



Aetna Better Health® Kids
 1425 Union Meeting Road
 Blue Bell, PA 19422
 Fax: 1-860-754-1055

Formulario de renovación del seguro de salud CHIP por 60 días

1. Información de su grupo familiar.

Nombre del jefe del grupo familiar:	Primer nombre:	Inicial del 2.º nombre:	Apellido:	Sufijo:
Dirección:	Calle:			Apto. n.º:
	Ciudad:	Estado:	CP:	Correo electrónico:
Teléfono:	Principal:	Alternativo:	Mejor hora para llamar:	

2. Integrantes del grupo familiar. Enumere todas las personas que viven en su casa.

Nombre	¿Está solicitando o renovando los beneficios médicos para esta persona?	Fecha de nacimiento (mm/ddd/aa)	Número de Seguridad Social	Ciudadanía	Sexo	Estado civil	¿Esta persona es estudiante?	¿Qué relación tiene esta persona con el jefe del grupo familiar?
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

3. Situación fiscal

¿Alguna de las personas nombradas en esta solicitud tiene la intención de presentar una declaración del impuesto federal sobre el ingreso el PRÓXIMO AÑO? ___ Sí ___ No
Si la respuesta es sí, enumere cada declarante de impuestos y la esposa del declarante, si presentan declaraciones conjuntas.

Complete esta información para su esposa/compañera e hijos que vivan con usted o cualquier otra persona en su misma declaración de impuesto federal sobre el ingreso si usted presenta una. Inclúyase a usted mismo, su esposa o compañera con quien no se ha casado, y toda persona menor de 21 años que viva con usted y a cualquiera que figure en su declaración de impuestos (aunque no viva con usted).

Nombre del declarante de impuestos	Si la declaración es conjunta, nombre de la esposa

¿Alguna de las personas enumeradas en la solicitud declarará dependientes en su declaración de impuestos? ___ Sí ___ No Si la respuesta es sí, enumere el declarante de impuestos y sus dependientes.

Un dependiente puede ser declarado por un único declarante de impuestos. En el caso de declarantes conjuntos, usted tiene que enumerar los dependientes del declarante que firmará el formulario de impuestos.

Nombre del declarante de impuestos	Nombre y fecha de nacimiento de los dependientes

No es necesario que complete la información de la tabla siguiente si el dependiente ya está en la lista anterior.

¿Se declarará como dependiente en la declaración de impuestos de alguien más a alguna de las personas mencionada en la solicitud? ___ Sí ___ No

Si la respuesta es sí, mencione el dependiente, y el declarante de impuestos para quien se declarará el dependiente.

Nombre del dependiente	Nombre y fecha de nacimiento del declarante de impuestos	Relación con el declarante de impuestos

4a. Ingresos y deducciones impositivas

Ingresos: Los ingresos incluyen, entre otros:

- Jornales, salarios, propinas, bonos, comisiones, etc.
- Intereses
- Dividendos
- Reembolsos impositivos, créditos o compensaciones de impuestos estatales y locales sobre el ingreso
- Sumas recibidas como pensión alimenticia
- Ganancias netas/pérdidas del trabajo autónomo
- Capital/otra ganancia/pérdida
- Distribuciones de la cuenta IRA
- Pensiones y anualidades
- Bienes raíces para alquiler, regalías, fideicomiso y REMIC
- Ingresos/pérdidas agrícolas
- Compensación por desempleo
- Compensación del trabajador
- Beneficios de Seguridad Social
- Otros ingresos

¿Alguien de su grupo familiar tiene algún ingreso? Sí No **Si la respuesta es sí,** enumere todo ingreso que usted ya haya recibido o espera recibir este año:

Nombre	Fuentes de ingresos (empleador, desempleo, seguridad social, etc.)	Frecuencia Semanal, quincenal, mensual, única vez, etc.	Monto antes de los impuestos	Fecha de inicio mm/ddd/aa

¿El ingreso de alguien cambia de un mes a otro (por ejemplo, empleo estacional)? Sí No

Si la respuesta es sí, mencione la(s) persona(s) cuyos ingresos cambian, y su ingreso total previsto este año y el año próximo.

Nombre	Ingreso total previsto y cantidad de meses trabajados este año	Ingreso total previsto y cantidad de meses trabajados el año próximo

--	--	--

4b. Deducciones impositivas

Si alguien paga determinadas cosas que pueden deducirse en una declaración de impuestos federales sobre los ingresos, informarnos sobre esto puede reducir el costo de su seguro médico.

Debe enviarnos comprobantes de las deducciones. Estas deducciones se encuentran en la línea 23-35 del formulario 1040 o las líneas 16-19 del formulario 1040A.

Nota: No incluya un costo que ya incluyó en su respuesta sobre trabajo autónomo neto.

