

Solicitud e Instrucciones

Flórida KidCare

¡Seguro médico para niños a un costo módico para usted!

1-888-540-5437 gratis • www.floridakidcare.org



Acerca de Florida KidCare. A través de Florida KidCare, el estado de la Florida ofrece seguro médico para niños desde el nacimiento hasta los 18 años de edad, aun cuando uno o ambos padres trabajen. Este seguro incluye cuatros partes distintos. Cuando usted solicita el seguro, Florida KidCare verificará para cuál parte su niño califica basado en la edad y los ingresos de la familia:

- **MEDIKIDS:** para niños no asegurados de 1 a 4 años de edad.
- **HEALTHY KIDS:** para niños no asegurados de 5 a 18 años de edad.
- **CHILDREN'S MEDICAL SERVICES NETWORK:** para niños sin seguro médico desde el nacimiento hasta los 18 años de edad que tienen necesidades de atención médica especial.
- **MEDICAID:** para niños desde el nacimiento hasta los 18 años de edad. Un niño que tiene otro seguro médico aún puede calificar para Medicaid.

La inscripción. Exceptuando Medicaid, un menor no puede estar asegurado antes que la cobertura de Florida KidCare comience. Enviela por correo lo más pronto posible. Algunos programas de Florida KidCare pueden tener espacio limitado y las solicitudes se aceptan en el orden en que se reciben. Cuando MediKids, Healthy Kids y Children's Medical Services Network no tienen espacio para más niños, la inscripción para estos programas cerrará. Medicaid acepta a los niños que califican todo el tiempo. Florida KidCare no excluye de su cobertura a un menor con una condición de salud pre-existente.

Maneras para presentar su solicitud. Si solicitó Florida KidCare anteriormente, llame al 1-888-540-5437 para actualizar su información por teléfono.

■ **EN EL INTERNET:** Haga su solicitud ingresando al www.floridakidcare.org

■ **SOLICITUD EN PAPEL:** Por favor escriba sus respuestas en letra de imprenta. Use tinta negra o azul, para completar esta solicitud y envíelo por correo lo más pronto posible.

INSTRUCCIONES PARA HACER SU SOLICITUD

SECTION 1. INFORMACIÓN DEL PADRE/MADRE (O TUTOR)

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (SSN): El SSN de un adulto en la solicitud es opcional. Si se proporciona, Florida KidCare usa el SSN para cotejos de computadora con otras agencias y contratistas y puede ayudar a acelerar el procesamiento de la solicitud de su niño. No

compartiremos su información con los Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS).

INFORMACIÓN ACERCA DEL EMPLEADOR: Escriba el número de teléfono del trabajo y el

nombre de su empleador en la solicitud. Si tiene más de un trabajo, liste cada nombre de los empleadores. Si trabaja por cuenta propia, escriba, "trabajo por cuenta propia". Si no está empleado, escriba "desempleado".

SECTION 2. INFORMACIÓN SOBRE EL NIÑO.

Esta información ayuda a Florida KidCare a determinar si sus niños pueden calificar para una cobertura a un menor costo o sin costo alguno.

■ Responda a las preguntas sombreadas de la Sección 2 para cada niño que reside con usted. Para un niño por nacer, escriba "por nacer" en la casilla del Nombre y responda a la Relación con el Padre/Madre Uno, la Relación con el Padre/Madre Dos y si está solicitando seguro de Florida KidCare. Deje en blanco el resto de las preguntas para el niño sin nacer. Después de que su niño nazca, llame a Florida KidCare para proporcionar el resto de la información de la solicitud.

■ Responda a **todas** las preguntas de la Sección 2 sólo para cada niño que necesite seguro médico de Florida KidCare.

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (SSN) DEL NIÑO: Si tiene un SSN para su niño, escríbalo en la solicitud. Los SSN se utilizan para hacer cotejos de computadora con otras agencias.

