

Por favor desprendida esta página y guárdela para su información.

Información para el Aplicante

CHIP • PCN • UPP • Medicaid • Seguro de Salud Privado • APTC



¿Para qué seguro estoy aplicando?

El cubrimiento de seguro de salud es importante para que usted y su familia obtengan el cuidado de salud que necesitan. Cuando usted envía esta aplicación, usted será considerado para todos los programas médicos que están abiertos para inscribirse actualmente, incluyendo:

- **CHIP (Programa de Seguro de Salud para Niños):** Este programa ofrece seguro médico y dental para los niños que no lo tienen y pertenecen a familias que califican con base en el número de miembros de la familia y sus ingresos. Para mayor información visite: www.health.utah.gov/chip
- **PCN (Red de Cuidado de Salud Primario):** Provee principalmente cubrimiento de salud preventivo para adultos que no tienen seguro de salud y que califican con base en el número de miembros de la familia y su ingreso. Para mayor información visite: www.health.utah.gov/pcn
- **UPP (Utah's Premium Partnership for Health Insurance):** Provee un reembolso mensual de la prima de seguro cuando un individuo o familia que anteriormente estaba sin seguro se inscribe en el plan de salud COBRA del empleador. Para mayor información visite: www.health.utah.gov/upp
- **Medicaid:** Ofrece asistencia médica para familias de bajos ingresos, niños, mujeres embarazadas y para incapacitados, ciegos e individuos ancianos. Para mayor información visite: www.health.utah.gov/bep
- **Seguro de Salud Privado:** Ofrece la mayoría de servicios para ayudarle a permanecer sano. Este seguro es ofrecido a través de "Federally Facilitated Marketplace (FFM). Para mayor información visite: www.healthcare.gov
- **Seguro de Crédito de Impuestos Adelantado (APTC):** Este es un crédito de impuestos que puede ayudarle a pagar inmediatamente por el cubrimiento de seguro de salud en el programa "Federally Facilitated Market Place (FFM). Para mayor información visite: www.healthcare.gov



¿Qué necesito hacer después?

- Llene la aplicación y devuélvala a:
Department of Workforce Services
PO Box 143245
SLC, UT 84114-3245
Fax: 801-526-9500
- En su aplicación, infórmenos sobretodos los miembros de la familia que viven con usted. Si usted presenta declaración de impuestos, nosotros necesitamos que nos informe cada una de las personas incluidas en su declaración de impuestos. (Usted no tiene que declarar impuestos para obtener cubrimiento de seguro de salud.) El programa para el que usted califica depende del número de personas en su familia y de su ingreso. Esta información nos ayuda a asegurarnos que cada persona recibe el mejor cubrimiento posible.
- Se le podría requerir que su empleador llene la forma adjunta "Employer's Health Insurance Form." Por favor mantenga esta forma con usted en caso de que se le solicite hacerlo.
- Si se necesita mayor información para determinar su elegibilidad de beneficios, un trabajador de elegibilidad de DWS lo contactará. Si usted no ha escuchado de DWS dentro de 10 días, por favor llame al número gratis 1-866-435-7414.



¿Dónde Puedo Conseguir Más Información?

- Para preguntas acerca de cómo completar la información, el estado de su aplicación, o para saber si usted califica, por favor busque su información en la dirección de internet www.jobs.utah.gov/mycase. Si usted tiene preguntas sobre cómo completar la información o no puede conectarse con la dirección de internet, por favor llame a DWS al 1-866-435-7414.
- Para preguntas generales sobre los servicios de cuidado de salud cubiertos por Medicaid o PCN, llame a la línea telefónica de Medicaid al 1-800-662-9651
- Para preguntas generales acerca de CHIP, PCN, o UPP, llame a la línea de información de salud 1-888-222-2542.

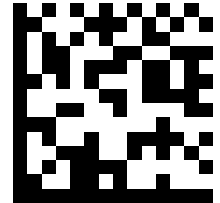


Información acerca de CHIE

- Los que obtienen asistencia médica (Medicaid,CHIP,PCN) son inscritos automáticamente en el "Utah Clinical Health Information Exchange(CHIE). El CHIE proporciona un lugar seguro para que los proveedores de cuidados de salud compartan y vean la información médica del paciente.
- Las personas aprobadas tienen el derecho a no participar en CHIE o a cambiar su estado de consentimiento en cualquier momento. Para mayor información o para salirse del sistema de participación de CHIE, visite www.mychie.org o hable con su proveedor de servicios de salud.

**Se ha dejado esta página
intencionadamente en blanco.**

Aplicación



CHIP • PCN • UPP • Medicaid • Seguro de Salud Privado • APTC

A Información del Aplicante

Nombre: _____
primer nombre (empiece con usted) inicial apellido de soltera apellido

E-mail: _____
 (opcional)

D17315001780117

Dirección de la casa: _____
(Déjelo en blanco si no tiene) calle apto# ciudad estado código postal

Dirección de correo: _____
(Déjelo en blanco si no tiene) calle apto# ciudad estado código postal

Teléfono casa: (____) _____ Teléfono celular: (____) _____

Idioma principal que se habla en la casa: _____

¿Le gustaría recibir la correspondencia en inglés o en español? Inglés Español

B Información de toda la familia

1. Liste cada una de las personas viviendo con usted y aplicando por beneficios.

Nombre (primer nombre, segunda inicial, apellido)	Relación con usted	Número de Seguro Social*	Fecha de Nacimiento (m/d/año)	Sexo M/F	Raza **	Etnicidad ***	Estado Civil ****	Estudiante Tiempo Complete Sí/No	Residente de Utah U.S. Ciudadano de Estados Unidos/Nacionalizado*
									<input type="checkbox"/> Residente de Utah <input type="checkbox"/> Ciudadano de Estados Unidos/Nacionalizado
									<input type="checkbox"/> Residente de Utah <input type="checkbox"/> Ciudadano de Estados Unidos/Nacionalizado
									<input type="checkbox"/> Residente de Utah <input type="checkbox"/> Ciudadano de Estados Unidos/Nacionalizado
									<input type="checkbox"/> Residente de Utah <input type="checkbox"/> Ciudadano de Estados Unidos/Nacionalizado
									<input type="checkbox"/> Residente de Utah <input type="checkbox"/> Ciudadano de Estados Unidos/Nacionalizado

***Número de Seguro Social y Ciudadanía** La información del número de seguro social (SSN) y de ciudadanía solamente es necesaria para las personas que están aplicando por beneficios. Si alguien necesita ayuda para obtener el SSN llame al 1-800772-1213 o visite Socialsecurity.gov usuarios de TTY deberían llamar al 1-800-325-0778.