Las deducciones impositivas elegibles son:	<ul style="list-style-type: none"> • Gastos de educación • Ciertos gastos comerciales de reservistas, ejecutantes y funcionarios de gobiernos contratados con pago de honorarios • Deducción de cuenta de ahorros médicos 	<ul style="list-style-type: none"> • Gastos de movilidad relacionados con el empleo • Parte deducible del impuesto sobre el trabajo autónomo • Planes SEP para autónomos, planes SIMPLE y planes calificados • Deducción del seguro médico para el trabajador autónomo • Recargo por retiro temprano de ahorros 	<ul style="list-style-type: none"> • Sumas pagadas como pensión alimenticia • Deducción de la cuenta IRA • Deducción de intereses en el préstamo estudiantil • Matrículas y aranceles • Producción doméstica
--	--	--	---

¿Alguien de su grupo familiar tiene deducciones impositivas? Sí No

Si la respuesta es sí, enumere las deducciones que ya haya recibido o que espera recibir.

Debe enviarnos comprobantes de las deducciones.

Nombre	Tipo de deducción	Cantidad	Frecuencia <small>Única vez, mensual, trimestral, etc.</small>	Fecha de inicio <small>mm/ddd/aa</small>

5. Cobertura del seguro médico

¿Alguien del grupo familiar tiene otra tarjeta del seguro médico que no sea CHIP? Si la respuesta es SÍ, complete esta sección.

Información sobre la póliza:	Nombre del titular de la póliza:		Nombre de la compañía aseguradora:	
	Número de póliza:	Número/nombre del grupo:	¿Cuándo comenzó la póliza?	¿Cuándo finalizó/finalizará la póliza?
¿Quién está cubierto?	Nombre:	Nombre:	Nombre:	Nombre:
¿Qué está cubierto?	<input type="checkbox"/> Atención hospitalaria <input type="checkbox"/> Recetas médicas <input type="checkbox"/> Vista			

____ Visitas médicas ____ Dental ____ Medicare ____ Asistencia Médica

6. Embarazo En su grupo familiar, ¿hay alguna mujer que esté embarazada? Si la respuesta es SÍ, complete esta sección.

Nombre	Fecha probable de parto

7. Discapacidad En su grupo familiar, ¿hay alguna persona que tenga una discapacidad permanente? Si la respuesta es SÍ, complete esta sección.

Nombre	Tipo de discapacidad

Confirmación (Firma requerida para completar esta renovación)

Debe leer y firmar en la última página de este formulario si lo está utilizando para renovar los beneficios del programa CHIP para su hijo.
Utilice el sobre de retorno entregado.

Lea y firme en la última página; de lo contrario, ¡su renovación no estará completa!

Usted tiene algunos derechos y responsabilidades.

CHIP

- Confidencialidad: Toda la información contenida en esta solicitud se mantendrá confidencial. Esta solicitud solo puede compartirse con los programas que usted solicita o para los cuales es elegible, como el programa Asistencia Médica.
- Designar un representante personal: Puede seleccionar otra persona para que reciba la información médica respecto de usted o su(s) hijo(s) menor(es), para lo cual es preciso que llene un formulario de Designación de representante personal.
- Certificado de cobertura acreditable: Cuando usted deja el programa, si es elegible, recibe un certificado de cobertura acreditable para verificar la cobertura médica.
- Notificación por escrito: Se le enviará una notificación, o aviso, por escrito en la cual se le informa sobre su elegibilidad.
- Apelación: Solicite una revisión imparcial si no está de acuerdo con una decisión tomada en relación con esta solicitud, si el pedido se realiza dentro de los 30 días de la decisión.

Usted es responsable de lo siguiente:

- Leer y entender totalmente esta solicitud.
- Dar información verdadera, correcta y completa, entender que hay sanciones por dar información falsa intencionalmente; es un delito grave y se lo considera un fraude penal en seguros.
- Ayudar con la revisión de esta solicitud, incluidas las entrevistas y la revisión de registros médicos.
- Saber que es probable que se someta alguna información a la verificación de empleados, fuentes financieras y terceras partes.
- Proveer comprobante de identidad y condición de ciudadanía estadounidense o inmigración legal si esa información no se obtiene durante este proceso de solicitud.
- Proveer comprobante de ingresos y deducciones impositivas si esa información no se obtiene durante este proceso de solicitud.
- Informar sobre todos los cambios que ocurran en su grupo familiar como ingresos, miembros de la familia, dirección y número de teléfono en cuanto se produzcan.

