

## Si tiene preguntas o necesita ayuda para rellenar esta solicitud

Llame al número gratuito **1-877-KIDS NOW** (1-877-543-7669) de 8:00 a 5:00, de lunes a viernes,

o contacte con su oficina local del Departamento de Servicios para Familias.



Kid Care CHIP y EqualityCare tienen diferentes requisitos. Se les otorgará el programa para el que usted y sus hijos cumplan con los requisitos.

Se comprobarán todas las solicitudes para ver si reúnen los requisitos para EqualityCare (requisito federal exigido por la ley federal). Si nos pareciera que usted o sus hijos cumplen con los requisitos para EqualityCare, mandaremos su solicitud a su oficina local del Departamento de Servicios para Familias y puede que tenga que proporcionarles una copia de su acta de nacimiento u otra prueba de ciudadanía para cada una de las personas solicitantes.



Wyoming  
Department  
of Health

Commit to your health.



Wyoming  
Department  
of Health

Commit to your health.

## Solicitud para los programas de cobertura médica de Wyoming

Los programas de asistencia médica de Wyoming proporcionan un seguro médico gratuito o a un precio mínimo para todos los que cumplan con los requisitos. Esta solicitud es para niños, adolescentes, adultos que tengan niños, y mujeres embarazadas.

**No hay que pasar ninguna entrevista.**

### Solicitar nuestros programas es fácil:

1. Rellene y firme esta solicitud
2. Mándela a:  
Kid Care CHIP  
6101 Yellowstone Rd  
Suite 210  
Cheyenne, WY 82002

O llévela a su oficina local del Departamento de Servicios para Familias.



This application is available in English. Call 1-877-543-7669.  
Esta solicitud está disponible en inglés. Llame al 1-877-543-7669





Wyoming  
Department  
of Health

Commit to your health.

# Solicitud para los Programas de Asistencia Médica de Wyoming

## Kid Care CHIP

Kid Care CHIP es un plan a un precio módico que proporciona un seguro médico que cubre completamente a los niños menores de 19 años que cumplen con los requisitos del programa. En algunos casos la familia tendrá que pagar \$5 o menos, según los servicios. Los niños que tuvieron seguro médico durante los últimos 30 días no cumplen con los requisitos de Kid Care CHIP. (Hay algunas excepciones).



## EqualityCare

EqualityCare (Medicaid) es un plan gratuito que provee cobertura médica completa para niños, adolescentes, adultos con niños, y mujeres embarazadas que reúnan los requisitos para el programa. Aunque los solicitantes sean niños con seguro médico, puede que reúnan los requisitos del programa EqualityCare.



¿Qué idioma **habla** usted mejor?  Inglés  Español  Otro \_\_\_\_\_  
 ¿Qué idioma **escribe** usted mejor?  Inglés  Español  Otro \_\_\_\_\_

1. Nombre (NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO) \_\_\_\_\_

Nombres anteriores, si los hubiera \_\_\_\_\_

2. ¿Cuál es su dirección postal?

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Condado \_\_\_\_\_

¿Cuál es la dirección de su domicilio? (SÓLO SI ES DIFERENTE A SU DIRECCIÓN POSTAL)

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Condado \_\_\_\_\_

3. Número de teléfono \_\_\_\_\_ Número de teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

Número de celular \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

**Si necesita ayuda para rellenar esta solicitud:** llame a 1-877-KIDS NOW (1-877-543-7669) de 8:00 a 5:00, de lunes a viernes, o vaya a su oficina local del Departamento de Servicios para Familias.



**4. Por favor, liste a todos los que viven con usted. Póngase el primero.**

NOMBRE (NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO)	RELACIÓN CON USTED	RELACIÓN CON EL ESPOSO/A O COMPAÑERO/A SENTIMENTAL	NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL (SÓLO SI PARA EL SOLICITANTE)	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO (MES, DIA, AÑO)	RAZA (NO TIENE QUE RESPONDER SI NO LO DESEA)
¿Es usted el solicitante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>USTED</b>			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o de las Islas del Pacífico
¿Está usted solicitando por esta persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Compañero/a sentimental			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o de las Islas del Pacífico
¿Está usted solicitando por esta persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o de las Islas del Pacífico
¿Está usted solicitando por esta persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o de las Islas del Pacífico
¿Está usted solicitando por esta persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o de las Islas del Pacífico
¿Está usted solicitando por esta persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o de las Islas del Pacífico
¿Está usted solicitando por esta persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o de las Islas del Pacífico
¿Está usted solicitando por esta persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o de las Islas del Pacífico
¿Está usted solicitando por esta persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o de las Islas del Pacífico

Si les falta espacio, por favor incluyan toda la información necesaria sobre los miembros restantes de su familia en un papel a parte.

