



Mejor salud para sus niños,
Tranquilidad para usted.

Seguro de Salud gratis o a costo bajo para niños menores de 21 años
(Mujeres embarazadas, padres de familia, o parientes responsables por niños pueden usar esta solicitud para solicitar Medicaid.)

If you want form DMA-5063, application in English for health insurance, call your local county department of social services. You can also call the North Carolina Family Health Resource Line at 1-800-367-2229. (Puede obtener una solicitud en español en el departamento de servicios sociales de su localidad, o llame al 1-800-367-2229.)

¿QUÉ SON CHEQUEO DE SALUD [HEALTH CHECK] Y OPCIONES DE SALUD [HEALTH CHOICE] PARA NIÑOS EN CAROLINA DEL NORTE?

Chequeo de salud [Health Check] (seguro médico para niños) y Opciones para Salud [Health Choice] son programas de seguros de salud similares para niños. Los ingresos familiares, el número de personas en la familia, y la edad de sus niños determinan si sus niños califican. Esta información determinará en cual programa se registrará su niño.

¿CUALES SON LOS BENEFICIOS?

- Consultas para enfermos
- Chequeos
- Cuidado de Hospital
- Consejos
- Recetas médicas
- Servicios dentales
- Exámenes de ojos y anteojos
- Exámenes auditivos
- y más

Transporte – Si sus niños están registrados en el programa de Chequeo de Salud, el departamento de servicios sociales puede proporcionar transporte a citas médicas. Si sus niños están registrados en Opciones de Salud, usted tendrá que proporcionar su propio transporte.

Niños con Necesidad de Cuidados Especiales pueden calificar para más servicios.

¿COMO SOLICITO?

Es facil. Envíe la solicitud por correo, o llévela al departamento de servicios sociales de su condado. Si necesita ayuda para llenar la solicitud, llame o visite el departamento de servicios sociales. Encontrará la dirección y el número de teléfono en el directorio telefónico. Busque el número bajo oficinas de gobierno. También puede llamar a la línea de Recursos de Salud Familiar al 1-800-367-2229. Se le atenderá en español.

Asegúrese de contestar todas las preguntas para que su solicitud sea procesada rápidamente. Si necesita más espacio agregue más hojas. Puede tomar 45 días o menos para tramitar su solicitud. Si necesitamos más información, nos comunicaremos con usted por correo. Entre más pronto tengamos la información, más pronto podemos decirle si sus niños califican.

¿QUÉ MÁS NECESITO SABER ACERCA DE CHEQUEO DE SALUD Y OPCIONES DE SALUD?

¿Mis niños recibirán tarjeta de seguro?

Sí. Sus niños recibirán una tarjeta de seguro por correo. Por favor tenga la tarjeta a mano cuando vaya al consultorio médico y cuando vaya a llenar recetas médicas.

¿Cómo elijo un médico?

El departamento de servicios sociales le ayudará a elegir un médico si niños están registrados en Chequeo de Salud (Seguro Medicaid para niños). Si sus niños están registrados en Opciones de Salud, comuníquese con el médico de su preferencia.

¿Se tienen que volver a registrar mis niños?

Sí. Los niños se registran una vez al año para mantener beneficios. Nos comunicaremos con usted cuando sea tiempo de registrarlos.

¿Tendré que pagar cuota por la registración y compartir pagos?

Depende de sus ingresos, usted tendrá que pagar una cuota de \$0 a \$100, por familia por año. En algunos casos usted tendrá que compartir un pago pequeño por consultas con el médico y por recetas médicas. Si a usted le corresponde pagar cuota o compartir el pago, se le enviará un aviso.

¿Se registrarán mis niños inmediatamente?

Chequeo de Salud (Seguro de Salud Medicaid) no tiene límite de fondos, así es de que no hay lista de espera. Si sus niños califican para Opciones de Salud, es posible que se les ponga en una lista de espera si es que no hay fondos federales o estatales para cubrir el programa.

¿CUALES SON MIS RESPONSABILIDADES?