****Race Codes (Optional)** **WH:** Blanco, **BL:** Negro/Áfrico Americano, **AI:** Indio Americano/Nativo de Alaska, **ASI:** Asiático Indio, **CH:** Chino, **FI:** Filipino, **JA:** Japonés, **KO:** Coreano, **VI:** Vietnamés, **OA:** Otro Asiático, **NH:** Nativo de Hawái, **SA:** Samoano, **GC:** Nativo de la isla de Guam/Chamorro, **OPI:** Otra isla del Pacífico, **OT:** Otro

*****Ethnicity Codes (Optional)** **N:** No Hispano/Latino, **M:** Mejicano, **MA:** Méjico-Americano, **CH:** Chicano/a, **PR:** Puertorriqueño, **CU:** Cuban, **AH:** Otro origen hispano, latino o de origen español, **OT:** Otro

******Marital Status** Soltero, casado, divorciado, viudo

2. Si usted marcó que es Indio Americano o Nativo de Alaska por favor complete el anexo A.

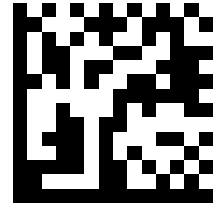
Sí No

3. ¿Si usted no es un ciudadano de Estados Unidos o nacido en los Estados Unidos tiene un estatus de inmigración elegible? (Esta pregunta es solamente para individuos que están aplicando por beneficios) Si la respuesta es sí complete todas las columnas:

Nombre	Tipo de Documento de Inmigración	Número de Residente	Número de ID (Si es diferente al número de residente)	¿Vive en los Estados Unidos desde 1996? (Sí/No)	Tiene un esposo o padre que es veterano o en servicio militar activo, o es usted un veterano o miembro del servicio militar activo. (Sí/No)

4. Apunte el nombre de todos los que viven con usted pero que no quieren solicitar la asistencia médica.

Nombre (primer nombre, segunda inicial, apellido)	Relación Con Usted	Fecha de Nacimiento (m/d/año)	Sexo M/F



D17315001780217

C Información General

Por favor responda las siguientes preguntas para cada una de las personas de su familia que viven con usted y que está aplicando por beneficios. Esto nos ayudará a seleccionar el programa médico correcto.

- Sí No
1. ¿Necesitan una tarjeta médica TODOS los individuos que solicitan asistencia médica?
Si no, ¿quién necesita una tarjeta? _____
- Sí No
2. ¿Quiere usted ayudar a pagar cualquier cuenta médica de los últimos 3 meses?
Si la respuesta es sí, ¿por quién?: _____ ¿Por cuales meses?: _____
- Sí No
3. ¿Alguna persona en su familia tiene una necesidad de cuidado médico mayor? Esto incluye embarazo, cáncer, enfermedad de los riñones etc. (Al responder a esta pregunta podría obtener ayuda extra.)
Si la respuesta es sí, ¿quién?: _____
¿Cuál es la necesidad médica? _____
- Sí No
4. ¿Usted vive por lo menos con un niño menor de 19 años y es usted la persona responsable de ese niño?
- Sí No
5. ¿Alguien en su familia estuvo en "foster care" hasta o antes de sus 18 años?
Si la respuesta es sí, ¿quién?: _____
- Sí No
6. ¿Alguien en su familia está incapacitado físicamente (una condición de salud mental, física, emocional, que limita sus actividades como bañarse, vestirse, hacer las actividades diarias etc.)?
Si la respuesta es sí, ¿quién?: _____
- Sí No
7. ¿Alguien en su familia ha estado en la cárcel, internado en un hospital o casa de cuidados para enfermos por 30 días o más dentro de los últimos 3 meses?
Si la respuesta es sí, por favor explique: _____
- Sí No
8. ¿Alguien en su familia está embarazada actualmente o ha estado embarazada en los últimos 3 meses?
Si la respuesta es sí, ¿quién?: _____ Fecha en que nacerá el bebé: _____
¿Cuántos bebés nacerán de este embarazo? _____
¿Ella ha fumado o usado tabaco durante los pasados 6 meses? Sí No
(Esta pregunta es solamente para un estudio y no afecta la elegibilidad del aplicante.)

D Ingresos

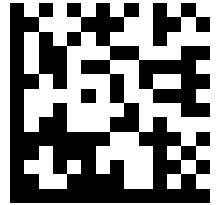
- Sí No
1. ¿Alguien de los miembros de la familia que vive en la casa ha ganado ingresos?
Si la respuesta es sí, liste el ingreso recibido por todas las personas que viven en la casa.

Persona Empleada (Nombre)	Nombre del Empleador, Dirección y Número de Teléfono	Pagado por Hora o Salario Mensual (ejemplo: \$900/mes, \$6/ hora)	Horas Trabajadas semanalmente	Frecuencia del Pago (semanal, mensual)	Ingresos Adicionales (ejemplos: propinas, pagas extraordinarias, comisiones)
		/			
		/			

- Sí No
2. ¿Alguien en su familia trabaja por cuenta propia y recibe ingresos?
Si la respuesta es sí liste cualquier ingreso de trabajo por cuenta propia recibido por las personas de su familia.

Nombre de la Persona que Trabaja por Cuenta Propia	Nombre de la Empresa	Tipo de Negocio (LLC - S-Corporación etc.)	Fecha en que Inició el Negocio	Porcentaje de Propiedad de la Compañía	Ingreso Bruto Este Mes (todo lo que recibió)	Ingreso Neto Este Mes (lo que le quedó de ganancia después de gastos del negocio)

- Sí No 3. Si está empleado, ¿espera usted algún cambio en sus ingresos o en el número de horas que trabaja? Si la respuesta es sí, ¿quién?: _____
Explique el/los cambio(s): _____
- Sí No 4. En el año pasado alguien en su familia cambió de trabajo, ¿dejo de trabajar o empezó a trabajar menos horas? Si la respuesta es sí, ¿quién?: _____
Explique el/los cambio(s): _____
- Sí No 5. ¿Usted o alguien más en su familia tiene o recibe algo de lo siguiente?
(Marque todas las que apliquen.)



D17315001780317

Marque todas las que apliquen:	Cantidad	Con qué frecuencia	Fecha en que empezó a recibir el ingreso:	Nombre de la Persona que Recibe los Ingresos
<input type="checkbox"/> Desempleo				
<input type="checkbox"/> Pensión				
<input type="checkbox"/> Seguro Social				
<input type="checkbox"/> Cuentas de Retiro				
<input type="checkbox"/> Manutención para los hijos				
<input type="checkbox"/> Ingresos de granjas/pesca				
<input type="checkbox"/> Renta neta/regalía				
<input type="checkbox"/> Otros ingresos				
Tipo de ingreso _____				

E Deducciones

Marque todas las que apliquen. Liste la cantidad pagada y con qué frecuencia. Si usted paga por ciertas cosas que pueden ser deducidas en la declaración de renta, díganos porque eso podría reducir el costo del seguro de salud un poquito. (Nota: No debe incluir aquí el costo ya considerado en su respuesta de ingreso neto de trabajo por cuenta propia.)

Marque todas las que apliquen:	Cantidad Pagada	Con qué frecuencia	Nombre de la Persona que Paga el Gasto
<input type="checkbox"/> Pago a su ex-conyugue			
<input type="checkbox"/> Intereses de préstamos de estudio			
<input type="checkbox"/> Otras deducciones: Tipo de deducción: _____			

F Ingreso Anual

Complete solamente si su ingreso ha cambiado de mes a mes. Si usted no espera cambios de mes a mes no conteste la siguiente pregunta.

