



Solicitud de Medicaid para Personas Involucrados en la Justicia

Esta solicitud puede ser utilizado para las Personas Involucradas en la Justicia para solicitar una determinación de elegibilidad de Medicaid para uno de los siguientes programas:

Cobertura de Medicaid de Reingresar	Medicaid Suspendida
<p><i>Personas deben cumplir con requisitos específicos del programa para ser considerados para este programa.</i></p> <p><i>Los centros de encarcelamiento deben declarar que la persona esta cumpliendo con estos requisitos por someter a DWSS la Forma 2971 completada, Solicitud para la Transición de Medicaid para los Involucrados en la Justicia.</i></p>	<p><i>Las personas que no están actualmente en un programa de Medicaid pueden solicitar y tendrá a DWSS para evaluarlos para un programa de Medicaid o CHIP.</i></p> <p><i>Si es determinado elegible, el individuo tendrá su elegibilidad suspendido hasta su liberación del centro de encarcelamiento o sus circunstancias cambian, y ya no califican para Medicaid o CHIP.</i></p>

Información del Solicitante

Primer nombre:	Segundo nombre:	Apellido:	Sufijo:	Fecha de nacimiento:
¿Encarcelado actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Fecha esperada de liberación? ____ / ____ / ____		
Nombre del establecimiento:	Dirección del establecimiento:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
<i>Lista de su dirección física y de correo actual abajo.</i>				
Dirección física:	Número del Apartamento:	Dirección de correo:	Número del Apartamento:	
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Ciudad:	Estado:
Código postal:			Código postal:	
Número de teléfono de día:	Ext.:	Número de teléfono secundario:	Ext.:	
Idioma preferido (si no es inglés): <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____			¿Necesita un intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Actualmente, notificaciones se mandan por correo. En el futuro, si está disponible, quisiera recibir información por:				
Correo electrónico: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Dirección de correo electrónico:		

Número de Seguro Social:

DWSS necesita números de Seguro Social (SSNs) (si uno ha sido asignado) para las personas solicitando seguro de salud.

Por favor asegúrese de que el nombre sea el mismo que aparece en su Tarjeta de Seguro Social.

Número de Seguro Social/de Identificación de Impuestos (REQUERIDO): _____-_____-_____	Estado civil:	¿Embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sexo:
		Fecha del parto: _____	<input type="checkbox"/> Masculino
		Si la respuesta es sí, ¿Cuántos bebés se esperan? _____	<input type="checkbox"/> Femenino
¿Es usted legalmente ciego o permanentemente discapacitado ?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

