



Acerca de este programa

- Esta solicitud se usa para pedir cobertura de Medicaid para Planificación Familiar solamente.
- Los servicios incluyen un examen físico completo, algunas evaluaciones de salud de prevención, y servicios de planificación familiar, incluyendo anticonceptivos, procedimientos permanentes de esterilización, pruebas de laboratorio, exámenes, y consejería. La cobertura no incluye el tratamiento para otras condiciones de salud, recetas médicas que no estén relacionadas con planificación familiar o tratamiento de Infecciones Transmitidas Sexualmente (STI, por sus iniciales en inglés), o visitas de emergencias al hospital.
- Si usted quiere solicitar beneficios completos de Medicaid, por favor llame al (888) 549-0820 para solicitar el Formulario 3400 de DHHS, Solicitud para Conexiones Sanas [Application for Healthy Connections] (Medicaid), o visite SCDHHS.gov para presentar su solicitud por internet.
- La Ley de Salud Asequible [Affordable Care Act] requiere que la mayoría de los individuos tengan cobertura de seguro de salud que cumpla con la cobertura mínima esencial. El programa de Planificación Familiar no satisface la cobertura mínima esencial. Esto significa que puede que usted tenga que pagar una sanción de impuestos si usted no tiene otra cobertura de seguro de salud. Para enterarse más acerca de las opciones de cobertura de seguro de salud o para saber si usted califica para recibir una exención, visite www.healthcare.gov o llame al 1-800-318-2596.



Lo que puede necesitar para solicitar

- Números del Seguro Social (o números de documento de los inmigrantes legales que necesiten seguro)
- Información de los empleadores e ingresos de todos los miembros de su familia (por ejemplo, comprobantes de pago, formularios W-2 o declaraciones de impuestos y salarios)
- Números de póliza de cualquier seguro de salud actual
- Información sobre cualquier seguro de salud relacionado con el trabajo disponible para su familia



¿Por qué pedimos esta información?

Preguntamos por sus ingresos y otra información para informarle para cuál cobertura usted califica y cómo obtener ayuda para pagarla. **Mantendremos toda la información que proporcione en forma confidencial y segura, como lo exige la ley.** Para ver la Declaración de la Ley de Privacidad, diríjase a <https://www.SCDHHS.gov/internet/pdf/>



¿Qué pasa después?

Envíe su solicitud completa y firmada a la dirección en la página 5. **Si no tiene toda la información que pedimos, firme y envíe su solicitud de todos modos.** Si no tiene noticias nuestras, visite SCDHHS.gov o llame al 1-888-549-0820.



¿Quién puede usar esta solicitud?

- Envíe una solicitud aún si usted ya tiene cobertura de salud. Usted podría ser elegible para cobertura gratuita o de menor costo.
- Inmigrantes pueden enviar una solicitud. La solicitud no afectará su estado de inmigración ni las posibilidades de convertirse en residente permanente o ciudadano.
- Si alguien lo ayuda a llenar esta solicitud, es posible que necesite completar el Formulario de Representante Autorizado (1282), que puede descargarse en SCDHHS.gov.



Obtenga ayuda con esta solicitud

- **en línea:** SCDHHS.gov
- **Teléfono:** Llame a su Centro de Ayuda al **1-888-549-0820**.
- **En persona:** Puede haber asesores en su área que puedan ayudar.
- **Visite nuestro sitio web** o llame al **1-888-549-0820** para obtener más información.

PASO 1

DPH fecha de la solicitud / DPH Application Date _____

Mantendremos toda la información que proporcione de forma confidencial y segura, como lo exige la ley. Usaremos la información personal sólo para verificar si usted es elegible para la cobertura de salud.

Tu Información

1. Primer nombre, segundo nombre, apellido y sufijo (proporcione el nombre legal completo)

2. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

3. Sexo Masculino Femenino

4. Número de Seguro Social (SSN)

a. Si no tiene un SSN, ¿ha solicitado uno? Sí No

En caso negativo, indique el motivo en la pregunta 24.