- Ingreso total para este año: _____ Ingreso total para el próximo año: _____
(Si usted piensa que el ingreso será diferente)



Información Sobre Declaración de Impuestos

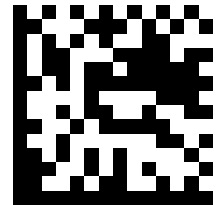
Por favor responda las siguientes preguntas para ayudarnos a seleccionar el programa para su familia. En adición a las preguntas aquí abajo, por favor complete el Anexo B de esta aplicación para todos los dependientes que no viven con usted, pero que están incluidos en su declaración de impuestos.

Sí No

1. ¿Planea usted presentar declaración de impuestos federales el próximo año o será usted reclamado como dependiente en la declaración de impuestos de alguien más el próximo año?

Si la respuesta es Sí por favor complete el cuadro * que se encuentra abajo

***Nota:** Si usted está reclamando más de 6 dependientes en su declaración de impuestos por favor haga una copia de esta página y adjúntela a su aplicación.

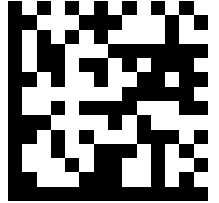


D17315001780417

Marque uno: <input type="checkbox"/> Declarante - or - <input type="checkbox"/> Dependiente	Declarando conjuntamente con su esposo/a <i>(Aplica solamente a declarante)</i>	Dependientes listados en su declaración de impuestos: <i>(Aplica solamente a declarante)</i>
<p>Nombre y Apellido: _____</p> <p>¿Será reclamado como dependiente en alguna declaración de impuestos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si la respuesta es sí escriba el nombre del declarante y su relación con él: Nombre: _____</p> <p>Relación: _____</p>	<p>¿Está declarando impuestos en conjunto con su esposa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si la respuesta es Sí, nombre de la esposa: _____</p>	<p>Dependiente #1 Nombre: _____ ¿Viviendo con el declarante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Dependiente #2 Nombre: _____ ¿Viviendo con el declarante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Dependiente #3 Nombre: _____ ¿Viviendo con el declarante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Dependiente #4 Nombre: _____ ¿Viviendo con el declarante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Dependiente #5 Nombre: _____ ¿Viviendo con el declarante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Dependiente #6 Nombre: _____ ¿Viviendo con el declarante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p>Marque uno: <input type="checkbox"/> Declarante - or - <input type="checkbox"/> Dependiente</p> <p>Nombre y Apellido: _____</p> <p>¿Será reclamado como dependiente en alguna declaración de impuestos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si la respuesta es sí escriba el nombre del declarante y su relación con él: Nombre: _____</p> <p>Relación: _____</p>	<p>Declarando conjuntamente con su esposo/a <i>(Aplica solamente a declarante)</i></p> <p>¿Está declarando impuestos en conjunto con su esposa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si la respuesta es Sí, nombre de la esposa: _____</p>	<p>Dependientes listados en su declaración de impuestos: <i>(Aplica solamente a declarante)</i></p> <p>Dependiente #1 Nombre: _____ ¿Viviendo con el declarante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Dependiente #2 Nombre: _____ ¿Viviendo con el declarante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Dependiente #3 Nombre: _____ ¿Viviendo con el declarante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Dependiente #4 Nombre: _____ ¿Viviendo con el declarante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Dependiente #5 Nombre: _____ ¿Viviendo con el declarante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Dependiente #6 Nombre: _____ ¿Viviendo con el declarante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>



Información de Seguro de Salud



D17315001780517

- Sí No
- ¿Alguien en su familia actualmente tiene Medicaid, CHIP, Medicare?
Si la respuesta es sí, marque el tipo de cubrimiento y escriba el nombre de la persona al lado del cubrimiento que tiene.
 Medicaid: _____ CHIP: _____
 Medicare: _____
 - ¿Alguien en su familia ha recibido una herida en un accidente o ha sido víctima de asalto en los últimos doce meses?
 - ¿Hay alguna persona fuera de su hogar que esté obligado a pagar los servicios médicos de su familia?
 - ¿Alguien en su familia está inscrito o es elegible para el cubrimiento de seguro COBRA o servicio de continuación de seguro de salud a través de su empleador?
 - ¿Alguien en su familia actualmente tiene seguro de salud (incluyendo sistema de beneficios de seguro de salud VA, Tricare, o Peace Corp), tiene seguro disponible pero no está inscrito, o ha tenido seguro de salud en los últimos 6 meses?
 - Si su respuesta a las preguntas 4 o 5 es sí, por favor complete el cuadro abajo relacionado con los seguros. (No liste Medicaid, Medicare, CHIP o PCN.)

Seguro 1

Fecha de inscripción: _____ No inscrito, pero disponible Terminó, fecha de terminación:: _____
(Si usted marcó que el estado de su seguro es **no inscrito pero disponible** y el seguro es ofrecido a través de su trabajo o a través del trabajo de alguien más, como padre o esposo, por favor complete el anexo C Forma de información del seguro de salud a través del empleador que está adjunta a esta aplicación.)

Nombre de los individuos con cubrimiento: _____

Nombre de la compañía de seguros: _____ Teléfono No: _____

Dirección de la compañía de seguros: _____ Grupo#: _____

Nombre de la persona que está en la póliza: _____ Número de la póliza#: _____

Fecha de nacimiento de la persona en la póliza: _____ Número de seguro social: _____

Si el seguro es a través del empleador liste el nombre del empleador y el teléfono: _____

Costo de la póliza de seguro: \$ _____ Fecha de vencimiento: _____ Frecuencia de pago : _____

Tipo de cubrimiento: Cubrimiento total Cubrimiento limitado

¿Es este un plan de retiro? Sí No

Seguro 2

Fecha de inscripción: _____ No inscrito, pero disponible Terminó, fecha de terminación:: _____
(Si usted marcó que el estado de su seguro es **no inscrito pero disponible** y el seguro es ofrecido a través de su trabajo o a través del trabajo de alguien más, como padre o esposo, por favor complete el anexo C Forma de información del seguro de salud a través del empleador que está adjunta a esta aplicación.)

Nombre de los individuos con cubrimiento: _____

Nombre de la compañía de seguros: _____ Teléfono No: _____

Dirección de la compañía de seguros: _____ Grupo#: _____

Nombre de la persona que está en la póliza: _____ Número de la póliza#: _____

Fecha de nacimiento de la persona en la póliza: _____ Número de seguro social: _____

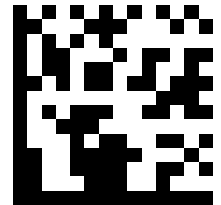
Si el seguro es a través del empleador liste el nombre del empleador y el teléfono: _____

Costo de la póliza de seguro: \$ _____ Fecha de vencimiento: _____ Frecuencia de pago : _____

Tipo de cubrimiento: Cubrimiento total Cubrimiento limitado

¿Es este un plan de retiro? Sí No

Anciano, Ciego, Incapacitado, Casa de Cuidado de Enfermos, Exento, o Bajo Compartimiento de Gastos a Través de Medicaid, Medicare. Gastos Médicos de Refugiados



D17315001780617

Usted tiene que responder a las preguntas de esta página solamente si hay alguien en su familia que está aplicando y tiene 65 años o más, es ciego, incapacitado bajo Medicaid, Casa de enfermos, Exento, o bajo compartimiento de gastos a través de Medicaid Medicare, o gastos médicos de refugiados.

