

Para proteger su fecha de aplicación, debe devolver la solicitud a más tardar el _____.

Si tiene preguntas o necesita ayuda para llenar esta solicitud, llámenos al 1-888-342-6207 la llamada es gratis. Si tiene problemas para oír, llame al número TTY 1-800-220-5404.

¿Qué idioma habla mejor? Inglés Español Vietnamés Otro (especificar) _____
 ¿Qué idioma escribe mejor? Inglés Español Vietnamés Otro (especificar) _____

Si usted no habla inglés, le proveemos los servicios de un intérprete sin costo alguno.

Esta solicitud **sólo** puede ser usada para solicitar cobertura de salud a través del programa Mujer Embarazada de Medicaid en Louisiana (LaMOMS). Los servicios deben estar relacionados con el embarazo y ser recibidos durante el embarazo, o en los siguientes dos meses después de terminado el embarazo. Si después se comprueba que el Programa Medicaid ha pagado por servicios para una persona con cobertura de mujer embarazada para los cuales **no** califica, se iniciarán acciones de recuperación. Si necesita más espacio, use una hoja separada.

1. Dénos la siguiente información sobre la mujer embarazada:

Nombre (Apellido, primer nombre, inicial del Segundo) _____

Número de Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento _____

¿Ciudadana de E. U.? Sí No ¿Residente de Louisiana? Sí No Raza ① _____

① Usted **no** tiene que dar información sobre su raza. Si lo hace, use los siguientes códigos. 1=Blanco, 2=Negro, 3=Indio Americano/Alaska, 4=Asiático, 5=Hispano/Latino, 6=HI/Isleño del Pacífico, 7=Hispano/Latino con otra raza, 8= Raza múltiple no Hispánica, 9=Desconocido.

Dirección de correo _____ Ciudad _____ Estado ____ Código Postal _____

Lugar de Residencia _____ Ciudad _____ Estado ____ Código Postal _____

Condado _____ Teléfono en la casa () _____ Teléfono en el trabajo () _____

2. ¿Cuál es la fecha probable del parto? _____ ¿Ha consultado a un doctor por su embarazo? Sí No
 Si ha consultado, por favor díganos quién es el doctor y/o el nombre de la clínica. _____
 ¿Está esperando parto múltiple? Sí No

3. Díganos sobre su esposo legal y sus hijos menores de 18 años que viven en su casa. Si usted es menor de edad, incluya a sus padres, hermanos y hermanas menores de 18.

Nombre- Primero, Inicial del Segundo, Apellido	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento			Sexo M/F	Relación con la Embarazada (esposo, hija, hijo)
		Mes	Día	Año		

Usted **NO** tiene que dar números de Seguro Social de alguien que **NO** está aplicando a Medicaid. La embarazada, si es elegible, obtendrá cobertura aunque usted no nos dé esta información. Si nos da números de Seguro Social, **SÓLO** serán utilizados para verificar ingresos.

¿Hay alguien más viviendo en su casa que necesita aplicar a Medicaid? Sí No

4. ¿Trabaja alguien? Sí No (Por cada trabajo, enviar copias de **todos los recibos** de salarios u otros comprobantes de ingresos del **último mes.**) ¿Trabaja alguien en su propio negocio? Sí No (Envíe copias de la más reciente declaración federal de impuestos **con toda** la documentación, u otro comprobante si no tiene declaración de impuestos.) En el siguiente cuadro, dénos la información sobre cada trabajo de tiempo completo, de medio tiempo o del negocio propio. Anote el ingreso antes de las deducciones, **NO** del neto recibido.

A. Nombre, dirección y teléfono de la compañía o persona para la que trabaja @	Nombre de la persona que trabaja	Salario por hora	Horas trabajadas por semana	Frecuencia de los pagos
B. Información sobre el negocio propio		\$		
		\$		

5. ¿Recibe alguien dinero de otras fuentes, como las que se mencionan a continuación? Sí No
Si se recibe, dénos la siguiente información. (Marque la clase de ingreso y envíe comprobantes. **NO** tiene que enviar comprobante de ingresos del Seguro Social/SSI o de Compensación por Desempleo.)