Lo necesitamos si desea cobertura de salud y tiene un SSN. Proporcionar su SSN puede ser útil si no desea la cobertura de salud, ya que puede acelerar el proceso de solicitud. Utilizamos el SSN para verificar los ingresos y otra información para ver quién es elegible para recibir ayuda con los costos de cobertura de salud. Si alguien quiere ayuda para obtener un SSN, llame al 1-800-772-1213 o visite socialsecurity.gov. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-842-3620.

5. Domicilio Residencial (deje en blanco si no cuenta con uno).

6. Número de apartamento u oficina

7. Ciudad

8. Estado

9. Código postal

10. Condado

11. Domicilio Postal (si es diferente del domicilio residencial)

12. Número de apartamento o oficina

13. Ciudad

14. Estado

15. Código postal

16. Condado

17. Número de teléfono

18. Otro Número de teléfono

19. ¿Desea recibir información acerca de esta solicitud por correo electrónico? Sí No

Dirección de correo electrónico: _____

20. ¿Cuál es su idioma preferido, hablado o escrito? (si no es inglés) _____

¿Alguien lo está ayudando a completar esta solicitud?

Complete la siguiente sección si está llenando este formulario en nombre del solicitante.

Fecha de inicio de la solicitud

Primer nombre, segundo nombre, apellido y sufijo

Nombre de la organización (si corresponde)

Número de identidad (si corresponde)

SC Department of Public Health (DPH)

EIN 57-6000286

¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite SCDHHS.gov o llámenos al **1-888-549-0820**. Para obtener una copia de este formulario en español, llame al **1-888-549-0820**. Si necesita ayuda en otro idioma que no sea inglés, llame al **1-888-549-0820** y dígame al representante de atención al cliente el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin costo alguno para usted. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-888-842-3620**.

PASO 1: Cont. (Continúe con usted)

21. ¿Está encarcelado? Sí No En caso afirmativo, fecha de encarcelamiento: _____
22. a. ¿Es usted Ciudadano de Estados Unidos? (Nacido en Estados Unidos, hijo de un ciudadano estadounidense o un extranjero nacionalizado como ciudadano americano) Sí No
- b. ¿Es usted nacional de los Estados Unidos? (Nacido en un territorio no incorporado de los Estados Unidos que elige ser un nacional, no ciudadano estadounidense) Sí No
23. **Si usted no es ciudadano de los Estados Unidos o nacional de los Estados Unidos, ¿tiene un estado migratorio elegible?** Sí No
 la respuesta es afirmativa, complete el tipo y número de su documento de identidad a continuación.
- a. Tipo de documento de inmigración: _____ b. Número de documento de identidad: _____
- c. ¿Ha vivido en los Estados Unidos desde 1996? Sí No
- d. Fecha de Ingreso: _____
- e. ¿Es usted, o su cónyuge o padre, un veterano o un miembro activo del ejército de los Estados Unidos? Sí No
24. Si no ha solicitado un Número de Seguro Social, indique el motivo:
 Emitido sólo por razones no laborales Sin SSN por motivos religiosos No es elegible para SSN
25. ¿Desea ayuda para pagar las facturas médicas de los últimos 3 meses? Sí No
- a. ¿Su ingreso familiar durante estos 3 meses era el mismo que ahora? Sí No
- Si la respuesta es NO, ingrese el ingreso mensual total de: El último mes: \$ _____ Hace 2 meses: \$ _____ Hace 3 meses: \$ _____

Origen étnico y raza: Estos datos nos ayudan a identificar grupos de personas que tienen problemas de salud para que podamos encontrar formas de mejorar su acceso a una atención de calidad.