- ✓ Usted está de acuerdo a informarle al departamento de servicios sociales, en un plazo de 10 días, si hay cambios en la información que usted proporcionó en su solicitud.
- ✓ Personal estatal o federal pueden revisar la información en este formulario. Usted esta de acuerdo en cooperar con el personal.
- ✓ Si sus niños reciben seguro de salud por el cual no califican, porque usted ha sabiendas proporcionó información falsa, o retuvo información, se le puede castigar legalmente por fraude. Entonces, usted tendrá que pagar por las cuentas médicas y pagar las primas que Medicaid pagó por usted.
- ✓ Está de acuerdo en informarle al departamento de servicios sociales si un miembro de su familia con seguro Chequeo de Salud sufre un accidente.
- ✓ Si el seguro Chequeo de Salud paga por el cuidado de salud para sus niños usted le da permiso al estado de Carolina del Norte a recaudar pagos de cualquiera persona responsable por los pagos. Usted también está de acuerdo en compartir información médica acerca de sus niños con compañías de seguro para que cuentas médicas se paguen.
- ✓ Es necesario que usted proporcione el número de Seguro Social de su niño para registrarlo en el programa Chequeo de Salud/Opciones de Salud. Si no tiene número, solicite uno. Por favor sepa que estos números serán comparados por computadora con documentos de otras agencias del gobierno para verificar información. (Estos números no se mandan a la Oficina de Inmigración y Naturalización.) Si decide no dar su número, su niño no se puede registrar.

¿CUALES SON MIS DERECHOS?

- ✓ Chequeo de Salud (Seguro Medicaid para Niños)/Opciones de salud no discrimina por raza, color, nacionalidad, sexo, religión, edad, discapacidad, o creencias políticas.
- ✓ Por ley, toda la información que usted proporciona es privada.
- ✓ Usted puede pedir una audiencia si cree que las decisiones no son justas, o son incorrectas, o se hacen demasiado tarde.

¿QUIÉN PUEDE CONTESTAR MIS PREGUNTAS?

Comuníquese con el departamento de servicios sociales de su localidad o llame a la línea de Recursos de Salud Familiar at 1-800-367-2229. Se le atenderá en español.

Antes de que usted regrese la solicitud, por favor haga lo siguiente:

Lea páginas 1 y 2. Arranque estas páginas y mantégalas para usted.

Conteste las preguntas en las páginas 3 al 6 completamente.

Firme la solicitud en la página 5.



For Office Use Only	
County DSS: _____	
Date Received: _____	
Case #: _____	
<input type="checkbox"/> Mail in	<input type="checkbox"/> DSS <input type="checkbox"/> Health Dept

SOLICITUD

Por favor complete. Después envíe páginas 3-6 al departamento de servicios sociales de su localidad. Si esta solicitud es para una mujer embarazada que aún no tiene niños, llene esta solicitud como si la solicitante ya es madre.

Díganos de su familia

1. ¿Quiénes son todos los niños menores de 21 años que viven en su hogar? ▼
Llene la información aún por niños por los cuales no está solicitando. El Número de Seguro Social y la ciudadanía se requiere solamente para los que solicitan para seguro médico.

Nombre del niño (nombre, apellidos)	Solicita para este niño (S, N)	Fecha de nacimiento (mes/día/año)	Sexo (M, F)	*Raza (Use los códigos abajo que se refieren a Ud.) (Opcional)	Hispano/Latino (Opcional) (S, N)	El niño es ciudadano Norte americano (S, N)	Número de Seguro Social (SSN)

*Asiático=A Indio Norteamericano o Nativo de Hawai o de las caucáseo o blanco = W
 Negro o Africano = B Nativo de Alaska = I Islas Pacíficas = P

2. ¿Donde viven los niños? ▼

Dirección:	Dirección Postal (si es diferente):
Ciudad: Estado: Código Postal:	Ciudad: Estado: Código Postal:
Número de teléfono (casa): () Número de teléfono durante el día : ()	

3. ¿Quiénes son los padres que viven con los niños? ¿Si los niños no viven con sus padres, quiénes son los adultos que tienen responsabilidad por los niños?

Nombre del padre o adulto (nombrel, apellidos)	Fecha de nacimiento (mes/día/año)	Sexo (M, F)	*Raza (Opcional)	Hispano/Latino (Opcional) (S, N)	Nombre de los niños y padre o adulto y el parentesco con los niños (Juan –madre, Maria- madrastra)

a. ¿Desea solicitar Medicaid para cubrir el embarazo de una persona anotada arriba? ▶▶ Si No
Si solicita para asistencia para el embarazo, tendrá que proporcionar un certificado de su médico que incluya el día que nacerá el bebe y el número de bebes que espera. Aunque no tenga el certificado de su médico, envíe la solicitud.
 Si contestó sí para quién? _____ Número de Seguro Social _____

b. ¿Desea solicitar Medicaid para personas anotadas arriba? El adulto tendrá que tener parentesco con el niño para calificar. Si quiere solicitar, se comunicarán con usted para información sobre cuentas de ahorros, bienes, valor de seguro de vida, acciones, bonos, etc. El total de estos tendrá que ser menos de \$3000. Si usted califica, es posible que usted tenga la responsabilidad de algunas de sus cuentas médicas.

