¿Necesita ayuda para realizar una solicitud de Servicios Médicos para Menores?

1. **Asegúrese de enviar lo siguiente:**
   - Prueba de ciudadanía estadounidense o estatus migratorio, solo para los menores en su hogar para los cuales se solicita beneficios médicos.
   - Prueba de sus ingresos, si tiene trabajo, incluyendo:

Un mes de los talones de cheques de pago actuales, o
Una carta de su empleador que muestre sus ingresos en los últimos 30 días, o

_____

Si usted es empleado por cuenta propia, envíe una copia de su declaración de impuestos federales, o

_____

Si usted es agricultor o ganadero, envíe una copia de sus formularios 1040 y formulario Schedule F firmados, o

_____

Si usted es miembro de una sociedad o corporación "S", envíe una copia de sus formularios 1040 y 1065 o los formularios 1120S y Schedule K-1 firmados, o

_____

NOTA: si su declaración de impuestos federales no refleja una año completo de ingresos por empleo por cuenta propia, o si no realizó una declaración de impuestos, necesitaremos verificación de sus ingresos y gastos de empleo por cuenta propia (ejemplos: libros/registros de contabilidad, o un informe detallado).

- Prueba de cualquier tipo de seguro médico
- Prueba de la prima de seguro médico
- Prueba de gastos por cuidado infantil
- Solicitud completa

2. **Envíe su solicitud completa a:**
   Nebraska Children's Medical Programs
   P. O. Box 85801
   Lincoln, NE 68501-85801

Programas Médicos para Menores

Alcanzando un Futuro Sano[SM]

Department of Health & Human Services
DHHS
NEBRASKA

Department of Health & Human Services
DHHS
NEBRASKA

Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska

SOLICITUD PARA LOS PROGRAMAS MÉDICOS PARA MENORES

Esta solicitud está disponible en **ACCESSNebraska.ne.gov**
Si necesita asistencia con alimentos, servicios públicos, cuidado infantil, u otras necesidades vaya a **ACCESSNebraska.ne.go**v
Esta solicitud es válida para menores desde el nacimiento hasta los 18 años y **no** debe ser utilizada para mujeres adultas embarazadas.
Responda las preguntas; aquellas marcadas con un * son necesarias para quienes solicitan asistencia.
Prueba de ciudadanía estadounidense o estatus migratorio y el Número de Seguro Social son requeridos solo para los menores para los cuales se solicita beneficios médicos.
Esta aplicación toma validez cuando usted ingresa su nombre, dirección, firma este formulario y lo envía a la oficina del DHHS.

1. Persona realizando la solicitud para el menor:	*Relación/Parentesco:	Número de Seguro Social (Opcional):
Dirección (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)		Número de Teléfono Fijo:
Dirección Postal, si es diferente:		Número de Teléfono de Trabajo/Mensajes:

2. Si necesita que le brindemos un intérprete, marque aquí ☐ ¿Qué idioma? _____

3. *Enumere todos los niños (menores de 19 años) que viven en el hogar por tiempo completo, para los cuales se solicita asistencia médica. Incluya a las menores embarazadas. Brinde la siguiente información:

Nombre (Apellido, nombre)	**Si está embarazada, indique la fecha estimada del parto. (Requiere una constancia médica)**	**Número de Seguro Social**	**Raza**	**Fecha de Nacimiento**	**Sexo M/F**	**Nombre de la madre (Apellido, nombre)**	**Nombre del padre (Apellido, nombre)**	**Asiste a la escuela** Sí	No
								☐	☐
								☐	☐
								☐	☐
								☐	☐

4. *Llene esta sección solo para los menores enumerados previamente. Adjunte otra hoja si necesita más espacio.

Nombre (Apellido, nombre)	**Soy ciudadano de los Estados Unidos** Sí	No	**Si es ciudadano de los Estados Unidos, escriba dónde nació**	**Soy un extranjero calificado bajo la Ley Federal de Inmigración y Naturalización** Sí	No	**Si es un extranjero calificado, escriba su estatus migratorio y número de registración del extranjero**
	☐	☐		☐	☐	
	☐	☐		☐	☐	
	☐	☐		☐	☐	

NOTA: para extranjeros calificados – Estoy de acuerdo en brindar copias de mis documentos del Servicio de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos [USCIS, por sus siglas en inglés] al Departamento de Salud y Servicios Humanos cuando las solicite.

5. Haga una lista de todos los miembros de su familia que viven con usted (padres y menores que no están listados en la página 1). Los padres en el hogar incluyen a padres biológicos, sustitutos o adoptivos. Utilice otra hoja de papel si necesita más espacio.