26. **Si es hispano / latino, etnia (marque todo lo que aplica)**
 Mexicano Mexicano-Americano Puertorriqueño/a Cubano/a Chicano/a Otro: _____
 Prefiero no responder
27. **Raza (marque todo lo que aplica)**
 Blanco Indio Americano o Nativo de Alaska Filipino Vietnamita Guamanés o Chamorro
 Chino Negro / Afroamericano Japonés Otros Asiático/a Samoano Indio Asiático/a Coreano
 Hawaiano Nativo Otros Isleños del Pacífico Otro: _____ Prefiero no responder

TRABAJO ACTUAL:

- Empleado** Comience con la pregunta 28. **No Empleado** PASAR a la pregunta 34. **Por cuenta propia** PASAR a la pregunta 33.

28. Nombre y dirección del empleador _____ 29. Número de teléfono del empleador _____
30. Salarios/propinas (antes de impuestos) \$ _____ por hora Semanal Cada 2 semanas Dos veces al mes Mensual Anual
31. Promedio de horas trabajadas cada semana _____ 32. Fecha de inicio _____
33. **Si es trabajador independiente, responda a las siguientes preguntas**
- a. Tipo de trabajo _____
- b. ¿Cuál es el ingreso neto (los beneficios una vez que se pagan los gastos del negocio) que obtendrá de empleo autónomo este mes?
 \$ _____

34. **OTROS INGRESOS ESTE MES:** Marque todo lo que corresponda y proporcione la cantidad y frecuencia con que la recibe.

NOTA: No necesita informarnos sobre la manutención de los hijos, los pagos de los veteranos o el Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI).

- Ninguno
- Desempleo \$ _____ ¿frecuencia? _____ Ganadería / pesca: \$ _____ ¿frecuencia? _____
- Pensiones \$ _____ ¿frecuencia? _____ Alquiler neto / regalías: \$ _____ ¿frecuencia? _____
- Seguridad social \$ _____ ¿frecuencia? _____ Otros ingresos:
- Cuentas de jubilación \$ _____ ¿frecuencia? _____ Tipo _____ \$ _____ ¿frecuencia? _____
- Pension alimenticia \$ _____ ¿frecuencia? _____ Tipo _____ \$ _____ ¿frecuencia? _____

35. **DEDUCCIONES:** Marque todo lo que corresponda y proporcione la cantidad y frecuencia con que la recibe. Si usted paga por ciertos ítems que puedan deducirse de los impuestos federales, informándonos podría hacer que el costo de su cobertura de salud sea algo menor.

- Pensión alimenticia pagada \$ _____ ¿frecuencia? _____
- Intereses de préstamos estudiantiles \$ _____ ¿frecuencia? _____
- Otras deducciones: \$ _____ ¿frecuencia? _____ Tipo: _____

¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite SCDHHS.gov o llámenos al **1-888-549-0820**. Para obtener una copia de este formulario en español, llame al **1-888-549-0820**. Si necesita ayuda en otro idioma que no sea inglés, llame al **1-888-549-0820** y dígame al representante de atención al cliente el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin costo alguno para usted. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-888-842-3620**.

PASO 2

Miembro/s de la familia indios americanos o nativos de Alaska

1. ¿Usted o algún miembro de su familia es indio americano o nativo de Alaska?

Si la respuesta es NO, pasar al Paso 3.

Sí. En caso afirmativo, solicite y complete el Formulario 3400 de SCDHHS, Apéndice B (Miembro de la familia indio americano o nativo de Alaska)

PASO 3

Cobertura de salud de su familia

Responda estas preguntas para cualquiera que necesite cobertura de salud.

1. ¿Esta usted en este momento inscrito en alguna de las siguientes coberturas de salud? Si está disponible, proporcione una copia de la tarjeta de seguro.

