

Medicaid

for Low Income Families



SOBRA

Medicaid



ALL Kids

Insurance



The Alabama

Child Caring

Program



Su solicitud

para obtener cobertura de salud gratuita o de bajo costo

Estos programas cubren a las familias de bajos ingresos con niños, mujeres embarazadas, niños menores de 19 años y mujeres de 19 a 55 años de edad (sólo para planificación familiar y control de la natalidad).

Sus ingresos y la información acerca de su familia determinarán el programa en que puede participar.

También puede solicitar en línea:

www.insurealabama.org

Si necesita una solicitud en español, llame gratis a ALL Kids al teléfono **1-888-373-KIDS (5437)** o a la oficina de Medicaid en Alabama al teléfono **1-800-362-1504.**

¿Recibe Medicaid en otro estado? Sí No Si la respuesta es sí, debe cancelar su Medicaid en ese estado antes de poder inscribirse en Medicaid de Alabama

1. Solicitante: padre, madre o persona encargada del cuidado del/los niño(s) o una mujer embarazada (los niños deben ser incluidos en la lista de la página 2).

Nombre (s) completo (s)	Número de Seguro Social de EE.UU. (si lo tiene)
Dirección donde recibe su correo	Teléfono de su casa: () Teléfono donde podamos dejarle mensajes: ()
Dirección de domicilio (calle o dirección localizable por 911) Condado donde vive	Teléfono de su trabajo: () ¿Podemos llamarlo al trabajo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Ciudad, Estado, Código postal (Zip Code)	Otro teléfono: () ¿De quién es el teléfono?
Estado civil: Casado (a) <input type="checkbox"/> Divorciado (a) <input type="checkbox"/> Separado (a) <input type="checkbox"/> Soltero (a) <input type="checkbox"/> Viudo (a) <input type="checkbox"/>	¿Qué idioma habla normalmente? inglés <input type="checkbox"/> español <input type="checkbox"/> otro _____ ¿Usted u otro miembro de la familia habla inglés? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

2. Mujer embarazada. (Proporcione la constancia de un doctor o clínica que confirme que usted está embarazada y la fecha probable del nacimiento).

Nombre	Fecha en que espera dar a luz	Número de bebés en este embarazo
--------	-------------------------------	----------------------------------

3. Gastos médicos pagados o sin pagar. ¿Alguno de los solicitantes ha tenido gastos médicos (como cuentas médicas, pruebas de laboratorio, etc.) en los últimos 3 meses? Sí No

Nombre del paciente	¿Cuándo recibió la atención médica?	¿Nombre del paciente?	¿Cuándo recibió la atención médica?
---------------------	-------------------------------------	-----------------------	-------------------------------------

4. Seguros de salud: ¿Hay alguien viviendo en la casa que tiene seguro médico? (Blue Cross, All Kids, Medicaid, Alabama Child Caring Program, TriCare, Champus, Medicare u otro.) Sí No Si la respuesta es sí, necesitamos una copia de su tarjeta por ambos lados.

Nombre de la persona en la póliza	Nombre del asegurado	Nombre de la compañía de seguro	Número de póliza	Número de grupo	Vigente a partir de la fecha
Trace un círculo alrededor de lo que esta póliza cubre: Dental Visitas al Doctor Medicamentos Planificación Familiar Hospital Maternidad Otros ¿Es la póliza Manejo de Planes de Salud (Managed Care) o Sociedad Médica (HMO)? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
Nombre de la persona en la póliza	Nombre del asegurado	Nombre de la compañía de seguro	Número de póliza	Número de grupo	Vigente a partir de la fecha
Trace un círculo alrededor de lo que esta póliza cubre: Dental Visitas al Doctor Medicamentos Planificación Familiar Hospital Maternidad Otros ¿Es la póliza Manejo de Planes de Salud (Managed Care) o Sociedad Médica (HMO)? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
¿Se le ha vencido algún seguro de salud en los últimos 3 meses? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> De ser así, ¿quién? _____ Por qué _____					
¿Se le va a vencer algún seguro de salud en los próximos 2 meses? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> De ser así, ¿quién? _____ Fecha de finalización: _____					
Por favor explique p <input type="checkbox"/>					
¿Hay alguien en la casa que esta empleado por el estado o por alguna escuela pública? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si la respuesta es sí, ¿quién?: _____					

5. Mujeres entre 19 y 55 años de edad podrían participar de servicios para planificación familiar (control de natalidad) (Advertencia: Usted no puede participar si se ha hecho ligar sus trompas, ha sido esterilizada, o está en Medicare.) ¿Desea usted Solicitar o Continuar Recibiendo Planificación Familiar? Sí No