I Otros Beneficios, Ingresos, y Gastos

- Sí No 1. ¿Alguien en su casa ha aplicado, recibido o le ha sido negado ingreso a través del seguro social, VA, desempleo o “Workers Compensation”?
Si la respuesta es sí explique: _____
- Sí No 2. ¿Alguien en su casa ha sido declarado incapacitado por el Seguro Social?
Si la respuesta es sí, ¿quién?: _____
- Sí No 3. ¿Alguien en su casa que ha sido declarado incapacitado por el Seguro Social paga manutención de niños o sostenimiento del ex-cónyuge?
Si la respuesta es sí, nombre y cantidad pagada: _____
- Sí No 4. Si está empleado, ¿usted espera cambios en sus ingresos o en el número de horas trabajadas?
Si la respuesta es sí, explique: _____
- Sí No 5. ¿Alguien le ayuda a usted a pagar su casa, renta, comida, servicios?
Si la respuesta es sí, explique: _____
- Sí No 6. ¿Alguien en su casa trabaja por intercambio de pago de la casa, renta, comida o servicios?
Si la respuesta es sí, explique: _____
- Sí No 7. ¿Alguien en su casa paga por el cuidado de un dependiente para poder ir a trabajar?
Si la respuesta es sí, nombre y cantidad pagada: _____

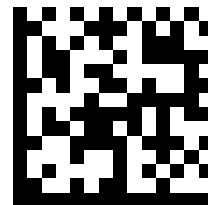
J Recursos o Bienes Personales

- Sí No 1. ¿Usted o alguien en su casa tiene cualquiera de los siguientes bienes personales?
(marque todos los que correspondan)
 - Anualidades
 - Plan de retiro 401K
 - Cuenta de Cheques \$ _____
 - IRA
 - Fondos en cuentas “Money Market”
 - Cuenta de Ahorros \$ _____
 - Acciones de la bolsa
 - Fondos en “Trust”
 - Otro: _____
 - Bonos
 - Certificados de Depósito a Término
- Sí No 2. ¿Usted o alguien en su familia tiene uno de los siguientes bienes personales?
(marque todos los que correspondan)
 - Tierras
 - Camperos/remolques
 - Propiedades de tiempo compartido
 - Casa
 - Derechos forestales o mineral
 - Animales en granjas
 - Herramientas
 - Renta/propiedades de inversión
 - Otros: _____
 - Lotes de cementerio
 - Fondos para pago de funeral
 - Seguro de Vida
 - Acciones en propiedades
- Sí No 3. ¿Es usted dueño de vehículos?
Si la respuesta es sí use el cuadro abajo para listar los vehículos que posee usted o cualquiera que vive en su casa. Tipo de vehículo incluyendo todos los carros, camionetas, vans, vehículos para diversión en la nieve, motocicletas, casas móviles, botes/motores, u otros vehículos..

Marca	Modelo	Año	Tiene Licencia Sí/No	Licencia #	Estado	Dueño/Dueños	Cantidad de deuda

K Entiendo Que

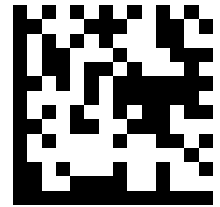
***El estado de Utah (el Estado) en las referencias aquí abajo incluye el Departamento de Salud de Utah, el Departamento de "Wokforce Services" y la oficina de "Recovery Services".**



D17315001780717

- Yo entiendo que bajo la ley federal, no es permitido discriminar en base a la raza, color, origen nacional, sexo, edad, orientación sexual, identidad de sexo, o incapacidad. Yo puedo poner un reclamo de discriminación visitando la página www.hhs.gov/ocr/office/file
- Mis beneficios podrían ser reducidos, negados o suspendidos por causa de la información reportada. Entiendo que dar información falsa o dejar de reportar cambios podría resultar en ser acusado de fraude. Si recibo beneficios para los cuales no soy elegible, seré responsable de repagar los beneficios recibidos.
- Si el Estado paga por mi cuidado médico, yo le asigno al Estado mis derechos de pagos hechos por terceros y los beneficios por servicios médicos. Yo le daré al Estado cualquier dinero que reciba de una póliza de seguro o de alguien que tenga que pagar por mis gastos médicos. Yo autorizo el pago directo al Estado y no reclamaré a ninguna parte que haga los pagos directamente a ellos.
- Yo debo reportar cualquier cambio en mi ingreso, dirección, número telefónico, número de miembros en la familia y acceso a cubrimiento por parte de otro programa de seguro de salud dentro de 10 días.
- El servicio de intercambio de información de salud clínica (CHIE) es un sistema electrónico que recoge datos de mi historia clínica de los proveedores de cuidado de salud de CHIE. CHIE provee un lugar seguro para que mis proveedores de salud compartan mi información médica. Para mayor información o para suspender la participación en CHIE visite www.mychie.org o contacte su proveedor de salud.
- Los beneficios para los cuales soy elegible podrían cambiar sin mi conocimiento o consentimiento. Yo entiendo que yo soy responsable por cualquier co-pago a los proveedores en el momento de recibir el servicio médico a menos que esté exento de esos co-pagos.
- Si recibo una tarjeta de servicios médicos, solamente le permitiré usarla a la persona con el nombre en la tarjeta.
- Yo aseguro que todos los miembros de la familia aplicando por cubrimiento de seguro médico o reembolso son ciudadanos de los Estados Unidos o residentes legales en cuanto a su status de inmigración, a menos que este pidiendo solamente asistencia de emergencia médica. Yo entiendo que yo no tengo que suministrar información de ciudadanía para los miembros de la familia que no están aplicando para cubrimiento de salud o reembolso. El Estado verificará los números de registración de residencia con los servicios de inmigración de los Estados Unidos (USCIS). El Estado no reportará miembros indocumentados de una familia al USCIS.
- El servicio de información de inmunización a través de todo el Estado de Utah (USIIS) es un servicio que mantiene registros actualizados de la historia de inmunización de sus hijos. Para mayor información o para retirar su niño de USIIS, llame a la línea de servicios de inmunización al 1-800-275-0659.
- En caso de muerte mía y de mi esposa, el Estado tiene el derecho a recobrar de mis bienes todo el dinero gastado para pagar mis cuentas médicas si yo recibo PCN y/o Medicaid a cualquier tiempo mientras yo tengo 55 años de edad o más. El estado no tiene el derecho a recobrar de mis bienes aquellos costos pagados como un beneficio de elegibilidad por Medicare en el programa de costo compartido (QMB, SLMB, QI).
- Yo doy autorización para que cualquier información proporcionada sea verificada al aplicar y después de recibir los beneficios.
- Yo autorizo al Estado para dar a los proveedores de salud información sobre mi elegibilidad para obtener beneficios médicos. El estado puede intercambiar información con mi compañía de seguro de salud y/o mi empleador por el período en el que recibo beneficios médicos del programa.
- Los beneficios médicos que recibo están limitados a lo que está descrito en el Manual de Proveedores establecido por el programa. Yo entiendo que estos manuales podrán ser enmendados sin mi consideración o conocimiento.
- Yo puedo pedir una audiencia justa si yo estoy en desacuerdo con la decisión tomada sobre mi aplicación.
- Se me ha entregado una copia de los Derechos y Responsabilidades y el Cambio de requerimiento en el reporte.
- Yo debo cooperar con el Estado en hacer responsable a un tercero por los gastos médicos. Debo cooperar con el Estado para establecer el apoyo médico para mi familia, si se requiere, a menos que haya una buena causa para no cooperar.
- Yo debo seguir las reglas del programa de asistencia médica. Mi cónyuge y/o hijos que participen del programa, también deben seguir esas reglas.