¿Planea presentar una declaración de impuestos federales el PRÓXIMO AÑO? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si la respuesta es no , ¿lo declaran como dependiente en la declaración de impuestos federales de tra persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si la respuesta es sí, nombre del declarante de impuestos:	Parentesco con usted:
¿Es usted ciudadano de los EE.UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Ha vivido usted en los EE.UU. desde 1996? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si no es ciudadano de los EE.UU., ¿tiene usted estatus migratorio como elegible? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si la respuesta es sí, proporcione la siguiente información:	Tipo: _____ No. de identificación: _____
¿Es usted, su cónyuge, su pareja doméstica o su padre (si usted es menor de edad) un veterano retirado honorablemente o miembro activo de las fuerzas militares? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Información de ingreso actual <input type="checkbox"/> Sin empleo	
¿Recibe ingreso actualmente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es sí, ¿Qué tipo?	Cantidad en bruto: \$
¿Con que frecuencia te pagan? <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Bimensual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual	
Indio Americanos o Nativos de Alaska (AI/AN)	
Indio Americanos o Nativos de Alaska (AI/AN) quienes se inscriben en Medicaid y el seguro de salud de Silver State y también obtiene servicios de salud de Indios, programas de salud tribunales o programas de salud indígenas urbanos.	
Información Étnico y de Raza	
¿Es usted Indio Americano o Nativo de Alaska? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si la respuesta es sí, ¿Cual tribunal?	
¿Es usted Hispano/Latino o de origen Español? (opcional) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si es Hispano/Latino (Marque todas las que correspondan - opcional):	
<input type="checkbox"/> Mexicano <input type="checkbox"/> Americano Mexicano <input type="checkbox"/> Borriqueño <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Chicano/a <input type="checkbox"/> Otro	
Raza (opcional) - Marque todas las que correspondan	
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái
<input type="checkbox"/> Afroamericano o Negro	<input type="checkbox"/> Guameño o Chamorro
<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Samoano
<input type="checkbox"/> Medio Oriental o Norte Africano	<input type="checkbox"/> Otro isleño del Pacífico
<input type="checkbox"/> Indio asiático	<input type="checkbox"/> Coreano
<input type="checkbox"/> Guameño o Chamorro	<input type="checkbox"/> Otro asiático
<input type="checkbox"/> Filipino	<input type="checkbox"/> Vietnamita
<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Otro: _____
Información de Seguro de Salud	
¿Tiene actualmente seguro de salud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si la respuesta es sí, ¿Qué tipo?	Nombre de la compañía de seguros:
No Discriminación	
Siguiendo la ley federal, discriminación no es permitido sobre las bases de raza, color, origen nacional, sexo, edad, orientación sexual, identidad de género o discapacidad. Usted puede presentar una queja:	
en línea:	https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html
por correo:	Director, U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, Centralized Case Management Operations, 200 Independence Ave, S.W. Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201
por teléfono:	Customer Response Center: (800) 368-1019, Fax: (202) 619-3818, TDD: (800) 537-7697
por correo electrónico:	ocrmail@hhs.gov

Programa de Medicaid de Recuperación de Patrimonio

Los beneficiarios de Medicaid que tienen 55 años o más de edad o están hospitalizados en un centro médico pueden ser responsables por el reembolso de los gastos pagados por ellos por Medicaid. Estos pagos hechos por parte del Programa de Medicaid pueden recuperarse del patrimonio del beneficiario después de su muerte o después de la muerte de su cónyuge sobreviviente. (Vea el Formulario 6160-AF, Operación del Programa.)

Responsabilidad de terceros

Yo entiendo que lo siguiente es un requisito de elegibilidad para recibir beneficios de Medicaid:

- 1) Si alguien en esta solicitud recibe beneficios de Medicaid, le doy a la agencia de Medicaid el derecho de perseguir y obtener dinero de otros seguros de salud, seguros, acuerdos legales, y cualquier otro tercero que pueda ser responsable por los servicios médicos pagados por Medicaid; y
- 2) Yo doy a la agencia de Medicaid el derecho de perseguir y obtener manutención de niños y médica de un cónyuge o un padre; y
- 3) Yo estoy de acuerdo en que los miembros de mi hogar cooperarán con la agencia de Medicaid para obtener dinero de las compañías de seguros, acuerdos legales y terceros y darán a DHHS aviso de cualquier acuerdo o acción legal.

Revisiones e Investigaciones

Al firmar esta solicitud, usted autoriza al Departamento de Salud y Servicios Humanos a hacer investigaciones acerca de usted, otros miembros de su hogar y/o de los padres legales o naturales de su niño(s), que sean necesarias para determinar la elegibilidad para beneficios que usted o miembros de su hogar reciben o recibirán bajo programas administrados por DWSS y Nevada Health Link. Información proveída a DWSS puede ser verificada o investigada por oficiales federales, estatales y locales, incluyendo personas que trabajan en el control de calidad.

Si usted no coopera con la investigación, sus beneficios pueden ser negados o terminados. Si usted da una declaración falsa o información confusa; entregar documentos alterados; o encubrir o retener información necesario para que la agencia puede ser una determinación precisa de sus beneficios por lo cual usted puede ser elegible, sus beneficios pueden ser negados, terminados o reducidos. Si usted recibe beneficios que no tiene derecho recibir, tendrá que reembolsar a la agencia todo el dinero, servicios y beneficios que no tenía derecho a recibir. También puede ser descalificado para recibir beneficios en el futuro y ser procesado criminalmente o penalizado de acuerdo con las leyes estatales y federales.