**5. ¿Hay alguien listado en esta solicitud que sea de origen hispano o latino?**

(NO TIENE QUE RESPONDER SI NO DESEA)  Sí  No  No sé

Si es que **sí**, por favor díganos quién \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**6. ¿Todos los solicitantes viven en Wyoming?**  Sí  No

Si es que **no**, ¿quién no? \_\_\_\_\_

Esta información no afectará las decisiones del USCIS en cuestiones de ciudadanía.

**7. ¿Son todos los solicitantes ciudadanos de los EE. UU.?**  Sí  No Si es que **no**, díganos:

NOMBRE DEL NO-CIUDADANO	FECHA DE ENTRADA (MES, DIA, AÑO)	NUMERO DE REGISTRO DEL EXTRANJERO/NO-CIUDADANO

Usted no tiene que dar información sobre el estado de inmigración o ciudadanía de los familiares que no están solicitando beneficios, si no lo desea. La información que nos den en esta solicitud NO será compartida con los Servicios de Inmigración y Extranjería de los EE. UU. (USCIS), antiguamente conocido como Servicio de Inmigración y Nacionalización (INS).

**8. ¿Les falta a sus hijos uno de los dos padres, uno de los padres no vive con ustedes?**  Sí  No

Si es que **sí**, ¿a qué hijos? \_\_\_\_\_

¿Está actualmente colaborando con la Oficina de Manutención Infantil?  Sí  No

¿Quiere colaborar con la Oficina de Manutención Infantil para que le proporcionen el dinero que le deben para la manutención de sus hijos?  Sí  No

Si es que **no**, ¿es debido a que el posible contacto con el padre que no tiene la custodia puede poner a su familia en riesgo?  Sí  No

Al solicitar beneficios, si fuera necesario se abrirá un expediente para la manutención infantil de sus hijos. Si usted decide no colaborar con la Oficina de Manutención Infantil, sus hijos seguirán cumpliendo con los requisitos tanto para Kid Care CHIP o EqualityCare, pero puede que los beneficios para los adultos sean denegados. No se aplicará tal caso si la razón por la cual usted no colabora con la Oficina de Manutención Infantil es porque el contacto con el padre que no tiene la custodia de los hijos pueda poner en riesgo o ser un peligro para su familia.

**9. ¿Está alguien de su familia embarazada?**  Sí  No

Si es que **sí**, ¿quién? \_\_\_\_\_

¿Para cuándo esperan al bebé? \_\_\_\_\_ ¿De cuántos bebés está embarazada? \_\_\_\_\_

¿El padre del bebé vive con usted?  Sí  No

Si es que **sí**, ¿cómo se llama? \_\_\_\_\_



**10. ¿Tienen usted o su esposo/a (o compañero/a sentimental) o sus hijos cualquier tipo de ingresos, como por ejemplo, un salario por empleo, por ser autónomo/a o bien manutención infantil o**

**Seguridad Social?**  Sí  No Si es que **sí**, por favor, cuéntenos:

**¡IMPORTANTE!** Debe incluir todas las fuentes de ingresos de su familia. Algunas fuentes de ingresos son pensiones de jubilación, pensión alimenticia o manutención infantil, Seguridad Social, discapacidad, pensión por defunción, Ingresos Suplementarios de Seguridad (Supplemental Security Income) (SSI), pensiones militares o subsidios por veteranía, desempleo, Compensación para los Trabajadores (Worker’s Compensation), ingresos sobre las rentas, autónomos, y demás. Por favor, sea específico.