Yo entiendo que mi número de seguro social será usado por el sistema de verificación de ingresos y elegibilidad del Estado para asegurarse que mi familia es elegible para los programas de asistencia federal. Se usarán programas de computadores para comprobar que el seguro social está correcto , revisión de programas y auditorias con el Departamento de “Workforce Services”, Departamento de Salud, Departamento de Servicios Humanos, Departamento de Seguridad de la Nación, Seguro Social, Servicios Internos de Impuestos (IRS), y/o agencia de reportes de consumidores. Estas agencias podrían preguntar a las instituciones bancarias y de préstamos y otras organizaciones o individuos que podrían tener información sobre la elegibilidad de mi familia. Yo debo proveer pruebas que demuestren que mi familia es elegible para recibir asistencia.



D17315001780817

Yo, (nombre en letra de imprenta) _____ he leído o alguien más me ha leído todo lo que dice esta página. Yo entiendo y estoy de acuerdo con lo que dice. Bajo pena de perjurio, yo juro que las respuestas que doy en esta aplicación son completas y correctas. Yo soy la persona representada en este documento. Yo sé que podría estar sujeto a penalidades bajo la ley federal si proporciono información falsa o no verdadera.

Firma (marque una): Apicante Representante autorizado

Fecha

Sí No ¿Le gustaría que alguien actúe como su representante autorizado y tenga acceso a la información relacionada con su caso? Si la respuesta es sí por favor complete el anexo D – Forma para Autorizar Entrega de Información de Elegibilidad Médica, la cual está adjunta a esta aplicación.

L Renovación de Cubrimiento en Años Futuros

Para hacer más fácil determinar mi elegibilidad de ayuda de pago de cubrimiento de servicios de salud en el futuro, yo estoy de acuerdo con permitir al “Marketplace” usar la información de mis ingresos, incluyendo la información de mi declaración de impuestos. Yo también estoy de acuerdo con permitir al departamento de “Workforce Services” Departamento de Servicios Humanos, y Departamento de Salud, que usen la información de mi declaración de impuestos. Yo puedo retirar esta autorización en cualquier momento. “Marketplace” me enviará la noticia y me permitirá hacer los cambios.

Sí, renueven mi elegibilidad automáticamente por los próximos

- 5 años (máximo de años permitido), o por un número de años menor:
- 4 años 3 años años 1 años
- No use información de mi declaración de impuestos para renovar mi cubrimiento.

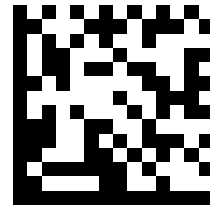
M Información de Registración Para Votar

Sí No Si usted no está registrado para votar donde vive actualmente, ¿le gustaría registrarse aquí hoy para votar? Si usted no marca ninguna de las cajas, asumiremos que ha decidido no registrarse en este momento para votar. Usted podría llenar la aplicación en privado. Si necesita ayuda para llenar la forma de registración para votar, nosotros le ayudaremos. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. El escoger aceptar o declinar registrarse para votar no afectará la cantidad de ayuda que le será proveída. Si usted cree que alguien ha interferido con su derecho a registrarse, o su derecho a declinar registrarse para votar, su derecho a la privacidad para decir si se registra o para aplicar para registrarse para votar o su derecho a escoger su propio partido político u otro partido político de su preferencia, usted puede colocar un reclamo con la oficina del “Luitenant Governor “del estado de Utah, PO Box 142220, SLC, UT 84114.Box 142220, SLC, UT 84114.

N Devuelva la Forma Una Vez que Ha Sido Llenada Completamente

Usted no ha completado toda la aplicación. Para mayor información por favor revise la primera hoja “Información de la Aplicación”. Por favor devuelva esta forma de aplicación complete a:

Department of Workforce Services
PO Box 143245
SLC, UT 84114-3245
Fax: 1-801-526-9505
Toll-free Fax: 1-888-522-9505



D17315001780917

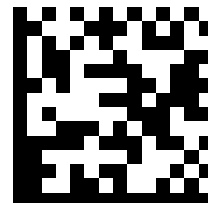
Sus Derechos & Responsabilidades

Usted Tiene Derecho a:

- Aplicar o re-aplicar en cualquier momento que desee para cualquier programa médico. Algunos programas están disponibles solamente durante los períodos de inscripción. Si usted necesita ayuda, alguien le ayudará a aplicar.
- Recibir la noticia de si ha sido aprobada o negada su aplicación y las razones para la decisión. Tenemos 30 días para procesar su aplicación de asistencia médica. Tenemos 90 días si usted es incapacitado, a menos que usted necesite más tiempo. Si usted necesita más tiempo, hay que pedirlo antes de que pase el periodo de 30 o 90 días.
- Ser notificado explicando porqué reducimos, suspendimos o pusimos en espera su solicitud de asistencia médica. En la mayoría de los casos, enviamos la notificación 10 días antes de tomar la acción indicada en la notificación.
- Tomar los siguientes pasos en caso de que usted no esté de acuerdo con la decisión tomada en relación con su caso:
 - A. Hablar con el empleado encargado de su caso para asegurarse que no hay un malentendido entre ustedes.
 - B. Hablar con el supervisor del empleado encargado de su caso.
 - C. Hablar al servicio para contribuyentes al 1-801-526-4390 o al teléfono gratis 1-800-331-4341.
 - D. Solicitar una audiencia justa dentro de los siguientes 90 días a la decisión; 10 días para recibir los beneficios mientras se lleva a cabo la audiencia. Si a usted se le negó el estatus de incapacitado, podría también pedir una re-consideración como parte de la audiencia. Si SSA le negó su incapacidad, tendría que ir a través de un proceso de apelación.
 - E. Requerir representación legal en relación con su audiencia justa. Usted podría estar autorizado a recibir asistencia legal gratis a través de "Utah Legal Services". En Ogden, 1-801-394-9431 o en Salt Lake, 1-801-328-8891. El servicio gratuito es 1-800-662-2538. Usted podría también recibir una referencia para asistencia legal del servicio de referencias legales de Salt Lake "Salt Lake Lawyer Referral" al 1-801-531-9075.
- Búsqueda de información sobre su caso. La información acerca de usted y su caso es confidencial. Nosotros podríamos dar información a otras agencias para administrar un programa para ayudarlo.

