

HUSKY

Healthcare for UninSured Kids and Youth

Solicitud y Forma de Renovación

(W-1HUSS, Revisado 4/2003)

Esta solicitud es para familias que solamente necesitan seguro de salud. Si usted necesita otro tipo de asistencia para su familia, llame a INFOLINE al 211. Individuos Sordos y con impedimentos auditivos pueden usar el TDD/TTY llamando al 1-800-410-1681. Preguntas, dudas, quejas, o peticiones por información en formatos alternativos deben ser dirigidos al 1-800-842-1508.

Si usted tiene alguna pregunta sobre esta solicitud o necesita ayuda para completarla, llame al 1-800-656-6684. Si la información que usted tiene no cabe en esta forma, favor de adjuntar hojas de papel separadas como sea necesario.

Sección A: - Yo deseo seguro de salud para: (Marque con (✓) en la categoría o categorías que se asemejen con la situación).

- ❑ Yo mismo, mi esposo(a) (u otro padre/madre) y nuestros niños menores de 19 años que viven con nosotros.
- ❑ Yo mismo, y niños en mi cuidado que viven conmigo.
- ❑ Solamente por los niños en mi cuidado que viven conmigo. Yo no deseo seguro de salud para mi.
- ❑ Solamente para mí, yo soy menor de 19 años.
- ❑ Solamente para mí, yo estoy embarazada. La fecha que mi bebe nacerá es _____.
- ❑ Mis niños menores de 19 años que no viven conmigo. Yo estoy bajo una orden de la corte a proveer apoyo médico. Esta es la dirección de mis niños. _____

Sección B: Información del Solicitante - Infórmenos sobre usted

Apellido / Nombre / Inicial	Número de Teléfono Diurno	Número de Teléfono Nocturno	ID del Cliente

Dirección/Calle	Ciudad	Estado	Código Postal

Dirección si es diferente	Fecha de Nacimiento	Sexo
		❑ Masculino ❑ Femenino

¿Es usted Hispano o Latino?	Raza–(Marque todos los que aplican)	Número de Seguro Social (Es opcional si usted no está solicitando para usted mismo)	¿Es Usted un Ciudadano de EU? (Es opcional si usted no está solicitando para usted mismo)	¿Que Lenguaje Usted Habla Mejor?
❑ Sí ❑ No	❑ Nativo de Alaska /Esquimal ❑ Asiático ❑ Negro o Descendiente Africano ❑ Nativo Americano ❑ Isleño del Pacífico ❑ Blanco		❑ Sí ❑ No	

Sección C: Infórmenos sobre las personas que necesitan seguro de salud HUSKY. Incluya la información sobre usted si usted quiere una cubierta HUSKY.

Apellido	Nombre E Inicial	Relación con el Solicitante	¿Es esta persona un padre de por lo menos uno de los niños?	Número del Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Sexo M/F	¿Es usted Hispano o Latino?	Raza (seleccione de las categorías de arriba)	¿Ciudadano de EU? Si No, llene la Sección J	¿Tiene ganancias u otro ingreso?
			❑ Sí ❑ No				❑ Sí ❑ No		❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No
			❑ Sí ❑ No				❑ Sí ❑ No		❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No
			❑ Sí ❑ No				❑ Sí ❑ No		❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No
			❑ Sí ❑ No				❑ Sí ❑ No		❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No
			❑ Sí ❑ No				❑ Sí ❑ No		❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No

Si alguien listado en esta sección está embarazada, favor de listar su nombre y la fecha en que nacera el bebé _____.

