

Solicitud de beneficios: Medicaid Buy-In para Niños

Información sobre el programa

Medicaid Buy-In para Niños puede ayudar a pagar las cuentas médicas de niños y jóvenes con discapacidades.

Este programa ayuda a las familias que ganan demasiado dinero para recibir beneficios de Medicaid tradicional.

Para recibir beneficios:

- El niño debe tener 18 años o menos.
- El niño tiene que cumplir con las mismas reglas de discapacidad que se usan para recibir beneficios de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI).
- Si el empleador de uno de los padres paga al menos la mitad del costo anual del seguro médico, el padre tiene que inscribirse y mantener ese seguro.
- La familia tiene que cumplir con los límites de ingresos establecidos por el programa.
- Es posible que la familia tenga que pagar una cuota mensual.

Cómo solicitar beneficios

1. Llene esta forma. Puede pedirle a un familiar o amigo que le ayude.
2. Conteste todas las preguntas en la solicitud. Si una pregunta no aplica a su caso, escriba "ninguno" como respuesta.
3. Firme y escriba la fecha en la página 6.
4. Envíe copias de los siguientes documentos (no envíe los originales). Sólo necesitamos documentos que apliquen a su caso.
 - **Pruebas del dinero que recibe de un trabajo:** talones de cheque de pago o declaraciones de ingresos.
 - **Pruebas de dinero que recibe que no es de un trabajo (beneficios de veteranos, ingresos de Seguro Social, etc.):** cartas de concesión.
 - **Gastos médicos:** cuentas o estados de cuenta de proveedores de atención médica (doctores, hospitales, farmacias, etc.) de los últimos 6 meses.

Cómo enviar la solicitud y los documentos que necesitamos

Por fax: 1-877-447-2839. Si la forma está impresa en los dos lados, envíe ambos lados por fax.

Por correo: Health and Human Services Commission, P.O. Box 149024, Austin, TX 78714-9024.

Cuando nos llegue la forma, revisaremos si puede recibir beneficios. Si necesitamos más información, posiblemente alguien le llame. Le avisaremos sobre la decisión dentro de 45 días.

Puede obtener ayuda legal gratis si la necesita. Llame a su oficina local de beneficios para preguntar dónde puede conseguir ayuda legal gratis en su área.

¿Tiene preguntas?

Llame o visite una oficina de beneficios de la HHSC. Para encontrar una oficina cerca, llame gratis al 2-1-1.

En el 211 también pueden contestar sus preguntas acerca de este programa. Cuando llame: (1) escoja un idioma y después (2) escoja la opción 2.

Solicitud de beneficios: Medicaid Buy-In para Niños

1. Niño que solicita beneficios

Primer niño que solicita beneficios			
Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Número de Seguro Social
			¿Está casado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dirección (calle y número)	Ciudad, Estado y Código postal		Condado
			Teléfono de la casa
Dirección postal (si es diferente) — calle y número	Ciudad, Estado y Código postal		Condado
			Teléfono de Celular
Fecha de nacimiento (mm/dd/aa)	Sexo del niño: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	¿Vive el niño en Texas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Piensa el niño quedarse en Texas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Es el niño ciudadano de EE.UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si el niño no es ciudadano de EE.UU.: ¿Es un refugiado o inmigrante que entró a EE.UU. legalmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Está inscrito con el Servicio de Ciudadanía e Inmigración de EE.UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contesta "Sí", dé el número de identificación de inmigrante _____		
El niño es: (marque 1 o más)	<input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano
	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o de las islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Hispano o latino

Segundo niño que solicita beneficios			
Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Número de Seguro Social
			¿Está casado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dirección (calle y número)	Ciudad, Estado y Código postal		Condado
			Teléfono de la casa
Dirección postal (si es diferente) — calle y número	Ciudad, Estado y Código postal		Condado
			Teléfono de Celular
Fecha de nacimiento (mm/dd/aa)	Sexo del niño: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	¿Vive el niño en Texas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Piensa el niño quedarse en Texas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Es el niño ciudadano de EE.UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si el niño no es ciudadano de EE.UU.: ¿Es un refugiado o inmigrante que entró a EE.UU. legalmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Está inscrito con el Servicio de Ciudadanía e Inmigración de EE.UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contesta "Sí", dé el número de identificación de inmigrante _____		
El niño es: (marque 1 o más)	<input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano
	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o de las islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Hispano o latino

Si hay más de 2 niños solicitando beneficios, añade más páginas.