Póliza de Privacidad

Mantenemos su información privada como exige la ley. Sus respuestas en esta solicitud sólo se usarán para determinar la elegibilidad para la cobertura de salud y para proveer información adicional para servicios de salud disponibles a su hogar. Nevada Health Link, la División de Bienestar y Servicios de Apoyo Social y el Departamento de Salud y Servicios Humanos revisarán su elegibilidad utilizando nuestras bases de datos electrónicas y las bases de datos de otras agencias federales. Si la información no es igual, podremos pedir que envíe comprobantes. No haremos preguntas sobre sus antecedentes médicos. No se harán preguntas sobre la ciudadanía o estatus migratorio a los miembros del hogar que no quieren la cobertura.

IMPORTANTE: Como parte del proceso de solicitud, es posible que necesitemos recuperar sus datos del Servicio de Impuestos Internos (IRS), del Seguro Social (SSA), del Departamento de Seguridad Nacional (DHS), y/o una agencia de informe del consumidor.

DWSS necesita esta información para comprobar su elegibilidad para la cobertura y para darle el mejor servicio posible. DWSS también puede revisar su información posteriormente para asegurarse de que su información esté actualizada. DWSS le notificará si encontramos que algo ha cambiado.

Entiendo que mi información será usada y recuperada a través de fuentes de datos para esta solicitud. Tengo el consentimiento de todas las personas enumeradas en la solicitud que permite la recuperación y el uso de su información de las fuentes de datos anteriormente mencionadas.

Opción de Mensaje de Texto Opt-In/Opt-Out

La información proporcionado en esta solicitud, incluyendo sus número(s) de teléfono, serán compartidos con la División del Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS), y la Organización de Atención Administrada (MCO), por lo cual se le asigna. Consentimiento autoriza llamadas y/o textos de DHHS, MCO, o cualquier contratista actuando en su nombre, en cualquier número(s) de teléfono que proporcionó en su solicitud, ahora o en el futuro, incluyendo información sobre sus necesidades de salud o tratamientos, servicios de bienestar, planes de beneficios, elegibilidad, renovar y/o redeterminación, y para cualquier otra comunicación relacionado con DHHS o MCO sobre su cobertura de salud. Estas llamadas/textos son hechos utilizando la tecnología automático, tal como con un sistema de marcación telefónica o artificial o mensaje de voz pregrabado. Tarifas de mensajes y datos estándares pueden aplicar.

(Marque uno de los siguientes;)

- Yo consiento a recibir mensaje de texto como descrito hacia arriba. Teléfono Preferido (____) ____-____
 No consiento a recibir mensaje de texto como se describe arriba. Iniciales: _____

Selección del plan de salud

Las familias que viven en los condados urbanos de Washoe o Clark están cubiertos por una organización de atención administrada (MCO). Se le pide que elija uno de los siguientes planes de salud. Si usted no indica una preferencia, le asignará un plan al azar. Su selección de plan de salud no garantiza la aceptación en los programas Nevada Medicaid o Nevada Check-Up. Si usted o miembros familiares ya están inscritos en uno de los MCOs actualizados, no podrá cambiarlo en este momento. Las personas inscritas recibirán un manual explicándoles los beneficios del plan de salud.

