

Consideraremos esta solicitud sin distinción de raza, color, sexo, edad, discapacidad, religión, u origen nacional.

# SOLICITUD DE MEDICAID

SOLO PARA USO EN EL CONDADO:

Fecha de recepción en el departamento del condado

- Mujer Embarazada                       Salud de Mujeres  
 Niño/a menor de 19 años               Padre/madre cuidador  
 Katie Beckett                               Programa Chafee Independence de Medicaid  
 Planificación para bebés sanos/as (Planning for Health Babies (P4HB))

Marque el(los) casillero(s) que le correspondan:

¿Estuvo en un hogar de acogida cuando cumplió 18años?     Sí  No, ¿en cuál estado? \_\_\_\_\_

**TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE:** Una entrevista presencial no es necesaria para las solicitudes de Medicaid. Responda todas las preguntas de la manera más completa y precisa posible. **Si necesita ayuda para leer o completar este documento, pregúntenos o llame al (877) 423-4746. Nuestros servicios, incluidos los/as intérpretes, son gratuitos. Si es una persona sorda, con problemas de audición, sorda-ciega o tiene dificultades para hablar, puede llamarnos al número que figura anteriormente al marcar 711 (Retransmisión de Georgia).**

Su Nombre: (Escribir) NOMBRE	Inic. del segundo nombre	Apellido	Apellido de soltera (si corresponde)	Fecha de hoy:
Dirección de correo postal:			Ciudad:	Estado:
Dirección de residencia (si es distinta de la dirección del correo postal):			Número(s) de teléfono:	Dirección de correo electrónico:
Comunicación electrónica: Sí ___ o No ___ (opcional)*			¿Cuál es su idioma de preferencia? Si se requiere una entrevista, ¿necesitará un/a intérprete? Sí ___ No	
<b>Ley de Estadounidenses con Discapacidades: Solicitud de modificaciones razonables y asistencia para la comunicación (si corresponde):</b> <b>¿Tiene una discapacidad que requerirá una modificación razonable o asistencia para la comunicación? Sí ___ No ___ (Si la respuesta es sí, describa la modificación razonable o la asistencia para la comunicación que solicita):</b> Intérprete de la lengua de señas ___; TTY ___; Letra grande ___; Comunicación electrónica (correo electrónico) ___; Braille ___; Retransmisión en video ___; Intérprete de habla con clave ___; Intérprete oral ___; Intérprete táctil ___; Recordatorio por llamada telefónica de las fechas límite del programa ___; Firma telefónica (si corresponde) ___; Entrevista presencial (visita al hogar) ___; Otra: ___ <b>¿Necesita esta modificación razonable o asistencia para la comunicación una sola vez ___ o permanentemente ___? Si es posible, explique brevemente cuándo y por cuánto tiempo necesita esta modificación o asistencia.</b>				

## PUEDA ELEGIR UN/A REPRESENTANTE AUTORIZADO/A

Puede dar permiso a una persona u organización de confianza para que hable con nosotros sobre esta solicitud, vea su información y actúe en su nombre en asuntos relacionados con esta solicitud, incluida la obtención de información sobre su solicitud y la firma de su solicitud en su nombre.

Esta persona u organización se llama "representante autorizado/a". Si alguna vez necesita cambiar su representante autorizado/a, comuníquese con la División de Servicios para Familias y Niños (DFCS, en inglés) al (877) 423-4746. Si usted es un/a representante designado/a legalmente para una persona en esta solicitud, presente pruebas junto con la solicitud.