Sección D: Otros Miembros del Hogar - Nosotros necesitamos información sobre otros que viven en el hogar y que son los padres, padrastros/madrastras y esposo(a) de las personas que quieren seguro de salud HUSKY. Incluya la información sobre usted si usted es un padre en la casa pero su nombre no fue listado en la Sección C porque usted no quiere HUSKY para usted mismo(a). También, favor de listar cualquier otro niño en el hogar menor de 19 años que no está solicitando por seguro de salud HUSKY. No incluya cualquiera de los listados en la Sección B o C de la primera página. *Adjunta hojas adicionales si es necesario.*

Nombre	Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social (Opcional)	Muestre a quien esta persona está relacionada y como están relacionados (Ejemplo: padre de Billy Smith)	¿Recibe ingresos ganados?	¿Recibe otros ingresos?
				❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No
				❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No

Sección E: Padres Que No Viven en el Hogar - Si usted es un padre o un cuidador que vive con un niño y usted quiere cubierta de HUSKY para usted, usted debe estar de acuerdo en cooperar con la manutención de menores. Esto significa que usted nos dará información sobre padres que no viven en la casa y nos ayudan a seguir el apoyo médico. Si usted no está de acuerdo en cooperar usted no puede obtener HUSKY para usted: sin embargo, sus niños todavía pueden calificar para HUSKY. Usted puede pedir una exención de este requisito si usted se siente que hay una amenaza de violencia doméstica. Aun si usted no quiere HUSKY para usted mismo nosotros podemos ayudarle a obtener la manutención de menores.

¿Está usted de acuerdo en cooperar con la División de Manutención de Menores para buscar el apoyo médico por sus niños de un padre que no vive en la casa? ❑ Sí ❑ No

¿Si usted no quiere cooperar, es la razón de un miedo de abuso por el padre que no está en la casa? ❑ Sí ❑ No

¿Quiere usted que nosotros le ayudemos a obtener la manutención de menores? ❑ Sí ❑ No

Si usted está de acuerdo en ayudarnos a seguir la manutención, por favor proporcione la siguiente información. También, si usted está solicitando por sus niños que no viven con usted, por favor proporcione la siguiente información.

Nombre del Padre	Nombre del Niño	Dirección del Padre	Nombre, Dirección y Número de Teléfono del Empleador del Padre

Sección F: Ingreso del Trabajo - Complete lo siguiente para cualquiera en la **Sección C y D** que recibe ingreso ganado. Incluya sus ganancias si usted es un padre de un niño listado en la Sección C. También, incluya su ingreso si usted un pariente cuidador y usted quiere HUSKY para usted mismo(a). Si una persona tiene más de un trabajo, liste cada trabajo separadamente.

Nombre de Persona Empleada	¿Estudiante tiempo completo o parcial? Si es Sí, nombre de la escuela?	¿Tiene suéldo de su propio negocio?	Nombre, Dirección y Número de Teléfono del Empleador	¿Empleado del gobierno?	Horas Trabajadas por Semana	Pago Antes de Deducciones (incluya propinas)	Fecha de Comienzo
		❑ Sí ❑ No		❑ Ciudad/Pueblo ❑ Estado ❑ Federal		$ por	
		❑ Sí ❑ No		❑ Ciudad/Pueblo ❑ Estado ❑ Federal		$ por	

Sección G: Otro Ingreso - Favor de completar lo siguiente por cada uno en la **Sección C y D** que recibe otro ingreso tal como sustento para menores, Seguro Social, o Compensación por Desempleo. Incluya su ingreeso no ganado si usted es un padre de un niño listado en la Sección C. También, incluya su ingreso no ganado si usted un pariente cuidador y usted quiere HUSKY para usted mismo(a).

Nombre de Persona	Tipo de Ingreso	¿Cuánto?	¿Cuántas veces?

SI USTED TIENE ALGUNA PREGUNTA SOBRE ESTA SOLICITUD O NECESITA AYUDA EN COMPLETARLA, LLAME AL 1-800-656-6684.

Sección H: Gastos de Cuidado Diurno - Si usted o alguien en el hogar paga por cuidado diurno por un niño o un adulto incapacitado complete lo siguiente. También, incluya cualquier pagos hechos por una agencia del estado tal como Programa de Asistencia de Cuidado de Niños (CCAP).

Nombre de Persona que Recibe Cuidado	Cantidad Pagada por Usted	Cantidad Pagada por el Estado	¿Cúantas veces?	Nombre, Dirección y Número de Teléfono del Proveedor de Cuidado Diurno

Sección I: Seguro de Salud - ¿Alguno por los cuales usted está solicitando tiene actualmente otro seguro de salud? ❑ Sí ❑ No Si es Sí, favor de completar los siguiente.