¿QUIÉN GANA ESTE DINERO?	TIPO DE INGRESOS (SALARIO, DISCAPACIDAD, MANUTENCIÓN INFANTIL, ETC.)	NOMBRE DEL PATRÓN (SI ES QUE LOS INGRESOS SON SALARIO)	INGRESOS TOTALES DE ESTE MES (INGRESOS BRUTOS, \$\$ ANTES DE IMPUESTOS O DEDUCCIONES)
¿Es esta persona un estudiante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Es esta persona un estudiante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Es esta persona un estudiante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Es esta persona un estudiante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Es esta persona un estudiante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Es esta persona un estudiante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

**11. ¿Es usted autónomo/a?**  Sí  No Si es que **sí**, ¿le pagan un salario con regularidad?  Sí  No

**¿Es su esposo/a (o compañero/a sentimental) autónomo/a?**  Sí  No

Si es que **sí**, ¿le pagan un salario con regularidad?  Sí  No

**12. ¿Trabaja usted o su esposo/a (o compañero/a sentimental) para el Estado de Wyoming, para la Universidad de Wyoming, o cualquiera de las Escuelas Comunitarias de Wyoming**

**(Community Collage of Wyoming)?**  Sí  No

Si es que **sí**, ¿les contrata el Estado de Wyoming mediante AWEC a usted o su a esposo/a (o compañero/a sentimental)?  Sí  No



**13. Si alguno de los solicitantes ha tenido un seguro médico durante los últimos 30 días,**

**facilite los siguientes datos:**

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS	NÚMERO DE PÓLIZA/GRUPO	LISTE A TODOS LOS ASEGURADOS	FECHA DE TERMINACIÓN (SI LA COBERTURA SE TERMINA)	RAZONES DE TEMINACIÓN (SI LA COBERTURA SE TERMINA)
		_____ _____ _____		
		_____ _____ _____		
		_____ _____ _____		

**14. ¿Alguno de los solicitantes tiene cuentas médicas sin pagar de los últimos 3 meses?**  Sí  No

EqualityCare puede ayudarles a pagar las cuentas médicas de los últimos 3 meses si ustedes cumplen con los requisitos.

Si es que **sí**, ¿quién? \_\_\_\_\_ Fecha del servicio \_\_\_\_\_

El mes pasado, ¿qué ingresos brutos y qué tipo de ingresos tuvo la familia? \_\_\_\_\_

Hace 2 meses, ¿qué ingresos brutos y qué tipo de ingresos tuvo la familia? \_\_\_\_\_

Hace 3 meses, ¿qué ingresos brutos y qué tipo de ingresos tuvo la familia? \_\_\_\_\_

**15. ¿Hay en su familia algún niño con una condición médica diagnosticada o una discapacidad?**  Sí  No

Si es que **sí**, por favor liste los nombres y las enfermedades \_\_\_\_\_

El programa Salud Especial Infantil (Children's Special Health) (CSH) puede que se ponga en contacto con usted. CSH presta ayudas para niños que tengan una condición médica mediante ayudas para el desplazamiento, traducción, cuidados especiales, equipo, material, apoyo para los familiares o recomendaciones para otros programas.

**Firma Obligatoria**

Autorizo a cualquier persona que posea esta información sobre mi o sobre los miembros de mi familia a que difunda esta información bajo petición, incluyendo información confidencial, a cualquier representante autorizado del Estado de Wyoming o del gobierno federal. Esta información se usará con el solo propósito de determinar mi elegibilidad para los programas que solicito. También me comprometo a presentar cualquier documento necesario para verificar la información prestada en esta solicitud, a actualizar la información con presteza, y a cooperar plenamente con todos los funcionarios del Estado de Wyoming en las investigaciones y procesos que se deriven de esta solicitud y la información que contiene. El original y cualquier copia de esta autorización son igualmente válidos.

Certifico que la información dada al cumplimentar este formulario es fidedigna y correcta. También he leído y entendido los Derechos y Responsabilidades en la página 6 de esta solicitud.

**Por favor firme aquí** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_



## El firmar esta solicitud implica que usted entiende lo siguiente:

■ **Divulgación del historial médico:** Entiendo que el Departamento de Sanidad de Wyoming (WDH) y/o Blue Cross Blue Shield of Wyoming deben de poder obtener mi historial médico si fuera necesario. Mi firma autoriza al médico de mi familia a divulgar cualquier historial médico al WDH y/o a Blue Cross Blue Shield of Wyoming.