Nombre de la persona: (Escribir) NOMBRE	Apellido	Nombre de la organización (si corresponde):
Dirección:	Ciudad:	Estado:
¿Cuál es su idioma de preferencia? Si se requiere una entrevista, ¿necesitará un/a intérprete? Sí ___ No	Número(s) de teléfono:	Código postal:
Comunicación electrónica: Sí ___ o No ___ (opcional)* Dirección de correo electrónico:		
Tareas del/de la representante autorizado/a Firmar la solicitud en nombre del/de la solicitante <input type="checkbox"/> Completar y enviar el formulario de renovación <input type="checkbox"/>		
Recibir copias de los avisos y otras comunicaciones <input type="checkbox"/> Actuar en nombre del/de la solicitante en todos los otros asuntos <input type="checkbox"/>		
<b>Ley de Estadounidenses con Discapacidades: Solicitud de modificaciones razonables y asistencia para la comunicación para los/as representantes autorizados/as (si corresponde):</b> <b>¿El/la representante autorizado/a tiene una discapacidad que requerirá una modificación razonable o asistencia para la comunicación? Sí ___ No ___ (Si la respuesta es sí, describa la modificación razonable o la asistencia para la comunicación que solicita):</b> Intérprete de la lengua de señas ___; TTY ___; Letra grande ___; Comunicación electrónica (correo electrónico) ___; Braille ___; Retransmisión en video ___; Intérprete de habla con clave ___; Intérprete oral ___; Intérprete táctil ___; Recordatorio por llamada telefónica de las fechas límite del programa ___; Firma telefónica (si corresponde) ___; Entrevista presencial (visita al hogar) ___; Otra: ___ <b>¿El/la representante autorizado/a necesitará esta modificación razonable o asistencia para la comunicación una sola vez ___ o permanentemente ___? Si es posible, explique brevemente cuándo y por cuánto tiempo necesita esta modificación o asistencia.</b>		

\* Tiene la opción de elegir cómo le gustaría recibir notificaciones sobre su información. Si elige recibir notificaciones por correo electrónico o mensaje de texto, recibirá un mensaje que le notificará que tiene un aviso en Mis Avisos ubicado en el Portal del Cliente de GA Gateway.

Para la comunicación por correo electrónico, debe proporcionarnos su dirección de correo electrónico y aceptar los términos y condiciones de los avisos electrónicos que se encuentran en el Portal del Cliente de GA Gateway después de crear una cuenta. Visite el sitio web del Portal del Cliente de GA Gateway en [www.gateway.ga.gov](http://www.gateway.ga.gov) para actualizar la configuración de las notificaciones.

Para la comunicación por mensaje de texto, debe proporcionarnos su número de teléfono. Se pueden aplicar tarifas estándar de mensajes y datos. Esto puede variar según la compañía, consulte con su proveedor.

Enumere a todas las personas que viven con usted para las que quiere o NO quiere Medicaid, incluido/a usted. No tiene que proporcionar un SSN o información sobre el estado migratorio de ninguna persona que no esté solicitando Medicaid. Si lo proporciona, utilizaremos el SSN para buscar coincidencias por computadora con otras agencias y puede ayudarnos a procesar la solicitud de su hijo/a. NO compartiremos su información con el Departamento de Seguridad Nacional (anteriormente llamado INS).

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Sufijo (Jr.)	Raza	Sexo M/F	Fecha de nacimiento	Vínculo con usted	¿Esta persona necesita una cobertura de salud? (Si/No)	Número de Seguro Social	¿Esta persona es ciudadana de EE.UU., nacional de EE.UU. o inmigrante/extranjera calificada? (Si/No)	¿El padre de este/a niño/a vive en su hogar? (Si/No)	¿La madre de este/a niño/a vive en su hogar? (Si/No)

Si usted u otros miembros del hogar son personas ciudadanas naturalizadas o extranjeras/inmigrantes calificadas, complete la siguiente tabla.

