Niños sanos son el futuro de Iowa

hawk-i

(Healthy and Well Kids in Iowa)

Cobertura de Salud Para Niños Gratis o a Bajo Costo.

1-800-257-8563
(TDD 1-888-422-2319)
www.*hawk-i*.org

English on other side

Comm. 156 (Rev. 6/03)

Para calificar para *hawk-i*, un menor deberá:

- Tener menos de 19 años de edad
- No tener seguro médico
- No ser elegible para Medicaid
- Ser un ciudadano o un residente extranjero admitido legalmente
- Cubrir los límites de ingreso

Preguntas y respuestas sobre *hawk-i:*

¿Cómo sabrá mi doctor que mis hijos están en *hawk-i*?

Sus hijos recibirán una tarjeta del plan de salud que cubre ***hawk-i*** en su condado.

¿Cuales servicios están cubiertos bajo *hawk-i*?

- Visitas Médicas
- Atención en Hospital
- Recetas
- Visitas del Programa de Niños Sanos
- Emergencias
- Vacunas e inyecciones
- Cirugías
- Cuidado Dental
- Exámenes de la Vista
- Servicios de Audición
- Salud Mental y Atención de Abuso de Substancia
- Cuidado Quiropráctico
- Terapia del Habla

¿Cuánto cuesta *hawk-i*?

Ver las gráficas de ingreso a la derecha. Si el ingreso contable anual de su familia aparece en la gráfica azul, entonces ***hawk-i*** es GRATIS. Si el ingreso contable anual de su familia está en la gráfica amarilla, el costo es de $10 por mes por niño. Pero, ninguna familia tendrá que pagar más de $20 por mes...sin importar cuantos niños haya en la familia. NOTA: No hay costo para niños Indio Americanos o Nativos de Alaska.

¿Por cuánto tiempo pueden mis hijos recibir *hawk-i*?

No hay tiempo límite siempre y cuando ellos sean elegibles. Cuando su solicitud es aprobada, sus hijos serán registrados por 12 meses. Si su hijo cumple 19 años o ya no es elegible por cualquier otra razón, ***hawk-i*** terminará antes de los 12 meses. *RECUERDE: La cobertura de **hawk-i** deberá ser renovada cada año. Usted deberá obtener una forma de renovación antes de que se terminen los 12 meses. Asegúrese de devolver la forma de renovación para ver si **hawk-i** puede continuar.*

¿Pueden mis hijos obtener hawk-i si yo no soy ciudadano de los Estados Unidos?

Si. El niño debe ser ciudadano o haber sido admitido legalmente como extranjero residente para obtener ***hawk-i,*** pero la ciudadanra del padre no cuenta. Información sobre familias que solicitan ***hawk-i*** no se le dá a Immigration and Naturalization de Servicio (INS).

¿PREGUNTAS?
Llame a *hawk-i* servicio al cliente al 1-800-257-8563 (TDD 1-888-422-2319)

Límites de ingreso efectivo, Abril 1, 2003

Utilice estas gráficas para ver como sus hijos pueden obtener cobertura de cuidado médico gratis o a bajo costo.

20% del ingreso de un empleo (antes de impuestos) no es contado cuando se compara el ingreso de una familia con los límites. La deducción de 20% no se aplica a ingresos no devengados como la manutención de un menor, incapacidad de seguro social, o beneficios de seguro de desempleo. Después de restar el 20% del ingreso, comparar el ingreso anual de su familia en las gráficas para ver si sus hijos pueden calificar para cobertura de cuidado médico gratis o a bajo costo.