Si su niño no tiene un SSN, escriba en la solicitud la fecha en que solicitó o intentó solicitar un SSN. Para solicitar un SSN para su niño, llame a la Administración de Seguro Social al 1-800-772-1213. Si tiene acceso a la Internet, vaya a www.ssa.gov para obtener ayuda para solicitar un SSN.

CIUDADANÍA DEL NIÑO: Marque "sí" si su niño es ciudadano de EE.UU.

INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA INMIGRANTES: Los niños que no son ciudadanos pueden calificar para Florida KidCare. Si su niño no es ciudadano de EE.UU., escriba la fecha de entrada de su niño a los EE.UU., y el número de INS de su niño. Haga una copia del frente y el dorso de cualquiera de los siguientes documentos que tenga para cada niño para el cual está solicitando seguro de Florida KidCare y adjunte las copias a la solicitud:

- Formulario I-551 (Tarjeta Verde, Tarjeta de Residente Permanente o de Extranjero Residente)
- Formulario I-94 (Registro de Entrada/Salida)
- Formulario I-571 (Autorización para Viajar)
- Notificación de recibo de DHS del Formulario I-589 (Solicitud de Asilo, si es cubano o haitiano

■ Formulario I-688B o Formulario I-766 (Credencial de Autorización para Trabajar)

■ Pasaporte estampado por el DHS que muestre la condición de inmigración o visa de inmigrante, incluyendo el nombre y la foto del titular

■ Otra documentación de estado, como una carta de USCIS, DHS, juez de inmigración o juez de la Junta de Apelaciones de Inmigración

■ Una carta de elegibilidad de la Oficina para el Reasentamiento de Refugiados

INFORMACIÓN IMPORTANTE ACERCA DE CARGO PÚBLICO: Lo que usted nos diga acerca del estado de ciudadanía de su niño es confidencial. Florida KidCare no compartirá nada de lo que usted nos diga con el Servicio de Inmigración y Naturalización (INS). No se necesita información acerca del estado de inmigración de un padre para solicitar seguro de Florida KidCare. La inscripción del niño en Florida KidCare no perjudica la solicitud de ciudadanía ni el estado de residente permanente legal de ninguna persona.

ORIGEN ÉTNICO/RAZA DEL NIÑO: Esta información es opcional y no se utiliza para determinar la elegibilidad. Si se provee, se utilizará para fines de investigación y para asegurar que todas las personas sean tratadas de una manera justa.

Elija A o B y escriba en la primera casilla de la sección de "Raza" de la solicitud:

A = Hispano o latino
B = No hispano o latino

Elija hasta dos números y escríbalos en la segunda y tercera casillas de la solicitud:

- 1=Indio americano o nativo de Alaska
- 2=Asiático
- 3=Negro o afroamericano
- 4=Nativo de Hawai o de otras islas del Pacífico
- 5=Blanco

¿TIENE SU NIÑO SEGURO MÉDICO AHORA?

Exceptuando Medicaid, un menor no puede estar asegurado antes que la cobertura de Florida KidCare comience. Si su hijo cuenta con un seguro médico por parte de su empleador, cheque con su empleador acerca de su plan de beneficios médicos y sus requerimientos, antes de solicitar

Florida KidCare. Es posible que su plan le permita hacer cambios en la cobertura únicamente en ciertas ocasiones durante el año.

Si su hijo tiene algún otro seguro médico, escriba el nombre de la compañía de seguros y la cantidad que usted paga cada mes por el seguro médico. En caso que su hijo únicamente tenga seguro contra accidentes, seguro en caso de incapacidad o una tarjeta de descuentos médicos, entonces su respuesta a esta pregunta debe ser "No".