Nombre			Tipo de documento de inmigración	Extranjero/Número de certificado	¿Ha vivido en EE.UU. desde 1996? (Si/No)	¿Usted, su cónyuge o su padre es un veterano o un miembro en servicio activo de las fuerzas armadas de los EE. UU.?
Nombre	Inic. del segundo nombre	Apellido				

¿Está embarazada?  Sí  No; Si la respuesta es sí, ¿cuál es la fecha de parto estimada \_\_\_\_\_; y cuántos bebés se esperan? \_\_\_\_\_; Si la respuesta es no, ¿dio a luz o un embarazo se interrumpió en los últimos 12 meses?  Sí  No; Si la respuesta es sí, ¿cuál fue la fecha de parto o terminación del embarazo? \_\_\_\_\_; y cuántos bebés nacieron/se esperaban? \_\_\_\_\_; ¿Puede tener hijos/as?  Sí  No;

¿Alguna vez dio a luz a un bebé que pesaba menos de 2500 gramos (5 libras, 8 onzas)?  Sí  No; ¿Alguna vez dio a luz a un bebé que pesaba menos de 1500 gramos (3 libras, 5 onzas) el 1 de enero de 2011 o luego de esta fecha?  Sí  No; ¿Tiene alguna factura médica sin pagar de los últimos tres meses?  Sí  No; Si la respuesta es sí, ¿de cuáles meses? \_\_\_\_\_; En la actualidad, recibe cobertura por parte de otro seguro médico?  Sí  No; ¿Está inscrito/a en Medicaid en la actualidad?  Sí  No; Si la respuesta es sí, indique la compañía de seguro y el número de póliza: \_\_\_\_\_; ¿Alguien en el hogar tiene algún seguro médico privado?  Sí  No; ¿Usted o alguien en su hogar ha sido diagnosticada con cáncer de mama o de cuello uterino?  Sí  No; Si la respuesta es sí, ha recibido la cobertura de Salud de Mujeres de Medicaid anteriormente?  Sí  No

**INGRESOS/TRABAJO POR CUENTA PROPIA, INFORMACIÓN DE LAS PERSONAS QUE DECLARAN IMPUESTOS, DEDUCCIONES y CUIDADO DE DEPENDIENTES**

Indique todos los ingresos que reciben las personas indicadas en la página 1 de esta solicitud. Asegúrese de mostrar el monto antes de las deducciones. Adjunte una hoja extra si es necesario. Decidiremos, en función del tipo de cobertura de Medicaid, los ingresos de quiénes se contarán y los de quiénes podrán excluirse.

Ingresos	Monto bruto por cheque de pago (monto antes de las deducciones)	¿Con qué frecuencia? (semanal, cada 2 semanas, mensual, etc.)	Nombre de la persona que lo recibe	Información de las personas que declaran impuestos
Salarios/Ganancias				1. ¿Alguna persona en el hogar planea presentar una declaración de impuestos federales el PRÓXIMO AÑO? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No En caso <b>AFIRMATIVO</b> , ¿quién? (Enumere a cada persona que planea presentar)  2. ¿Algunas de las personas que declaran impuestos indicadas presentará de manera conjunta con un cónyuge? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No En caso <b>AFIRMATIVO</b> , indique el nombre de el/la cónyuge: _____  3. ¿Alguna de las personas que declaran impuestos reclamará a alguien como dependiente en su declaración de impuestos? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No En caso <b>AFIRMATIVO</b> , indique los nombres de los dependientes: _____  4. ¿Se reclamará a alguna persona como dependiente tributaria en la declaración de otra persona? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No En caso <b>AFIRMATIVO</b> , indique el nombre de la persona que declara impuestos y de los dependientes tributarios: _____ _____  ¿Cuál es el vínculo entre el dependiente tributario y la persona que declara impuestos? _____
Empleador actual:				
Salarios/Ganancias				
Empleador actual:				
Ingreso del Seguro Social/SSI				
Compensación del empleado				
Pensiones o beneficios de jubilación				
Manutención infantil/Contribuciones				
Beneficios por desempleo				
Otros ingresos, especifique:				

Si usted o alguna persona indicada en la página 1 de esta solicitud trabaja por cuenta propia, complete el recuadro a continuación.