Sí. En caso afirmativo, compruebe el tipo de cobertura y escriba el/los nombre/s de la/ persona/s junto a la cobertura que tienen. NO

Medicaid _____

CHIP _____

Medicare _____

Número de reclamo: _____

Fecha de inicio de la cobertura de Medicare: _____

TRICARE (No marcar si tiene cuidado directa de Line Of Duty)

Programa de salud de VA: _____

Cuerpo de Paz: _____

Seguro del empleador _____

Nombre del seguro de salud: _____

Número de póliza: _____ Fecha de inicio: _____

¿Es cobertura de COBRA? Sí No

¿Es un plan de salud para jubilados? Sí No

Otro seguro de salud _____

Nombre del seguro de salud: _____

Número de póliza: _____ Fecha de inicio: _____

¿Se trata de un plan de beneficios por tiempo limitado (por ejemplo, una póliza de accidente escolar)? Sí No

PASO

Lea y firme. Lea los siguientes derechos y responsabilidades. Si no está de acuerdo con uno de los puntos, su elegibilidad para los programas puede verse afectada. Se requiere una firma para completar el proceso de solicitud y presentar su solicitud a la agencia.

1. Sé que según la ley federal, no se permite la discriminación por motivos de raza, color, país de origen, sexo, edad o discapacidad. Puedo llamar al (888) 808-4238 o escribir a la oficina de Derechos Civiles, SCDHHS, P.O. Box 8206, Columbia, SC 29202-8206 para presentar una denuncia por discriminación.
2. Sé que se me solicitará que colabore con la agencia que recolecta el pago de manutención médica de un padre ausente. Si creo que colaborar a recolectar la manutención médica me dañará a mí o a mis hijos, puedo comunicárselo a la agencia y es posible que no tenga que colaborar.
3. Yo cedo y entrego mis derechos de todos los pagos de un tercero responsable al SCDHHS hasta la cantidad de pagos que el programa Healthy Connections haya realizado para mi cuidado médico. Esta cesión se aplica a todos mis hijos menores que puedan lesionarse. Estos pagos pueden incluir pagos de seguros de salud, acuerdos legales u otros terceros. También entiendo que tengo el deber de colaborar a identificar y proporcionar información para asistir al programa Healthy Connections a buscar a los terceros que puedan ser responsables de pagar por los cuidados y servicios.
4. Entiendo que debo colaborar completamente con los trabajadores federales y del estado si mi caso fuera revisado.
5. Como solicitante/beneficiario de los servicios de Medicaid, entiendo que existen dos grupos de personas que están afectadas por la recuperación del patrimonio:
 - Una persona de cualquier edad que era paciente en un centro de cuidados de enfermería, centro de cuidado intermedio para las personas con discapacidad intelectual u otra institución médica al momento de su muerte, y que debía destinar la mayor parte de su ingreso a los gastos del cuidado; o
 - Una persona que tenía 55 años o más cuando recibió asistencia médica que consistió en servicios del centro de cuidados de enfermería, servicios en el hogar y la comunidad, y servicios de medicamentos recetados y de hospital proporcionados a individuos en centros de cuidados de enfermería o que recibieran servicios en el hogar y la comunidad.Entiendo que si recibo cualquiera de estos servicios, el Departamento de Salud y Servicios Humanos presentará una demanda contra mi patrimonio (toda propiedad personal e inmobiliaria que posea en el momento de mi muerte) por la cantidad que Medicaid haya pagado por mis servicios.

¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite SCDHHS.gov o llámenos al 1-888-549-0820. Para obtener una copia de este formulario en español, llame al 1-888-549-0820. Si necesita ayuda en otro idioma que no sea inglés, llame al 1-888-549-0820 y dígame al representante de atención al cliente el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin costo alguno para usted. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-842-3620.

6. Sé que debo informar a SCDHHS dentro de un plazo de 10 días si cualquier información que incluyo en esta solicitud cambia y es diferente de lo que escribí en la misma. Entiendo que un cambio en mi información podría afectar la elegibilidad para los miembros de mi hogar.
7. La información que proporciono en esta solicitud y en la futura interacción con SCDHHS se usará para verificar mi elegibilidad para ayudar a pagar la cobertura de salud, si decido aplicar. Si la información que proporciono no coincide con los datos electrónicos, se me puede pedir que envíe pruebas. Sé que, a menos que pida específicamente ser excluido, la información recogida será almacenada de manera segura para garantizar que los servicios proporcionados a mi familia y a mí sean suficientes y necesarios.
8. Si creo que SCDHHS, la agencia que administra Healthy Connections, el programa estatal de Medicaid, ha cometido un error, puedo apelar su decisión. Apelar significa decirle a alguien de SCDHHS que pienso que la acción es incorrecta y pedir una audiencia justa. Debo solicitar una audiencia escrita para dicha audiencia a SCDHHS. Sé que puedo representarme a mí mismo o ser representado por alguien que no sea yo mismo.
9. Sé que la información personal de salud que yo proveo o que más tarde sea recopilada por SCDHHS está cubierta por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996 (HIPAA) y que recibiré un Aviso de Prácticas de Privacidad junto con mi/s Tarjeta/s de Conexiones Saludables