CANCELACIÓN VOLUNTARIA DEL SEGURO MÉDICO DE UN MENOR: Si usted canceló el

seguro médico de su hijo en los últimos 2 meses por una de estas razones, entonces su respuesta debe ser "no" a esta pregunta:

1. El costo del seguro médico para el niño solicitante es mayor al 5% de su ingreso familiar.
2. El padre/madre perdió un trabajo que proporcionaba una cobertura patrocinada por el empleador para el niño solicitante.
3. El padre/madre que tenía la cobertura de seguro médico para un niño solicitante ha fallecido.
4. El empleador que proporciona la cobertura para el niño solicitante canceló la cobertura.
5. El padre/madre del niño solicitante canceló la cobertura COBRA o la cobertura COBRA alcanzó su máximo límite legal.
6. El padre/madre sin custodia retiró la cobertura médica del niño solicitante.
7. El niño solicitante tiene una condición médica que, sin cuidado médico, podría causar una incapacidad grave, pérdida de alguna facultad, o muerte.
8. La cobertura no cubre las necesidades de cuidado de salud para el niño solicitante.
9. La cobertura del niño solicitante terminó debido a que el menor alcanzó el máximo límite de cobertura por vida o el límite de un beneficio anual.
10. La violencia doméstica causó la pérdida de la cobertura médica para el niño solicitante.

SECCIÓN 4. INFORMACIÓN SOBRE INGRESOS MENSUALES.

"Un Grupo Familiar" significa todos los adultos y menores que viven en su hogar, excepto los arrendatarios.

SECCIÓN 4A. INGRESOS MENSUALES

GANADOS. Si usted proporciona Números de Seguro Social, podremos chequear el ingreso electrónicamente. Florida KidCare le hará saber si necesitamos un comprobante de ingreso de su trabajo. En caso que se necesite un comprobante de ingreso de su trabajo, Florida KidCare le solicitará copias legibles de los siguientes documentos:

1. Talones de pago o declaraciones de salario—Una copia de los talones de pago o declaraciones de salario de las últimas cuatro semanas o una carta de su empleador en la cual menciona la cantidad de dinero que usted ganó. Si usted trabaja por cuenta propia, una copia del libro

mayor de su negocio, registros, recibos o una declaración de impuestos, O

2. Los formularios W-2 más recientes (Declaración de Sueldo e Impuestos), O

3. La declaración de impuestos sobre la renta federal más reciente.

Si nadie en su familia recibe ingresos provenientes del trabajo, escriba "Ninguno" en la primera columna y pase a la Sección 4b.

SECCIÓN 4B. INGRESOS MENSUALES NO

GANADOS. Si usted proporciona Números de Seguro Social, podremos chequear electrónicamente su ingreso que no es por concepto de salario. Florida KidCare le hará saber si necesitamos prueba del ingreso que no es por concepto de salario, ya sea suyo o de algún otro miembro del grupo familiar. Algunos ejemplos

de ingreso que no son por concepto de salario son beneficios del seguro social, beneficios por desempleo, pensiones, compensación por accidentes en el trabajo y beneficios para veteranos.

Si nadie en su grupo familiar recibe ingresos sin trabajar, escriba "Ninguno" en la primera columna y diríjase a la Sección 4c.

SECCIÓN 4C. SUSTENTO DE MENORES

RECIBIDO. Si usted recibe pagos para el sustento de los niños, Florida KidCare le informará si necesitamos una prueba. Algunos ejemplos de los documentos de pago para el sustento de los niños que se podrían necesitar son: una copia de la orden del tribunal, una copia del cheque del mes más reciente recibido para cada niño, o una declaración escrita del padre/madre quien paga el sustento para los niños.

SECCIÓN 5 Y SECCIÓN 6. SIGA LAS INSTRUCCIONES EN LA SOLICITUD.

RECORDATORIOS

Antes de enviar su solicitud, asegúrese de que haya respondido a todas las preguntas y que haya firmado y escrito la fecha en la solicitud. **La solicitud no está completa sin su firma en ambas líneas.**

En caso que se necesite prueba de ingreso, por favor envíe copias—no envíe documentos originales.

Le informaremos si necesitamos una copia del certificado de nacimiento de su hijo, o una prueba de su identidad.

Sugerimos que haga una copia de su paquete de solicitud completo para sus archivos antes de enviarlo. Asegúrese de poner suficiente franqueo en el sobre antes de enviarlo por correo.