Nombre (Apellido, nombre, segundo nombre)	Número de Seguro Social	Raza	Fecha de nacimiento (mes, día, año)	Sexo M/F	*Embarazada Sí	No
					☐	☐
					☐	☐
					☐	☐
					☐	☐
					☐	☐
					☐	☐

6. *¿Algún miembro de su hogar tiene seguro médico, dental, para la vista o para recetas médicas? ☐ Sí ☐ No
Si la respuesta es Sí, envíe una copia de la tarjeta de seguro médico (ambos lados),de todos los solicitantes, prueba de la prima pagada para todos los miembros del hogar y proporcione la siguiente información:

Compañía de Seguros	Número Telefónico de la Compañía	Monto de la Prima	Número de Póliza o Número de Plan de Grupo	Tipo de Cobertura (HMO, cobertura total, vista, dental, etc.)	Nombres de los Familiares Cubiertos por esta Póliza

7. ¿Alguno de los niños que viven en su hogar tuvo facturas médicas sin pagar en los últimos tres meses? ☐ Sí ☐ No
Si la respuesta es Sí, proporcione la siguiente información:

Nombre del Menor	¿En qué meses?

8. ¿Usted o alguien en su hogar trabaja o recibe dinero? Incluya los ingresos por trabajo de los menores que no asisten a la escuela. El trabajo incluye empleo y empleo por cuenta propia. El empleo por cuenta propia puede ser trabajo en granja, misceláneos, cuidado infantil, tareas domésticas, etc.

Actualmente algún adulto o menor recibe dinero de:	**Sí**	**No**	**Si la respuesta es Sí, ¿quién?**	**Nombre del empleador o fuente de ingresos**	**Ingreso Bruto (antes de las deducciones)**	**¿Con qué frecuencia lo recibe?**	**Tarifa por Hora**
Salarios, sueldos, propinas, comisiones, etc. (Proporcione talones de cheques de pago de los últimos 30 días)	☐	☐		Nombre de la Compañía: Dirección:			
Salarios, sueldos, propinas, comisiones, etc., (Proporcione talones de cheques de pago de los últimos 30 días)	☐	☐		Nombre de la Compañía: Dirección:			
Si usted fue empleado por cuenta propia todo el año pasado, proporcione una copia de su Declaración de Impuestos Federales completa.	☐	☐		Nombre de la Compañía: Dirección: Tipo de Negocio: Fecha en que comenzó:			
Manutención Infantil, Pensión Alimenticia/ Pensión para el Cónyuge, Beneficios para Veteranos, Intereses, Dividendos, etc.	☐	☐					
Compensación por Desempleo, Compensación Laboral, Seguridad Social, Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), etc.	☐	☐					
OTROS:	☐	☐					

NOTA: si su declaración de impuestos federales no refleja un año completo de ingresos por empleo por cuenta propia o si usted no realizó una declaración de impuestos, necesitaremos verificación de los ingresos y gastos de los últimos tres meses de empleo por cuenta propia (ejemplos: libros/registros de contabilidad, o un informe detallado).

9. ¿Usted paga por cuidado infantil para poder asistir a la escuela, a capacitaciones o al trabajo? ☐ Sí ☐ No
Si la respuesta es Sí, proporcione la siguiente información:

Nombre del Menor	Monto Mensual (debe brindar pruebas del monto pagado por cada menor)	Nombre, dirección y número telefónico de la persona que brinda el cuidado infantil

Al firmar esta solicitud yo acepto lo siguiente: con el propósito de cumplir con los Estatutos Revisados de Nebraska 4-108 al 4-114, doy fe por medio de la presente que mis respuestas y la información proporcionada en este formulario y en cualquier solicitud de beneficios públicos relacionada, es información verdadera, completa y exacta, y entiendo que esta información puede ser utilizada para verificar mi presencia legal en los Estados Unidos. Esta información puede ser verificada por el Servicio de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos [USCIS, por sus siglas en inglés] (antes conocido como INS) a través del envío de información de esta solicitud al USCIS, y que la información enviada por USCIS podría afectar la elegibilidad de su hogar y el nivel de beneficios. Entiendo mis responsabilidades y acepto cumplirlas. Entiendo que podría ser necesario proporcionar pruebas de lo que he dicho. Si no hay pruebas disponibles por escrito, estoy dispuesto a dar el nombre o la organización para que el Departamento de Salud y Servicios Humanos pueda obtener las pruebas necesarias. Cooperaré completamente con el personal estatal y federal en una Revisión de Control de Calidad.

Autorizo la divulgación de los Números de Seguro Social proporcionados en esta solicitud al Departamento de Salud y Servicios Humanos, para ser utilizados con los propósitos mencionados en la sección de Derechos y Responsabilidades.