¿Aún quiere solicitar para un padre o un adulto en su hogar? ▶ Sí No
Padres o adultos que solicitan tendrán que proporcionar el Número de Seguro Social. También es posible que tenga que proporcionar información a la agencia de manutención infantil.
 Si contestó sí, ¿para quién? _____ Número de Seguro Social _____

4. ¿Hay un miembro de la familia que vivirá fuera del hogar por más de 12 meses (p.ej., servicio militar, asistir a una escuela)? Sí No
Si contestó sí, complete la información siguiente: ▼

Nombre completo (nombre y apellidos)	Razon por la ausencia	Cuando espera regresar?

Díganos del seguro de salud y de las necesidades medicas de la familia

5. ¿Hay un padre que no está viviendo en el hogar? Sí No
 ¿ Si contestó sí, hay un requisito o acuerdo que exija que este padre pague por seguro de salud? Sí No

6. ¿Algun solicitante tiene otro plan de seguro de salud? Sí No
Si contestó sí, llene la información a continuación: ▼

Nombre (Nombre, apellidos)	Nombre de la compañía de seguro	Dirección de la compañía de seguro	Núm. de télef. de la compañía de seguro	Número. de poliza/grupo

7. ¿ Algun solicitante necesita asistencia para pagar cuentas médicas de los últimos tres meses ? Sí No
Si contestó sí, llene la información: Posiblemente se le puede ayudar a pagar estas cuentas. ▼

Nombre de la persona con la cuenta (Nombre, apellidos)	Nombre del médico, clinica, o hospital donde recibio tratamiento.	Fecha del tratamiento médico

8. ¿ Algun solicitante sufrio un accidente en los últimos tres meses? Sí No
 ¿El solicitante recibió tratamiento por el accidente? Sí No
Si contestó sí, díganos quién. _____ ¿Cuándo fue el accidente? ____/____/____

Díganos de los ingresos de los padres y de los niños

9. ¿Quiénes son los padres y los niños que trabajan y cuáles son sus ingresos? ▼

Nombre de la persona que trabaja (nombre, apellidos)	Nombre y número de télef. del empleador	Cantidades ganadas antes de deducciones	Propinas ganadas	Frecuencia de salario (mensual, semanal, etc.)
		\$	\$	
		\$	\$	
		\$	\$	

Por favor proporcione talones de cheques del mes anterior para todas las personas anotadas. Aunque no tenga los talones, envíe la solicitud.

10. ¿Hay un padre o niño que trabaja por su cuenta? Sí No
¿P. ej. hay una persona que gana dinero de su granja, por negocio propio o por renta de propiedades ?
 Si contestó sí, envíe documentación que muestre los ingresos y gastos del negocio en los últimos 6 meses. Si el negocio tiene menos de 6 meses, envíe la documentación para los meses que tenga.

11. ¿Desemplearon al padre o niño en los últimos tres meses? Sí No
Si contestó sí, llene la información a continuación: ▼

Nombre de la persona desempleada	Fecha de desempleo	Nombre del último empleador	Dirección y télef. del último empleador:



12. ¿El padre o niño recibe otros ingresos? ▼

Marque el tipo de ingresos recibidos por el padre o niño	Nombre de la persona que recibe otro ingreso	Cantidad recibida	Frecuencia (mensual, semanal, etc.)
Manutención infantil <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$	
Seguro Social <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$	
Desempleo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$	
Otro (Por favor explique)		\$	

Díganos de los gastos de los padres y de los niños

Algunos de estos gastos se pueden usar para reducir los ingresos. Los ingresos se cuentan para hacer la determinación para la registración al programa Health Choice.

13. ¿El padre que vive en casa paga por cuidado infantil, o una niñera, o paga por el cuidado de un adulto dependiente? Sí No
Si contestó sí, llene la información a continuación: ▼

¿Quién proporciona el cuidado? Nombre, dirección, y número de teléfono	Nombre de la persona que se cuida	Nombre de la persona que paga por el cuidado	Cantidad que paga	Con que frecuencia (mensual, semanal.)
			\$	
			\$	

14. ¿El padre que vive en casa paga por manutención infantil por un niño que no vive en casa? Sí No
Si contestó sí, llene la información a continuación:

¿Quién paga por manutención?	¿A quién se le paga?	Ordenado por un tribunal (S, N)	Cantidad que paga	Con que frecuencia (mensual, semanal.)
			\$	
			\$	

Díganos si quiere asistencia con manutención infantil

La agencia de manutención infantil le puede ayudar a obtener apoyo financiero y médico del padre ausente de su niño. El tribunal puede establecer paternidad si usted pide asistencia a la agencia de manutención infantil. El tribunal también puede establecer orden de manutención alimenticia y asegurar que se cumpla la orden.

