificaciones de los mismos. Reconozco/ reconocemos que el Estado o el Condado pueden divulgar cualquier información recibida a mis proveedores que participan en el proceso de asistencia médica a necesitados y a los representantes del Programa estatal de gastos catastróficos de cuidado médico. Reconozco/reconocemos que el propósito de la divulgación es para determinar si cumpla con los requisitos legales para la asistencia médica para necesitados por parte del Estado o el Condado

Los registros obtenidos con protección federal autorizados por esta divulgación se mantendrán, de conformidad con los reglamentos federales de confidencialidad (título 42CFR), que prohíbe la re-divulgación.

Solicito/solicitamos también a mi / nuestra familia, banquero(s), cooperativa de crédito(s), institución financiera o de inversión(s) médico(s), hospital(es), acreedor(es), agencias de informes de crédito, y cualquier otra persona u organizaciones incluyendo el Departamento de Estado de Salud y Bienestar, Administración del Seguro Social, Servicios de Salud Pública, Administración de Veteranos, el Programa de compensación para las víctimas de delitos, la Comisión Industrial de Idaho, las empresas de servicios públicos o departamentos, los organismos de las fuerzas del orden público, los tribunales, el Departamento del Trabajo de Idaho, o empleador(es), que tiene toda la información acerca de mí / nosotros o de mis / nuestras circunstancias para que proporcione la información a dichos representantes del Estado o el Condado, en la medida que sea pertinente a esta solicitud.

Autorizo/autorizamos al Estado o al Condado y sus representantes para divulgar la información pertinente a esta solicitud, el contenido de los mismos y las medidas adoptadas al respecto a todas las partes interesadas conforme a lo dispuesto por el Capítulo 35, Título 31 del Código de Idaho. Reconozco/reconocemos que mi / nuestra solicitud de asistencia médica para necesitados renuncia a la confidencialidad otorgada por la ley estatal en la medida necesaria para llevar a cabo la intención del Código de Idaho 31-3504 sobre dichas solicitudes. Autorizo/autorizamos que una copia de este acuerdo se utilice cuando sea necesario y se ortogue plena vigencia como el original.

Entiendo/Entendemos que podré/podremos revocar este consentimiento en cualquier momento excepto que la acción se haya tomado en relación con ella al menos que el consentimiento sea revocado antes; esta versión es válida siempre y cuando sea pertinente a esta solicitud, el reembolso después de la solicitud, o la actividad de recolección.

Firma del paciente

Fecha

Firma del solicitante

Fecha

Firma del co-solicitante

Fecha

ESTADO DE IDAHO)
) :SS.
Condado de _____)

Al (los) _____ día (s) de _____, 20_____, _____ compareció personalmente ante mí y me probó en base a pruebas satisfactorias que es la persona(s) cuyo(s) nombre(s) es/son los suscritos en este instrumento y reconozco que él/ella/ellos firmaron el mismo.

Suscrito y jurado ante mí:

Notario Público del Estado de Idaho

(SELLO)

Residiendo en: _____

Mi mandato vence el: _____

Esta autorización se ajusta a los reglamentos promulgados en virtud del artículo 333 del Abuso Comprensivo de Alcohol y Prevención de Alcoholismo, Tratamiento y Ley de Rehabilitación de 1970, y la Sección 408 del Delito y Tratamiento del Abuso de Drogas de 1972 y e; Acta de Responsabilidad y Transferencia de Seguro Médico de 1996.

INFORMACIÓN REQUERIDA

Se requiere la siguiente información cuando se aplica para asistencia. **Usted debe suministrar prueba de TODOS los ingresos, recursos, activos, beneficios y gastos de TODOS los miembros de su casa. El no cumplir con dichos suministros de los antes mencionado podría causar la negación de su solicitud. Traiga con usted todo lo anteriormente enumerado el día de la entrevista** (La documentación debe incluir su nombre, la cantidad de su pago mensual y el balance debido. Si usted recibe una factura mensual por los gastos, adjunte la declaración del mes más reciente. De lo contrario, adjunte el contrato aplicable o acuerdo de contrato).

IDENTIFICACIÓN:

- **Identificación con foto** (Licencia de conducir, identificación escolar, etc.) de todos los miembros de su casa
- **Carnet de Seguro Social** de todos los miembros de su hogar
- **Ciudadanía y documentación de residencia** de todos los miembros de su hogar (VISA, Carnet de extranjero, etc.)
- **Condición como veterano** (DD214, documento de baja militar)

INGRESOS / ACTIVOS / BENEFICIOS:

- **Verificación de todos los ingresos de los miembros del hogar por los últimos 6 meses inclusive pero sin limitación a:**

Talones de pago/Declaración de ganancias del empleador	Seguro médico o de vida	Los ingresos por alquiler / renta de depósito de garantía
Registro de trabajo por cuenta propia (por eje. Pérdidas y ganancias a la fecha)	Beneficios de sobreviviente	Pagos fiduciarios de terrenos / Pagos per cápita
Beneficios de desempleo	Beneficios de cupones de alimento	Embargo de ingresos
Pensión de retiro	Beneficios del TAFI	Ingreso de inversión
IRA u otro ingreso de retiro	Beneficios del ICCP	Pagos de liquidación
Indemnización de empleo	SSI/ SSD/ Retiro de seguro social	Ayuda financiera / Becas/Prestamos
Indemnización de víctima de crimen	Pensión alimenticia	Asistencia financiera familiar
Discapacidad de veterano/ Pensión	Manutención	Otro