Tipo de trabajo por cuenta propia	Nombre de la persona que trabaja por cuenta propia	Monto bruto mensual	Monto de los gastos comerciales mensuales

**DEDUCCIONES:** Marque todo lo que corresponda, e indique el monto y cada cuánto lo paga.

- Pensión pagada Monto: \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_  Interés del préstamo estudiantil Monto: \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_
- Primas de seguro médico, 401K y otras deducciones antes de impuestos \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_
- Otras deducciones Tipo: \_\_\_\_\_ Monto: \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

¿Paga por el cuidado de dependientes (guardería para un/a niño/a o cuidado para un/a adulto/a que no puede cuidarse a sí mismo/a) para que una persona de su hogar pueda trabajar?

Nombre de el/la padre/madre que trabaja	Nombre de el/la niño/a o adulto/a que recibe el cuidado	Nombre del proveedor de cuidado	Monto del pago	¿Con qué frecuencia? (semanal, cada 2 semanas, mensual, etc.)

Si está realizando una solicitud para Medicaid para niños/as y uno o ambos padres no están en el hogar, proporcione la siguiente información:

Nombre del niño/a	Nombre de el/la padre/madre ausente	¿Tienen Cobertura Médica para el/la niño/a? Sí/No	Si tiene Cobertura Médica, indique el nombre de la compañía de seguros y el número de grupo

**ELEGIBILIDAD RÁPIDA:**

"La Elegibilidad Rápida (ELE, por sus siglas en inglés) es un proceso automático para inscribir o renovar la inscripción al programa de Asistencia Médica para niños y niñas menores de 19 años que reciben el Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés) o el Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés) en el programa de Asistencia Médica.

Si usted recibe SNAP o TANF, la División de Servicios para Familias y Niños (DSFC, por sus siglas en inglés) utilizará la información de estos programas, como el tamaño de la unidad familiar, la residencia y los ingresos de SNAP o TANF, pero la DFCS verificará la ciudadanía o el estado migratorio mediante el uso de las normas de la Asistencia Médica para realizar una determinación de ELE. De esta forma se inscribirá al/a niño/a o se renovará su inscripción a Medicaid o PeachCare for Kids®. Si su hijo/a es elegible para recibir PeachCare for Kids®, puede estar sujeto/a a una prima. La DFCS le enviará un aviso con la determinación, le dejará realizar cambios y le permitirá dejar de participar en cualquier momento.

Si desea que sus hijos/as sean evaluados para recibir la Asistencia Médica mediante el proceso de ELE, seleccione sí o no a continuación.

Sí       No

Entiendo que es posible que se necesite verificar esta información para determinar la elegibilidad. Entiendo que la información sobre salarios y sueldos proporcionada por el Departamento de Trabajo de Georgia se puede obtener para verificar y determinar la elegibilidad para recibir Medicaid. Acepto ceder al estado todos los derechos a la asistencia médica y al pago de la atención médica de cualquier tercero (hospital y benéficos médicos). Acepto dar al estado el derecho de requerir que un padre/madre ausente proporcione seguro médico si está disponible. Entiendo que debo obtener la asistencia médica del padre/madre ausente si está disponible y debo cooperar con la división de Servicios de Manutención Infantil para obtener este apoyo. Si **no** coopero, entiendo que puedo perder mis beneficios de Medicaid y solamente mis hijos/as recibirán beneficios a menos que se establezca una buena causa. Entiendo que debo informar sobre cambios en mis ingresos y circunstancias dentro de los diez (10) días de haberme enterado del cambio.

El Departamento de Servicios Humanos de Georgia ("DHS") recopila información de identificación personal (PII, en inglés), como nombres, direcciones, números de teléfono, direcciones de correo electrónico y fechas de nacimiento, etc., durante su solicitud de beneficios. Al enviarnos cualquier información personal, usted acepta que podemos recopilar, usar y divulgar dicha información personal de acuerdo con las políticas y procedimientos del DHS, y según lo permitan o exijan las leyes o los reglamentos.