Sus Responsabilidades:

- Verificación de Información. El Acta del Seguro Social (U.S.C. 1320 b-7 (a) (1) requiere que usted nos dé un número de Seguro Social para cada miembro de su familia que quiere recibir asistencia médica. Si usted está aplicando solamente por emergencia Medicaid, no tiene que proveer un número de Seguro Social. Si usted no tiene un número de Seguro Social, debe probar que usted ha aplicado para obtenerlo. Usted podría ser elegible mientras está esperando para recibir el número. Su número de Seguro Social será usado en el sistema de verificación de ingresos y elegibilidad del Estado para asegurar que su familia es elegible para programas de asistencia federal. Se efectuarán verificaciones del número en los computadores, se hará revisión de programas y auditorias con el departamento de "Workforce Services", Departamento de Servicios Humanos, Departamento de "Homeland Security" "Social Security" Departamento de Declaración de Impuestos (IRS), y/o Agencias de Reporte al Consumidor. Estas agencias también podrían hacer averiguaciones en instituciones bancarias, de préstamos y con cualquier otra organización o individuo que tenga información sobre la elegibilidad de la familia. Usted debe proporcionar pruebas que demuestren que su familia es elegible para recibir asistencia.
 - Los niños inscritos en Medicaid son inscritos automáticamente en el Sistema de Información de Inmunización del Estado de Utah (USIIS). Si usted no quiere que sus niños sean inscritos en este sistema, debe llamar al USIIS Línea de Ayuda al 1-801- 538-6872 o a la línea de inmunización al 1-800-275-0659.
 - Usted debe cooperar en cualquier revisión de su caso de Control de Calidad, Servicios de Recuperación de Dineros "Recovery Services", y la Oficina de Políticas de Elegibilidad. Usted también debe cooperar en proveer información sobre otras fuentes de pago de servicios médicos y apoyo para obtener servicio médico. Si usted siente que podría perjudicarse por dar esta información puede poner un reclamo llamado "good cause claim" reclamo por buena causa. El trabajador de su caso le puede explicar este procedimiento.
 - Asistencia Médica (Medicaid, CHIP, UPP, PCN). Los que reciben esta ayuda son inscritos automáticamente en el Servicio de Intercambio de Información de Salud Clínica de Utah (CHIE). Para mayor información o para cancelar la participación, visite www.mychie.org o contacte su proveedor de cuidado de salud.
- Usted y su familia deben seguir las reglas del programa de asistencia médica.**



D17315001781017

Cambios Que Debe Reportar

Recuerde que a usted se le requiere reportar cambios en su situación DENTRO DE 10 DIAS de haberse enterado de los cambios. No se demore en reportarlos. Los cambios pueden afectar su elegibilidad. Si usted recibe beneficios para los cuales no es elegible, usted tendrá que repagar esa cantidad. Para reportar cambios contacte al DWS en el internet al www.jobs.utah.gov/mycase o llame 1-866-435-7414.

Si usted recibe CHIP,PCN,UPP, o beneficios médicos usted debe reportar:

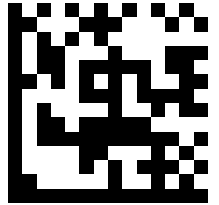
- **Cambios en Su Estado Marital o Arreglos de Convivencia**
Casarse, separarse, divorciarse; moverse a vivir con un compañero/a; cambio de dirección o número telefónico; regreso de uno de los padres; nacimiento de un bebé o terminación de un embarazo; miembro de la familia que viene a vivir a la casa o que se va; muerte de un miembro de la familia; estadía en el hospital por más de 30 días; o si uno de los miembros de la familia va a la cárcel; si recibe ayuda con los gastos de la familia etc.
- **Cambio en el Cubrimiento del Seguro Médico**
Cambios en el acceso al seguro, cubrimiento, o inscripción en cualquier plan de cubrimiento de seguro de salud (incluyendo Medicare o el sistema de cuidado de salud de VA) para cualquier miembro de la familia.

Si usted recibe Medicaid, también debe reportar:

- **Cambio en Su Fuente de Ingresos**
Conseguir trabajo, perder el trabajo, cambiar de trabajo, trabajar en servicios temporales, obtener ingresos para educación, SSI, SSA, o compensación de desempleo, etc. Recibir una suma grande de dinero.
- **Cambio en la Cantidad de Dinero Ganado o No Ganado en el Ingreso Mensual**
Trabajar más o menos horas, tiempo extra, obtener un aumento etc. Cambio en la cantidad de SSI, SSA, Compensación de desempleo etc.
- **Cambio en la Obligación Legal de Pagar Manutención Para Los Hijos**
- **Ganancia o Pérdida de un Vehículo (Con Licencia o Sin Licencia)**
Automóvil, camioneta, motocicleta, camper, casa móvil, vehículo recreacional etc.
- **Cambio en Cualquier Bien Personal**
Se deben reportar cambios en la propiedad de acciones, bonos, propiedades, vehículos, seguro de vida, fondos "trust", plan de pago de funeral, dinero en efectivo, apertura y cancelación de cuentas bancarias, etc. de todos los miembros de la familia. (Incluye propiedad en compañía de cualquier bien con la esposa, padres, niños etc.).
- **Cambio en Deducciones Permitidas**
Gastos de cuidado de niños menores, gastos de seguro de salud, etc. Si usted tiene más de 65 años, es ciego, incapacitado física o mentalmente, usted también debe reportar los cambios en pago de sostenimiento hecho por el cónyuge(alimony) manutención de hijos pagados por el cónyuge, los padres, y los gastos relacionados con trabajo.

Anexo A

Nativo Americano o Miembro de la Familia que es Nativo de Alaska (AI/AN)



D17315001781117

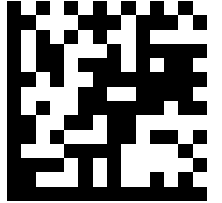
Complete este anexo si usted o un miembro de su familia es Indio Americano o Nativo de Alaska. Envíe este anexo con su aplicación. Si tiene más gente para incluir, haga una copia de esta página y adjúntela con su aplicación.

Díganos acerca de los miembros de su familia Nativo-Americanos o Nativos de Alaska.

Los Nativos Americanos y los Nativos de Alaska pueden recibir los servicios de salud “Indian Health Services” un programa para tribus, o del “Urban Indian Health Program”. Ellos también podrían no tener que pagar el costo compartido y podrían aplicar dentro de los períodos especiales de inscripción. Responda las siguientes preguntas para asegurarse que su familia tenga el mejor cubrimiento posible.