For HHSC staff use only/Solo para el uso del personal de la HHSC	<input type="checkbox"/> Application	Date Form Received	Case number	MBIC EDG number	MBIC EDG number
	<input type="checkbox"/> Redetermination				

2. Padres que viven con el niño

Las preguntas marcadas "opcional" pueden ayudarnos a trabajar mejor su caso.

Padre o madre		
Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido
		Número de Seguro Social (opcional)
¿Vive usted con el niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Fecha de nacimiento (opcional)		

Las siguientes preguntas se refieren al trabajo de este padre o madre y su seguro médico del trabajo.

¿Quiere que el empleador de este padre o madre conteste estas preguntas? Sí No

Si contesta "Sí", dele a su empleador la forma anexa "Verificación de empleo" (Form H1028-MBIC). Pídale a su empleador que llene y envíe la forma. Si necesita otra forma, haga una copia.

Si contesta "No", escriba sus datos personales a continuación. Si este padre o madre tienen más de un trabajo, añada más páginas.

Nombre y dirección del empleador		
Cantidad bruta pagada (antes de restar los impuestos) \$	¿Cada cuánto le pagan? (una vez por semana, cada quincena, etc.)	¿Tiene seguro médico en el trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Recibe el niño que está solicitando beneficios cobertura de seguro médico por medio de su trabajo?..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
<p>Si contesta "No", conteste la siguiente pregunta y luego pase a la próxima sección.</p> <p>If your job has insurance and your child isn't on it, what is the next date you could enroll your child?</p> <p>Si contesta "Sí", conteste las 6 preguntas siguientes:</p>		
1. ¿En qué fecha empezó la cobertura de seguro médico?	4. ¿Cuál es su número de póliza?	
2. ¿Cuánto paga por el seguro médico? \$	5. ¿Cuál es el nombre de la compañía de seguros?	
3. ¿Paga su empleador por lo menos la mitad de la prima (usualmente este es un pago mensual)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	6. ¿Cuál es la dirección de la compañía de seguros?	

Padre o madre		
Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido
		Número de Seguro Social (opcional)
¿Vive usted con el niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Fecha de nacimiento (opcional)		

Las siguientes preguntas se refieren al trabajo de este padre o madre y su seguro médico del trabajo.

¿Quiere que el empleador de este padre o madre conteste estas preguntas? Sí No

Si contesta "Sí", dele a su empleador la forma anexa "Verificación de empleo" (Form H1028-MBIC). Pídale a su empleador que llene y envíe la forma. Si necesita otra forma, haga una copia.

Si contesta "No", escriba sus datos personales a continuación. Si este padre o madre tienen más de un trabajo, añada más páginas.

Nombre y dirección del empleador		
Cantidad bruta pagada (antes de restar los impuestos) \$	¿Cada cuánto le pagan? (una vez por semana, cada quincena, etc.)	¿Tiene seguro médico en el trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Recibe el niño que está solicitando beneficios cobertura de seguro médico por medio de su trabajo?..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
<p>Si contesta "No", conteste la siguiente pregunta y luego pase a la próxima sección.</p> <p>If your job has insurance and your child isn't on it, what is the next date you could enroll your child?</p> <p>Si contesta "Sí", conteste las 6 preguntas siguientes:</p>		
1. ¿En qué fecha empezó la cobertura de seguro médico?	4. ¿Cuál es su número de póliza?	
2. ¿Cuánto paga por el seguro médico? \$	5. ¿Cuál es el nombre de la compañía de seguros?	
3. ¿Paga su empleador por lo menos la mitad de la prima (usualmente este es un pago mensual)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	6. ¿Cuál es la dirección de la compañía de seguros?	

3. Hermanos que viven con el niño

¿Tiene el niño que solicita beneficios algún hermano:
a) de 21 años o menor que (b) vive en la misma casa? Sí No

Si contesta "No", salte esta sección.

Si contesta "Sí", escriba sus datos abajo. Añada más páginas, si es necesario. Las preguntas marcadas "opcional" pueden ayudarnos a trabajar mejor su caso.

<input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Hermana		
Nombre Inicial del segundo nombre Apellido		
Número de Seguro Social (opcional)	Fecha de nacimiento (opcional)	¿Trabaja esta persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si esta persona trabaja, dé el nombre y la dirección del empleador:	Cantidad bruta pagada (antes de restar los impuestos) \$	¿Cada cuánto le pagan? (una vez por semana, cada quincena, etc.)
Si tiene entre 18 y 21 años de edad: ¿Asiste la persona a una escuela o está recibiendo capacitación para un trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si contesta "Sí": ¿Cuándo terminará? Tiene que enviar pruebas de que esta persona asiste a la escuela o está recibiendo capacitación.	

<input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Hermana		
Nombre Inicial del segundo nombre Apellido		
Número de Seguro Social (opcional)	Fecha de nacimiento (opcional)	¿Trabaja esta persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si esta persona trabaja, dé el nombre y la dirección del empleador:	Cantidad bruta pagada (antes de restar los impuestos) \$	¿Cada cuánto le pagan? (una vez por semana, cada quincena, etc.)
Si tiene entre 18 y 21 años de edad: ¿Asiste la persona a una escuela o está recibiendo capacitación para un trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si contesta "Sí": ¿Cuándo terminará? Tiene que enviar pruebas de que esta persona asiste a la escuela o está recibiendo capacitación.	

<input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Hermana		
Nombre Inicial del segundo nombre Apellido		
Número de Seguro Social (opcional)	Fecha de nacimiento (opcional)	¿Trabaja esta persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si esta persona trabaja, dé el nombre y la dirección del empleador:	Cantidad bruta pagada (antes de restar los impuestos) \$	¿Cada cuánto le pagan? (una vez por semana, cada quincena, etc.)
Si tiene entre 18 y 21 años de edad: ¿Asiste la persona a una escuela o está recibiendo capacitación para un trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si contesta "Sí": ¿Cuándo terminará? Tiene que enviar pruebas de que esta persona asiste a la escuela o está recibiendo capacitación.	

<input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Hermana		
Nombre Inicial del segundo nombre Apellido		
Número de Seguro Social (opcional)	Fecha de nacimiento (opcional)	¿Trabaja esta persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si esta persona trabaja, dé el nombre y la dirección del empleador:	Cantidad bruta pagada (antes de restar los impuestos) \$	¿Cada cuánto le pagan? (una vez por semana, cada quincena, etc.)
Si tiene entre 18 y 21 años de edad: ¿Asiste la persona a una escuela o está recibiendo capacitación para un trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si contesta "Sí": ¿Cuándo terminará? Tiene que enviar pruebas de que esta persona asiste a la escuela o está recibiendo capacitación.	

4. Otro seguro medico

La siguiente pregunta se refiere a una cobertura médica que no sea Medicaid, Medicare o del seguro de su trabajo:

¿Paga o ha pagado alguien, ahora o el pasado año, la cobertura médica del niño que solicita beneficios? Sí No

Si contesta "Sí", escriba lo siguiente:

Nombre de la compañía de seguros	Número de póliza	
Dirección de la compañía de seguros	Fecha de inicio de cobertura	Fecha de terminación de cobertura

5. Cuentas médicas

A veces Medicaid puede pagar algunos servicios médicos recibidos 3 meses antes de llenar la solicitud.

¿Tiene el niño que solicita beneficios cuentas médicas por servicios recibidos durante los últimos 3 meses? Sí No

Si contesta "Sí", envíe: (1) Copias de cuentas médicas de los últimos 3 meses.
(2) Pruebas del dinero que recibió (ingresos) en los últimos 3 meses.

6. Dinero no trabajado

Díganos qué otra clase de dinero recibe. Si necesita más espacio, añada más hojas.

Incluya pruebas del dinero que recibe (cartas de concesión o declaraciones de ingresos). Tal vez no se tome en cuenta parte del dinero que recibe.

Clase de dinero	Dinero que recibe el niño que solicita beneficios		Dinero que reciben los padres, y los hermanos de 21 años o menores, que viven con el niño		
	Cantidad por mes (antes de restar los impuestos)	¿Quién paga el dinero?	Cantidad por mes (antes de restar los impuestos)	¿Quién paga el dinero?	¿Quién recibe el dinero?
Seguro Social	\$		\$		
Beneficios de veteranos	\$		\$		
Pensión de ferrocarril	\$		\$		
Servicio civil	\$		\$		
Pension	\$		\$		
Anualidades	\$		\$		
Intereses	\$		\$		
Ingresos agrícolas	\$		\$		
Minerales / Regalías	\$		\$		
Regalos	\$		\$		
Otros ingresos que no son de trabajo	\$		\$		

7. Representante autorizado

Si quiere, puede darle a alguien el derecho de actuar por usted (un representante autorizado).

Esta persona puede:

- Dar y obtener datos sobre esta solicitud.
- Tomar cualquier acción necesaria durante el proceso de solicitud. Esto incluye apelar una decisión de la HHSC.
- Tomar cualquier acción necesaria para inscribirse en Medicaid o CHIP. Esto incluye escoger un plan médico.
- Tomar cualquier acción necesaria para obtener beneficios. Esto incluye avisar sobre cambios y renovar beneficios.

Solo puede tener un representante autorizado para todos sus beneficios de la HHSC. Si quiere cambiar su representante autorizado: (1) entre a su cuenta de YourTexasBenefits.com para avisar sobre el cambio, o (2) llame al 2-1-1 (después de escoger un idioma, oprima el 2). Si es un representante designado legalmente para alguien en esta solicitud, envíenos prueba de esto con la solicitud.

¿Quiere darle a alguien el derecho de actuar por usted — de ser su representante autorizado? Sí No

¿Si contesta sí, díganos sobre esta persona:

Nombre del representante autorizado	Organización
Dirección postal	
Teléfono ()	

8. Inscripción para votar

Lo siguiente es para cualquier persona que tenga 17 años y 10 meses, o más.

Llenar la solicitud de inscripción para votar o negarse a inscribirse no afectará la cantidad de asistencia que este departamento le dará.

Si no está inscrito para votar donde vive ahora, ¿le interesa llenar hoy mismo la solicitud de inscripción para votar? Sí No

SI NO MARCA NINGUNA CASILLA, ESO SIGNIFICARÍA QUE USTED HA DECIDIDO NO INSCRIBIRSE PARA VOTAR EN ESTE MOMENTO. Si quiere ayuda para llenar la solicitud de inscripción para votar, le podemos ayudar. Usted decide si necesita o quiere aceptar la ayuda. Puede llenar la solicitud en privado. Si usted cree que alguien ha interferido con su derecho de inscribirse o negarse a inscribirse para votar, o con su derecho de escoger un partido político u otra preferencia política, puede presentar una queja en Elections Division, Secretary of State, P.O. Box 12060, Austin, TX 78711.
Teléfono: 1-800-252-8683

Agency Use Only: Voter Registration Status		
<input type="checkbox"/> Already registered	<input type="checkbox"/> Client declined	<input type="checkbox"/> Agency transmitted
<input type="checkbox"/> Client to mail	<input type="checkbox"/> Mailed to client	<input type="checkbox"/> Other
		Signature — Agency Staff

9. Información legal

Discriminación

Si usted cree que lo han discriminado por motivo de su raza, color, origen nacional, edad, sexo, discapacidad o religión, puede presentar una queja. Comuníquese con nosotros.

- **Por correo electrónico:**
HHSCivilRightsOffice@hhsc.state.tx.us.
- **Por correo:** HHSC Civil Rights Office, 701 W. 51st St., Suite 104, MC W-206, Austin, TX, 78751.
- **Por teléfono (gratis):** 1-888-388-6332 ó 1-877-432-7232 (Línea TTY). **Por fax:** 512-438-5885.