Tamaño de la Familia (padres, cónyuges, padrastros, y niños menores de 19 viviendo juntos)	**Medicaid** Si el ingreso contable anual de su familia está en esta gráfica, a sus hijos les puede ser posible obtener cobertura **GRATIS** bajo Medicaid.
1	hasta $11,944
2	hasta $16,120
3	hasta $20,296
4	hasta $24,472
5	hasta $28,649
6	hasta $32,825
7	hasta $37,001
8	hasta $41,177

Tamaño de la Familia (padres, cónyuges, padrastros, y niños menores de 19 viviendo juntos)	***hawk-i*** Si el ingreso contable anual de su familia está en esta gráfica, a sus hijos les puede ser posible obtener cobertura **GRATIS** bajo ***hawk-i***.
1	$11,945 a $13,470
2	$16,121 a $18,180
3	$20,297 a $22,890
4	$24,473 a $27,600
5	$28,650 a $32,310
6	$32,826 a $37,020
7	$37,002 a $41,730
8	$41,178 a $46,440

Tamaño de la Familia (padres, cónyuges, padrastros, y niños menores de 19 viviendo juntos)	***hawk-i*** Si el ingreso contable anual de su familia está en esta gráfica, a sus hijos les puede ser posible obtener **hawk-i** por $10 por niño por mes. Ninguna familia pagará mas de $20 por mes.
1	$13,471 a $17,960
2	$18,181 a $24,240
3	$22,891 a $30,520
4	$27,601 a $36,800
5	$32,311 a $43,080
6	$37,021 a $49,360
7	$41,731 a $55,640
8	$46,441 a $61,920

Raza, color, origen nacional, edad, incapacidad, o género no afectarán la elegibilidad con excepto cuando es requerido por ley.

hawk-i Solicitud

Esta solicitud es para cobertura médica para niños y jóvenes menores de la edad de 19. Por favor conteste todas las preg
usted necesita hacer cualquier pregunta o necesita ayuda para llenar esta forma, llame a *hawk-i* servicio al cliente al **1-**

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE. Por favor escriba su información y cómo podemos comunicarnos. Un padre o guardián, o alguien actuando por el padre o guardián, puede hacer la solicitud por los niños. Los jóvenes que no viven con padre o guardián pueden solicitar si mismos. La persona mencionada como el solicitante es la persona que obtendrá el correo que enviemos.

Apellido	Nombre de pila	Segundo Nombre	¿Los niños por los que está solicitando viven con usted? ❑ Si ❑ No

Dirección			Apto.	Tel. Hogar ( )	¿Que parentesco hay con el niño por el que solicita?	¿Qué idioma habla?
Ciudad	Edo.	Código	Condado		❑ Padre ❑ Padrastro ❑ Guardián ❑ Mismo (joven) ❑ Otro	❑ Inglés ❑ Español ❑ Otro (mencione)
Dirección postal (si es otra):			Apto.	Tel. Trabajo ( )		
Ciudad	Edo.	Código	Condado			

SECCIÓN 2: MIEMBROS DE LA FAMILIA. Enumerar a todas las personas en el hogar que son **PADRES, PADRASTROS O GUARDIANES** de los niños por los que está solicitando. Enumere primero a los adultos y luego a los niños a continuación. Usted no necesita enumerar a los niños mayores de 19 o algún otro amigo o pariente que vive en el hogar.

Lista de **Adultos**	**Nombre** (apellido, primer, segundo)	**Nació** (m/d/a)	**Sex**	**# Seguro Social** (opcional)	**Raza/Etnicidad** (opcional)
Adulto 1	**Empiece con usted**		❑ F ❑ M		❑ Blanco ❑ Hispano/Latino ❑ Otro ❑ Negro ❑ Indio Americano/Nativo de Alaska ❑ Asiático ❑ Nativo Hawaii/Isleño del Pacifico
Adulto 2			❑ F ❑ M		❑ Blanco ❑ Hispano/Latino ❑ Otro ❑ Negro ❑ Indio Americano/Nativo de Alaska ❑ Asiático ❑ Nativo Hawaii/Isleño del Pacifico
Adulto 3			❑ F ❑ M		❑ Blanco ❑ Hispano/Latino ❑ Otro ❑ Negro ❑ Indio Americano/Nativo de Alaska ❑ Asiático ❑ Nativo Hawaii/Isleño del Pacifico

¡Tres pasos fáciles para solicitar!

1. Llene la solicitud.
Contestar cada una de las preguntas completamente. Cada sección es importante. Se tomará más tiempo en procesar su solicitud si usted no contesta a todas las preguntas o envía prueba de su ingreso.