Fuente de Ingreso	Nombre, Dirección y Teléfono de la Fuente de Ingreso	¿Quién recibe este dinero?	¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?
Seguro Social /SSI			\$	
Compensación por Desempleo			\$	
Sustento Infantil/Pensión			\$	
Otro (por favor especificar)			\$	

6. ¿Tiene usted seguro de salud privado que le cubra este embarazo? Sí No Si tiene, dénos la siguiente información. (Envíe copia del frente y reverso de todas las tarjetas de salud.)

Nombre, dirección y teléfono de la compañía de seguros	¿A quién pertenece la póliza?	Número de Grupo/Póliza

7. ¿Tiene usted un seguro de salud en el que pueda agregar al recién nacido como dependiente? Sí No Si tiene y sabe cuál es su prima mensual, por favor anótela \$_____

8. ¿Necesita cobertura por asistencia médica relacionada con su embarazo y que ha recibido durante los últimos tres meses? Sí No
Si necesita, ¿Para qué meses? _____ (Para recibir una deducción, envíe comprobante del ingreso mencionado en las preguntas 4 y 5 y de los pagos mencionados en las preguntas 9 y 10 durante estos meses.)

9. ¿Paga alguien por cuidado de niño (o de adulto incapacitado) para que la persona pueda ir a trabajar o a recibir entrenamiento? Sí No Si se paga, dénos la siguiente información.

Nombre, dirección y teléfono de la Persona que proporciona los cuidados	Nombre de la persona que paga este servicio	¿Quién recibe los cuidados?	¿Cuánto paga usted?	¿Con que frecuencia?
			\$	

10. ¿Paga alguien sustento infantil o pensión a alguien fuera de la casa? Sí No (Para recibir una deducción, envíe comprobantes de cuánto, con qué frecuencia y el nombre y relación con la persona a quien se le hacen los pagos.)

11. ¿Alguna vez ha recibido Medicaid en Louisiana? Sí No

Derechos y Responsabilidades

- ❖ Declaro que soy ciudadana de los E. U., o que estoy legalmente en este país.
- ❖ La información que doy en esta solicitud es correcta y verdadera según mi mejor conocimiento. Me doy cuenta que si sabiendo, doy información que no es verdadera o es incompleta y obtengo beneficios de salud a los cuales no soy elegible, puedo ser penada legalmente por fraude y ser obligada a devolver a Medicaid cualquier pago hecho incorrectamente.
- ❖ Entiendo que la información que doy sobre mi situación será verificada. Estoy de acuerdo en ayudar a que se haga y en permitir que Medicaid obtenga la información necesaria de agencias de gobierno, empleadores, proveedores médicos y de otras fuentes.
- ❖ Sé que nuestros números de Seguro Social sólo serán usados para obtener información de otras agencias de gobierno para probar nuestra elegibilidad.
- ❖ Entiendo que al aceptar Medicaid, le doy al Departamento de Salud y Hospitales el derecho a cualquier ayuda o pagos médicos de terceras personas que son legalmente responsables de hacerlos y que Medicaid pagó por mí. Acuerdo revelar toda información médica que el programa Medicaid u otros programas necesiten con el propósito de pagar o recibir pagos médicos. Entiendo que este es un requisito para obtener cobertura y acuerdo ayudar a obtener ayuda médica y pagos de toda persona que sea legalmente responsable de proveerlos.
- ❖ Acuerdo informar a Medicaid dentro de los primeros 10 días si hay cambios en el estado de mi embarazo, si cambio mi lugar de residencia o donde recibo mi correo, o cambios en mi otro seguro de salud.
- ❖ Puedo apelar si creo que la decisión tomada en mi caso es injusta, incorrecta o tardada.
- ❖ Medicaid no puede discriminar por razones de raza, color, sexo, edad, incapacidad, religión, nacionalidad o creencias políticas. Si creo que lo han hecho, puedo llamar a la Oficina Regional de los Derechos Civiles en Dallas, TX al 1+800-368-1019 o escribir a: Louisiana's Department of Health & Hospitals, Human Resources, P.O. Box 1349 Baton Rouge, LA 70821-1349.
- ❖ Si soy elegible a Medicaid, se me enviará información sobre WIC, KIDMED y otros servicios Medicaid.

Firma del Solicitante (Padre) o Representante Autorizado

Fecha

Firma de la Agencia o Representante del AC, si es aplicable

Fecha