- Declaro, bajo pena de perjurio, que soy ciudadano/a de EE.UU., nacional de EE.UU. o extranjero/a calificado/a en los Estados Unidos. Si soy padre/madre tutor legal, declaro que el(los) solicitante(s) es(son) ciudadano(s) de EE.UU., nacional(es) de EE.UU., o inmigrante(s) calificado(s) en los Estados Unidos.
- Declaro, según mi leal saber y entender, que la(s) persona(s) para la(s) que estoy realizando la solicitud para obtener Medicaid es(son) ciudadano(s) de EE.UU., nacional(es) de EE.UU., o extranjero(s) calificado(s) en los Estados Unidos. Además, certifico bajo pena de perjurio que toda la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.

Firma del/de la solicitante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del/de la Representante Autorizado/a: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## **INFORMACIÓN DE REGISTRO DE VOTANTE**

Si no está registrado/a para votar donde vive actualmente, ¿le gustaría realizar una solicitud para registrarse para votar aquí en la actualidad?

- Sí  
 No  
 No deseo responder la pregunta sobre el registro de votantes

Realizar una solicitud para registrarse o no registrarse para votar no afectará el monto de asistencia que le brindará esta agencia.

Si desea ayuda para completar el formulario de solicitud de registro de votante, lo ayudaremos. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Puede completar el formulario de solicitud en privado.

Si cree que alguien ha interferido con su derecho a registrarse o no registrarse para votar, su derecho a la privacidad al decidir si registrarse o solicitar registrarse para votar, o su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar un reclamo ante el Secretario de Estado en 2 Martin Luther King Jr. Drive, Ste. 802, West Tower, Atlanta, GA 30334 o al llamar al (404) 656-2871.

SI NO MARCA NINGUNA CASILLA, SE CONSIDERARÁ QUE HA DECIDIDO NO REGISTRARSE PARA VOTAR EN ESTE MOMENTO.

**Se incluye una copia de la solicitud de registro de votantes de Georgia con las solicitudes de DFCS, las renovaciones, y los formularios de cambio de dirección. También puede solicitar una solicitud de registro de votantes a su administrador/a del caso. Si completa una solicitud de registro de votantes, preséntela en la Oficina del Secretario de Estado de Georgia siguiendo las instrucciones proporcionadas en la solicitud de registro de votantes.**

---

Para denunciar sospechas de fraude de Medicaid en beneficiarios o proveedores, llame al Departamento de Salud Comunitaria de Georgia, Oficina del Inspector General al (404) 463-7590 (local) o al (800) 533-0686 (línea gratuita); por correo electrónico al [oiganonymous@dch.ga.gov](mailto:oiganonymous@dch.ga.gov); por correo al Departamento de Salud Comunitaria, Sección OIG PI, 2 Peachtree Street NW, 5<sup>th</sup> Floor, Atlanta, GA 30303; o ingrese a <https://dch.georgia.gov/report-medicaidpeachcare-kids-fraud>.

## **Aviso de derechos de la ADA / Sección 504**

### **Ayuda para personas con discapacidades**

La ley federal \* exige que el Departamento de Servicios Humanos de Georgia y el Departamento de Salud Comunitaria de Georgia (“los Departamentos”) brinden a las personas con discapacidades la misma oportunidad de participar y calificar para los programas, servicios o actividades de los Departamentos. Esto incluye programas como SNAP, TANF y Asistencia Médica.

Los Departamentos proporcionan modificaciones razonables cuando las modificaciones son necesarias para evitar la discriminación basada en la discapacidad. Por ejemplo, podemos cambiar políticas, prácticas o procedimientos para brindar igualdad de acceso. Para garantizar una comunicación igualmente eficaz, proporcionamos a las personas con discapacidad o sus acompañantes con discapacidad asistencia en la comunicación, como intérpretes de lenguaje de señas. Nuestra ayuda es gratuita. Los Departamentos no están obligados a realizar ninguna modificación que pudiera resultar en una alteración fundamental en la naturaleza de un servicio, programa o actividad o en cargas financieras y administrativas indebidas.