Por favor de hacer una selección:	Número de Contacto:	Website: (Visit for more Information)
<input type="checkbox"/> Anthem Blue Cross and Blue Shield Healthcare Solutions	1-844-396-2329	mss.anthem.com/Nevada-medicaid.home.html
<input type="checkbox"/> Molina Healthcare	1-844-327-7136	meetmolina.com/nv-medicaid
<input type="checkbox"/> SilverSummit Healthplan	1-844-366-2880	silversummithealthplan.com
<input type="checkbox"/> UnitedHealthcare Health Plan of Nevada Medicaid	1-844-962-8074	myHPNmedicaid.com/Member

Ninguna Preferencia (Nota: Si no escoge una opción de atención administrada, usted será asignado uno al azar por Medicaid)

Para más información en los planes diferentes, visite <https://dhcfp.nv.gov/Members/BLU/MCOMain/>. Si necesita buscar un proveedor, visite <https://www.medicaid.nv.gov/hcp/provider/Home/tabid/135/Default.aspx>, y buscar un proveedor o puede llamar uno de las oficinas del distrito local de Medicaid hacia abajo:

Llame gratis estatal	TTY	Carson City	Reno	Las Vegas	Elko
(800) 992-0900	(800) 992-0900	(775) 684-3651	(775) 687-1900	(702) 668-4200	(775) 753-1191

Sus Derechos

Puede apelar, si usted piensa que hemos hecho un error o no avisamos con tiempo adecuado sobre su solicitud. Esto indica que nos puede pedir a revisar su caso una vez mas. Usted tiene que pedir una apelación por escrito dentro de 90 días desde la fecha de la notificación. La notificación le dice como apelar. Usted puede nombrar un representante para actuar en su favor durante el proceso de apelaciones. Comuníquese con nosotros, y le podremos ayudar con su apelación.

Sus Responsabilidades

Sé que tengo que reportar cambios al programa donde estoy inscrito si la información ha cambiado en esta solicitud. Sé que puedo ser cambios al llamar al servicio al cliente y que tengo que reportar para el quinto día (5th) del mes siguiente. Yo entiendo que un cambio en mi información puede afectar mi elegibilidad para los miembros de mi hogar.

Divulgación de Información

Por lo presente autorizo y consiento a la divulgación de toda la información acerca de mí o de mis miembros del hogar al Departamento de Salud y Servicios Humanos por el titular de la información, tales como, pero no limitado a, información de salarios, la información hecha confidencial por ley, así como la información del paciente privilegiada bajo NRS 49.225, o cualquier otra disposición de la ley. Yo libero al titular de la información de la responsabilidad, si alguna, como consecuencia de la liberación (divulgación) de la información requerida.

Si tengo 60 años de edad o más, doy mi consentimiento para la divulgación de mi identidad y renuncio a mi derecho como una persona mayor de tener mi identidad confidencial. Yo libero al titular de la información de la responsabilidad, si alguna, como consecuencia de la divulgación de la información requerida.

Por favor lea y firme esta solicitud.

- Estoy firmando esta solicitud bajo pena de perjurio, que dice que he proporcionado respuestas verdaderas a todas las preguntas según entiendo. Sé que puedo ser sujeto a penalidades bajo la ley federal si doy información falsa intencionalmente o falsa información.
- Yo juro que he reportado honestamente el estatus de mí ciudadanía y de cualquier persona por la cual también solicito servicios.

Firma o marca del solicitante:

Fecha:

Firma o Testigo*:

Fecha:

(Utiliza si el solicitante no puede leer, escribir o es ciego.)

**La información en esta solicitud fue leída al solicitante y he sido testigo a su firma o marca.*

Somete esta solicitud por:

Enviar por correo electrónico al:
justicemed@dwss.nv.gov, o;
Fax: 702-631-3387

Se acordó de:

✓ ¿Firmar esta solicitud?

Descargo de responsabilidad:

Al pedido de la institución pública, usted debe proporcionar la dirección de donde tiene intención de vivir. Todos los documentos importantes, tal como las determinaciones de elegibilidad, tarjeta de Medicaid, etc, serán enviadas a la última dirección que usted proporcionó.

