

Estado de West Virginia Forma de Aplicación Para Seguro Médico Para Menores

Nombre: _____ <small>(Nombre de Pila) (Inicial del Segundo Nombre) (Apellido)</small>	Número de Seguro Social <i>(opcional)</i>
Dirección de Correo: _____ Dirección de Residencia (si es diferente a la de correo): _____ _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____	Teléfono de Casa: (____) _____ - _____ Teléfono de Trabajo: (____) _____ - _____

Enliste a los Familiares que Viven Con Usted

Nombre de los menores (Menores de 19 años) que viven con usted <small>Utilice otra hoja si es necesario</small>	Fecha de Nacimiento	¿Es Ciudadano Americano? Marque su respuesta	Sexo Marque su respuesta	Número de Seguro Social (requisito para menores)	Raza <i>Elija los que apliquen.</i> 1. Asiático 2. Negro/No Hispano 3. Hispano 4. Blanco/No-Hispano 5. Otro
		SI NO	M F		
		SI NO	M F		
		SI NO	M F		
		SI NO	M F		
		SI NO	M F		

¿Están Esperando un Bebé? Marque aquí: _____ *En caso afirmativo escriba el nombre y dirección del doctor:*
 (El bebé puede ser contado dentro de la familia.) _____

Nombre de los Adultos que Viven con Usted	Fecha de nacimiento	Relación con el menor <small>Ejemplo: Madre, Padre, Cónyuge del menor, Padrastra, Madrastra, Abuelos, etc...</small>	Número de Seguro Social (Opcional)

Ingreso

(Anexe copia de los recibos de honorarios ó ingreso)

Asegúrese de incluir todos los recibos de sus ingresos netos (antes de contar los impuestos) tales como salario, ganancias de negocio propio, dividendos e intereses, cheques por incapacidad, anualidades, pensiones, pagos por discapacidad por accidente de trabajo, pensión alimenticia para menores, regalos en moneda y cualquier otro ingreso acumulado.

Nombre de las personas que trabajan en casa	Nombre de quien lo emplea ó indique como percibe dinero	Indique cada cuando percibe ingresos: semanalmente, quincenalmente ó mensualmente	¿Cuánto dinero piensa recibir éste mes?
1.			
2.			
3.			

Gastos de Cuidado de Menores

Enliste los pagos que realiza para el cuidado de algún menor (ó en su caso de algún adulto que requiera cuidado especial) y permitir que alguien en casa trabaje. Estos gastos pueden deducirse de su ingreso y ayudar a que el menor sea asegurado.

Nombre de la (s) persona(s) que trabajan	Nombre de quienes reciben algún tipo de cuidado	¿Cada cuándo reciben cuidado?	¿Cuántas horas reciben cuidado?

Seguro de Gastos Médicos

Escriba los nombres de los menores que tienen seguro médico (excepto Medicaid): *(Nombres)* _____

(Compañía Aseguradora) _____ *(Cantidad de la Prima)* _____

Escriba el nombre de los menores en su familia que perdieron su seguro médico (excepto Medicaid) en los últimos 6 meses y explique la razón : _____

Nombre a los menores que pueden ser asegurados por PEIA: _____

Lea y Firme

Entiendo que personal de dependencias estatales y federales pueden verificar con otras personas la información otorgada en éste formulario. Comprendo las preguntas de éste formulario. Bajo protesta de decir verdad, certifico que mis respuestas son verídicas.

Los números de seguro social serán comparados por computadora con agencias gubernamentales, así como con instituciones financieras, con la Administración del Seguro Social y el Departamento del Trabajo. Esta información es confidencial y será utilizada para verificar su elegibilidad ó para proporcionar el seguro.

A ninguna persona se le negará seguro médico provisto por West Virginia Medicaid o CHIP en base a su raza, discapacidad, religión, nacionalidad ó preferencia política.

Firma del Aplicante: _____ Fecha: _____

¿Qué Documentos Debo Enviar?

1. El formulario firmado.

2. Copia de sus recibos y comprobantes de ingreso.

3. Envíelo por correo en el sobre con el timbre pre-pagado ó puede entregarlo en la oficina de DHHR (Department of Health and Human Resources- Departamento de Salud y Recursos Humanos) más cercana.

¿Qué Sucede Después?

1. Si requerimos información adicional le indicaremos vía telefónica ó por correo.

2. Si es aprobado, recibirá su paquete de bienvenida con un plan médico dentro de las 4 semanas siguientes.

3. En caso de ser rechazado, recibirá una notificación dentro de las 3 semanas siguientes, pero usted puede aplicar de nuevo en caso de haber algún cambio en su familia, ó si algún menor ha estado sin seguro médico en los últimos 6 meses.

**Si Desea Aplicar Vía Telefónica ó Si Tiene Preguntas
Llame al Número Gratuito 1-877-WVA-CHIP**

Llame al 1-877-WVA-CHIP

(1-877-982-2447)

ó visite nuestra página de internet
<http://www.wvchip.org>