Solicitud de Planificación Familiar

-PARA USO DE DHHS SOLAMENTE-

TAMAÑO DE LA FAMILIA
LÍMITE DE INGRESO
INGRESO DE LA FAMILIA

FECHA EN QUE SE RECIBIÓ:
FECHA DE INICIO
FECHA DE APROBACIÓN/DENEGACIÓN

No necesita verificación o ninguna documentación adicional.

1. Díganos quien es usted y donde vive:

Su nombre: _____ Teléfono: (__)_____
Nombre Segundo Nombre Apellido Código de Área

Dirección: _____ País: _____
Calle Cuidad Estado Código Postal

2. Primero, dénos información sobre usted y sobre los miembros de su familia que viven con usted:
Solo necesita proveer el Social Security Number (número de seguro social) o la informacion de ciudadanía para usted. Si no es una ciudadana de EE.UU., por favor provea una copia de sus documentos del Bureau of Citizenship and Immigration Services (BCIS).

NOMBRE	PARENTESCO	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	RAZA	¿ES CIUDADANA DE EE.UU.?	¿ES RESIDENTE DE SC?	ESTADO CIVIL	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
1.	(SOLICITANTE)							
2.								
3.								
4.								
5.								

3. ¿Alguien de su familia tiene ingresos de trabajo o de alguna otra fuente? [ ] SÍ [ ] NO Si marca sí, complete lo siguiente:

NOMBRE DE LA PERSONA QUE RECIBE EL INGRESO	FUENTE DEL INGRESO	INGRESO MENSUAL BRUTO	**3ª - PARA USO DE DHHS/DHEC SOLAMENTE**
			Monto de ingreso total =
			Deducción estándar -
			Deducción para cuidado infantil -
			Ingreso neto ganado =
			Ingreso no ganado bruto +
			Ingreso de la familia =
1.			
2.			

4. ¿Usted o sus padres pagan por cuidado infantil? [ ] SÍ [ ] NO Si la respuesta es sí, complete el siguiente cuadro:

NOMBRE DE NIÑO(S) RECIBIENDO CUIDADO		
1.	2.	3.

5. ¿Tiene usted seguro médico que paga para la planificación familiar? [ ] SÍ [ ] NO Si marca sí, complete lo siguiente:
Nombre de la compañía _____, Número de póliza _____ Nombre del asegurado _____

6. ¿Ha recebido sevicios de planificación familiar durante los últimos tres meses? [ ] SÍ [ ] NO Si marca sí, ¿cuál mes?_____
Si marca sí, ¿fueron los ingresos iguales en aquellos meses de lo que son ahora? [ ] SÍ [ ] NO Si marca no, ¿cuánto fue? _____

7. ¿Posee usted una tarjeta de Medecaid de "*Partners for Health*"? [ ] SÍ [ ] NO

8. ¿Ha tenido un cirugía para no tener bebés (esterilización permanente)? [ ] SÍ [ ] NO
Si ha tenido un cirugía para no tener bebes usted no califica para servios de planificación familiar

9. ¿Cuál es su idioma principal? [ ] INGLÉS [ ] ESPAÑOL [ ] COREANO [ ] OTRO_____

LA SIGUIENTE DECLARACIÓN LE EXPLICA SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES. SI USTED NO ENTIENDE ALGUNAS DE LAS DECLARACIONES, USTED DEBIERA DISCUTIRLAS CON LA TRABAJADORA DURANTE LA ENTREVISTA. USTED ES RESPONSABLE DE ENTREGAR LA INFORMACIÓN COMPLETA Y PRECISA.