- **Declaraciones federales y estatales** de impuestos del año más reciente.
- **Banco/ Cooperativa de Crédito/ estados de cuenta de los ingresos de inversión** de todas las cuentas corrientes o de cheques, de ahorros, cuentas del mercado monetario, IRAs, certificados de depósito, acciones, bonos, fondos mutuos, propiedades, inversiones de retiro, etc. (si no tiene esto, por favor consíganos una copia de su banco, cooperativa de crédito, firma de corretaje/casa de inversión)
- **Verificación de cualquier asistencia recibida de otras agencias o programa de asistencia, inclusive pero sin limitación a:**

Asistencia de energía	SEICCA	Ayuda de amigos
Subsidio de casa	Proyecto de acción	Ejército de Salvación
Asistencia telefónica	Asistencia de la iglesia	St. Vincent DePaul

GASTOS:

- **Suministre todas las cuentas médicas** (inmediatamente, a la recepción) al condado para el que se solicita la ayuda
- **Prueba de todos los gastos de la casa y deudas pendientes, inclusive sin limitación a:**

Contrato de alquiler	Agua/alcantarillado/basura	Apoyo infantil	Transporte
Contrato de alquiler de lote	Teléfono	Cuidado Infantil	Impuestos
Hipoteca	Comida	Medicamentos	Multas judiciales
Calefacción	Artículos básicos	Seguro	Prestamos
Electricidad	Pago de carro	Doctor / Hospital	Otros

TAMBIÉN: cualquiera y toda información solicitada por el Departamento de Salud y Bienestar y/o del programa de asistencia médica para necesitados del Condado.

¿TENGO QUE SER CIUDADANO?

De acuerdo al Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos, si usted no tiene un permiso de inmigración, los miembros su familia que son elegibles pueden utilizar los beneficios de no-efectivo, incluyendo Cobertura de salud, cupones de alimentos, WIC, asistencia de renta, beneficios de energía, entrenamiento de trabajo, cuidado infantil, ayuda por desastre, asistencia de salud pública, etc., sin perjuicio a la obtención de su permiso de inmigración, ser ciudadano estadounidense o patrocinar familiares en el futuro.

¿TENGO QUE DIVULGAR MI NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (SSN) Y LA CONDICIÓN DE CIUDADANÍA?

Algunos miembros de la familia de los solicitantes pueden escoger el no solicitar para los servicios de Salud y Bienestar. En ese caso, ellos no tienen que suministrar un número de seguro social o su condición migratoria o de ciudadanía. Los beneficios del solicitante no serán retrasados o negados por que algún miembro de su familia no solicite.

Cualquiera que solicite los servicios, excepto cuidado infantil, debe tener un número de seguro social o debe solicitar uno. Si usted quiere Cobertura de salud de emergencia solamente o es víctima de violencia doméstica, no tiene que dar un número de seguro social o su condición migratoria. Usted solo tiene que darnos la información de la condición migratoria o de ciudadanía de la persona que necesita la ayuda, excepto cuando solicite el cuidado infantil.

Nosotros podemos ayudarle a solicitar un número de seguro social y los beneficios no serán negados o retrasados mientras la solicitud se esté pendiente. Nosotros necesitamos el número de seguro social para ayudar a establecer la paternidad para dar manutención y cambiar o hacer cumplir las órdenes de manutención, incluyendo cobertura de seguro médico para el niño. No se dará su número de Seguro Social a los Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos.

¿HAY IGUAL OPORTUNIDAD PARA LOS SOLICITANTES?

De acuerdo con la ley federal y el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos y la política del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS), se le prohíbe al Departamento de Salud y Bienestar la discriminación de raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad. Bajo el Acta de cupones de alimentos y las políticas de USDA la discriminación está prohibida también en las creencias religiosas y políticas.

Para presentar una demanda de discriminación contacte al USDA o HHS:

USDA, Director, Oficina de derechos civiles 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410 (800) 795-3272 (Voice) (202) 720-6382 (TTY) USDA & HHS igual oportunidades para proveedores y empleadores.	U.S. Department of Health & Human Services Room 506 F, 200 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20201 ocrcomplain@hhs.gov (202) 619-0403 (Voice) (202) 619-3257 (TTY)
--	---

PLAN DE SELECCIÓN DE COBERTURA DE SALUD DE IDAHO

Si usted está elegible para Cobertura de salud, tiene el derecho de escoger el plan que se ajuste a su necesidad de salud. La cobertura de salud de Idaho ofrece el Plan Básico Cobertura de salud y el Plan Mejorado de Cobertura de salud que reúnen diferentes necesidades de salud.

- **El Plan Básico la Cobertura de salud** es para niños de bajos recursos y adultos trabajadores con ciertas necesidades de salud. Este plan suministra completos beneficios de salud, prevención y bienestar para niños y adultos que no tienen necesidades especiales de salud.
- **El Plan Mejorado la Cobertura de salud** es para individuos con discapacidad o necesidades especiales. Este plan incluye todos los beneficios del Plan Básico además de beneficios adicionales.

Usted puede optar por no inscribirse en el plan que se adapte a sus necesidades de salud. En su lugar usted puede optar por inscribirse en el Cobertura de salud estándar. El Cobertura de salud estándar no incluye los medicamentos recetados, ciertos beneficios de bienestar y prevención, terapias, servicios dentales, servicios de visión y otros servicios. Si no desea inscribirse en el plan de beneficios que se adapte a sus necesidades de salud, debe informar a su trabajador de autosuficiencia.