

Solicitud de asistencia médica



Fl  rida KidCare

Form Approved
DCF No. CF-ES 2370, Dec 2013 [65A-1.205, F.A.C.]

LO QUE LE CONVIENE



Esta solicitud le permite acceder a las diferentes coberturas disponibles

- Seguro gratuito o de bajo costo de Medicaid o del programa del seguro médico infantil CHIP (Children's Health Insurance Program).
- Planes económicos de seguro médico privado con cobertura integral y de medicina preventiva.
- Una nueva bonificación fiscal con la que puede pagar de inmediato las primas del seguro médico.



¿Quién puede llenar esta solicitud?

- Llene esta solicitud para beneficiar a cualquier miembro de su familia.
- Llénela aún si usted o su hijo ya tienen cobertura médica, pues podría recibir cobertura gratuita o de bajo costo.
- Si es soltero, puede llenar un formulario abreviado.
- Visite HealthCare.gov.
- Las familias con inmigrantes pueden llenar la solicitud. Puede llenar la solicitud por su hijo aún si usted mismo no tiene derecho a la cobertura. La solicitud no afectará su condición de inmigrante ni la posibilidad de convertirse en residente permanente o ciudadano.
- Será necesario llenar el apéndice C si otra persona le ayuda a llenar esta solicitud.



Razones para pedirle estos datos

Preguntamos sobre sus ingresos y otros datos para determinar la cobertura que puede recibir y para informarle si puede pagarla con asistencia financiera. **Mantendremos todos los datos en reserva y con seguridad, como lo exige la ley.**



Llene una solicitud en Internet y espere menos

Lleva menos tiempo llenar una solicitud en www.myflorida.com/accessflorida.



¿Qué necesita para llenar la solicitud?

- Números de Seguridad Social o los números de documento en el caso de inmigrantes legales que necesiten seguro.
- La información del empleador y de los ingresos de cada miembro de su familia proveniente de recibos de sueldo, formularios W-2 y declaraciones salariales o impositivas.
- Números de las pólizas de seguro médico vigentes.
- Información sobre seguros médicos que su familia recibe de un empleador.
- Si le pedimos documentos, envíe las copias, no los originales.



¿Qué pasa después?

Envíe la solicitud completa y firmada a la dirección indicada en la página 7. **Firme la solicitud y envíela igual si no tiene todos los datos solicitados.** Recibirá instrucciones para cumplir los pasos siguientes y obtener la cobertura médica. Si no recibe noticias nuestras, visite www.myflorida.com/accessflorida o llame al **1-866-762-2237**. Con llenar esta solicitud, usted no se compromete a comprar cobertura médica.



Obtenga ayuda para completar esta solicitud


- **En Internet:** www.myflorida.com/accessflorida
- **Por teléfono:** Llame al centro de llamadas al **1-866-762-2237**.
- **Personalmente:** Si hay socios comunitarios cercanos, ellos pueden ayudarle.
- Visite nuestro sitio web o llame al **1-866-762-2237** para obtener información adicional.

? ¿NECESITA AYUDA PARA LLENAR LA SOLICITUD? Visite www.myflorida.com/accessflorida o llámenos al **1-866-762-2237**. If you would like a copy of this application in English, please call **1-866-762-2237**. Si necesita ayuda en un idioma extranjero, llame al **1-866-762-2237** e indique el idioma que necesita al representante de servicio al cliente. Esta asistencia no le costará nada. Los usuarios de equipo TTY deben llamar al **1-800-995-8771**.

PASO 1 Incluya sus datos personales.

(Necesitamos que un adulto de su familia sea el contacto indicado en la solicitud.)