### **Cómo solicitar una modificación razonable o asistencia de comunicación**

Comuníquese con su administrador/a del caso si tiene una discapacidad y necesita una modificación razonable, asistencia en la comunicación o ayuda adicional. Por ejemplo, llame si necesita ayuda o servicio para una comunicación eficaz, como un intérprete de lenguaje de señas. Puede comunicarse con el/la administrador/a del caso o llamar al DFCS al (877) 423-4746, o al equipo de Katie Beckett (KB) del DCH al (678) 248-7449 para realizar su solicitud. También puede realizar su solicitud utilizando el Formulario de solicitud de modificación razonable ADA de DFCS, que está disponible en su oficina local de DFCS o en línea en <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>, o puede obtener el Formulario de solicitud de modificación razonable de ADA del DCH por parte del equipo de KB o en línea en <https://medicaid.georgia.gov/programs/all-programs/tefrakatie-beckett>, pero no es necesario que utilice un formulario.

### **Cómo presentar un reclamo**

Tiene derecho a presentar un reclamo si los Departamentos lo han discriminado debido a su discapacidad. Por ejemplo, puede presentar un reclamo por discriminación si ha solicitado una modificación razonable o un intérprete de lenguaje de señas que ha sido denegado o no se ha actuado dentro de un tiempo razonable. Puede presentar un reclamo oralmente o por escrito comunicándose con su administrador/a del caso, su oficina local de DFCS o el Coordinador de Derechos Civiles de DFCS, ADA / Sección 504 en 2 Peachtree Street NW, 29<sup>th</sup> Floor, Atlanta, GA 30303, (877) 423-4746. Para el DCH, comuníquese con el Coordinador del equipo KB, ADA / Sección 504 en 2211 Beaver Run Road Suite 150, Norcross, GA, 30071, o el apartado postal 172, Norcross, GA 30091, (678) 248-7449. El correo electrónico del DCH es el siguiente: [dch.adarequests@dch.ga.gov](mailto:dch.adarequests@dch.ga.gov).

Puede pedirle a su administrador/a del caso una copia del formulario de reclamo de derechos civiles de la DFCS, ADA/Sección 504. El formulario de reclamo también está disponible en <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>. Si necesita ayuda para presentar un reclamo por discriminación, puede comunicarse con el personal de la DFCS mencionado anteriormente. Las personas sordas o con problemas de audición o que puedan tener discapacidades del habla pueden llamar al 711 para que un operador se comunice con nosotros. El correo electrónico para los reclamos de derechos civiles del DCH es el siguiente: [dch.civilrights@dch.ga.gov](mailto:dch.civilrights@dch.ga.gov). El enlace para acceder al proceso de derechos civiles y al formulario de reclamos del DCH se encuentra en <https://dch.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>.

*\* La Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973; la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990; y la Ley de Enmiendas a la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 2008 garantizan que las personas con discapacidades estén exentas de discriminación ilegal.*

Conforme al DHS, puede presentar un reclamo por discriminación al contactar a su oficina local de la División de Servicios para Familias y Niños (DFCS, por sus siglas en inglés) o al/a la coordinador/a de los derechos civiles de la DFCS, ADA/Sección 504 en 2 Peachtree Street NW, 29<sup>th</sup> Floor, Atlanta, GA 30303, (877) 423-4746. Para presentar reclamos por una supuesta discriminación por motivos de conocimientos limitados del inglés, contáctese con el Programa de Conocimiento Limitado del Inglés y Discapacidad Sensorial del DHS en 2 Peachtree Street NW, 29<sup>th</sup> Floor, Atlanta, GA 30303, (877) 423-4746 (voz).