

SUPLEMENTO PARA LA SOLICITUD DE KIDSCARE

Nombre (Apellido, nombre, segundo nombre)	Núm. de Seg. Soc.	ID de la solicitud
---	-------------------	--------------------

Cobertura de Seguro Médico

Conteste las siguientes preguntas si usted solicita Asistencia Médica de AHCCCS para alguien menor de 19 años de edad.

¿Tienen derecho cualquier menor 19 años de edad en esta solicitud a recibir beneficios de seguro médico de empleado Estatal (aunque elijan no inscribirse) porque:

- Un padre o padrastro (en o fuera del hogar) trabaja para una agencia Estatal y tiene derecho a seguro médico mediante el Estado de Arizona; o
- El menor o su cónyuge trabaja para una agencia Estatal y tiene derecho a seguro médico mediante el Estado de Arizona?

Sí No

Nombre del menor

¿Han tenido cobertura de seguro médico en los últimos 90 días cualquier menor de 19 años de edad?

- En caso afirmativo, proporcione la siguiente información:

Sí No

Nombre del menor	Nombre del titular de la póliza	Nombre de la compañía de seguros	
Número de grupo	Número de póliza	Núm. de teléfono de la compañía de seguros	Fecha final de cobertura

CONTINUACIÓN DEL SUPLEMENTO PARA LA SOLICITUD DE KIDSCARE

¿Por qué se terminó la cobertura de seguro médico?

- Cuesta demasiado
- La cobertura fue mediante Medicaid o el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP por sus siglas en inglés), o mediante el Crédito fiscal anticipado para las primas (APTC por sus siglas en inglés), o la Reducción de Costos Compartidos
- Divorcio o muerte del padre
- El empleador dejó de ofrecer cobertura para los dependientes
- Otra: _____

Si el costo del seguro médico es demasiado:

- La prima **mensual** para cubrir a una persona es: \$ _____
- La prima **mensual** para cubrir a una familia es: \$ _____
- Se aprobó para el APTC porque se determinó que el seguro ofrecido por el empleador es prohibitivo.

¿Tiene una enfermedad crónica cualquiera de los menores de 19 años de edad para los que usted solicita? (Una condición médica que requiere tratamiento frecuente y continuo y que si no se trata de manera adecuada afectará gravemente la salud en general de la persona).

Sí No

En caso afirmativo, ¿quién y cuál es la enfermedad crónica?

Nombre del menor	Descripción de la enfermedad crónica

Primas

La mayoría de las personas no tienen que pagar una prima mensual para la Asistencia Médica de AHCCCS.

Entiendo que se me puede requerir pagar una prima si me inscribo en el programa KidsCare.

Algunas personas que tienen ingresos demasiados altos para cumplir con los requisitos de la Asistencia Médica de AHCCCS sin prima mensual podrían recibirla al pagar una prima mensual. Si usted tiene que pagar una prima, las cantidades de las primas son:

De \$10 a \$70 para los participantes en el programa KidsCare.

DECLARACIÓN DE VERDAD:

Juro bajo pena de perjurio que las declaraciones dadas sobre las personas en mi hogar, los ingresos, los bienes, la propiedad y cualquier otra información que le he dado al DES y a sus contratistas que se relaciona con mis derechos a beneficios es verdadera y correcta a mi leal saber y entender, y que no me he reservado ninguna información.

FIRMA DEL SOLICITANTE

FECHA

PARA EL USO EXCLUSIVO DE LA AGENCIA

CASE NUMBER

SITE CODE

DATE COMPLETED

APPLICATION DATE

SIGNATURE OF DES OR TANF AGENCY EMPLOYEE WHO HELPED COMPLETE THE ASSISTANCE APPLICATION ADDENDUM

INTERVIEWER'S SIGNATURE

DATE

El USDA es un proveedor y empleador con igualdad de oportunidades • Agencias de DES/TANF son empleadores y programas de igualdad de oportunidades • Bajo los Títulos VI y VII de la Ley de los Derechos Civiles de 1964 (Títulos VI y VII) y la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA por sus siglas en inglés), Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, Ley contra la Discriminación por Edad de 1975 y el Título II de la Ley contra la Discriminación por Información Genética (GINA por sus siglas en inglés) de 2008; el Departamento prohíbe la discriminación en la admisión, programas, servicios, actividades o empleo basado en raza, color, religión, sexo, origen, edad, discapacidad, genética y represalias. Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, comuníquese con la oficina local; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1. • Ayuda gratuita con traducciones relacionadas a los servicios del DES está disponible a solicitud del cliente. • Free language assistance for DES services is available upon request.