Envíe su paquete de solicitud completo

por correo a:
Florida KidCare

P.O. Box 980

Tallahassee, FL 32302-0980

O envíe su solicitud por fax al:

1-866-867-0054

PREGUNTAS QUE SE HACEN CON FRECUENCIA

¿Cuánto tengo que pagar cada mes por la cobertura?

■ No se cobra ningún cargo por Medicaid para niños (KidCare Medicaid).

■ Por los otros programas de Florida KidCare, las primas mensuales dependen de los ingresos y el tamaño de su familia. La mayoría de las familias pagan \$15 ó \$20 mensuales. Si Ud. tiene que pagar más, se lo notificaremos.

Si Ud. decide enviar un cheque or giro postal ("money order") junto con la solicitud para la prima mensual, hágalo pagable a Florida KidCare. Por favor, no envíe dinero en efectivo. Si se le aprueba para Medicaid o si se le niega la cobertura, le devolverán la prima.

■ Es posible que tenga que pagar un pequeño cargo o copago por algunos servicios.

■ Un niño que es miembro de una tribu Indio Americana o Nativa de Alaska reconocida federalmente puede calificar para una cobertura sin costo de Florida KidCare. Si su hijo es un Indio Americano o Nativo de Alaska, adjunte una copia de los lados delantero y posterior de la tarjeta de identificación tribal de su hijo o de algunos otros documentos tribales similares. Llame al 1-888-540-5437 para obtener más información.

¿Qué sucede después de enviar la solicitud?

Cuando recibamos su solicitud, se lo haremos saber. Tomará varias semanas para procesar la solicitud. Primero verificaremos para ver si sus niños califican para Medicaid. Usted recibirá más información si sus niños califican para Medicaid. Si alguno de sus niños califica para los otros programas de Florida KidCare, se lo notificaremos. Si necesitamos más información o el pago de una prima, nos pondremos en contacto con usted.

Una solicitud será válida durante 120 días después de que nosotros la recibamos. Le haremos saber si el proceso de aplicación no es completado dentro de 120 días para MedKids, Healthy Kids, o Children's Medical Services. Para reiniciar el proceso de solicitud, llame al 1-888-540-5437. Una solicitud más antigua que 120 días, todavía puede ser utilizada para determinar si sus hijos son elegibles para Medicaid.

Si la inscripción para MediKids, Healthy Kids, y Children's Medical Services Network está cerrada, le notificaremos cuando recibamos su solicitud. Verificaremos para ver si sus niños califican para Medicaid. Usted recibirá más información si sus niños califican para Medicaid. Si sus hijos no son elegibles para Medicaid, se lo haremos saber. Usted deberá llamar al 1-888-540-5437 para reiniciar el proceso de solicitud cuando los programas se abran nuevamente.

Usted puede solicitar una revisión de una decisión si cree que la decisión fue injusta o incorrecta. Llame al 1-888-540-5437 sin cargo para obtener más información.

¿Cuándo comienza la cobertura?

■ **MEDIKIDS Y HEALTHY KIDS:** La cobertura comienza después de que la solicitud ha sido aprobada y su prima mensual ha sido pagada. Florida KidCare le notificará cuándo comenzará la cobertura de seguro. MediKids y Healthy Kids no pagarán los servicios médicos que sus niños reciban antes de la fecha de comienzo de la cobertura.

■ **CHILDREN'S MEDICAL SERVICES NETWORK:** La cobertura comienza después de que la solicitud ha sido aprobada y su prima mensual ha sido pagada. Los servicios de Children's Medical Services Network pueden comenzar más temprano si su niño tiene una necesidad médica de emergencia. Children's Medical Services Network también está disponible para niños con necesidades médicas especiales que califican para Medicaid.

