



Cobertura de asistencia médica para niños y mujeres embarazadas

Planes integrales que incluyen: visitas al médico, revisiones, visión, dentales, vacunas, prescripciones, estadías hospitalarias, salud mental y necesidades especiales.

¿Quién califica?



Guía de solicitud y formulario

- ♦ **Niños menores de 19 años quienes viven en el estado de West Virginia.**
- ♦ **Niños ciudadanos americanos o niños inmigrantes que hayan ingresado a los Estados Unidos legalmente como residentes permanentes y que hayan mantenido una residencia de cinco años en Estados Unidos. (Los niños indocumentados no son elegibles, sin importar su ingreso a los Estados Unidos)**
- ♦ **Los ingresos necesarios para calificar se basan en el tamaño de la familia y los ingresos brutos (antes de impuestos)**

Vea las páginas 2 a la 4 → Cómo calcular sus ingresos que reúnan las condiciones y cómo contar el tamaño de su familia.

No hay prueba de activos para WVCHIP. Así que, el poseer un auto, casa, o propiedad no descalificará a una familia.

NOTA: La guía de ingresos cambia anualmente 1 de marzo. Esta tabla es efectiva del 3 de marzo de 2009 al 28 de febrero de 2010.

Tamaño de familia	WV Medicaid Niños No aplica copago		WVCHIP Grupo A Aplica copago limitado*		WVCHIP Grupo B Aplica copago a todo*		Prima WVCHIP** Aplica copago a todo*	
	Mensual	Anual	Mensual	Anual	Mensual	Anual	Mensual	Anual
2	\$1,615	\$19,379	\$1,822	\$21,855	\$2,429	\$29,140	\$3,036	\$36,425
3	\$2,030	\$24,353	\$2,289	\$27,465	\$3,052	\$36,620	\$3,815	\$45,775
4	\$2,444	\$29,327	\$2,757	\$33,075	\$3,675	\$44,100	\$4,594	\$55,125
5	\$2,859	\$34,301	\$3,224	\$38,685	\$4,299	\$51,580	\$5,373	\$64,475

Si el tamaño de su familia es superior a 5, visite www.wvchip.org para obtener la carta completa de ingresos o llame 1-877-982-2447

*Información de copago → VEA LA PAGINA 4

**PAGOS MENSUALES DE PRIMA: \$35 mensuales por un niño o \$71 mensuales por dos o más niños

¿Otro seguro?



Si su hijo ha tenido un seguro diferente a CHIP o Medicaid dentro de los últimos seis meses, (Grupo A/B) o dentro de los últimos 12 meses (Prima CHIP) , usted no califica a menos que cumpla alguna de las siguientes excepciones (no aplica a Medicaid):

- ♦ El costo anual del seguro de salud de su familia (sólo se consideran pagos de prima para médicos, dental y visión*) representa 10% o más del ingreso anual bruto de la familia; o
*Los gastos por cuentas de ahorros médicos, copagos y deducibles no pueden considerarse como parte del costo de su prima.
- ♦ Usted perdió la cobertura de su familia en los últimos seis meses (Grupo A/B) o en los últimos doce meses (prima CHIP) debido a despido, cambio de trabajo o si su empleador canceló la cobertura para la familia. (Si usted fuera despedido de su trabajo y usted optó por una cobertura COBRA, usted no califica para esta excepción.) o

¿Otro seguro? (continuación)



- ♦ Su hijo está amparado por el seguro de un padre que no tiene la custodia y sólo se puede acceder a los servicios del seguro en otro estado o en un área geográfica considerada como no accesible WV.

Nota: Usted debe entregar copias de documentos de su empleador o compañía de seguros para mostrar cambios en la cobertura o en los costos de las primas de servicios de salud.

Las reglas federales impiden que niños quienes pueden ser amparados por Medicaid o quienes son dependientes de empleados públicos reciban CHIP. (Las agencias no gubernamentales que participan en PEIA no se afectan por esta regla.)

Información del solicitante



- ♦ Si usted piensa que podría mudarse en las siguientes semanas después de enviar su solicitud, por favor proporcione un número telefónico donde pueda ser localizado con la finalidad de no retrasar su solicitud por falta de información o documentos. Llame al teléfono 1-877-716-1212 para reportar su nueva dirección lo antes posible.
- ♦ **Solicitud en español:** Llame a nuestra línea de ayuda totalmente gratis al 1-877-982-2447. Usted puede recibir ayuda en español, a través de un aparato traductor si llama al número gratuito 1-877-982-2447.