FOR MEDICAID USE ONLY / PARA USO EXCLUSIVO DE MEDICAID		
ALL Kids Date Rec'd _____	Medicaid Date Rec'd _____	Plan First Date Rec'd _____
Date Accepted _____	Date Accepted _____	Date Accepted _____

5. Las mujeres de 19 a 44 años pueden reunir las condiciones para obtener servicios de planificación familiar (control de la natalidad). ¿De-sea solicitar o renovar estos servicios? (NOTA: No puede participar en este programa si le han atado las trompas, si la han esterilizado o si recibe beneficios de Medicare). Sí No

6. ¿Recibe usted asistencia familiar de DHR? Sí No ¿Recibe cupones de alimentos? Sí No Número de caso _____

7. ¿Le interesa a usted o a alguien en su casa recibir información para obtener alimentos gratuitos del programa WIC? Sí No

8. Información sobre las personas que viven en la casa.

<p>En la línea A, escriba el nombre del padre o la madre, la persona a cargo o la mujer embarazada del número 1 en la página 1.</p> <p>En la línea B, escriba el nombre del o de la cónyuge de la persona en la línea A.</p> <p>En las líneas C a O, escriba el nombre de todos los niños menores de 19 años a los que cuida y que viven en su casa.</p> <p><u>NOTA: Liste el nombre del niño como aparece en su certificado de nacimiento.</u></p> <p>NOTA: Si el padre o la madre con custodia legal del (los) niño(s) en esta lista vive en la casa, inclúyalo(a) en esta sección.</p>				<p>Número del Seguro Social (Se requiere para quienes buscan asistencia)</p>	<p>Relación con la persona inscrita en la línea A</p> <p>Hijo/Hija (C) Nieto(a) (I) Esposo (H) Esposa (W) Padres (P) Hermano(a) (S) Sobrino(a) (N) Primo(a) (E) Otro (O)</p>	<p>¿Es usted ciudadano de los E.U.A. ?</p> <p>Sí o No</p> <p>Las personas que no sean ciudadanas podrían recibir ciertos servicios</p>	<p>Fecha de nacimiento</p>	<p>Edad</p>	<p>Sexo</p>	<p>Raza</p> <p>Negra (B) Blanca (W) Asiática (A) Hispana (H) Indio (I) americano/nativo de Alaska Nativo de (NP) Hawaii / islas del Pacífico Otra (O) Desconocida (U)</p>
** Primer Nombre	Segundo Nombre o Apellido de Soltera	Apellido(s)								
A					Usted mismo(a)					
B					Cónyuge					
C										
D										
E										
F										
G										
H										

Si su nombre es Fulana de Tal Vista Hermosa ingrese su nombre de la siguiente manera: **Primer Nombre como Fulana, **Segundo Nombre o Apellido de Soltera** como de Tal, y **Apellido(s)** como Vista-Hermosa. Si usted tiene más miembros de la familia en su hogar, por favor adjunte una hoja adicional de papel listando a esos miembros de la familia y la información antes mencionada para ellos (Número de Seguro Social, Fecha de Nacimiento, etc.)

9. Padrastros. ¿Hay algún padrastro o madrastra viviendo en la casa? Sí No

Si la respuesta es sí, _____ es el padrastro/ la madrastra de _____ Nombre del padrastro/madrastra	Nombre del (los) niño(s)
_____ es el padrastro/ la madrastra de _____ Nombre del padrastro/madrastra	Nombre del (los) niño(s)

10. Si las personas que viven en su casa no tienen ninguna fuente de ingresos, marque aquí _____.

11. Sus ingresos por trabajo y el de sus familiares que viven en la casa: Para cumplir con los requisitos de Medicaid, incluya un comprobante de su sueldo bruto (antes de las retenciones, tales como impuestos, jubilación, primas de Medicare, descuentos, etc.). Puede enviar las copias de los talonarios de cheques o una declaración por escrito firmada por su empleador del mes más reciente.

NOTA: Recuerde incluir el pago por horas extras.

Sólo se toman en consideración los ingresos del padre o la madre con custodia legal del niño para el cual se está solicitando.

Nombre de la persona que trabaja	Número de horas que trabaja cada semana	Pago por hora	Día de la semana en que le pagan (lunes [M]) (martes [Tu]) (miércoles [W]) (jueves [Th]) (viernes [F])	¿Con qué frecuencia le pagan? Semanalmente (weekly) Cada dos semanas (every two weeks) Dos veces al mes (twice a month) Otro [especifique] (other [specify])	Salario bruto (antes de las retenciones) Incluya las Propinas y las Horas Extras	Nombre de la compañía en la que usted trabaja, al igual que la dirección y el número de teléfono

¿Trabaja usted por cuenta propia? Sí No Si la respuesta es sí, debe incluir la copia más reciente de su Declaración de Impuestos y el anexo Schedule C.