Nombre(s) de Asegurado(s)	Nombre, Dirección y Número de Teléfono de la Compañía de Seguro	Tipo	Póliza o Número de Miembro	Fecha de Comienzo	Fuente
		❑ Médico ❑ Visión ❑ Dental ❑ Farmacia ❑ Otra			❑ Empleador-Patrocinador ❑ Empleado Municipal/Estatal ❑ Privado (paga-propia)
		❑ Médico ❑ Visión ❑ Dental ❑ Farmacia ❑ Otra			❑ Empleador-Patrocinador ❑ Empleado Municipal/Estatal ❑ Privado (paga-propia)

¿Tiene alguien un empleador-patrocinador que ha cancelado o terminado su seguro de salud en los últimos dos meses? ❑ Sí ❑ No Si es Sí, favor de completar lo siguiente:

Nombre(s) de Asegurado(s)	Nombre, Dirección y Número de Teléfono de la Compañía de Seguro	Tipo	Póliza o Número de Miembro	Fecha de Terminación	¿Por qué este seguro no está más disponible?
		❑ Médico ❑ Visión ❑ Dental ❑ Farmacia ❑ Otra			

¿Cuánto paga usted, o pagó usted por este seguro? $_____ Cuántas veces?_____.

Si alguien en su hogar tiene facturas médicas no pagadas, facturas pagadas por servicios médicos recibidos en los últimos 3 meses, o está actualmente pagando un prestamo que fue tomado para pagar facturas médicas, favor de proveer la siguiente información. Nosotros podemos necesitar más tarde más información sobre sus facturas médicas.

Fecha de Servicio Médico	Cargo Total	Cantidad que Todavía Debe	Cantidad que Paga Cada Mes	Si usted tomo un préstamo para pagar por cuidado médico, de el **Nombre del Prestamista, Cantidad del Préstamo y la Fecha que el Préstamo fue Tomado**

Sección J: Inmigración - Provea información de inmigración para aquellos que no son ciudadanos y quienes están solicitando seguro de salud HUSKY.

Nombre	Fecha de Entrada a EU	Número de INS	Estado de INS	Fecha en que los Estatutos se Recibieron	¿Ciego o Incapacitado?	¿Recibe SSI?	Miembro de las fuerzas armadas de E.U. Veterano o Niño o Cónyuge
					❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No
					❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No

Sección K: Miembro Tribal - Miembros de tribus Indio Americano y Nativos de Alaska reconocidos federalmente que cualifican para cubierta subsidiaria de HUSKY no tienen que pagar primas o co-pagos. ¿Alguna de las personas listadas en la Sección B o C miembros de una tribu Indio Americano o Nativo de Alaska reconocido federalmente?
❑ Sí ❑ No Si es Sí, liste el nombre de la(s) persona(s) y tribu y provea una tarjeta de la tribu o carta como verificación _____.

Sección L: Lea Cuidadosamente y Firme Abajo

YO ENTIENDO

- Que hay un proceso de agravio si yo no estoy de acuerdo con una acción tomada en mi caso;
- Que toda la información dada en esta forma esta sujeto a verificación por oficiales federales, estatales y locales;
- Que toda información dada en esta forma es confidencial y el Departamento de Servicios Sociales (DSS) o sus agentes solamente usarán esta información a administrar programas de DSS;
- Que por recibiendo asistencia médica, Yo permito al estado a recobrar el costo de mis facturas médicas, el cual haber sido cubierto por otro seguro, directamente de la compañía aseguradora;
- Que el estado puede recobrar los beneficios de una demanda, basado en negligencia, el costo de accidente-relacionado con servicios médicos pagados por el estado;
- Que cualquier pago hecho por el estado a favor de un registrarte como resultado de una declaración falsa, mis-representación o encubrimiento de o fallar en revelar ingreso o cubierta de seguro de salud por un solicitante responsable para mantener seguro puede ser recobrado por el estado; y
- Que si yo teniendo conocimiento dando información incorrecta yo puedo estar sujeto a penalidades por declaración falsa y robo como especificado en los Estatutos Generales de Connecticut secciones 53a-122, 53a-123, 53a-157b, and 17b-97, así como penalidades bajo la Ley Federal.