■ **MEDICAID:** Si sus niños califican para Medicaid, la cobertura puede comenzar el mes en que se recibe su solicitud. Si usted tiene facturas no pagadas por servicios médicos para su niño, por servicios prestados durante los tres meses previos a su solicitud de Medicaid, es posible que Medicaid pueda pagarlos para usted

INFORMACIÓN IMPORTANTE ACERCA DE MEDICAID

La siguiente es información importante acerca de sus derechos y responsabilidades que usted necesita saber si sus niños califican para Medicaid:

■ La información que proporciono en la solicitud es verdadera y correcta a mi mejor saber y entender. Entiendo que si proporciono información que no es verdadera o si retengo información y mis niños obtienen beneficios médicos para los cuales no califican, podría ser castigado legalmente por fraude. También tendré que reembolsar a Medicaid.

■ Entiendo que la información que proporciono acerca de nuestros ingresos y situación familiar será verificada, incluyendo cotejos de computadora. Convengo en permitir que el Departamento de Niños y Familias obtenga la información necesaria. Convengo, bajo pena de perjurio, en que todo en la solicitud es verdadero a mi mejor saber y entender. Sé que los números

de Seguro Social que proporcionemos se utilizarán para verificar nuestros ingresos.

■ Entiendo que los requisitos de Medicaid pueden diferir de los demás programas de Florida KidCare. Es posible que tenga que brindar información adicional, como comprobante de ciudadanía e identidad de mis hijos.

■ Convengo en notificar al Departamento de Niños y Familias dentro de un plazo de 10 días si hay algún cambio en: las personas que residen en nuestro hogar; el lugar donde residimos o recibimos nuestra correspondencia; nuestros ingresos; o nuestro seguro médico.

■ Entiendo que si se determina que mis niños no califican para Medicaid al usar la solicitud de Florida KidCare, puedo comunicarme con la oficina local del Departamento de Niños y Familias para ver si mis niños califican para

Medicaid en base a algún otro factor.

■ Doy permiso a Medicaid para: compartir la información médica acerca de mis niños con cualquier compañía de seguros para obtener el pago de las facturas médicas y para cobrar los pagos de cualquiera que se suponga que pague dicha atención médica.

■ Sé que Medicaid no puede discriminar debido a raza, color, sexo, edad, incapacidad, religión, nacionalidad o creencias políticas.

■ Sé que puedo solicitar una Audiencia Justa a mi trabajador del Departamento de Niños y Familias si considero que la decisión tomada en mi caso fue injusta, incorrecta o tomada demasiado tarde.

SECCIÓN 3. INFORMACIÓN SOBRE EL HOGAR.

1. Si alguna persona en su hogar PAGA el sustento de menores ordenada por la corte, escriba el monto mensual: \$ _____ } (Sus respuestas pueden determinar deducciones y pueden calificar a su niño para cobertura a un menor costo.)
 Nombre de la persona que lo paga: _____
2. Si está solicitando para un niño que aun no ha nacido, ¿Cuál es la fecha aproximada del parto? [][]/[][]/[][][][] (Mes/Día/Año)
3. ¿Tienen sus niños algunas cuentas médicas sin pagar, por servicios recibidos durante los últimos tres meses? Sí No

SECCIÓN 4. INFORMACIÓN SOBRE INGRESOS MENSUALES. Siga las instrucciones en cada columna. Escriba el monto de los ingresos antes de los impuestos y otras deducciones. Use una hoja adicional si es necesario. (Vea las instrucciones para más información.)

SECCIÓN 4A. Ingresos mensuales ganados. Si nadie en su familia tiene ingresos ganados, escriba "Ninguno" en la primera columna.

Nombre del miembro del grupo familiar (primer nombre y apellido)	¿Es esta persona un estudiante de tiempo completo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ingresos mensuales del Trabajo	¿Qué tan a menudo se paga? (marque uno)				Ingresos mensuales del empleo por cuenta propia
			CADA SEMANA	CADA 2 SEMANAS	2 VECES AL MES	1 VEZ AL MES	
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						

SECCIÓN 4B. Ingresos mensuales ganados. Si nadie en su familia tiene ingresos ganados, escriba "Ninguno" en la primera columna.