Información del hogar



Lista con más de 7 nombres en un hogar: Usted requerirá utilizar dos copias de la solicitud.

Número de Seguro Social: Necesario para cualquier niño listado para quien usted quiere seguro de salud pero opcional para otras personas en el hogar.

Raza/Origen étnico: Circule una de las letras para el grupo étnico que describe más cercanamente a las personas de su hogar. (Esto sólo se utiliza para mostrar que el programa está abierto y puede utilizarse por personas de cualquier origen racial u origen étnico.)

Copias de documentos requeridos para mostrar sus ingresos



1. Recibos de pago o declaraciones de ingresos para los últimos 30 días
2. La declaración de impuestos trimestral o anual más reciente, si es trabajador independiente
3. Comprobante de la pensión alimenticia más reciente y/o pago de manutención de menores u orden de la corte si aplica
4. Comprobante del pago más reciente o carta vigente de seguridad social de asistencia social, SSI, compensación de trabajadores, beneficios de desempleo, beneficios de veteranos, o cualquier otra fuente de ingresos
5. Si sus ingresos son temporales o altamente variables a través del año, su ingreso CHIP se base en el mes que usted esté haciendo la solicitud. También puede utilizar su declaración de impuestos anual. **(Esto aplica solamente a WVCHIP)**

Como se cuentan los ingresos: Una autoevaluación



Para propósitos de elegibilidad para el programa, el ingreso bruto familiar se calcula utilizando los siguientes métodos:

- ♦ Primero se calculan los niveles de calificación para ingreso bruto para ver si su familia cae dentro de las directrices del nivel de pobreza federal de 250% (FPL).
- ♦ Una vez determinado que el ingreso bruto según la guía FPL, se encuentra por debajo de 250%, se aplican las deducciones de ingresos (descritas en la página 3) para asignar a las familias al grupo A de WVCHIP, grupo B o prima WVCHIP como se señala en la página 1.

Como se cuentan los ingresos: Una autoevaluación (continuación)



Todo el ingreso se revisa en base al mes más reciente (vea #4 abajo).

1. Cuente las percepciones salariales de sueldos o salario principal (utilice la lista de ingresos del reverso de la solicitud para asegurarse que todos los tipos son reportados y se incluyen todas las copias de documentos como recibos de pago).
2. Asegúrese de mostrar el ingreso bruto (la cantidad antes de impuestos, seguridad social, u otras deducciones).
3. Cuando liste los ingresos en el reverso del formulario, asegúrese de mostrar la cantidad como se muestra en cualquier copia de documentos (como recibos de pago) que usted envía con la solicitud.
4. Para propósitos de revisión de la solicitud, todo ingreso demostrado se convierte a una base mensual como se muestra en esta tabla:

Ejemplos de cómo calcular su ingreso mensual		
Si su cheque de sueldo es...	Para encontrar su cantidad mensual (Antes de impuestos)	Resultado de ingreso mensual
Semanal 52 cheques por año	Multiplique por 4.3 $\$175.35 \times 4.3$	= \$754
Catorcenal 26 cheques por año	Multiplique por 2.15 $\$350.70 \times 2.15$	= \$754
Quincenal 24 cheques por año	Multiplique por 2 $\$377.00 \times 2$	= \$754
Bimestral 6 cheques por año	Divida entre 2 $\$500$ dividido por 2	= \$250
Trimestral 4 cheques por año	Divida entre 3 $\$750$ dividido por 3	= \$250
Semestral 2 cheques por año	Divida entre 6 $\$1,500$ dividido por 6	= \$250
Anual 1 cheque por año	Divida entre 12 $\$3,000$ dividido por 12	= \$250

¿Autoempleado?

Usted podría establecer su ingreso de negocio ya sea mensual, trimestral o anual. Su ingreso como empleado independiente se cuenta menos los gastos comerciales pagados.

Deducciones permitidas:

Los costos de trabajo del empleado, existencias y suministros, materia prima, semilla, fertilizantes, reparación y mantenimiento realizado en maquinaria o en la propiedad, costos de renta de espacio usado para realizar negocios, intereses e impuestos en una porción de la residencia utilizada para producir ingresos, costos de comercialización, servicios, gastos de oficina (estampillas, bolígrafos, etc.) y costos legales.