- ENTIENDO QUE DEBO REPORTAR CUALQUIER O TODOS LOS CAMBIOS EN MI INGRESO, VIVIENDA U OTRA INFORMACIÓN QUE PUDIERA AFECTAR MIS SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DENTRO DE UN PLAZO DE 10 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE LOS CAMBIOS.
- ENTIENDO QUE EL NO REPORTAR DICHOS CAMBIOS PRONTAMENTE ES UN CRIMEN BAJO LEYES ESTATALES POR LAS CUALES PUEDO SER LLEVADO A CORTE.
- AUTORIZO LA LIBERACIÓN DE CUALQUIER INFORMACIÓN MÉDICA MIA AL DHHS. UNA COPIA DE ESTA AUTORIZACIÓN SUELE SER VÁLIDA COMO LA ORIGINAL.
- ENTIENDO QUE DEBO MOSTRAR MI TARJETA DE SEGURO SOCIAL AL DHHS O SOLICITAR UN NÚMERO DE SEGURO SOCIAL, SI ES QUE NO TENGO UNO.
- ENTIENDO QUE MI CASO ES CONFIDENCIAL Y QUE NINGUNA INFORMACIÓN SERÁ REVELADA A MENOS QUE SEA APROPIADAMENTE AUTORIZADA POR MÍ O COMO LO ESTIPULA LAS LEYES DEL ESTADO/FEDERALES. SIN EMBARGO, INFORMACIÓN SOBRE MI ELEGIBILIDAD PODRÍA SER COMPARTIDA PARA AYUDARME A OBTENER OTROS BENEFICIOS.
- ENTIENDO QUE CUALQUIER INFORMACIÓN QUE ENTREGO ES SUJETA A SER REVISADA Y VERIFICADA POR EL DHHS Y DHEC. TAMBIÉN ENTIENDO QUE DEBO COOPERAR COMPLETAMENTE CON LOS TRABAJADORES FEDERALES Y DEL ESTADO, SI MI CASO ES SELECCIONADO PARA UNA COMPLETA REVISIÓN.
- YO ENTIENDO QUE ESTA SOLICITUD SERÁ CONSIDERADA SIN TOMAR EN CUENTA MI RAZA, COLOR, SEXO, EDAD, NACIONALIDAD DE ORIGEN O DISCAPACIDAD.
- PARA PRESENTAR UNA QUEJA DE DISCRIMINACIÓN, CONTACTE A HHS, ESCRIBÍENDOLE AL HHS DIRECTOR, OFFICE OF CIVIL RIGHTS , ROOM 506-F, 200 INDEPENDENCE AVENUE, S.W., WASHINGTON, DC. 20201 O LLAMANDO AL (202) 619-0403 (VOZ) Ó (202) 619-3257 (TDD). HHS ES UN PROVEEDOR Y EMPLEADOR DE OPORTUNIDADES IGUALES.

- YO ENTIENDO QUE PUEDO SOLICITAR UNA AUDIENCIA, SI CREO QUE UN ERROR FUE COMETIDO POR DHHS A LA HORA DE PROCESAR MI CASO.
- YO ENTIENDO QUE AL SOLICITAR PLANIFICACIÓN FAMILIAR, YO ESTOY ASIGNANDO MIS DERECHOS A CUALQUIER PAGO POR LOS SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR AL ESTADO.
- YO ENTIENDO QUE MI ESTADO DE INMIGRACIÓN SERÁ VERIFICADO CON HOMELAND SECURITY (EL DEPARTAMENTO DE SEGURIDAD NACIONAL) (DHS)

YO CERTIFICÓ QUE HE LEIDO O ME HAN LEIDO TODAS LAS DECLARACIONES EN ESTE FORMULARIO Y LA INFORMACIÓN DADA ES VERDADERA Y COMPLETA SEGÚN LO MEJOR DE MI CONOCIMIENTO. YO ENTIENDO QUE SI DELIVERADAMENTE HE DADO FALSA INFORMACIÓN O HE GUARADADO CUALQUIER INFORMACIÓN SOBRE MI SITUACIÓN, YO SERÉ SUJETO A PERSECUCIÓN POR FRAUDE Y/O PERJURIO.

PARA USO DE DHEC SOLAMENTE –CERTIFICACIÓN-

Yo solicito que el pago de Medicare/Medicaid o beneficios de seguros de terceros sea hecho a favor del Departamento de Salud y Control Ambiental de Carolina del Sur (DHEC), por cualquier servicios que me haya proveído.
DHEC talvez comparta información médica o información confidencial si es necesario al centro de Medicare y Medicaid, o si estas agencias necesitan determinar esos servicios por servicios relacionados. Yo también estoy de acuerdo en participar en planes de tratamientos, tareas del seguro, beneficios de Medicare o Medicaid a DHEC, por servicios prestados y a participar en el pago de los servicios como sea determinado por las guías del programa.

FIRMA DE LA SOLICITANTE: _____ FECHA: _____

FIRMA DEL PADRE (O TUTOR) SI TIENE MENOS DE 16 AÑOS DE EDAD:_____ FECHA: _____

Yo he revisado las declaraciones de este formulario, una lista de centros de salud comunitarios, y he discutido la importancia de obtener los servicios del cuidado primario con la solicitante/beneficiaria.

Firma del trabajador: _____ Sitio: _____ Teléfono: _____ Fecha:_____

ENVIE SOLICITUDES POR CORREO AL:
DHHS Division of Central Eligibility Processing
P.O. Box 100101
Columbia, South Carolina 29202-3101

Si tiene alguna pregunta, llame al: 1-888-549-0820