Firma o marca del solicitante: _____ Fecha: _____

Si se hizo una marca, firma del testigo: _____ Fecha: _____

Escriba en letra imprenta el nombre de la persona que llenó este formulario:

Envíe este formulario completo, firmado y con las pruebas requeridas a:
DHHS, P.O. Box 85801, Lincoln, NE 68501-85801.

Si necesita más información, por favor llame al número gratuito 1-800-383-4278 o en Lincoln al (402)323-7455

Department of Health & Human Services
DHHS
NEBRASKA

USTED TIENE EL DERECHO A:

- Solicitar y discutir con el trabajador asignado o con su supervisor sobre cualquier acción tomada con respecto a su solicitud o caso.
- Recibir asistencia de la persona que usted elija en el proceso de solicitud.
- Ser remitido a otras agencias privadas o públicas.
- Ver una copia de las regulaciones del programa.
- Llevar a cabo una entrevista en su hogar, en un lugar acordado mutuamente, o por teléfono si fuese necesario.
- Una acción razonablemente oportuna con respecto a su solicitud de beneficios.
- Recibir una notificación adecuada de cualquier acción que afecte su solicitud o su caso.
- Una explicación completa de los requisitos y beneficios del programa.
- Que su información sea tratada de manera confidencial.

USTED TIENE LA RESPONSABILIDAD DE:

- Proporcionar información completa y exacta. Usted puede ser sujeto a sanciones penales bajo las leyes estatales o federales que apliquen, si no da la información completa y exacta. Usted es principalmente responsable de proporcionar pruebas de la situación de su hogar, pero su trabajador le ayudará a obtener verificación si usted coopera con el proceso de solicitud.
- Solicitar y aceptar cualquier tipo de beneficios o ingresos potenciales para los cuales usted pudiera ser elegible, si así lo requiere el DHHS.
- Cooperar con el personal estatal y federal en una Revisión de Control de Calidad (Quality Control Review)
- Cooperar con el Programa de salud privada patrocinado por Nebraska (Nebraska Managed Care Program) para ciertos beneficiarios de Medicaid.
- Cooperar con la Oficina encargada de ejecutar la manutención infantil de Nebraska si fuese requerido.
- Hacer preguntas si no entiende algo acerca de cualquier requisito del programa.

AUDIENCIAS JUSTAS

Si no está de acuerdo con cualquier acción tomada por el Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS) la cual afecta sus beneficios, puede solicitar una audiencia justa por escrito. Para el Programa Médico (Medical) puede solicitar una audiencia justa verbalmente contactando al DHSS. Usted puede continuar recibiendo su nivel actual de asistencia hasta que se tome una decisión SI usted solicita una audiencia dentro de los diez días después de la fecha de la notificación por parte de la agencia. Una petición de audiencia justa se debe hacer dentro de los primeros 90 días después de la acción o la omisión. Usted o su representante tienen derecho a examinar el archivo de su caso. En la audiencia, usted puede representarse a sí mismo, o ser representado por otra persona.

DERECHOS CIVILES

De acuerdo con la ley federal y las políticas del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad, o discapacidad.

Para presentar una queja por discriminación, contacte/escriba a Office of Civil Rights, Room 506-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, DC 20201 o llame al (202) 619-0403 (voz) o al (202) 619-3257 (Teléfono de texto). USDA y HHS son proveedores y empleadores que ofrecen igualdad de oportunidades.

REPORTAR CAMBIOS PARA MEDICAID
(Incluye el Programa Médico para Menores- Medical)

Reporte todos los cambios al DHSS dentro de los diez días después del cambio, tales como:

- Cambios en el hogar, si alguien se muda al hogar, o se va del hogar.
- Si usted se muda
- Nuevo trabajo
- Terminación o cambio de trabajo - -incluyendo entrenamiento para el empleo u otras actividades de trabajo.
- Cambios de discapacidad o incapacidad
- Un cambio en su póliza de seguro médico

Usted puede reportar estos cambios en línea: **www.ACCESSNebraska.ne.gov**. Haga clic en “Report Changes” (Reportar Cambios).

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL / CIUDADANÍA

El DHHS pide los números de Seguro Social (SSN, por sus siglas en inglés) de todos los individuos para quienes se están solicitando los beneficios, de acuerdo con los requerimientos de la Ley Federal del Seguro Social. A los individuos que no estén solicitando asistencia para sí mismos no se les requiere tener o presentar un SSN. Si el individuo es responsable económicamente por otros en la unidad de asistencia, el SSN se utilizará para verificar los ingresos y/o recursos a través de un programa computarizado de comparación de datos, tal como se indica a continuación, u otros contactos, para determinar la elegibilidad de los individuos que pidan asistencia. Si no se provee el SSN, la unidad de asistencia debe asumir la responsabilidad de proveer la información necesaria para determinar la elegibilidad de quienes están pidiendo asistencia. Si no se provee el SSN, la unidad de asistencia debe hacerse responsable por brindar la información deseada para determinar la elegibilidad de los individuos solicitando asistencia. Cualquier SSN se usará y será divulgado de la misma manera que los SSN de los participantes que son elegibles.