¿Recibe ingresos por agricultura o ganadería? Sí No Si la respuesta es sí, debe incluir la copia más reciente de su Declaración de Impuestos y el anexo Schedule F.

12. Servicio de guardería o asistencia. Si usted trabaja, ¿alguna persona de la casa paga por el cuidado prestado durante el día a un niño o un adulto discapacitado que vive en casa? Sí No

Nombre de la persona que paga por dicha atención.	¿Cuánto paga?	¿Con qué frecuencia paga?	Nombre y edad de la(s) persona(s) que recibe(n) la atención

13. Otros ingresos: Para cumplir con los requisitos de Medicaid, incluya un comprobante de ingresos como una carta de adjudicación de beneficios, una copia de un cheque o una declaración por parte de la fuente de los ingresos.

Díganos si usted o algún miembro de la familia recibe otros ingresos de las fuentes enumeradas en la siguiente lista.

Para pensiones de manutención, escriba el nombre del niño por quien se recibe el pago.

- | | | | |
|---|---|---|---|
| 1. Seguro Social de los EUA (incluya la prima de Medicare) | 8. Pensión privada | 14. Indemnización por desempleo | 23. Acuerdos judiciales |
| 2. Suplemento SSI (cheque dorado) | 9. Beneficios de mineros | 15. Anualidad o ingresos del seguro | 24. Salario de talleres para readaptación de discapacitados (Sheltered Workshop Earnings) |
| 3. Asistencia pública (Welfare) | 10. Beneficios por enfermedad de <i>Black Lung</i> | 16. Pago del gobierno por terrenos | 25. Pagos únicos como beneficiario de un acuerdo |
| 4. Jubilación de la empresa de ferrocarriles | 11. Contribuciones en efectivo (de parientes, otros) | 17. Derechos de carbón, petróleo, grava y arrendamiento de madera | 26. Dividendos |
| 5. Beneficios de veteranos, pensiones, indemnización o seguro | 12. Ingresos por arrendamientos (terrenos, edificios u hospedaje) | 18. Regalías | 27. Becas o préstamos escolares |
| 6. Anualidad Federal del Servicio Civil | 13. Préstamos personales (de parientes, otros) | 19. Pensión de manutención | |
| 7. Jubilación o pensión estatal | | 20. Intereses de sus ahorros | |
| | | 21. Otro: Especifique: _____ | |
| | | 22. Otro: Especifique: _____ | |

Nombre de la persona que recibe los pagos	Tipo de pago (vea arriba)	Ingresos brutos (antes de las retenciones)	¿Cada cuánto recibe los pagos?

For ALL Kids Use Only / Para uso exclusivo de ALL Kids					
Screen ck	All Kids ck	MCD ck	LF/NF ck	Fee pd ck	Date wk
For Medicaid Use Only					
ID# _____	ID# _____	ID# _____	ID# _____		

Esta página de Medicaid es sólo para el programa Medicaid for Low Income Families (MLIF).

Si usted no desea solicitar MLIF para usted mismo, deje esta página en blanco.

El programa de Medicaid para las familias de bajos recursos (MLIF) es para familias de ingresos extremadamente bajos. MLIF permite que un adulto se incluya en Medicaid; sin embargo, este programa exige información sobre los padres ausentes. Si desea solicitar MLIF para usted mismo, debe darnos la información sobre el padre ausente en el formulario de abajo. Así, Medicaid puede transmitirle un pedido de sustento médico a la Child Support Enforcement Unit, Department of Human Resources, DHR (unidad del Departamento de Recursos Humanos encargada de hacer cumplir el pago de pensiones de manutención).

Si está solicitando MLIF y hay un niño en su casa cuyo(s) padre(s) no viven en el hogar, debe completar la información de abajo sobre cada uno de los padres que no viva en el hogar, a menos que pueda darle a Medicaid una razón válida para no hacerlo. Una razón puede ser que el niño fue concebido por violación o incesto o que el cooperar o proporcionar la información podría perjudicar o hacerle daño a usted, a su familia o a sus hijos. Si no desea solicitar MLIF, no desea completar el formulario de información sobre el padre o madre ausente o no quiere cooperar con la Child Support Enforcement Unit,

Department of Human Resources, DHR, su(s) niño(s) podrían de todos modos reunir los requisitos para Medicaid.

¿Cooperará usted con la Child Support Unit para el cumplimiento del sustento médico? Sí No

Si piensa que tiene una razón válida para no cooperar, marque aquí _____.

¿Desea el adulto o los adultos viviendo en el hogar solicitar MLIF? Sí No

Sólo para MLIF, complete los datos con toda la información que tenga sobre cada niño cuyo padre, madre o ambos padres no vivan en el hogar.