Ingresos sin excepciones



Hay varios ingresos sin excepción, los cuales se aplican al ingreso bruto, para determinar la elegibilidad a Medicaid o la asignación al grupo apropiado de registro de WVCHIP. Los ingresos sin excepción se restan del ingreso bruto de cada solicitante. Vea la página 2 de la solicitud para documentar los gastos de cuidado de menores.

En la parte de abajo se listan los tipos de excepciones disponibles para solicitantes:

- ◆ Deducción de \$90 mensuales por cada padre o hijo que trabajen tiempo parcial o completo
- ◆ Deducción de \$50 mensuales del total del pago de manutención de menores
- ◆ Deducción de hasta \$175 mensuales por gastos de cuidado de menores por cada niño mayor a 2 años
- ◆ Deducción de hasta \$200 mensuales por gastos de cuidado de menores por cada niño menor a 2 años

Ejemplo antes de impuestos: \$2,080 ingreso bruto mensual - \$180 (ambos padres trabajan) - \$200 (gastos de cuidado de menores por un niño menor a 2 años) = \$1,700 ingresos netos para una familia de tres.

¿De quién es el ingreso que se contabiliza?



Solamente se contabiliza el ingreso del hijo o el padre adoptivo o biológico. Esto significa que el ingreso de abuelos, padrastros, u otros parientes o adultos en la casa no cuenta como parte del nivel del ingreso de calificación.

¿Familia compuesta?

Por ejemplo, una familia compuesta de cinco integrantes de matrimonios previos con dos niños relacionados biológicamente al padre y uno a la madre tienen su ingreso contabilizado en dos grupos separados de calificación.

¿Abuelos?

Sólo el ingreso del hijo se contabiliza cuando está siendo criado por sus abuelos (a menos que el niño sea adoptado legalmente por los abuelos).

¿Esperando un bebé?

Confirme el embarazo mediante una declaración del médico y el niño puede ser contado como parte del tamaño de la familia para propósitos de ingresos. **NOTA:** El bebé que espera no se incluirá para cobertura hasta que usted proporcione el nombre del bebé y el número de seguridad social al nacimiento.

¿Custodia compartida?

Si ambos padres tienen una custodia compartida de 50% por un niño, ambos ingresos serán contados para elegibilidad, aun si estos viven en hogares separados.

Información de copago



Copagos Medicaid (personas mayores a 18 años)	
Precio al mostrador de Medicamentos	Copago
Arriba de \$1.00	0.50 centavos
\$1.01 - \$10.00	\$1.00
\$10.01 y superior	\$2.00

Copago grupo A WVCHIP	
Servicio médico y beneficios en prescripciones	Co- pago
Prescripciones genéricas	Sin Copago
Prescripciones de marcas listadas	\$5
Prescripciones de marcas no listadas	Costo total menudeo
Visita médica en casa	Sin copago
Vista no médica de un doctor en casa	\$5

Servicios médicos y beneficios de prescripción	Copago Grupo B	Copago Primas
Prescripciones genéricas	Sin copago	Sin copago
Prescripciones de marcas listadas	\$10	\$15
Prescripciones de de marcas no listadas	Costo total de menudeo	Costo total de menudeo
Visita médica en casa	Sin copago	Sin copago
Visita no médica de un doctor en casa	\$15	\$20
Servicios Hospitalarios/paciente interno	\$25	\$25
Servicios de consulta externa (por procedimiento)	\$25	\$25
Sala de emergencia (eximida de ser admitido)	\$35	\$35
Servicios dentales	Sin copago	\$150 límite anual
Servicios de visión	Sin copago	100% pagado.

Para más información sobre los límites máximos de copago, visite www.wvchip.org o llame al 1-877-982-2447.

NOTA: Si usted es un americano nativo con una tribu registrada federalmente, puede quedar excluido del pago del copago. Puede llamar al 1-887-982-2447 para ver la lista de tribus registradas. (Esto no aplica a Medicaid).

Para hacer una solicitud por teléfono o por internet, para hacer otras preguntas o para recibir asistencia para llenar el formato...



Puede también solicitar WVCHIP y Medicaid llamando a la línea gratuita 1-877982-2447 (7 días a la semana, 24 horas del día – TTY/TDD y servicios de traducción disponibles) o solicite en línea en www.wvinroads.org. Algunos hospitales y clínicas de atención primaria también pueden ayudarle con el proceso de solicitud. Visite www.wvchip.org