	AI/AN Persona 1	AI/AN Persona 2
1. Nombre	Primer nombre Segundo nombre Apellido	Primer nombre Segundo nombre Apellido
2. ¿Miembro de una tribu reconocida a nivel federal?	<input type="checkbox"/> Sí Si sí, nombre de la tribu _____ <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí Si sí, nombre de la tribu _____ <input type="checkbox"/> No
3. ¿Esta persona alguna vez ha recibido un servicio del “Indian Health Service” un programa de salud para tribus, o del “Urban Indian Health Program”, o a través de una referencia de uno de estos programas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es no, ¿es esta persona elegible para recibir servicios del “Indian Health Service” programas de salud para las tribus, o “Urban Indian Health Program”, o a través de una referencia de estos programas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es no, ¿es esta persona elegible para recibir servicios del “Indian Health Service” programas de salud para las tribus, o “Urban Indian Health Program”, o a través de una referencia de estos programas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4. Cierta cantidad de dinero recibida podría no ser contada por Medicaid o el programa de seguro de salud para niños CHIP. Liste cualquier ingreso (cantidad y frecuencia) reportado en su aplicación que incluye dinero de alguna de estas fuentes: <ul style="list-style-type: none"> ● Pagos por persona provenientes de una tribu y que corresponden a recursos naturales, uso de derechos, arriendo, o “royalties”. ● Pagos por recursos naturales, cosechas en la granja o rancho, pesca, renta o regalía de las tierras designadas a los indios por el Departamento del Interior (incluyendo reservaciones de los indios y anteriores reservaciones). ● Dinero por venta de cosas que tienen significado cultural. 	Cantidad: \$ _____ Frecuencia: _____	Cantidad: \$ _____ Frecuencia: _____

**Se ha dejado esta página
intencionadamente en blanco.**

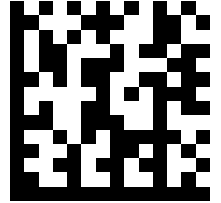


D17315001781217

Anexo B

Información de Sus Dependientes que No Viven Con usted

Complete este anexo para todos los dependientes que NO ESTÁN viviendo con usted, pero que han sido reclamados en su declaración de impuestos. Si usted tiene más dependientes que no viven con usted, pero son reclamados en su declaración de impuestos, por favor haga una copia de esta página y adjúntela a su aplicación.



D17315001781317

A Información General

Complete el siguiente cuadro por su dependiente:

Nombre del Dependiente (primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido)	Relación Con Usted	Fecha de Nacimiento	Sexo M/F	SSN# (Opcional)

- Sí No 1. ¿Su dependiente está embarazada actualmente o ha estado embarazada en los últimos 3 meses?
Si la respuesta es sí, fecha en que nacerá el bebé: _____
¿Cuántos bebés nacerán de este embarazo? _____

B Ingreso

- Sí No 1. ¿Su dependiente ha ganado ingresos? Si la respuesta es sí responda las preguntas siguientes:

Nombre del Empleador, Dirección y Número de Teléfono	Pagado por Hora o Salario Mensual (ejemplo: \$900/ mes, \$6/hora)	Horas Trabajadas por Semana	Frecuencia del Pago (semanal, mensual)	Ingresos Adicionales (ejemplos: propinas, pagas extraordinarias, comisiones)

- Sí No 2. ¿Su dependiente recibe ingreso de trabajo independiente? (trabaja por sí mismo)
Si la respuesta es sí, liste el ingreso recibido.

Nombre de la Empresa	Tipo de Negocio (Ex. LLC, S-Corp, etc.)	Día que Empezó el Negocio	Porcentaje de Propiedad de la Empresa	Ingreso Neto Este Mes (ganancia una vez que ha pagado los gastos del negocio)

- Sí No 3. ¿En el año pasado, su dependiente cambió de trabajo, dejó de trabajar o empezó trabajando pocas horas?

- Sí No 4. ¿Su dependiente tiene o recibe alguno de los siguientes beneficios? (Marque todos los que apliquen)

- Desempleo \$ _____ Frecuencia: _____ Dinero del ex-conyugue \$ _____ Frecuencia: _____
 Pensiones \$ _____ Frecuencia: _____ Dinero neto de cosechas de granja/
 Seguro Social \$ _____ Frecuencia: _____ pesca \$ _____ Frecuencia: _____
 Cuentas de Retiro \$ _____ Frecuencia: _____ Otros ingresos \$ _____ Frecuencia: _____
 Renta neta/regalía \$ _____ Frecuencia: _____ Tipo _____

C Deducciones

1. Marque todas las que apliquen y escriba la cantidad y la frecuencia con que sus dependientes reciben el dinero. Si su dependiente paga por ciertas cosas que pueden ser deducidas del impuesto federal, el decirnos al respecto podría hacer que el costo del cubrimiento de salud sea un poquito más bajo. (Nota: No debería incluir costos que ya han sido considerados en su respuesta del neto que ha ganado en su trabajo por cuenta propia.)

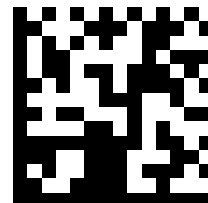
- Dinero que paga al ex-cónyuge \$ _____ Frecuencia: _____ Otras deducciones \$ _____ Frecuencia: _____
 Intereses de préstamo de estudios \$ _____ Frecuencia: _____ Tipo: _____

D Ingreso Anual

1. Complete solamente si los ingresos de sus dependientes ha cambiado de mes a mes.

- Total de ingreso ESTE año: _____ Total de ingreso para el PROXIMO año: _____
(si usted piensa que será diferente)

**Se ha dejado esta página
intencionadamente en blanco.**



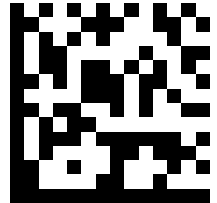
D17315001781417

Case#: _____

Anexo C

Employer's Health Insurance Information

You will need your employer or company's Human Resources representative to complete this form. Complete this form for each employed household member. You may copy this form. If you need more time to finish this form, please send us the rest of the application so that we can look at your application as soon as possible. However, in some situations, we will need the information from this form to help determine your eligibility. If you have questions regarding this form, please call 1-866-435-7414.



D17315001781517

A General Information

Employee Information

Employee name _____ Employee SSN# _____
(first, m.i., last)

Employer Information

Employer Name: _____

EIN#: _____ Phone #: _____

Address: _____

street apt.# city state zip

Who can we contact about employee health coverage at this job?