YO ESTOY DE ACUERDO

- A notificar a DSS o sus agentes dentro de 10 días de todo cambio en las circunstancias de la familia, por ejemplo, ingreso, seguro médico, dirección, residencia de niño, o tamaño familiar;
- A cooperar con los oficiales federales, estatales y locales proveyendo autorizaciones, documentos y otra prueba relacionada con la información que yo he provisto en esta forma;
- A cooperar con el personal federal y estatal en una Revisión de Control de Calidad;
- A no alterar, negociar, prestar o vender mi tarjeta de servicios médicos y/o la tarjeta de servicios médicos de cualquier niño por quien yo he solicitado por seguro de salud médico, y a tener del Departamento o sus agentes archivos de reclamaciones de Medicare y demandar apelaciones.
- En permitir a DSS o cualquier seguro de salud, proveedor, u otra entidad qué proporcionan los servicios a mi o mi familia bajo el programa HUSKY a relevar información sobre mi o mi familia como sea necesario para la entrega de servicios del programa HUSKY y la administrción del programa HUSKY, como permisible por la ley federal o estatal.

YO CERTIFICO

- Que yo he leído o que lo dejo leer para mi en un lenguaje que yo entiendo y que la información dada en esta forma es verdad y completa según mi mejor entender.

FIRMA Fecha

Firma de Testigo *(si es firmado con una X)* Fecha

SOLAMENTE USO OFICIAL

Revisado Por Fecha

Firma de Interprete Fecha

Si alguien ha ayudado al solicitante a completar esta forma, esta persona debe también firmar.

Firma de Ayudante Fecha

Si alguien completó esta forma a favor del solicitante, esta persona debe también firmar.

Firma de Representante Fecha

Devuelva esta forma en el sobre pre-dirigido provisto. Si no es provisto un sobre, envié por correo las formas completadas a:

HUSKY PROGRAM, P.O. BOX 280747, EAST HARTFORD, CT 06128

¿Cómo usted oyó sobre el Programa HUSKY?

❑ TV ❑ Radio ❑ Periódico ❑ Oficina del Médico ❑ InfoLine ❑ Presentación ❑ Otro_____

Cubierta de asistencia médica de HUSKY no será negada debido a una condición médica pre-existente.

Esta solicitud será considerada sin tomar en cuenta raza, color, sexo, edad, incapacidad física o mental, credo religioso, origen nacional, orientación sexual, linaje, barreras de lenguaje, o creencias políticas.

Instrucciones para la Forma HUSKY

SI USTED TIENE PREGUNTAS SOBRE ESTA SOLICITUD O NECESITA AYUDA EN COMPLETARLA, LLAME AL 1-800-656-6684.

Sección A:

Marque el encasillado o encasillados que se asemejen a su situación. Si usted es una mujer embarazada que quiere la ayuda solo para usted, por favor envía una carta de un doctor u otro proveedor médico que verifica que usted está embarazada.

Sección B: Información del Solicitante – Infórmenos sobre usted

- Favor de proveer un número de teléfono donde sea fácil de localizarle si nosotros necesitamos más información.
- Si usted recibe actualmente beneficios del Departamento de Servicios Sociales o usted recibió beneficios en el pasado, favor de listar su número de ID del cliente si usted lo sabe.
- Si usted no desea el seguro de salud HUSKY para usted, usted no tiene que darnos su Número de Seguro Social. Sin embargo, los números de Seguro Social pueden ayudarnos a procesar su solicitud más rápidamente.
- Nosotros preguntamos si usted es ciudadano de E.U.. Si usted no desea el seguro de salud HUSKY para usted mismo, esta información no es requerida.
- Nosotros preguntamos que usted liste su Raza/Etnicidad. Esta información es colectada solamente para propósito de estadisticas.