2. Firme la solicitud.
La persona que llene la solicitud y todos los padres o padrastros viviendo en la casa deberán firmar la forma.

3. Envíe la solicitud por correo.
y prueba de su ingreso en el sobre que se le ha proporcionado. Usted no necesita timbre de correo.

NIÑOS Y JÓVENES menores de 19. Enumere a los niños y jóvenes que viven en el hogar cuando menos 50% del tiempo. Adjunte una hoja adicional si usted necesita más espacio.

	Nombre (apellido, primero, segundo) / Fecha de nacimiento (mes/día/año)	Número de Seguro Social (opcional)	Sex	¿Como están estos niños emparentados con los adultos arriba enumerados?			¿Usted solicita por este niño?	¿Este niño recibe SSI?	¿Este niño está en Medicaid	Raza/Etnicidad (opcional)	¿Estudia tiempo completo?	¿Este niño está en una institución?	¿Embarazada?	¿Ciudadano de E.U.A.?
Menor 1			❑ F ❑ M	**Adulto 1** ❑ Hijo ❑ Hijastro ❑ Otro (liste)	**Adulto 2** ❑ Hijo ❑ Hijastro ❑ Otro (liste)	**Adulto 3** ❑ Hijo ❑ Hijastro ❑ Otro (liste)	❑ Sí ❑ No **Si es NO pare aquí**	❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No	❑ Blanco ❑ Negro ❑ Asiático ❑ Otro ❑ Hispano/Latino ❑ Indio Americano/ Nativo de Alaska ❑ Nativo Hawaii/ Isleño del Pacifico	❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No **Si es Sí,** ¿Cuándo será dado de alta?	❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No **Si es NO,** dar copia de la mica de INS o pasaporte
Menor 2			❑ F ❑ M	**Adulto 1** ❑ Hijo ❑ Hijastro ❑ Otro (liste)	**Adulto 2** ❑ Hijo ❑ Hijastro ❑ Otro (liste)	**Adulto 3** ❑ Hijo ❑ Hijastro ❑ Otro (liste)	❑ Sí ❑ No **Si es NO pare aquí**	❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No	❑ Blanco ❑ Negro ❑ Asiático ❑ Otro ❑ Hispano/Latino ❑ Indio Americano/ Nativo de Alaska ❑ Nativo Hawaii/ Isleño del Pacifico	❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No **Si es Sí,** ¿Cuándo será dado de alta?	❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No **Si es NO,** dar copia de la mica de INS o pasaporte
Menor 3			❑ F ❑ M	**Adulto 1** ❑ Hijo ❑ Hijastro ❑ Otro (liste)	**Adulto 2** ❑ Hijo ❑ Hijastro ❑ Otro (liste)	**Adulto 3** ❑ Hijo ❑ Hijastro ❑ Otro (liste)	❑ Sí ❑ No **Si es NO pare aquí**	❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No	❑ Blanco ❑ Negro ❑ Asiático ❑ Otro ❑ Hispano/Latino ❑ Indio Americano/ Nativo de Alaska ❑ Nativo Hawaii/ Isleño del Pacifico	❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No **Si es Sí,** ¿Cuándo será dado de alta?	❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No **Si es NO,** dar copia de la mica de INS o pasaporte
Menor 4			❑ F ❑ M	**Adulto 1** ❑ Hijo ❑ Hijastro ❑ Otro (liste)	**Adulto 2** ❑ Hijo ❑ Hijastro ❑ Otro (liste)	**Adulto 3** ❑ Hijo ❑ Hijastro ❑ Otro (liste)	❑ Sí ❑ No **Si es NO pare aquí**	❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No	❑ Blanco ❑ Negro ❑ Asiático ❑ Otro ❑ Hispano/Latino ❑ Indio Americano/ Nativo de Alaska ❑ Nativo Hawaii/ Isleño del Pacifico	❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No **Si es Sí,** ¿Cuándo será dado de alta?	❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No **Si es NO,** dar copia de la mica de INS o pasaporte

Cut Here

untas. Después, firme la forma en la parte de abajo, si
800-257-8563 Nosotros con gusto le ayudaremos.