Designación del Representante Autorizado

Los solicitantes pueden designar a una persona o establecimiento para actuar de forma responsable en su nombre. Esto incluye asistiendo las personas con la solicitud de asistencia, renovaciones de elegibilidad y otras comunicaciones continuos con la agencia. Esta designación debe incluir la firma del solicitante. Para una designación válida, el designado representante autorizado también debe estar de acuerdo a escribir que actuarán responsable en nombre del solicitante/beneficiario. Yo entiendo que mis obligaciones y responsabilidades son los mismos como si fuera el solicitante/beneficiario en la medida de la capacidad financiera del solicitante/beneficiario de hacer pagos.

¿Quiere nombrar **alguien** que sea su representante autorizado?

Sí No **Si no**, saltar esta sección.

Nombre del Representante Autorizado:

Número de teléfono:

(_____)_____-____

Dirección de correo: (Requerido)

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Al firmar, usted acepta permitir que esta persona actúe y hable en su nombre con todos los asuntos de DWSS relacionados con su elegibilidad de Medicaid. Esta persona recibirá copias de todas las notificaciones oficiales sobre su caso con DWSS. AVISO: La autorización es válida solo durante el período actual de elegibilidad de Medicaid a menos que usted le informe a DWSS que cancele la autorización antes de tiempo.

Su firma

Fecha

Si desea designar un establecimiento como su representante autorizado, la sección a continuación debe ser completado y firmado por el solicitante y un miembro de personal del centro:

Yo, _____, pido que la siguiente persona/agencia:
(NOMBRE CON LETRA DE MOLDE DEL SOLICITANTE/BENEFICIARIO) (CIRCULE UNO)

sea mi:

(NOMBRE CON LETRA DE MOLDE DE LA PERSONA O AGENCIA)

- El representante principal (recibe todas las solicitudes por información junto con cualquier adjuntos más todas las notificaciones. Ellos tienen la misma responsabilidad que tiene el cliente de obtener información para determinar la elegibilidad, responsabilidades de reportar y son los únicos autorizados de firmar en nombre del cliente. Los representantes principales tienen el mismo acceso a la información del como el cliente.)
- El representante secundario (recibe los mismos solicitudes para información y notificaciones como el cliente pero no son responsables de obtener o reportar información; sin embargo, si deciden hacerlo, pueden obtener y reportar la información solicitado a DWSS. Un representante secundario tiene el mismo acceso a información del caso, pero no puede firmar en nombre del cliente.)

Yo entiendo que puedo cancelar esta designación en cualquier momento por escrito y que la autorización del establecimiento que actué como un representante autorizado se terminará hacia la liberación de la institución pública.

FIRMA DEL SOLICITANTE

FECHA DE NACIMIENTO

FECHA

DECLARACIÓN DEL REPRESENTANTE DESIGNADO

Yo creo que el solicitante/cliente nombrado arriba entiende la naturaleza y las consecuencias de sus actos y es capaz de ejercer su propia voluntad. Yo certifico que el solicitante/cliente nombrado arriba tomó la decisión de designarme como su representante bajo ningún tipo de amenaza o presión.

- Como representante principal, estoy de acuerdo actuar de forma responsable en nombre del solicitante/beneficiario proporcionando toda la información necesaria para determinar la elegibilidad para asistencia. Yo entiendo que mis derechos y obligaciones son los mismos como si fuera el solicitante/beneficiario en la medida de la capacidad financiera del solicitante/beneficiario de hacer pagos.
- Como representante secundario, yo entiendo que recibiré todas las notificaciones en nombre del solicitante/beneficiario nombrado arriba, sobre el inicio y curso de su elegibilidad y puedo proveer información para asistir en el proceso de la elegibilidad. Entiendo que no tengo autoridad para firmar en nombre del solicitante/cliente nombrado arriba.

Yo certifico bajo pena de perjurio, que la información que yo proporciono es correcta y completa a mi mejor conocimiento y habilidad.

FIRMA DEL REPRESENTANTE

(NOMBRE CON LETRA EN MOLDE)

CARGO/PARENTESCO

FECHA

DIRECCIÓN

NÚMERO DE TELÉFONO

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO INVOLUCRADO EN JUSTICIA