Asistencia Médica

- Entiendo que Pennsylvania recibe información de otras agencias estatales y federales para verificar la información que les doy. Si hago declaraciones falsas, oculto o retengo datos que puedan afectar mi elegibilidad para obtener beneficios, me solicitarán que vuelva a pagar mis beneficios y es probable que me procesen y descalifiquen para recibir beneficios futuros.
- Entiendo que puedo nombrar un representante autorizado si lleno la sección Representante Autorizado y la entrego con esta solicitud. Entiendo que la información ingresada en esta solicitud se mantendrá confidencial y solo se usará para administrar beneficios. Autorizo la divulgación de información personal, financiera y médica con el objeto de determinar la elegibilidad.
- Entiendo que debo comunicar todo cambio que me corresponda informar dentro de los 10 días del mes siguiente al mes en que se produce el cambio.
- Entiendo que recibiré una notificación por escrito en la cual se explican los beneficios. Si se deniegan, cambian, suspenden o detienen los beneficios, se me explicará la razón en la notificación por escrito.
- Entiendo que tendré 30 días desde la fecha de la notificación para solicitar una audiencia si no estoy de acuerdo con la decisión tomada sobre esta solicitud.
- Entiendo que mi situación está sujeta a la verificación de empleadores, fuentes financieras y otros terceros.
- Entiendo que los solicitantes deben proveer su número de Seguridad Social o solicitar uno si no lo tienen. Este número probablemente se utilice para verificar la información en esta solicitud.
- Entiendo que debo usar la Transferencia Electrónica de Beneficios (Electronic Benefit Transfer, EBT) o la tarjeta PA ACCESS solo durante el período en que soy elegible. Debo usar la EBT o la tarjeta PA ACCESS solo para la persona que es elegible y solo obtengo los beneficios que son necesarios y razonables.
- Entiendo que no tengo que proveer un número de Seguridad Social para nadie que no esté presentando la solicitud para Asistencia Médica. Si usted provee su número de Seguridad Social, puede que se utilice para verificar la información que consta en esta solicitud.
- Certifico, bajo pena de perjurio, que toda la información que he ingresado es verdadera.
- Entiendo que tengo el derecho a un certificado de cobertura acreditable para verificar mi cobertura médica. La ley federal limita las situaciones en las que la cobertura médica se deniega o se limita para una enfermedad o afección preexistente. Si me inscribo en un plan médico grupal que contiene una cláusula por enfermedad o afección preexistente, puedo obtener crédito por el tiempo que recibí la cobertura de Asistencia Médica.
- Entiendo que si algunos o todos los individuos que presentan la solicitud no cumplen con las condiciones para Asistencia Médica, es probable que sean elegibles para el programa CHIP. Si se trata de este caso, autorizo al Departamento de Bienestar Público a dar mi nombre y la información contenida en esta solicitud al Departamento de Seguros o al contratista de CHIP. Entiendo cuáles son mis derechos y responsabilidades según el programa CHIP.
- Entiendo que si algunos o todos los individuos que presentan la solicitud no cumplen con las condiciones para Asistencia Médica, es probable que sean elegibles para beneficios federales o para otras opciones de atención médica privada a través del Mercado de seguros médicos. Si se trata de este caso, autorizo al Departamento a dar mi nombre y la información contenida en esta solicitud al Mercado. Entiendo cuáles son mis derechos y responsabilidades según el Mercado de seguros médicos.

Entiendo que puedo nombrar un representante autorizado si lleno la sección Representante Autorizado y la entrego con esta solicitud.

Si algunos o todos los individuos que presentan la solicitud no cumplen con las condiciones para el programa CHIP, es probable que sean elegibles para beneficios federales o para otras opciones de atención médica privada a través del Mercado de seguros médicos. Si se trata de este caso, autorizo al Departamento a dar una parte o toda la información contenida en esta solicitud al Mercado. Entiendo cuáles son mis derechos y responsabilidades según el Mercado de seguros médicos.

Si se determina que mi hijo es elegible para la inscripción o se lo inscribe en los beneficios de atención médica de los empleados estatales de una agencia pública que pagaría incluso una pequeña parte del beneficio o costo de la prima, entonces mi hijo no es elegible para el CHIP. Si se trata de este caso y mi hijo/a ha estado recibiendo los beneficios del programa CHIP, estos beneficios de mi hijo podrán cancelarse en forma retroactiva.

Bajo pena de perjurio, certifico que, a mi leal saber y entender, comprendo mis derechos y responsabilidades y que la información contenida en esta solicitud está completa y es verdadera. También certifico que dar información falsa o incompleta, intencionalmente, en esta solicitud es fraude contra el seguro.

Entiendo que todos los individuos que presentan la solicitud tendrán acceso a la cobertura del programa para el cual son elegibles, si se encuentra que son elegibles para Asistencia Médica o CHIP.

Permito que el Departamento de Seguros de Pennsylvania entregue parte o toda la información contenida en esta solicitud al Departamento de Bienestar Público si los solicitantes son elegibles para Asistencia Médica.

Autorizo la divulgación de la información personal, financiera y médica con el objeto de determinar la elegibilidad y para la revisión de los programas CHIP y Asistencia Médica.

Certifico que la(s) persona(s) por las cuales estoy solicitando son ciudadanos estadounidenses o extranjeros en condición de inmigrantes legales. (Entiendo que esta certificación no corresponde a un extranjero que está solicitando solo los beneficios de Atención Médica de Emergencias de Asistencia Médica.)

Autorizo la divulgación de la información personal, financiera y médica con el objeto de determinar la elegibilidad y para la revisión del/de los programa(s) para los cuales presento la solicitud.

Firma del solicitante o persona que solicita por el/los solicitante(s):

X _____ **Fecha:** _____

DEBE FIRMAR Y FECHAR ESTA SOLICITUD O, DE LO CONTRARIO, ESTA NO PUEDE PROCESARSE.