SECCIÓN 3: INGRESO. Díganos por favor sobre el ingreso de la familia. Enumere todo el ingreso recibido por cualquiera de los padres, padrastros, y otros niños menores de 19. No enumere el ingreso del guardián legal o de cualquier otro adulto que no sean los padres o padrastros de los niños enumerados en la SECCIÓN 2. Asegurarse de demostrar la cantidad del ingreso antes de los impuestos o de otras deducciones (no la cantidad de dinero del ingreso que lleva a casa). Incluir el ingreso de trabajo, negocio propio, beneficios de seguro social, pagos de manutención de menores, seguro de desempleo, beneficios de compensación laboral, beneficios de veteranos, etc. ASEGURESE DE ENVIAR PRUEBA DE SU INGRESO. Si no hay ingreso familiar, escriba "NINGUNO" Para mayor información, ver "Como Probar Su Ingreso."

Nombre de la persona con ingreso (primer, segundo, apellido)	Nombre del patrón o fuente de ingreso	Cantidad de ingreso antes de impuestos u otras deducciones	¿Qué tan seguido recibe esta cantidad?	¿El ingreso se espera que continúe en los próximos 12 meses? Si es NO, explique en la Sección 8
		$	❑ Semana ❑ Mes ❑ Cada dos semanas ❑ Año ❑ Dos Veces al mes ❑ Otro	❑ Sí ❑ No
		$	❑ Semana ❑ Mes ❑ Cada dos semanas ❑ Año ❑ Dos Veces al mes ❑ Otro	❑ Sí ❑ No
		$	❑ Semana ❑ Mes ❑ Cada dos semanas ❑ Año ❑ Dos Veces al mes ❑ Otro	❑ Sí ❑ No

SECCIÓN 4: HISTORIAL DE SEGURO.

¿Cualquier menor por el que usted está solicitando, tiene seguro ahorita o ha estado cubierto por seguro de salud en los últimos 6 meses?
❑ Sí ❑ No (**Si es NO,** ir a la SECCIÓN 5)

SI ES SÍ, enumerar sus nombres:	Si ha terminado la cobertura	Si la cobertura no ha terminado
	¿Cuánto estaba pagando por el seguro cada mes?	¿Cuánto está pagando por el seguro cada mes?
¿Quién es/era quien tenía la póliza de seguro?	¿Cuál fue la última fecha de la cobertura?	
¿La cobertura es/era a través de? ❑ El trabajo ❑ Póliza privada ❑ COBRA	¿Por qué lo suspendieron?	

SECCIÓN 5: REFERENCIAS PARA MEDICAID. Si su ingreso es mas bajo de los limites de ***hawk-i*** esta solicitud será revisada para ver si sus hijos pueden obtener cobertura de atención medica a través del programa de Medicaid. Para mayor información, ver "Sugerencias Útiles"

¿Alguno de los niños por los cuales están solicitando tienen cuentas médicas recibidas durante los últimos tres meses? ❑ Sí ❑ No	**SI ES SÍ,** dé nombres de los niños y el mes en que se recibió el cuidado	
	Nombre del niño	Mes que se recibió el cuidado
¿Alguien paga manutención para el menor, o pagos de manutención para una persona que no vive en el hogar? ❑ Sí ❑ No	**SI ES SÍ,** dé el nombre de la persona que paga y la cantidad pagada. $	
¿Usted le paga a alguien para que cuide a sus niños cuando está en el trabajo o escuela? ❑ Sí ❑ No	**SI ES SÍ,** dé el nombre de los niños y las cantidades que usted paga cada mes. Por favor envíe prueba de sus pagos.	

SECCIÓN 6: DERECHOS Y RESPONSABILIDADES.