1. Nombre, segundo nombre, apellido y sufijo _____			
2. Fecha de nacimiento (en formato mm/dd/aaaa) _____		3. Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
4. Número de Seguridad Social (SSN) _____-_____-_____. Caso contrario, fecha de solicitud de un SSN (mm/dd/yyyy) _____			
Necesitamos este dato si usted quiere cobertura médica y tiene un SSN. Incluya su SSN aun si no quiere cobertura médica, pues puede acelerar el trámite de la solicitud. Se usa el SSN para verificar los ingresos y otros datos para determinar la elegibilidad para recibir asistencia financiera en el pago de gastos de cobertura médica. Si desea saber cómo obtener un SSN, llame al 1-800-772-1213 o visite socialsecurity.gov. Los usuarios de equipo TTY deben llamar al 1-800-325-0778.			
5. Dirección (deje este espacio en blanco si no tiene una) _____			6. Número de apartamento _____
7. Ciudad _____	8. Estado _____	9. Código postal _____	10. Condado _____
11. Dirección postal (si es distinta del domicilio particular) _____			12. Número de apartamento _____
13. Ciudad _____	14. Estado _____	15. Código postal _____	16. Condado _____
17. Teléfono de casa () - _____		18. Teléfono celular () - _____	
19. Dirección electrónica: _____			
¿Desea recibir información sobre esta solicitud por correo electrónico? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
20. Si no habla ni escribe inglés, ¿qué idioma prefiere hablar o escribir? _____			
21. ¿Planea presentar una declaración federal de impuestos el año que viene? (Puede llenar la solicitud de seguro médico aún si no va a presentar una declaración federal de impuestos.)			
<input type="checkbox"/> SI. En caso afirmativo , conteste las preguntas a-c. <input type="checkbox"/> NO. En caso negativo , pase a la pregunta c.			
a. ¿Presentará la declaración de impuestos conjuntamente con su cónyuge? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
En caso afirmativo, nombre del cónyuge: _____			
b. ¿Planea incluir personas a cargo en su declaración de impuestos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
En caso afirmativo, nómbrelas a continuación: _____			
c. ¿Aparecerá usted como persona a cargo en la declaración de impuestos de otro? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
En caso afirmativo, nombre al declarante de impuestos: _____			
Indique su parentesco con el declarante de impuestos: _____			
22. ¿Está embarazada? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No a. En caso afirmativo, ¿cuántos bebés espera tener con esta gestación? _____			
23. ¿Necesita cobertura médica?			
Aún si tiene seguro médico, quizás tengamos un programa con mejor cobertura o de menores costos			
<input type="checkbox"/> SI. En caso afirmativo , responda a todas las preguntas siguientes. <input type="checkbox"/> NO. En caso negativo , pase a las preguntas sobre ingresos en la página 2. Deje en blanco el resto de esta página.			
24. ¿Sufre enfermedades físicas, psiquiátricas o psicológicas que limitan sus actividades (como bañarse, vestirse, hacer tareas cotidianas) o vive en un establecimiento médico geriátrico? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
25. ¿Es ciudadano estadounidense o residente legal transitorio o permanente de los EE. UU.? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
26. Si usted no es ciudadano ni residente legal transitorio o permanente de los EE. UU. , ¿posee condición elegible de inmigración?			
<input type="checkbox"/> Si. Indique el tipo de documento y el número de identificación en los espacios siguientes.			
a. Tipo de documento migratorio _____		b. Número de documento de identidad _____	
c. ¿Ha vivido en los EE. UU. desde 1996? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		d. Indique si usted o su cónyuge o padre/madre son veteranos militares o miembros en servicio activo de las fuerzas armadas de los EE. UU. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

 **¿NECESITA AYUDA PARA LLENAR LA SOLICITUD?** Visite www.myflorida.com/accessflorida o llámenos al **1-866-762-2237**. If you would like a copy of this application in English, please call **1-866-762-2237**. Si necesita ayuda en un idioma extranjero, llame al **1-866-762-2237** e indique el idioma que necesita al representante de servicio al cliente. Esta asistencia no le costará nada. Los usuarios de equipo TTY deben llamar al **1-800-995-8771**.

PASO 1 (siga con sus datos personales)

27. ¿Quiere recibir asistencia financiera para pagar las cuentas médicas de los últimos tres meses? Si No

28. ¿Vive con al menos un menor de 18 años? ¿Es usted la persona principal a cargo de este menor? Yes No

29. ¿Es usted estudiante de tiempo completo? Si No

30. ¿Fue excluido por su edad de los programas juveniles o lo adoptaron de un hogar de guarda en Florida? Yes No

31. Si es hispano o latino, indique su identidad étnica (marque todas las opciones que correspondan):
 Mexicano Mexicano-americano Chicano Portorriqueño o cubano Otra opción _____

32. Raza (marque todas las opciones que correspondan)

<input type="checkbox"/> Blanca	<input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Filipino	<input type="checkbox"/> Vietnamita	<input type="checkbox"/> Guamano o chamorro
<input type="checkbox"/> Negra o afroamericana	<input type="checkbox"/> Indio asiático	<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Otra nacionalidad asiática	<input type="checkbox"/> Samoano
	<input type="checkbox"/> Chino	<input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii	<input type="checkbox"/> Otra nacionalidad de las islas del Pacífico
				<input type="checkbox"/> Otra opción _____