Sección C: Información en otras personas que desean seguro de salud HUSKY

Favor de proveer información sobre las personas que desean seguro de salud HUSKY. Incluya la información sobre usted si usted quiere una cubierta HUSKY. Tambien, **incluya** la información sobre cualquier otro padre en el hogar que necesita seguro de salud HUSKY. Adjunte hoja(s) adicional(es), si es necesario. Los números de Seguro Social e información de ciudadania son requeridos para cada uno de los que desean seguro de salud HUSKY. Los números de Seguro Social no son requeridos para los niños que son elegibles para HUSKY B.

Sección D: Otra Información del Hogar

De información sobre miembros de la familia que viven en el hogar pero no desean seguro de salud HUSKY. Liste todos los padres, padrastros/madrastras, esposo(a) y hermanos y hermanas (menores de 19) de los niños para quien usted esta solicitando. También, liste su esposo(a) si él o ella no es el padre/madre de cualquiera de los niños y usted desea seguro de salud HUSKY para usted. Nosotros preguntamos por los Números de Seguro Social de todas las personas, sin embargo, la información no es requerida. Nosotros procesaremos su solicitud aun si usted no nos provee un número de Seguro Social para un no-solicitante. Adjunte hojas adicionales, si es necesario.

Sección E: Información en Padres que no Viven en el Hogar

Si usted es un padre o un cuidador que vive con un niño y usted quiere cubierta de HUSKY para usted, usted debe estar de acuerdo en cooperar con la manutención de menores. Esto significa que usted nos dará información sobre padres que no viven en la casa y nos ayudan a seguir el apoyo médico. Si usted no está de acuerdo en cooperar usted no puede obtener HUSKY para usted: sin embargo, sus niños todavía pueden calificar para HUSKY.

Las mujeres embarazadas no tienen que proporcionar la información sobre el padre del niño nonato. También, si usted no quiere cooperar porque usted puede estar sujeto a abuso por el padre ausente, usted puede pedir una exención de este requisito.

Si usted no quiere la ayuda para usted mismo no tiene que cooperar con la manutención de menores. Sin embargo, nosotros podemos ayudarle a recibir manutención de menores y el apoyo médico por los niños si usted lo quiere.

Si usted es un padre no-custodio que aplica en nombre de sus niños usted debe dar información sobre usted.

Si usted necesita ayuda para obtener pagos de manutención de menores de un padre, por favor llame a la Línea de Información de Manutención de Menores al 1-888-233-7223. Éste es un número de llamada gratis.

Sección F: Información de Ingreso de Empleo

Esta sección pregunta por información de ganancias en los individuos que desean seguro de salud HUSKY y otros miembros de la familia cuyo ingreso nosotros contamos. Este seguro a listar todos los empleos de estos individuos. Por favor liste las cantidades brutas. El ingreso bruto es la cantidad antes de que algo se saque para impuestos u otros gastos. También, incluya ingreso de trabajo propio. Si usted trabaja por cuenta propia, muestre la cantidad de su ingreso después de que usted substrae los gastos propios de empleo. Gastos de empleo propio son los costos para hacer negocio. Estos costos pueden incluir la renta in la localización de su negocio y el costo de materiales, suministros y equipo. Ellos no incluyen la depreciación en propiedad o equipo.

Nosotros no contamos ganancias de niños que están en la escuela así que es importante a incluir la información de la escuela de cualquier estudiante que trabaja. Adjunte hoja(s) adicional(es) si es necesario. No incluya información sobre usted, si usted no vive con los niños.

Sección G: Otra Información sobre Ingreso

En esta sección este seguro(a) de incluír todos los ingresos no ganados recibidos por los individuos listados en las Secciones C y D de la solicitud. También, incluya su ingreso no ganado si usted es un padre que vive con los niños o si usted u otro relativo que es responsable por los niños y usted desea seguro de salud HUSKY para usted. No incluya información sobre usted si usted no vive con los niños. Adjunte hoja(s) adicional(es) si es necesario.