- **Yo entiendo que la cobertura bajo el programa *hawk-i* necesita renovarse cada año.**
- Yo estoy de acuerdo con la divulgación de ingresos de la solicitud y cualquier prueba de información a las agencias que manejen estos programas para que ellos puedan decidir si yo soy elegible. Yo entiendo que esta información será manterida privada conforme a la ley.
- Yo entiendo que yo debo reportar cualquier cambio en la información que aparece en la forma.
- Yo entiendo que a mi se me puede pedir mas información.
- Yo entiendo que la elegibilidad no será afectada por raza, color, origen nacional, edad, incapacidad o sexo, con excepción cuando sea requerido por ley.
- Yo entiendo que la solicitud puede ser enviada al programa de Medicaid si el menor califica para obtener Medicaid en lugar de ***hawk-i.***
- Yo entiendo que yo puedo apelar cualquier decisión hecha como resultado de esta solicitud. Yo me puedo enterar de como registrar una apelación al llamar al programa de ***hawk-i*** al 1-800-257-8563 o a Iowa Department of Servicios Humanos al 515-281-3094
- Yo entiendo que cualquiera que mienta a propósito o que no diga la verdad o haga arreglos para que alguién más mienta a propósito o no diga la verdad está cometiendo un crimen que puede ser castigado bajo las leyes Federales y estatales. Yo entiendo que a mi también se me puede obligar a devolver el valor de los beneficios recibidos y yo puedo quedar sujeto a multas y otros castigos civiles si la información que yo de no sea la verdad.
- Yo juro bajo castigo de perjurio que todo lo que aparece en este formulario de solicitud es verdad.

X _____
Firma o marca del solicitante — Fecha

X _____
Firma o marca de otra persona o padrastro en el hogar — Fecha

X _____
Firma de persona, si es que hay, que haya ayudado a llenar este formulario — Fecha

SECCIÓN 7: ¿COMO SE ENTERO SOBRE *hawk-i*?

Por favor marque uno

- ❑ Televisión
- ❑ Radio
- ❑ Periódico
- ❑ Boletín
- ❑ Amigo o Pariente
- ❑ WIC
- ❑ Escuela
- ❑ Doctor, o Farmacia
- ❑ Department of Servicios Humanos
- ❑ Iglesia
- ❑ Patrón
- ❑ Agencia de Salud, o Social
- ❑ Guardería
- ❑ Otros (enumerar en la Sección 8)

Como Probar Su Ingreso (SECCIÓN 3)

Ingreso de un empleo: Envíe copias de todos los talones de cheque de pago por los últimos 30 días. Si usted no tiene talones de pago o usted tiene un nuevo empleo, nosotros podemos tomar una declaración firmada por su patrón verificando su paga.

Ingreso de negocio propio: Envíe una copia de su reporte de impuestos anual más reciente (Incluir Schedule C o F). Si su negocio propio es nuevo o sus ingresos no son iguales a como aparecen en el reporte anual de impuestos, envíe una copia de sus récords más recientes de su negocio; díganos que es lo que ha cambiado.

Ingreso No Devengado (como manutención a un menor, beneficios de seguro social, beneficios de VA, seguro de desempleo, etc.): Envíe una copia de una carta de concesión, decreto de divorcio, o cualquier otra prueba que demuestre cuanto es lo que usted recibe.

IMPORTANTE: Asegúrese de decirnos, si su el ingreso va a cambiar. Por ejemplo, díganos si los cheques de pago de los últimos 30 días demuestran que usted haya trabajado más tiempo extra mas de lo usual. Si usted solamente trabaja parte del año, como por ejemplo un trabajador de construcción o maestro, díganos cuánto es lo que gana para todo el año.

Sugerencias Útiles Sobre Medicaid (SECCIÓN 5)

Sus hijos obtendrán mas beneficios bajo Medicaid que bajo ***hawk-i***, Medicaid también puede pagar las cuentas médicas por los últimos 3 meses para sus hijos si ellos son elegibles. Para ver si sus hijos son elegibles, envíe prueba de su ingreso por cualquiera de los últimos 3 meses en los cuales sus hijos tuvieron cuentas médicas. También, asegúrese de enviar prueba de los pagos a sus hijos para que usted pueda obtener una deducción para su ingreso.

SECCIÓN 8: Use esta área si usted necesita más espacio para contestar cualquiera de las preguntas.