Hay otros beneficios cuando trabaja junto con la agencia de manutención. Por ejemplo, su niño puede calificar para otros beneficios financieros incluyendo seguro social, beneficios de pensión, beneficios de veteranos y posiblemente una herencia. Su niño también puede tener el beneficio de formar una relación entre padre y niño. Finalmente, su niño puede tener el beneficio de obtener información sobre historial médico.

Si usted quiere asistencia de la agencia de manutención para establecer paternidad o para obtener una orden de manutención alimenticia a través del tribunal marque "Sí" en la casilla.

Si usted marca "Sí" alguien se comunicará con usted. **Sí quiero asistencia de la agencia de manutención.**

- ✓ Yo atestiguo que a mi conocimiento, todas las declaraciones en este documento son correctas y verdaderas.
- ✓ Yo he leído o se me han leído los documentos adjuntos a esta solicitud. Yo entiendo mis derechos y responsabilidades como solicitante/beneficiario.
- ✓ Yo autorizo que se disemine cualquier información necesaria para establecer elegibilidad para mi familia. Yo entiendo que esta información puede incluir información médica, de hospitales, empleadores, y compañías de seguro.
- ✓ Yo autorizo la fotocopia de esta hoja de desiminar información para comprobar información. La autorización es válida en fuerza total hasta que yo la revoque por escrito.

Firma del Padre o adulto: _____

Fecha: ____/____/____





(Formulario Opcional)
Preferencia de Idioma y Necesidades Especiales
 Puede solicitar para Chequeo de Salud/Opciones de Salud aunque no conteste las preguntas de esta página.
 Puede solicitar para Chequeo de Salud/Opciones de salud aunque no conteste las preguntas en esta hoja.

¿Qué idioma prefiere hablar su familia?

El gobierno federal requiere que el estado proporcione información sobre los idiomas que hablan las familias. Por favor ayúdenos. Proporcione la información para el padre o adulto que está solicitando para seguro médico.

Nombre de la persona (nombre, apellidos)	Idioma que la persona prefiere hablar (circule su selección)
1.	ingles español otro (especifique _____)
2.	ingles español otro (especifique _____)
3.	ingles español otro (especifique _____)

¿Su niño tiene necesidad de cuidados especiales de salud?

Por favor ayudenos a mejorar los servicios a niños con necesidades de cuidados especiales. Conteste las preguntas a continuación. De esta manera podemos reportar y cumplir con requisitos federales.

- ¿Su niño necesita algún medicamento recetado por un médico que no sean vitaminas? Sí No
 ¿Necesita su niño esos servicios debido a cualquier condición médica, de comportamiento u otra condición que haya durado o que se espera que dure por lo menos 12 meses? Sí No
 Si contestó sí, escriba el nombre del niño: _____
- ¿Su niño necesita más servicios de cuidado médico, de salud mental o educativos que son usuales o rutinarios para la mayoría de niños de la misma edad? Sí No
 ¿Su niño necesita esos servicios debido a cualquier condición médica, de comportamiento u otra condición que haya durado o que se espera que dure por lo menos 12 meses? Sí No
 Si contestó sí escriba el nombre del niño : _____
- ¿Su niño está limitado en cualquier manera de hacer cosas que la mayoría de los niños de la misma edad pueden? Sí No
 ¿Se debe esto a cualquier condición médica, de comportamiento u otra condición que haya durado o que espera que dure por lo menos durante 12 meses? Sí No
 Si contestó sí, escriba el nombre del niño: _____
- ¿Su niño necesita algún tipo de terapia especial, tal como terapia física, ocupacional o terapia del lenguaje? Sí No
 ¿Su niño necesita dicha terapia debido a cualquier condición médica, de compartamiento u otra condición que haya durado o que se espera que dure por lo menos durante 12 meses? Sí No
 Si contestó sí, escriba el nombre del niño: _____
- ¿Su niño tiene algún tipo de problema emocional, del desarrollo o de comportamiento debido al cual necesite tratamiento?. Sí No
 ¿Su niño necesita este tratamiento u orientación debido a cualquier condición médica, de comportatmiento u otra condición que haya durado o que espera que dure por lo menos durante 12 meses? Sí No
 Si contestó sí, escriba el nombre del niño: _____

¿FIRMÓ SU SOLICITUD EN LA PÁGINA 5?