Firme esta solicitud. La persona que completó el Paso 1 debe firmar esta solicitud. Si usted es un representante autorizado, puede firmar aquí, siempre y cuando haya proporcionado la información solicitada en el Formulario 1282 de DHHS - Representante Autorizado.

Al firmar, declaro que he leído y estoy de acuerdo con los derechos y responsabilidades establecidos en esta solicitud. Firmo esta solicitud bajo la pena de perjurio. Esto significa que, a mi mejor saber, he proporcionado respuestas acertadas a todas las preguntas en este formulario. Tengo conocimiento de que, si no soy veraz, puede haber una pena bajo la ley federal.

Firma

Fecha (mm/dd/aaaa)

Por favor, imprimir este formulario, luego firmarlo en la línea de arriba antes de presentarlo.

Permiso para divulgar información

¿Hay alguien con quien desee que compartamos información acerca de su solicitud?

Al completar esta sección, puede dar permiso a la siguiente persona para recibir información sobre su solicitud / caso, pero no tendrá la capacidad de actuar en su nombre como un representante autorizado. También puede dar permiso a SCDHHS para divulgar información acerca de esta solicitud a esta persona u organización adicional.

Nombre de la persona / organización		Teléfono	
Domicilio	Ciudad	Estado	Código postal
Unidad (si corresponde)		Número de identidad (si corresponde)	

PASO 5

Envíe por correo la solicitud.

Enviar por correo su solicitud firmada a:

**SCDHHS - Central Mail
PO Box 100101
Columbia SC 29202-3101**

O envíe por fax su solicitud a:

(888) 820-1204

Si desea registrarse para votar, puede completar un formulario de registro de votante en scvotes.org.

¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite SCDHHS.gov o llámenos al **1-888-549-0820**. Para obtener una copia de este formulario en español, llame al **1-888-549-0820**. Si necesita ayuda en otro idioma que no sea inglés, llame al **1-888-549-0820** y dígame al representante de atención al cliente el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin costo alguno para usted. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-888-842-3620**.

Aviso de No Discriminación

El Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Sur (SCDHHS) cumple las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. El SCDHHS no excluye a las personas ni las trata de forma diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

El SCDHHS proporciona ayudas y servicios gratuitos a las personas con discapacidad, como intérpretes cualificados de lengua de señas e información escrita en otros formatos (letra grande, braille, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos). Ofrecemos servicios lingüísticos gratuitos a las personas cuya lengua materna no es el inglés, como intérpretes cualificados e información escrita en otros idiomas. Si necesita estos servicios, comuníquese con el Oficial de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA)/Derechos Civiles por correo a: PO Box 8206, Columbia, SC 29202-8206, por teléfono al: 1-888-549-0820 (TTY: 1-888-842-3620), o por correo electrónico a: civilrights@scdhhs.gov.

Si cree que SCDHHS no proporcionó estos servicios o discriminó de otra manera por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante el Oficial de Derechos Civiles utilizando la información de contacto proporcionada anteriormente. Puede presentar una queja en persona, por correo o por correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, estamos a su disposición para ayudarle.

También puede presentar una queja en materia de Derechos Civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU., por vía electrónica a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> o por correo o teléfono en: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW, Sala 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201 o por teléfono al: 800-368- 1019, 800-537-7697 (TDD). Los formularios de queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>