Sección H: Información de Gastos de Cuidado Diurno

Los gastos de cuidado diurno pueden ser usados para reducir la cantidad del ingreso del hogar que nosotros contamos. Una deducción de cuidado diurno puede hacer una diferencia en si usted debe o no que tener que pagar primas o co-pagos. Los gastos de cuidado diurno pueden ser por un niño o un adulto incapacitado. Nosotros le daremos crédito por los gastos de cuidado diurno aun si ellos son pagados por el estado. Asi liste también estos pagos. (Si usted necesita ayuda con cuidado diurno, favor de llamar al número gratis de Infoline de Cuidado Diurno al 1-800-505-1000.) Envíenos una carta de su proveedor de la guardería que muestre la cantidad que usted paga por cuidado diurno.

Sección I: Información sobre Seguro de Salud

En la primera parte liste solamente aquellos individuos que actualmente tienen seguro. En la segunda parte liste solamente aquellos individuos que han terminado seguro de salud en los últimos seis meses. En la tercera parte, este seguro(a) a mostrar información sobre sus facturas médicas. Si usted califica para HUSKY A, nosotros podemos estar disponibles a ayudarle a pagar por gastos médicos incurridos en los tres meses antes de que usted solicita. También, nosotros podemos usar sus facturas médicas para determinar su elegibilidad para HUSKY A.

Sección J: Inmigración

Verificación–Por favor provea información de inmigración y documentación cualquiera que no es un ciudadano americano y que está solicitando seguro de salud HUSKY. La documentación puede ser una copia de su tarjeta de registro extranjera/alien registration (I-94 o I-551) u otra forma que muestre el estado de él o ella. Si el no-ciudadano es un miembro de las fuerzas armadas de los Estados Unidos o un veterano americano marque sí en la última caja. También, si el no-ciudadano es un cónyuge, viuda(o) o niño menor de alguien que es un miembro de las fuerzas armadas americanas o un veterano americano, marque sí en la última caja.
Otros miembros de la casa–no le exigen que provea esta información para cualquiera que no quiere seguro de salud HUSKY. Usted puede obtener HUSKY para los miembros familiares elegibles aun cuando su familia incluye otros miembros que no son elegibles debido al estado de inmigración. Por ejemplo, los padres inmigrantes pueden recibir HUSKY para niños que son ciudadanos americanos aunque los padres no pueden calificar debido a su estado de inmigración.
INS Y HUSKY–Nosotros no compartiremos información que usted nos da con la Inmigración y Servicio de la Naturalización (INS).
Cargo Público–el INS no puede usar esta aplicación o la registración de sus niños en HUSKY para negarle la admisión a E.U., dañar su estado de residente permanente o deportarlo.

Sección K: Membresía Tribal

Si usted o cualquiera de los niños, por quien usted esta solicitando son miembros de una tribu reconocida federalmente, favor de identificar la membresía tribal. Miembros de tribus de Indios Americanos o Nativos de Alaska reconocidos federalmente, que califican por la cubierta con subsidio HUSKY, no tienen que pagar primas o co-pagos.

Sección L: Lea Cuidadosamente y Firme/Firmas

Esta sección lista términos legales con los que usted está de acuerdo. Usted deberá leer esto cuidadosamente antes de firmar esta solicitud. Si usted solicitó por los niños, usted deberá firmar su nombre en la línea de solicitante "Firma". Si usted firma con una "X", alguien más debe firmar su nombre como un testigo en la línea de "Firma de Testigo". Si alguien le ayudó a completar la forma, él o ella deberá firmar en la línea de "Ayudante". Si un interprete le ayudó a usted a leer o completar la solicitud, él o ella deberá firmar en la línea de "Interprete". Si usted no puede llenar la solicitud y firmar su nombre, usted puede tener un "Representante" que lo haga por usted. El "Representante" deberá firmar en la línea de "Representante".

Verificación: Ejemplos de formas de verificación aceptables. Si usted necesita ayuda para llenar está forma, llame al 1-800-656-6684.

Nosotros usaremos la información que usted nos da para determinar la elegibilidad de su familia para HUSKY. Por favor proporcione la información completa y exacta. Nosotros sólo preguntaremos por la información adicional si la información que usted nos da está incomleta o inexacta.
A través de nuestro sistema de computadora, nosotros tenemos el acceso a la información de la administración del seguro social, departamento de trabajo, departamento de vehiculos de motor y otras fuentes. Nosotros usamas esta información para confirmar la información que usted nos da.