Nombre del miembro del grupo familiar (primer nombre y apellido)	Beneficios mensuales del Seguro Social Ejemplos: beneficios por sobreviviente a o incapacidad	Ingreso por beneficios de Seguridad Suplementaria (SSI) Mensual	Ingresos mensuales por desempleo	Ingresos mensuales de cualquier otra fuente, tal como compensación por accidente en trabajo o inversiones

SECCIÓN 4C. Sustento de menores recibido. Si recibe pagos de sustento de menores, escriba el nombre y el monto de sustento de menores de cada niño que usted recibe cada mes. Si nadie en su familia recibe sustento de menores, escriba "Ninguno" en la primera columna.

Nombre del niño (primer nombre y apellido)	Monto mensual de sustento de menores recibido (Si es distinto a la orden judicial, explique abajo)	¿Obtiene usted este monto completo cada mes? En caso negativo, explique en la Sección 4d. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

SECCIÓN 4D. Si su ingreso mensual normal es diferente del ingreso que anotó en las Secciones 4a, 4b o 4c, utilice este espacio para explicarnos la diferencia. Algunos ejemplos son: tiempo extra que no recibe usualmente, bonos, trabajo estacional, ingreso irregular por trabajar por cuenta propia, o sustento para sus niños, no pagado.

SECCIÓN 5. PAGOS POR GUARDERÍA/CUIDADO DESPUÉS DE CLASES. Indique los pagos hechos a una guardería por un niño o un adulto incapacitado para que alguien en su casa pueda trabajar. No tiene que enviar prueba de los pagos hechos a la guardería. Si no se hicieron pagos por guardería, escriba "Ninguno" en la primera columna.

Nombre de la persona bajo cuidado (primer nombre y apellido)	Monto mensual pagado a la guardería para cada persona en la guardería	La persona que paga para el cuidado es: <input type="checkbox"/> Padre/Madre Uno <input type="checkbox"/> Padre/Madre Dos <input type="checkbox"/> Otro
		<input type="checkbox"/> Padre/Madre Uno <input type="checkbox"/> Padre/Madre Dos <input type="checkbox"/> Otro
		<input type="checkbox"/> Padre/Madre Uno <input type="checkbox"/> Padre/Madre Dos <input type="checkbox"/> Otro
		<input type="checkbox"/> Padre/Madre Uno <input type="checkbox"/> Padre/Madre Dos <input type="checkbox"/> Otro

SECCIÓN 4A. CERTIFICACIÓN Y AUTORIZACIÓN.

- Por la presente certifico que, conforme a mi mejor saber y entender, la información que estoy proporcionado en esta solicitud es verdadera y correcta. Entiendo que si doy información que no sea verdadera o si retengo información y mis niños obtienen beneficios médicos para los cuales no califican, puedo ser castigado legalmente por fraude.
- Entiendo que se dará trato confidencial a la información que proporcione, en cumplimiento de la ley Federal y de la ley de la Florida.
- Entiendo que la información que suministré en esta solicitud no será compartida con los Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS).
- Entiendo que la información que proporcione será verificada, lo que podrá incluir investigación por computadora y que se me podrá pedir otra información.
- Atestiguo la divulgación de información personal, financiera y médica para determinar la elegibilidad, realizar investigaciones o brindar tratamiento, pago y administración de atención médica.
- Atestiguo que la información provista en esta solicitud establece la identidad de niños menores de 16 años.
- Autorizo el uso de la dirección de e-mail provista en esta solicitud para recibir notificaciones generales y recordatorios sobre el programa.
- He leído y entiendo mis derechos y responsabilidades según se aplican al programa Medicaid.
- Entiendo que el programa Florida KidCare no discrimina debido a la raza, color, sexo, edad, discapacidad, religión, nacionalidad o creencia política.

USTED DEBE FIRMAR EN AMBAS LÍNEAS

FIRMA REQUERIDA

FIRMA REQUERIDA

Declaro bajo penalidad de perjurio que todos los niños enumerados en esta solicitud son quienes yo declaro que son.

FECHA: _____

FECHA: _____