■ **Estado de ciudadanía / inmigración:** Mi firma certifica que el estado de cada solicitante de ciudadanía/inmigración es correcto. No tengo que prestar información sobre la ciudadanía o el estado de inmigración de los miembros de mi familia que no soliciten beneficios médicos. Entiendo que mi expediente será confidencial y que únicamente se divulgará cuando así lo autoricen razones legales federales y estatales. La información que presto mediante esta solicitud NO será compartida con los Servicios de Inmigración y Extranjería de los EE. UU. (USCIS), antiguamente conocido como Servicio de Inmigración y Nacionalización (INS).

■ **Números de Seguridad Social:** Entiendo que no hay que dar el Número de Seguridad Social (SSN) a no ser que el solicitante esté solicitando beneficios. Los SSNs que proporcione se utilizarán para verificar si los solicitantes ya están registrados en el sistema para comprobar duplicaciones, y verificar la información que he proporcionado.

■ **Mis derechos civiles:** Entiendo que ninguno de los programas de esta solicitud excluyen o deniegan beneficios o discriminan de ninguna forma a nadie según su raza, color, sexo, religión, creencias políticas o nacionalidad de origen; o en base a una discapacidad o edad de admisión, o participación en o por ser beneficiario de cualquiera de los programas, o según su empleo. Para más información sobre esta política, póngase en contacto con: Departamento de Sanidad de Wyoming al (877) 543-7669, su oficina local del DFS, o la Oficina para los Derechos Civiles al (800) 368-1019.

■ **Vista administrativa:** Entiendo que puedo concertar una cita con WDH o mi oficina local del DFS si no estuviera de acuerdo con las decisiones que se hicieran sobre esta solicitud. También puedo concertar una cita con WDH, Blue Cross Blue Shield of Wyoming, o DFS si hubiese cualquier cambio en mis beneficios. Si aún no estuviese de acuerdo después de la cita, puedo solicitar una vista administrativa dentro de un plazo de 90 días de mi notificación. Sin embargo, para que mis servicios continúen durante la vista administrativa, debo solicitar la vista dentro de un plazo de 10 días después de mi notificación. Puedo pedir que mi oficina local del DFS o WDH me ayude a concertar la cita y la vista. Durante estas reuniones, yo mismo me puedo representar o bien puedo elegir que otra persona me represente, bien un amigo, un pariente o un abogado. Yo correré con todos los gastos si contrato a un abogado.

■ **Notificar cambios:** Entiendo que es mi responsabilidad notificar los cambios en la información que he proporcionado en esta solicitud, para que pueda recibir los beneficios para los cuales cumplo con los requisitos. Debo notificar al WDH o DFS:

- 1) si quien recibe Kid Care CHIP o EqualityCare se muda fuera del estado;
- 2) si hay cambios en la dirección postal;
- 3) si hay cambios con el seguro médico;
- 4) si cambian los ingresos de los adultos que reciben EqualityCare.

■ **Apoyo médico:** Entiendo que si WDH y/o Blue Cross Blue Shield of Wyoming pagan por servicios médicos recibidos u otros servicios relacionados, tienen derecho a recaudar pagos a terceros, de un seguro disponible o de los acuerdos derivados de accidentes o lesiones. Si recibo algún tipo de compensación o reembolso por gastos médicos de parte de compañías de seguros o de terceras partes que puedan ser responsables mientras esté alistado en Kid Care CHIP o EqualityCare, debo devolver el dinero a WDH.

■ **Verificación de la información de la solicitud:** Entiendo que mi caso será revisado para evaluar qué servicios reciba y para asegurar que se me asignan los beneficios correctamente. Mi firma (o la de mi representante) autoriza a los funcionarios estatales y federales a obtener y utilizar información sobre mi para determinar si cumplo con los requisitos para obtener beneficios. Puede que se introduzcan mis datos en varios sistemas para verificar la información que he proporcionado en esta solicitud. Debo cooperar totalmente con los trabajadores estatales y federales si mi solicitud es seleccionada para revisión.

**Si desea una copia de esta solicitud para sus archivos, puede obtenerla en Internet <http://kidcare.state.wy.us> o bien llamando a 1-877- KIDS NOW (1-877-543-7669) para que le envíen una copia.**

**Si necesita ayuda para rellenar esta solicitud: llame a 1-877-KIDS NOW (1-877-543-7669) de 8:00 a 5:00, de lunes a viernes, o vaya a su oficina local del Departamento de Servicios para Familias.**