Contact Name: _____

Phone #: _____ E-mail address: _____

- Yes No 1. Does your company offer health insurance? If no, skip to section D. Sign and return the form.
- Yes No 2. Is your health insurance a state employee benefit plan?
- Yes No 3. Is your health insurance offered through Avenue H?
- Yes No 4. Is the employee eligible to enroll in any insurance plan offered?
If no, please explain: _____
If yes, when is/was the employee eligible to enroll? (mm/dd/yy) _____
- Yes No 5. Is the employee or any family member enrolled in any insurance plan offered?
If yes, name(s) of person(s) enrolled: _____

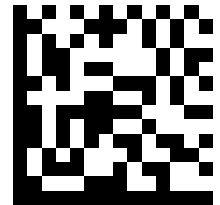
- Yes No 6. Has this employee or any family member dropped/changed coverage in the last six months?
If yes, name(s): _____
If yes, when did coverage end/change? (mm/dd/yy) _____
- Yes No 7. Does the employer offer a health plan that meets the *minimum value standard?
- 8. For the lowest-cost plan that meets the *minimum value standard offered **only to employee** (don't include family plans):
If the employer has wellness programs, provide the premium that the employee would pay if he/she received the maximum discount for any tobacco cessation programs, and did not receive any other discounts based on the wellness programs:
a. How much would the employee have to pay in premiums for that plan? \$ _____
b. How often? weekly every 2 weeks twice a month quarterly yearly
- Yes No 9. Do you know what change the employer will make for the new plan year?
If yes, complete the following:
 Employer won't offer health insurance
 Employer will start offering health coverage to employees or change the premium for the lowest-cost plan available only to the employee that meets the *minimum value standard. (Premium should not reflect the discount for wellness programs. See question 8.)
a. How much will the employee have to pay in premiums for that plan?
\$ _____
b. How often? weekly every 2 weeks twice a month quarterly yearly

*An employer-sponsored health plan meets the "minimum value standard" if the plan's share of the total allowed benefit costs covered by the plan is no less than 60% of such costs (Section 36B(c)(2)(C)(ii) of the Internal Revenue Code of 1986)

B Employer's Least Expensive Plan or Avenue H Default Plan

Questions below refer to the **employer's least expensive** plan or the **Avenue H Default Plan**.

- Yes No
1. Does the employee have to enroll in order to add their dependent(s)?
 2. When will/did coverage begin? (mm/dd/yy) _____
 3. When does the company's next open enrollment begin? (mm/dd/yy) _____
 4. Complete the chart below. **Do not** include the cost of dental, vision or other coverage if it is separate.



D17315001781617

Monthly Premium		
	Employee's Portion	Company's Portion
Employee	\$	\$
Employee + spouse	\$	
Employee + child	\$	
Family	\$	

Yearly Health Plan Deductible	
Individual amount	\$
Family amount	\$

C Employee's Health Plan Choice

Questions below refer to the plan that the employee has selected. Questions 3-7 refer to "in-network" benefits.

1. Insurance company and plan name: _____
2. Policy number, if known: _____
3. Is the deductible \$2,500 or less per individual?
 Yes No
4. Is the lifetime maximum benefit \$1,000,000 or more?
 Yes No
5. Does the plan pay at least 70% of an inpatient stay (after the deductible)?
 Yes No
6. What benefits are covered under this plan? (Check all that apply.)
 Physician visits Hospital inpatient services Pharmacy/Rx
7. Does the plan cover abortion services?
 Yes No
 If yes, under what circumstances:
 Only in the case where the life of the mother would be endangered if the fetus were carried to term or in the case of incest or rape
 Other, please describe: _____
8. Complete this chart only if it is different from the chart in Section B. **Do not** include the cost of dental, vision or other coverage if it is separate.

Monthly Premium		
	Employee's Portion	Company's Portion
Employee	\$	\$
Employee + spouse	\$	
Employee + child	\$	
Family	\$	

Yearly Health Plan Deductible	
Individual amount	\$
Family amount	\$

- Yes No
9. Are the employee's children currently enrolled or do they plan to enroll in your company's dental plan? If yes, name(s): _____

D Signature

I certify that I am a representative of the Human Resource Department, or that I am the health insurance contact person. The information on this form is true and correct to the best of my knowledge.

Signature: _____ Date: _____

Name (please print): _____

Title: _____ Phone: _____

Please return completed form to:

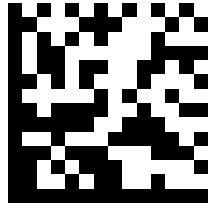
Department of Workforce Services, PO Box 143245, SLC, UT 84114-3245
 Fax: 1-801-526-9500 Toll-free Fax: 1-877-313-4717

Anexo D

Autorización para Descubrir Información Médica

Usted puede escoger un representante autorizado.

Usted puede dar autorización a una persona de su confianza para hablar acerca de esta aplicación con nosotros, ver su información, y actuar por nosotros en materias relacionadas con la aplicación, incluyendo obtener información y firmar la aplicación representándolo. Esta persona es un "Representante Autorizado". Si usted es un representante legal para alguien de esta aplicación por favor envíe la prueba de la autorización.



D17315001781717

_____/_____/_____
 Nombre del Cliente Número de Seguro Social Número de Caso Fecha de Nacimiento

Yo, _____ aquí doy a _____ la autorización para:
 (Nombre del Cliente o Representante Autorizado) (Nombre del Individuo u Organización)

(Marque solamente una.)

- Recibe Medicaid, CHIP, UPP, PCN u obtiene el derecho información de elegibilidad en relación con mi aplicación actual, del caso que está en proceso, una negación reciente del caso o cancelación del mismo. Esta autorización es efectiva desde la fecha en que se firmó esta forma, o hasta que ocurra uno de los siguientes hechos, lo que suceda primero:
- Esta fecha: _____; or
 - La aplicación médica es negada*; or
 - 30 días después de que el mes del programa médico es cerrado*.
- *Si la aplicación es negada o el caso es cerrado, la información suministrada continuará en efecto a través del proceso de una audiencia justa.*
- Puede hablar o actuar en mi beneficio como un representante autorizado, lo cual incluye recibir Medicaid, CHIP, UPP, PCN, u obtener el derecho de recibir información sobre elegibilidad de mi aplicación actual, del caso que está en proceso, una negación reciente del caso, o cancelación del mismo. Esta autorización es efectiva desde la fecha de firma de esta forma hasta que el departamento de "Workforce Services" reciba una revocación de esta autorización.

Dirección del Representante Autorizado: _____

Teléfono del Representante Autorizado: _____

- Yo entiendo que yo puedo revocar esta autorización en cualquier momento enviando una notificación al Departamento de Workforce Services (DWS). Entiendo que una revocación no es efectiva hasta el punto en que el Departamento de Salud, a través de la División de Medicaid y del Financiamiento de Salud (DMHF) o el DWS depende de la información de salud revelada.
 - Yo entiendo mis derechos y responsabilidades descritas en la información sobre prácticas privadas "Notice of Private Practices" . Para obtener un duplicado de la nota informativa puede acceder la siguiente URL - <http://health.utah.gov/hipaa/privacy.htm>.
 - Entiendo que yo puedo negarme a firmar esta autorización. También entiendo que el DWS no puede negar la elegibilidad de beneficios si yo no acepto firmar esta autorización.
 - Entiendo que al dar un poder individual autorizando a un representante le permite a esa persona actuar en mi nombre, lo cual incluye hacer cambios en mi caso médico y cualquier cambio que hagan, yo podría ser responsable si se incurre en un sobrepago.
 - Entiendo que, una vez que la información es revelada por causa de esta autorización, es posible que esa información no sea protegida por las leyes de privacidad médica y podría ser revelada por la persona o agencia que la recibe.
- Nota: DMF y DWS no darán a conocer documentos controlados sin el consentimiento de sus departamentos legales.**
- Firmando esta forma, yo reconozco que se me ha entregado una copia de esta autorización firmada.

 (Firma de Cliente, Guardián Legal, o Representante Autorizado)

 (Fecha)

Si es firmado por otra persona diferente al cliente, descripción de la autoridad para hacerlo:
