



THE OHIO DEPARTMENT OF JOB AND FAMILY SERVICES

Healthy Start Healthy Families

(Comienzo Saludable y Familias Sanas)



SOLICITUD COMBINADA DE PROGRAMAS

JFS 07216
(Revisado el 5 de agosto de 2003)
También incluye:
JFS 07218 & JFS 07236

Cobertura de Salud Para Las Familias de Ohio
Administrado por el Departamento de Trabajo y Servicios para las Familias de Ohio
(Ohio Department of Job & Family Services)



OPCIONES PARA HEALTHY FAMILIES

Ohio ofrece a las familias una variedad de opciones para obtener los servicios del cuidado de la salud. A continuación vemos una breve descripción de cuatro programas financiados públicamente que están disponibles en todo Ohio. Las familias pueden aplicar a uno o a todos de los siguientes programas usando la solicitud adjunta.

Healthy Start y Healthy Families

El Programa Healthy Start, Healthy Families, ofrece el servicio de cuidado de salud a familias, niños (hasta los 19 años) y mujeres embarazadas. El cubrimiento incluye: **visitas médicas, cuidado de hospitales, servicios para mujeres embarazadas, recetas médicas, cuidado de la vista, servicio dental, abuso de drogas, servicios de salud mental y ¡mucho más!** Estos son servicios importantes al cuidado de la salud que su familia necesita para permanecer saludable y fuerte. La mayoría de las familias reciben servicio gratuito. Algunas familias, dependiendo de los ingresos, deben pagar una pequeña suma al año. Healthy Start y Healthy Families son programas de Medicaid administrados por el Departamento de Trabajo y Servicios para las Familias de Ohio. Para más información, por favor llame al 1-800-324-8680 o visite la página del Internet <http://jfs.ohio.gov/ohp/index.stm>. Las familias interesadas en recibir dinero en efectivo a través del programa Ohio Trabaja Primero, Cupones de Comida o Medicaid para los ancianos, ciegos o discapacitados, deben contactar el departamento de trabajo y servicios para las familias de su condado.

Mujeres, Bebés y Niños (WIC, por sus siglas en inglés)

El Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC) le brinda alimentos nutritivos, información importante sobre la nutrición y educación sobre la lactancia. También ayuda a las familias que son elegibles a encontrar un doctor familiar o cualquier otro servicio que necesiten. Para ser elegible para el WIC usted debe estar embarazada o en período de lactancia o tener un recién nacido. También califican niños desde el nacimiento hasta los 5 años. Las familias deben cumplir con las condiciones médicas y las normas de riesgo nutricional del programa WIC. Para aplicar, llene la solicitud adjunta o visite su clínica local WIC para más información. El Programa WIC es administrado por el Departamento de Salud de Ohio (ODH).

Ha sido comprobado que las familias que visitan con regularidad al médico para revisar su salud y reciben educación sobre la salud están menos propensas a tener niños que falten al colegio y padres que falten al trabajo.

Servicios de Salud para Niños y Familias

El Programa de Servicio de Niños y Familias (CFHS) en su área puede ayudarlo con uno o más de los siguientes servicios: cuidado de la salud de niños y adolescentes, cuidado prenatal y/o planificación familiar. Todas las clínicas ofrecen exámenes médicos, consejos sobre nutrición, servicios sociales, exámenes de laboratorio, educación sobre la salud y mucho más!. El costo de los servicios clínicos se basa en el tamaño de su familia y sus ingresos, sin embargo nunca se le rehúsan servicios a nadie aunque no puedan pagarlos. Para aplicar, llene la solicitud adjunta o visite su CFHS local. Este programa es administrado por ODH.

Departamento de Niños con Discapacidades Médicas

Departamento de Niños con Discapacidades Médicas (BCMh por sus siglas en inglés) es un programa para el cuidado de la salud que ofrece servicios para niños con necesidades especiales de salud. Para que un niño pueda recibir los servicios BCMh, debe residir en Ohio y ser menor de 21 años y estar bajo el cuidado de un doctor aprobado por BCMh. Las familias deben cumplir también con algunos criterios de ingresos para ser elegibles. BCMh trabaja muy cerca con las enfermeras de salud pública en departamentos locales de salud para incrementar los servicios a los niños discapacitados y sus familias. Para saber más sobre BCMh, las familias deben contactar a su departamento local de salud o llamar al 1-800-755-GROW (4769).

Las familias interesadas en recibir dinero en efectivo a través del programa Ohio Trabaja Primero, Cupones de Comida o Medicaid para los ancianos, ciegos o discapacitados, deben contactar el departamento de trabajo y servicios para las familias de su condado.



SOLICITUD COMBINADA DE PROGRAMAS

SE REQUIERE UNA ENTREVISTA PERSONAL SI ESTÁ SOLICITANDO ÚNICAMENTE COBERTURA MÉDICA

Se requiere una solicitud por separado para recibir dinero en efectivo o cupones de alimentos.

INSTRUCCIONES

1. Llene la solicitud en las páginas 1, 2 y 3. Use las páginas 4 y 5 si necesita más espacio.
2. Toda persona que solicite cobertura médica a través de Healthy Start y Healthy Families debe proporcionar un número de seguro social O la prueba de que ha presentado una solicitud para obtener un número de seguro social. NO se requiere número de seguro social si usted desea solamente WIC, CFHS, y/o BCMH.
3. FIRME Y FECHE la solicitud en la página 3.
4. FIRME Y FECHE "Sus Derechos y Obligaciones" en la página 6.
5. Anexe copias de documentos importantes. (Vea la página 7 para una lista completa)
6. Envíe por correo su Solicitud, Derechos y Obligaciones y Documentos Importantes al departamento de trabajo y servicios para las familias del condado.

¿Tiene preguntas? ¿Necesita ayuda para llenar este formulario?
Llame al 1.800.324.8680
TDD 1.800.292.3572

Pase a la próxima página para comenzar la solicitud

Las personas interesadas en obtener ayuda en dinero a través de Ohio Works First, o Cupones para Alimentos, o Medicaid para las personas mayores, ciegas o discapacitadas, deben ponerse en contacto con el departamento de trabajo y servicios para las familias del condado.

Sección A. ¿Para cuál de los siguientes programas desearía aplicar? (Indique cuál por favor.)

- Cobertura de Salud (Healthy Start/Medicaid Agilizado o Healthy Families) Servicios de Salud para Niños y Familias (CFHS)
 Programa Nutricional para Mujeres, Bebés y Niños (WIC) Departamento de Niños con Discapacidades Médicas (BCMh)

Nombre de la Persona que llena la solicitud _____ Inicial del Segundo Nombre _____ Apellido _____

Dirección _____ Apto. # _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Condado _____

Teléfono de la casa (____) - ____ - _____ Teléfono del trabajo (____) - ____ - _____

¿Está solicitando Cobertura Médica para usted a través de Healthy Start o Healthy Families? Sí No

Si la respuesta es **SÍ**, dé su número de Seguro Social _____ - ____ - _____ Fecha de Nacimiento __/__/_____

Si está solicitando Cobertura Médica, WIC, BCMh, y/o CFHS para usted, complete la información siguiente:

Relación con usted	ORIGEN ÉTNICO	RAZA	IDIOMA PRINCIPAL	¿Es usted ciudadano de los Estados Unidos?	¿Es usted discapacitado?
USTED MISMO	<input type="checkbox"/> Hispano/Latino	<input type="checkbox"/> Indio americano/ Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí
SEXO	<input type="checkbox"/> No Hispano/ Latino	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		<input type="checkbox"/> Negro/Afro- Americano	Favor enumerar		
		<input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii/ De otra Isla del Pacífico			
		<input type="checkbox"/> Blanco			

¿Está embarazada esta persona? Sí No En caso AFIRMATIVO, cuántos bebés espera ____ Fecha de Nacimiento __/__/_____

Sección B. Enumere todas las personas que viven con usted. Se requiere un número de seguro social para cada persona que desee cobertura médica. Use la página 4 si necesita más espacio.

Miembro de Familia # | _____ Inicial del Segundo Nombre _____ Apellido _____
Nombre _____

¿Es esta persona que solicita Cobertura Médica para usted a través de Healthy Start o Healthy Families? Sí No

Si la respuesta es **SÍ**, dé su número de Seguro Social _____ - ____ - _____ Fecha de Nacimiento __/__/_____

Si está solicitando Cobertura Médica, WIC, BCMh, y/o CFHS para usted, complete la información siguiente:

Relación con usted	ORIGEN ÉTNICO	RAZA	IDIOMA PRINCIPAL	¿Es usted ciudadano de los Estados Unidos?	¿Es usted discapacitado?
USTED MISMO	<input type="checkbox"/> Hispano/Latino	<input type="checkbox"/> Indio americano/ Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí
SEXO	<input type="checkbox"/> No Hispano/ Latino	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		<input type="checkbox"/> Negro/Afro- Americano	Favor enumerar		
		<input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii/ De otra Isla del Pacífico			
		<input type="checkbox"/> Blanco			

¿Está embarazada esta persona? Sí No En caso AFIRMATIVO, cuántos bebés espera ____ Fecha de Nacimiento __/__/_____

Miembro de Familia #2

Nombre _____

Inicial del Segundo Nombre _____

Apellido _____

¿Es esta persona que solicita Cobertura Médica para usted a través de Healthy Start o Healthy Families? Sí No

Si la respuesta es **SÍ**, dé su número de Seguro Social _____ - _____ - _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____

Si está solicitando Cobertura Médica, WIC, BCMH, y/o CFHS para usted, complete la información siguiente:

Relación con usted	ORIGEN ÉTNICO	RAZA	IDIOMA PRINCIPAL	¿Es usted ciudadano de los Estados Unidos?	¿Es usted discapacitado?
USTED MISMO	<input type="checkbox"/> Hispano/Latino	<input type="checkbox"/> Indio americano/ Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí
SEXO	<input type="checkbox"/> No Hispano/ Latino	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Masculino		<input type="checkbox"/> Negro/Afro- Americano	Favor enumerar		
<input type="checkbox"/> Femenino		<input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii/ De otra Isla del Pacífico			
		<input type="checkbox"/> Blanco			

¿Está embarazada esta persona? Sí No En caso AFIRMATIVO, cuántos bebés espera ____ Fecha de Nacimiento ____/____/____

Miembro de Familia #3

Nombre _____

Inicial del Segundo Nombre _____

Apellido _____

¿Es esta persona que solicita Cobertura Médica para usted a través de Healthy Start o Healthy Families? Sí No

Si la respuesta es **SÍ**, dé su número de Seguro Social _____ - _____ - _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____

Si está solicitando Cobertura Médica, WIC, BCMH, y/o CFHS para usted, complete la información siguiente:

Relación con usted	ORIGEN ÉTNICO	RAZA	IDIOMA PRINCIPAL	¿Es usted ciudadano de los Estados Unidos?	¿Es usted discapacitado?
USTED MISMO	<input type="checkbox"/> Hispano/Latino	<input type="checkbox"/> Indio americano/ Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí
SEXO	<input type="checkbox"/> No Hispano/ Latino	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Masculino		<input type="checkbox"/> Negro/Afro- Americano	Favor enumerar		
<input type="checkbox"/> Femenino		<input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii/ De otra Isla del Pacífico			
		<input type="checkbox"/> Blanco			

¿Está embarazada esta persona? Sí No En caso AFIRMATIVO, cuántos bebés espera ____ Fecha de Nacimiento ____/____/____



¿Más espacio? Use la página 4 si usted tiene más miembros de familia a incluir.

¿TIENE MÁS INFORMACIÓN? AQUÍ HAY UN ESPACIO ADICIONAL...



(Continúa de la Sección B) Pueden usarse las páginas 4 y 5 si debe incluir a más miembros de su hogar en su solicitud. Por favor llene la siguiente sección para los miembros adicionales de su hogar, verificación de ingresos y/o información sobre seguro médico.

Miembro de Familia #4

Nombre _____

Inicial del Segundo
Nombre _____

Apellido _____

¿Es esta persona que solicita Cobertura Médica para usted a través de Healthy Start o Healthy Families? Sí No

Si la respuesta es **SÍ**, dé su número de Seguro Social ____ - ____ - ____ Fecha de Nacimiento __/__/____

Si está solicitando Cobertura Médica, WIC, BCMH, y/o CFHS para usted, complete la información siguiente:

Relación con usted	ORIGEN ÉTNICO	RAZA	IDIOMA PRINCIPAL	¿Es usted ciudadano de los Estados Unidos?	¿Es usted discapacitado?
USTED MISMO	<input type="checkbox"/> Hispano/Latino	<input type="checkbox"/> Indio americano/ Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí
SEXO	<input type="checkbox"/> No Hispano/ Latino	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Masculino		<input type="checkbox"/> Negro/Afro- Americano	Favor enumerar		
<input type="checkbox"/> Femenino		<input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii/ De otra Isla del Pacífico			
		<input type="checkbox"/> Blanco			

¿Está embarazada esta persona? Sí No En caso AFIRMATIVO, cuántos bebés espera __ Fecha de Nacimiento __/__/____

Miembro de Familia #5

Nombre _____

Inicial del Segundo
Nombre _____

Apellido _____

¿Es esta persona que solicita Cobertura Médica para usted a través de Healthy Start o Healthy Families? Sí No

Si la respuesta es **SÍ**, dé su número de Seguro Social ____ - ____ - ____ Fecha de Nacimiento __/__/____

Si está solicitando Cobertura Médica, WIC, BCMH, y/o CFHS para usted, complete la información siguiente:

Relación con usted	ORIGEN ÉTNICO	RAZA	IDIOMA PRINCIPAL	¿Es usted ciudadano de los Estados Unidos?	¿Es usted discapacitado?
USTED MISMO	<input type="checkbox"/> Hispano/Latino	<input type="checkbox"/> Indio americano/ Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí
SEXO	<input type="checkbox"/> No Hispano/ Latino	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Masculino		<input type="checkbox"/> Negro/Afro- Americano	Favor enumerar		
<input type="checkbox"/> Femenino		<input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii/ De otra Isla del Pacífico			
		<input type="checkbox"/> Blanco			

¿Está embarazada esta persona? Sí No En caso AFIRMATIVO, cuántos bebés espera __ Fecha de Nacimiento __/__/____

CONTINUACIÓN DEL ESPACIO ADICIONAL...

Por favor llene la siguiente información si usted necesita más espacio para la verificación de ingresos y/o información sobre seguro médico.

Sección Adicional para Verificación de Ingresos (continuación de la Sección C)

Nombre	Patrón o Fuente de Ingresos	Cantidad bruta	¿Con qué frecuencia recibe el ingreso?
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

Sección Adicional para Otros Seguros Médicos (continuación de la Sección G)

Compañía de Seguros	Número de la Póliza	Cuota Mensual	Personas Cubiertas	Por favor, <u>MARQUE CON UN CÍRCULO</u> los servicios que cubre cada póliza.
		\$		Hospitalización Recetas médicas Visitas al doctor Ambulancia Servicio Odontológico Cuidado de la Vista
		\$		Hospitalización Recetas médicas Visitas al doctor Ambulancia Servicio Odontológico Cuidado de la Vista
		\$		Hospitalización Recetas médicas Visitas al doctor Ambulancia Servicio Odontológico Cuidado de la Vista
		\$		Hospitalización Recetas médicas Visitas al doctor Ambulancia Servicio Odontológico Cuidado de la Vista
		\$		Hospitalización Recetas médicas Visitas al doctor Ambulancia Servicio Odontológico Cuidado de la Vista
		\$		Hospitalización Recetas médicas Visitas al doctor Ambulancia Servicio Odontológico Cuidado de la Vista



Para recibir ayuda para completar este formulario, llame al 1-800-324-8680 (TDD 1-800-292-3572 para personas con problemas de sordera.)

¡Lea, Firme y Devuelva esta Página!

(con su solicitud)

JFS 07236 [anteriormente llamado ODHS 7236 (Revisado Agosto de 2000)]

SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

ODJFS le asegura que a ninguna persona que desea participar en cualquier programa o personas que estén participando actualmente en un programa le será negado o pospuesto el servicio o será de alguna forma discriminada por su raza, color, religión, origen nacional, incapacidad, edad, por ser veterano o por su orientación sexual.

USTED TIENE EL DERECHO DE UNA AUDIENCIA PÚBLICA ante el Departamento de Trabajo y Servicios para las Familias de Ohio (ODJFS) si usted no está satisfecho con las acciones o las decisiones tomadas. *Cuando el departamento de trabajo y servicios para las familias del condado reciba su solicitud, usted obtendrá un formulario que le indicará el procedimiento a seguir para una audiencia pública.*

USTED TIENE UNA RESPONSABILIDAD:

REPORTAR INFORMACIÓN CORRECTA Y ACTUALIZADA. Usted siempre es responsable de entregar información completa y correcta acerca de usted mismo y de los otros miembros de su hogar. Usted debe incluir todos los documentos y verificaciones que apoyen la información con su solicitud completa. Usted debe informar al departamento de trabajo y servicios para las familias del condado, antes de 10 días, de cualquier cambio en sus circunstancias, tal como: •Cambio de dirección •Alguien se muda con usted o se va de su casa •Cualquier cambio de ingresos a un miembro del hogar •Si un miembro del hogar obtiene o pierde un empleo •Un niño deja la escuela o cumple 19 años •Fin de su embarazo y/o nacimiento de su o sus hijos. Usted debe informar también si alguien en su hogar, (incluyendo los hijos) queda discapacitado, no puede trabajar, o ha aplicado para beneficios de incapacidad (ejemplo, Incapacidad del Seguro Social, SSI, compensación de Trabajadores, beneficios de veteranos.) Usted debe informar estos hechos tan pronto como tenga conocimiento de ellos, ya que esto puede ayudar a la persona a permanecer elegible para los beneficios de Medicaid.

PARA OFRECER INFORMACIÓN EN RELACIÓN CON LA CIUDADANÍA O EL ESTADO INMIGRATORIO si usted o los miembros de su hogar están aplicando para Healthy Start, Healthy Families (Medicaid). Los miembros de la familia que no sean ciudadanos estadounidenses deben mostrar al departamento de trabajo y servicios para las familias del condado, una prueba de su estado legal tal como la tarjeta de residencia o el permiso de admisión. Si usted está aplicando para Healthy Start (Medicaid) para un niño, pero no para usted mismo, no se requiere prueba de su ciudadanía.

PARA ENTREGAR A MEDICAID OTROS PAGOS RECIBIDOS DE OTROS SEGUROS MÉDICOS. Usted debe comunicarle al departamento de trabajo y servicios para las familias del condado acerca de cualquier otro servicio médico que usted tenga o si alguien más es legalmente responsable de pagar sus cuentas médicas para usted o cualquier otro miembro de su familia. Medicaid no paga las cuentas médicas que una compañía privada de seguro médico esté supuesta a pagar. Cuando usted acepte asistencia de Medicaid, usted debe aceptar el derecho de entregarle al Departamento de Trabajo y Servicios para las Familias de Ohio los pagos médicos que reciba de una compañía privada de seguro médico mientras usted tenga Medicaid. Si usted recibe dinero directamente de su compañía de seguro médico para cubrir las cuentas médicas que Medicaid ha pagado por usted o por cualquiera que usted sea legalmente responsable, el Departamento de Trabajo y Servicios para las Familias de Ohio tiene el derecho de que usted le devuelva el dinero.

PARA COOPERAR CON LAS REVISIONES DEL CONTROL DE CALIDAD. Su nombre puede ser seleccionado de una lista de todos los casos elegibles en Ohio para ver si usted es realmente elegible para asistencia basándose en la información que usted le entrega al Departamento de Trabajo y Servicios para las Familias de Ohio. Si su caso es seleccionado, usted debe cooperar contestando todas las preguntas con el fin de seguir recibiendo servicio médico.

PUBLICACIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE EL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL PARA MEDICAID. Usted debe suministrar al departamento de trabajo y servicios para las familias del condado su Número de Seguro Social (SSN) o debe aplicar para un SSN para cada persona que solicite servicio médico. Si usted está aplicando para Medicaid para un niño, no se requiere su propio SSN, pero debemos tener el número de seguro social del niño para que el niño pueda recibir Medicaid. Si usted está aplicando a Medicaid para usted mismo, usted debe suministrar su SSN. La agencia usará el SSN para verificar ingresos, elegibilidad, y la cantidad de pagos de asistencia médica que hayan sido hechos en su beneficio. Su SSN puede también ser comparado con los informes de otras agencias tales como la Administración de Seguro Social. Estas comparaciones pueden realizarse por medio de una computadora o viéndose cada caso en particular. Su número de seguro social es suministrado a compañías de seguros médicos para ver si existe posibilidad de pagar una parte o todas sus cuentas. Su número de seguro social será usado durante las revisiones de un programa para asegurarse que sea elegible para este programa.

FIRMAS:

Recibí una copia y he leído todos mis derechos y responsabilidades o me los han leído, y los entiendo.

Solicitante	Fecha
Representante autorizado o persona que ayudó a completar este formulario	Fecha
Si la persona firma con una "X", es necesario la firma de un testigo	Fecha

Para recibir ayuda para completar este formulario, llame al 1-800-324-8680 (TDD 1-800-292-3572 para personas con problemas de sordera.)

JFS 07218 (Revisado el 5 de agosto de 2003)

No olvide incluir:

Para obtener servicios del cuidado de la salud, hay ciertas piezas de información que se deben suministrar.

VERIFICACIÓN DE LA SOLICITUD

✓ Prueba de ingresos de trabajo o salario

- Copias de los recibos de pagos del último mes o del último periodo de cuatro semanas; ○
- Una carta de su patrón estipulando la cantidad de ingreso bruto mensual, ○
- Si es trabajador independiente, se requiere el formulario de impuestos, IRS 1040 con el horario C o F.

✓ Prueba de embarazo (si es el caso)

Una declaración escrita de un doctor o una enfermera. Esta debe incluir la fecha de nacimiento y el número esperado de bebés (Por ejemplo: gemelos o mellizos = 2 bebés).

✓ Documentos de Inmigración

Si usted o alguien en su hogar NO es un ciudadano estadounidense y está aplicando para Healthy Start Healthy Families o para el Programa de Niños Discapacitados, usted debe mostrar prueba de su situación legal.

✓ Otro Seguro de Salud

Si usted o sus hijos tienen cobertura médica a través de cualquier otro plan de salud, usted debe enviar una copia de su tarjeta de seguro u otra prueba de cobertura. (¡Por favor asegúrese de copiar los dos lados de su tarjeta!)

✓ Firmar Aplicación

¡No olvide firmar y colocar la fecha de su solicitud!

✓ Derechos y Responsabilidades

Revise, firme y coloque la fecha y devuelva su solicitud!

ENVÍE POR CORREO LA SOLICITUD Y COPIAS DE INFORMACIÓN IMPORTANTE A SU DEPARTAMENTO DE TRABAJO Y SERVICIOS PARA LAS FAMILIAS LOCAL DEL CONDADO

SI DESEA COBERTURA MÉDICA A TRAVÉS DE HEALTHY START Y HEALTHY FAMILIES PARA USTED O PARA SUS HIJOS, PODRÍA PEDIRSELE EL NOMBRE DEL PADRE O LA MADRE QUE NO TIENE LA CUSTODIA DE SUS HIJOS PARA AYUDAR A OBTENER APOYO MÉDICO. SI SE LE PIDE EL NOMBRE DEL PADRE O LA MADRE QUE NO TIENE LA CUSTODIA Y USTED NO COLABORA, PODRÍA PERDER LA COBERTURA MÉDICA PARA USTED, PERO SUS HIJOS AÚN ESTARÁN CUBIERTOS BAJO HEALTHY START Y HEALTHY FAMILIES SI USTED REÚNE LOS REQUISITOS PARA LA ELEGIBILIDAD.

Para recibir ayuda para completar este formulario o para información sobre la dirección de CDJFS, llame al 1-800-324-8680 (TDD 1-800-292-3572 para personas con problemas de sordera.)

SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

ODJFS le asegura que a ninguna persona que desea participar en cualquier programa o personas que estén participando actualmente en un programa le será negado o pospuesto el servicio o será de alguna forma discriminada por su raza, color, religión, origen nacional, incapacidad, edad, por ser veterano o por su orientación sexual.

USTED TIENE EL DERECHO DE UNA AUDIENCIA PÚBLICA ante el Departamento de Trabajo y Servicios para las Familias de Ohio (ODJFS) si usted no está satisfecho con las acciones o las decisiones tomadas. *Cuando el departamento de trabajo y servicios para las familias del condado reciba su solicitud, usted obtendrá un formulario que le indicará el procedimiento a seguir para una audiencia pública.*

USTED TIENE UNA RESPONSABILIDAD:

REPORTAR INFORMACIÓN CORRECTA Y ACTUALIZADA. Usted siempre es responsable de entregar información completa y correcta acerca de usted mismo y de los otros miembros de su hogar. Usted debe incluir todos los documentos y verificaciones que apoyen la información con su solicitud completa. Usted debe informar al departamento de trabajo y servicios para las familias del condado, antes de 10 días, de cualquier cambio en sus circunstancias, tal como: •Cambio de dirección •Alguien se muda con usted o se va de su casa •Cualquier cambio de ingresos a un miembro del hogar •Si un miembro del hogar obtiene o pierde un empleo •Un niño deja la escuela o cumple 19 años •Fin de su embarazo y/o nacimiento de su o sus hijos. Usted debe informar también si alguien en su hogar, (incluyendo los hijos) queda discapacitado, no puede trabajar, o ha aplicado para beneficios de incapacidad (ejemplo, Incapacidad del Seguro Social, SSI, compensación de Trabajadores, beneficios de veteranos.) Usted debe informar estos hechos tan pronto como tenga conocimiento de ellos, ya que esto puede ayudar a la persona a permanecer elegible para los beneficios de Medicaid.

PARA OFRECER INFORMACIÓN EN RELACIÓN CON LA CIUDADANÍA O EL ESTADO INMIGRATORIO si usted o los miembros de su hogar están aplicando para Healthy Start, Healthy Families (Medicaid). Los miembros de la familia que no sean ciudadanos estadounidenses deben mostrar al departamento de trabajo y servicios para las familias del condado, una prueba de su estado legal tal como la tarjeta de residencia o el permiso de admisión. Si usted está aplicando para Healthy Start (Medicaid) para un niño, pero no para usted mismo, no se requiere prueba de su ciudadanía.

PARA ENTREGAR A MEDICAID OTROS PAGOS RECIBIDOS DE OTROS SEGUROS MÉDICOS. Usted debe comunicarle al departamento de trabajo y servicios para las familias del condado acerca de cualquier otro servicio médico que usted tenga o si alguien más es legalmente responsable de pagar sus cuentas médicas para usted o cualquier otro miembro de su familia. Medicaid no paga las cuentas médicas que una compañía privada de seguro médico esté supuesta a pagar. Cuando usted acepte asistencia de Medicaid, usted debe aceptar el derecho de entregarle al Departamento de Trabajo y Servicios para las Familias de Ohio los pagos médicos que reciba de una compañía privada de seguro médico mientras usted tenga Medicaid. Si usted recibe dinero directamente de su compañía de seguro médico para cubrir las cuentas médicas que Medicaid ha pagado por usted o por cualquiera que usted sea legalmente responsable, el Departamento de Trabajo y Servicios para las Familias de Ohio tiene el derecho de que usted le devuelva el dinero.

PARA COOPERAR CON LAS REVISIONES DEL CONTROL DE CALIDAD. Su nombre puede ser seleccionado de una lista de todos los casos elegibles en Ohio para ver si usted es realmente elegible para asistencia basándose en la información que usted le entrega al Departamento de Trabajo y Servicios para las Familias de Ohio. Si su caso es seleccionado, usted debe cooperar contestando todas las preguntas con el fin de seguir recibiendo servicio médico.

PUBLICACIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE EL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL PARA MEDICAID. Usted debe suministrar al departamento de trabajo y servicios para las familias del condado su Número de Seguro Social (SSN) o debe aplicar para un SSN para cada persona que solicite servicio médico. Si usted está aplicando para Medicaid para un niño, no se requiere su propio SSN, pero debemos tener el número de seguro social del niño para que el niño pueda recibir Medicaid. Si usted está aplicando a Medicaid para usted mismo, usted debe suministrar su SSN. La agencia usará el SSN para verificar ingresos, elegibilidad, y la cantidad de pagos de asistencia médica que hayan sido hechos en su beneficio. Su SSN puede también ser comparado con los informes de otras agencias tales como la Administración de Seguro Social. Estas comparaciones pueden realizarse por medio de una computadora o viéndose cada caso en particular. Su número de seguro social es suministrado a compañías de seguros médicos para ver si existe posibilidad de pagar una parte o todas sus cuentas. Su número de seguro social será usado durante las revisiones de un programa para asegurarse que sea elegible para este programa.

FIRMAS:

Recibí una copia y he leído todos mis derechos y responsabilidades o me los han leído, y los entiendo.

Solicitante	Fecha
Representante autorizado o persona que ayudó a completar este formulario	Fecha
Si la persona firma con una "X", es necesario la firma de un testigo	Fecha

Para recibir ayuda para completar este formulario o para información sobre la dirección de ODJFS, llame al 1-800-324-8680 (TDD 1-800-292-3572 para personas con problemas de sordera.)

Para preguntas en general, por favor llame al:

1-800-324-8680

TDD 1-800-292-3572

O

**a su departamento de trabajo y servicios
para las familias local del condado**



JFS 07216

También incluye:

JFS 07218 y JFS 07236

(Revisado el 5 de agosto de 2003)