Nombre del niño que tiene un padre o madre ausente _____				
Nombre del padre o madre ausente	Número del Seguro Social	Fecha de nacimiento	Sexo Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	Raza
Dirección		Razón por la que no vive en el hogar		
¿Usted ya solicitó el sustento médico para este niño? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			¿Se ha establecido la paternidad de este niño? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

Nombre del niño que tiene un padre o madre ausente _____				
Nombre del padre o madre ausente	Número del Seguro Social	Fecha de nacimiento	Sexo Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	Raza
Dirección		Razón por la que no vive en el hogar		
¿Usted ya solicitó el sustento médico para este niño? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			¿Se ha establecido la paternidad de este niño? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

Nombre del niño que tiene un padre o madre ausente _____				
Nombre del padre o madre ausente	Número del Seguro Social	Fecha de nacimiento	Sexo Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	Raza
Dirección		Razón por la que no vive en el hogar		
¿Usted ya solicitó el sustento médico para este niño? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			¿Se ha establecido la paternidad de este niño? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

Nombre del niño que tiene un padre o madre ausente _____				
Nombre del padre o madre ausente	Número del Seguro Social	Fecha de nacimiento	Sexo Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	Raza
Dirección		Razón por la que no vive en el hogar		
¿Usted ya solicitó el sustento médico para este niño? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			¿Se ha establecido la paternidad de este niño? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

Nombre del niño que tiene un padre o madre ausente _____				
Nombre del padre o madre ausente	Número del Seguro Social	Fecha de nacimiento	Sexo Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	Raza
Dirección		Razón por la que no vive en el hogar		
¿Usted ya solicitó el sustento médico para este niño? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			¿Se ha establecido la paternidad de este niño? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

Nombre del niño que tiene un padre o madre ausente _____				
Nombre del padre o madre ausente	Número del Seguro Social	Fecha de nacimiento	Sexo Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	Raza
Dirección		Razón por la que no vive en el hogar		
¿Usted ya solicitó el sustento médico para este niño? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			¿Se ha establecido la paternidad de este niño? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

Si necesita más espacio, incluya hojas adicionales.

Historial médico pediátrico:

Complete este cuestionario y devuélvalo junto con su solicitud.
 Esta información sólo se usará para ayudar a ALL Kids a atender mejor a su(s) hijo(s) y para evaluar el éxito del programa.
No se le negará cobertura a ningún niño debido a una enfermedad preexistente.



Si tiene más de cuatro hijos, haga una copia del formulario para poder completar una historia médica de cada uno de los niños que quiere inscribir.	Nombre del niño:	Nombre del niño:	Nombre del niño:	Nombre del niño:
Historial médico pediátrico – Marque la casilla si lo siguiente aplica a su hijo:				
¿Pesó menos de 5 ½ libras (2.5 Kg.) al nacer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene médico de cabecera?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha recibido un examen físico completo por parte de un doctor o enfermero(a) en los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha sido atendido en la sala de emergencia en los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene sus vacunas al día?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha tenido un examen de la vista en los últimos dos años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha tenido una revisión dental en los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Condiciones médicas: Marque la casilla si su hijo tiene o ha tenido alguna de las siguientes condiciones médicas				
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lesiones de nacimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsia/Trastornos convulsivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artritis reumatoide juvenil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Espina bífida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Labio leporino y/o fisura palatina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas cardíacos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemofilia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fibrosis quística	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pérdida de la audición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lesión craneal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lesión en la columna vertebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Síndrome de déficit atencional o Síndrome de déficit atencional con hiperactividad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de salud mental o abuso de sustancias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tratamiento por problemas de salud mental o abuso de sustancias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades graves que no se indican arriba. <i>Si es así, especifique*:</i>	_____	_____	_____	_____

*Es posible que ALL Kids no ofrezca ningún servicio especial adicional para estas condiciones médicas.

Si marcó alguna de las casillas anteriores y quisiera tener más información para su hijo a través de organismos asociados con ALL Kids, firme a continuación.

Mediante mi firma abajo, acepto que ALL Kids comparta con sus asociados de salud la información sobre mi hijo para que puedan contactarme o enviarme información escrita acerca de los servicios especiales para la condición médica de mi hijo.

Firma del padre o madre _____ Fecha _____

¿Dónde ha oído hablar sobre ALL Kids? Marque todas las que correspondan:

- Médico Televisión Escuela Trabajo Hospital Amigo Periódico Iglesia/sinagoga
 Radio Internet Ferias de salud Familiar Revista Biblioteca Centro comercial
 Salón de belleza/barbería Depto. de salud Otro: _____

Recuerde: Incluya este cuestionario en el sobre junto con la solicitud.