El SSN de cada persona en la unidad de asistencia que esté solicitando asistencia, y que haya proporcionado dicho número, será verificado a través de un sistema computarizado de comparación de datos con las siguientes agencias; con el fin de determinar la elegibilidad: Sistema de Verificación de Ingresos y Elegibilidad (Income and Eligibility Verification System), Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska, el Departamento del Trabajo de Nebraska (Nebraska Department of Labor), la Administración del Seguro Social (Social Security Administration), el Centro de Pagos de Manutención Infantil (Child Support Payment Center), el Servicio de Recaudación de Impuestos (Internal Revenue Service) y la Administración de Servicios para Veteranos (Veteran's Administration).

La información recibida de parte de estas agencias es usada y verificada y, cuando el DHHS encuentra discrepancias, puede afectar la elegibilidad de un hogar y el nivel de beneficios que recibe. Los SSN también son verificados en el sistema computarizado de comparación de datos y en las revisiones o las auditorías de los programas, para asegurarse de que cada hogar reciba la cantidad correcta de beneficios. Esto puede resultar en que se lleven a cabo acciones penales o civiles, o reclamos administrativos contra las personas que participen de manera fraudulenta. Esta información también será usada para monitorear el cumplimiento de los requisitos de los programas y para efectos de administración de los programas.

En esta solicitud se le pide que nos informe acerca del estatus legal y estatus de ciudadanía e inmigración de las personas en su hogar. Para el Programa Médico para Menores usted debe informarnos acerca del estatus legal y migratorio de los niños que recibirán asistencia. Si un miembro elegible de su hogar no tiene un número de Seguro Social nosotros podemos ayudarle a solicitar uno y su solicitud no será retrasada.

MEDICAID

Responsabilidad de la tercera parte: los individuos que reciben Asistencia Médica (Medicaid) le han asignado al Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS) su derecho de cualquier pago médico u otro pago de cuidado médico, aceptan cooperar con el DHHS para contactar a cualquier tercera parte que esté disponible, tal como cualquier pago de seguro o arreglo ordenado por el tribunal. Los beneficios de Medicare no son asignados. Los individuos deben cooperar con el DHHS para obtener el reembolso por el costo de cuidado médico y por los servicios proporcionados a cualquier miembro de la unidad de asistencia. No cooperar resultará en la terminación de la elegibilidad para asistencia médica para ese individuo. NEB. REV. STAT. §§ 68-716, 68-916, y 68-917.

Divulgación de los archivos médicos: si se requiere, toda persona que tenga archivos e información, o custodia de tales archivos, de los individuos afiliados a Medicaid deben entregarlos al DHHS. Esta información será usada tal como lo estipula la Notificación de Prácticas de Privacidad de la Información.

Convenio para el reembolso de gastos médicos: cuando el DHHS paga por los servicios prestados a un beneficiario de Medicaid, se debe incluir la cantidad que el DHHS ha pagado para tratar la lesión o la enfermedad en cualquier demanda legal en contra de una tercera parte. Si el individuo que recibe los beneficios de Medicaid recibe después un pago por un convenio con la compañía de seguros o un acuerdo ordenado por el tribunal, el DHHS debe ser notificado del pago y se debe reembolsar al DHHS el dinero que pagó previamente por la asistencia.

PROGRAMA MÉDICO PARA MENORES (MEDICAL)

- Presente la prueba actual de su elegibilidad para beneficios médicos a los proveedores de servicios médicos antes de recibir dichos servicios
- Pregunte a su proveedor de servicios médicos o al DHHS sobre cuáles servicios se cubren.
- Informe al DHHS y a sus proveedores sobre cualquier cobertura de seguro médico que tenga (incluyendo la cobertura dental y de la visión).
- Acepte matricularse en un plan de seguro médico que ofrezca su empleador, si el DHHS determina que le conviene económicamente.
- Acepte cumplir con los requisitos del cuidado de salud privada y patrocinada por Medicaid (Managed Care).
- Pague el costo de todos los gastos médicos que no estén cubiertos
- Si usted recibe cualquier factura o extracto bancario de parte de los proveedores o de las agencias de cobranza, usted es responsable de informarles de inmediato que está cubierto por Nebraska Children's Medicaid Program.

El incumplimiento de ciertas condiciones puede resultar en que usted tenga que hacerse cargo de pagar las facturas.

El Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska promueve y valora la diversidad.
Estamos comprometidos con la acción afirmativa/igualdad de oportunidades de trabajo y no discriminamos al proporcionar beneficios o servicios.