



# Seguro Médico Para Menores

El plan incluye:

- visitas al doctor, oculista y dentista, revisiones médicas, vacunación, medicinas, hospitalización, psiquiatría, y atención para menores con necesidades especiales

## Guía y Formulario

### ¿Quién Califica?



#### Edad - Menores de 19 años

- Mujeres embarazadas pueden aplicar y cubrir a su bebé al nacer

#### Residentes - La familia debe vivir en el estado de West Virginia

- Refiérase a la página 2 para información acerca de la ciudadanía

#### El ingreso para poder calificar está basado en el ingreso familiar neto, anual ó mensual

- El ingreso del menor es contado al igual que el de las siguientes personas (en caso de vivir en el mismo domicilio) la madre del menor, el padre legal del menor y el esposo(a) del menor
- Si la familia comprueba que alguna mujer en casa está embarazada, pueden contar al bebé dentro del número de integrantes de la familia

NUMERO DE FAMILIARES	INGRESO FAMILIAR NETO (ANTES DE LOS IMPUESTOS)			
	( Co-pagos para Medicinas)		(Co-pagos en General*)	
	Mensual	Anual	Mensual	Anual
2	\$1,515	\$18,180	\$2,020	\$24,240
3	\$1,908	\$22,890	\$2,544	\$30,520
4	\$2,300	\$27,600	\$3,067	\$36,800
5	\$2,693	\$32,020	\$3,590	\$43,080
6	\$3,085	\$36,390	\$4,114	\$49,360
7	\$3,478	\$41,730	\$4,637	\$55,640

\*Aviso: 1) CO - PAGOS: \$15 - \$35 POR VISITAS AL DOCTOR, \$0 PARA MEDICINAS GENERICAS, \$10 PARA MEDICINAS DE MARCA (EN FORMULARIO) Y \$15 PARA MEDICINAS DE MARCA (NO INCLUIDAS EN FORMULARIO) 2) LIMITE MAXIMO ANUAL DE CO-PAGOS: \$150 POR VISITAS AL DOCTOR Y \$100 PARA MEDICINAS.

#### ASEGURANZA - SI EL MENOR HA ESTADO CUBIERTO BAJO ALGUN SEGURO MEDICO EN LOS ULTIMOS 6 MESES, NO PODRA CALIFICAR A MENOS QUE CUMPLA CON ALGUNA DE LAS EXCEPCIONES QUE EL SEGURO MARCA (Refiérase a la página 2)

- Reglamentos federales no permiten que los menores que pueden ser cubiertos por Medicaid o PEIA sean cubiertos por CHIP. (Agencias no gubernamentales que participan en PEIA no están sujetas a ésta regla)

### ¿Cómo Aplico?



- Complete las páginas 3 y 4 del formulario
- Anexe copia de sus comprobantes de ingreso (en la página 2 se dan ejemplos)
- Firme al reverso de la forma y escriba en que condado vive en el espacio marcado
- Doble la forma de manera que la dirección de nuestra oficina se vea por el espacio del sobre y envíela

Vivo en el condado \_\_\_\_\_

To: WV Children's Health Insurance Program  
350 Capitol Street, Room B-36  
Charleston, WV 25301

En el reverso hay mayor información





## 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 traductor.

## ¿Puedo Aplicar Si No Soy Americano?

- Le eligibilidad del menor no se ve afectada si miembros de la familia no son americanos
- Inmigrantes menores de edad que hayan entrado a los Estados Unidos como residentes el 22 de Agosto de 1996 o después, deben demostrar que han vivido en Estados Unidos por 5 años.
- Inmigrantes menores de edad que no tengan documentación legal, no podrán calificar.

## Comprobantes de Ingreso

1. Recibos de honorarios ó salario de los últimos 30 días
2. Ultimo recibo de pago de impuestos si trabaja por su cuenta
3. Ultimo recibo de pago de pensión alimenticia ó de la orden de la corte en su caso
4. Copia del recibo más reciente del Seguro Social, SSI (Social Security Insurance), Compensación de Trabajo, beneficio por desempleo ó por ser veterano
5. Si su ingreso es temporal ó varía durante el año, consulte al coordinador del programa ó a la oficina de DHHR más cercana

## Excepciones...

Usted puede aplicar para CHIP si cumple con alguno de los siguientes requisitos:

- Si la prima mensual de su seguro es del 10% ó más de su ingreso anual.
- Si lo despidieron de su empleo ó cancelaron el seguro médico familiar. (Si usted opta por COBRA, no podrá calificar)

## Para Aplicar Vía Telefónica, Para Mayor Información ó Si Requiere de Asistencia Para Completar el Formulario...

- Usted puede aplicar para CHIP si llama al número gratuito 1.877.982.2447. Después de haber completado el formulario por teléfono, éste se le enviará por correo para que lo firme. Incluya copia de los comprobantes de ingreso y envíelos por correo ó entréguelos en la oficina de DHHR más cercana.
- Llame a nuestra línea de ayuda totalmente gratuita, al 1.877.982.2447 para recibir ayuda en Español.
- Varios hospitales y clínicas de West Virginia cuentan con coordinadores que pueden ayudarle a resolver sus preguntas acerca del programa. Si desea una lista de coordinadores puede obtenerla de nuestra página de internet con dirección [www.wvchip.org](http://www.wvchip.org).