También puede ponerse en contacto con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (HHS).

- **Por correo:** HHS, Office for Civil Rights - Region VI, 1301 Young St., Room 1169, Dallas, TX 75202.
- **Por teléfono:** 1-800-368-1019 (gratis) o 214-767-8940 (Línea TTY). **Por fax:** 214-767-4032.

Números de Seguro Social

Solo tiene que dar el número de Seguro Social (SSN) de las personas que solicitan beneficios. Si no tiene un número de Seguro Social, podemos ayudarle a solicitar uno si usted es ciudadano de EE.UU. o inmigrante legal. Dar información sobre el SSN o solicitar uno es voluntario; sin embargo, las personas que no dan un número de Seguro Social, o no solicitan uno, no podrán recibir beneficios.

No le daremos su SSN a la Oficina de Servicios de Ciudadanía e Inmigración. Usaremos los números de Seguro Social para verificar cuánto dinero gana (ingresos), si puede recibir beneficios y la cantidad de beneficios que puede recibir. No tiene que dar los SSN de los miembros de la familia que no llenen los requisitos debido a su calidad de inmigración y que no estén solicitando beneficios. (42 C.F.R. 435.910)

10. Declaración de entendimiento

Datos personales que la HHSC tiene sobre usted

En la mayoría de los casos, puede ver y obtener los datos que la HHSC tiene sobre usted. Esto incluye los datos que dé a la HHSC y los que la HHSC obtenga de otras fuentes (expedientes médicos, expedientes laborales, etc.). Es posible que tenga que pagar para obtener una copia de estos datos. Puede pedir a la HHSC que corrijan cualquier información incorrecta. No tiene que pagar por la corrección de un error. Para pedir una copia o corregir un error, llame al 211 o a la oficina local de beneficios de la HHSC.

- Me han informado y comprendo que esta solicitud o recertificación se tomará en cuenta sin distinción de raza, color, religión, credo, origen nacional, edad, sexo, discapacidad o creencia política.
- Me han informado y comprendo que puedo pedir una revisión de la decisión que se tome sobre mi solicitud o recertificación de beneficios, y que puedo pedir oralmente o por escrito una audiencia imparcial con respecto a cualquier acción o inacción que afecte el recibo o la terminación de asistencia.
- Si mi caso es seleccionado para revisión, doy mi permiso a la HHSC de obtener información de cualquier fuente para verificar las declaraciones que he hecho.
- Comprendo que la **HHSC puede dar mi nombre, dirección y número de teléfono a las compañías de teléfono y de luz para ayudarles a determinar si lleno los requisitos para recibir una rebaja en las cuentas.**

11. Declaración de sanciones

- Mis respuestas a todas las preguntas y las declaraciones que he hecho son verdaderas y correctas a mi leal saber y entender.
- Comprendo que si obtengo, o ayudo a otra persona a obtener fraudulentamente asistencia médica, me pueden acusar de un delito estatal o federal; y pueden hacerme responsable del pago de beneficios obtenidos fraudulentamente.
- Avisaré a la HHSC de cualquier cambio que pudiera afectar mi elegibilidad dentro de los 10 días siguientes. Estos pueden ser, entre otros, cambios en ingresos, arreglos de vivienda o seguros (inclusive en las primas del seguro médico).

12. Firme la forma y escriba la fecha.

Certifico bajo la pena de perjurio que la información que doy en esta solicitud es verdadera y completa a mi leal saber y entender. Si no lo es, se me puede enjuiciar penalmente.

**Firme aquí si está solicitando beneficios. O si usted es el representante autorizado.
Si el menor que solicita los beneficios tiene 17 años o menos, uno de los padres tiene que firmar.**

Fecha

Si la persona que firmó antes lo hizo con una "X" u otra marca, se necesita la firma de 2 testigos:

Firme aquí si usted es testigo

Fecha

Firme aquí si usted es testigo

Fecha