Empleo actual y datos salariales

<input type="checkbox"/> Empleado Si tiene trabajo actual, hablemos de sus ingresos. Comience con la pregunta 33.	<input type="checkbox"/> Desempleado Pase a la pregunta 44.	<input type="checkbox"/> Empleado autónomo Pase a la pregunta 43.
---	---	---

EMPLEO ACTUAL 1:

33. Nombre y dirección del empleador

34. Teléfono del empleador () -

35. Salario/propinas (antes del pago de impuestos) Por hora Por semana Quincenal Dos veces al mes Mensual Anual
 \$ _____

36. Promedio de horas trabajadas cada SEMANA

EMPLEO ACTUAL 2: (si tiene más empleos y le falta espacio, adjunte otra hoja.)

37. Nombre y dirección del empleador

38. Teléfono del empleador () -

39. Salario/propinas (antes del pago de impuestos) Por hora Por semana Quincenal Dos veces al mes Mensual Anual
 \$ _____

40. Promedio de horas trabajadas cada SEMANA

41. Si su salario mensual normal es distinto al salario indicado anteriormente, detalle las razones en este espacio.

42. Indique lo que hizo el año pasado: Cambió de trabajo Dejó de trabajar Comenzó a trabajar menos horas Ninguna de estas opciones

43. Si es empleado autónomo, conteste las siguientes preguntas:

a. Tipo de trabajo _____	b. ¿Qué suma en ingresos netos obtendrá como trabajador autónomo este mes? Los ingresos netos son las utilidades luego de deducir los gastos de explotación. \$ _____
-----------------------------	---

44. OTROS INGRESOS QUE OBTUVO ESTE MES: Marque todas las opciones que correspondan, indique el monto y con qué frecuencia lo obtiene. **NOTA: no necesita** incluir la pensión alimenticia infantil, la pensión de VA (Administración de Veteranos), la indemnización por accidentes de trabajo ni el subsidio federal Supplemental Security Income (SSI).

<input type="checkbox"/> Ninguno		<input type="checkbox"/> Ingresos netos de granja/pesca	\$ _____	Frecuencia _____
<input type="checkbox"/> Desempleo	\$ _____	Frecuencia _____	<input type="checkbox"/> Net rental/royalty	\$ _____
<input type="checkbox"/> Pensiones	\$ _____	Frecuencia _____	<input type="checkbox"/> Other income	\$ _____
<input type="checkbox"/> Seguridad Social	\$ _____	Frecuencia _____		Frecuencia _____
<input type="checkbox"/> Cuentas de jubilación	\$ _____	Frecuencia _____	Tipo: _____	
<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia matrimonial	\$ _____	Frecuencia _____		

¿NECESITA AYUDA PARA LLENAR LA SOLICITUD? Visite www.myflorida.com/accessflorida o llámenos al 1-866-762-2237. If you would like a copy of this application in English, please call 1-866-762-2237. Si necesita ayuda en un idioma extranjero, llame al 1-866-762-2237 e indique el idioma que necesita al representante de servicio al cliente. Esta asistencia no le costará nada. Los usuarios de equipo TTY deben llamar al 1-800-995-8771.

PASO 1 (siga con sus datos personales)

45. **DEDUCCIONES:** marque todas las opciones que correspondan, indique el monto y con qué frecuencia lo obtiene

Si tiene ciertos gastos que puede deducir en una declaración federal de impuestos, podría costarle menos la cobertura médica si los indica aquí.

Nota: Consulte los gastos que puede incluir aquí en la sección "Adjusted Gross Income" (ingresos brutos ajustados) de IRS.gov. No deberá incluir los gastos que haya considerado en su respuesta a la pregunta 43b sobre los ingresos netos como trabajador autónomo.

<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia matrimonial \$ _____ How often? _____	<input type="checkbox"/> Deduciones adicionales: \$ _____ How often? _____
<input type="checkbox"/> Interés sobre un préstamo estudiantil \$ _____ How often? _____	Tipo: _____

46. **INGRESOS ANUALES:** llene estos espacios solamente si sus ingresos cambian de un mes a otro.

Pase a la persona siguiente si usted no espera cambios en sus propios ingresos mensuales.

Ingresos totales de este año \$ _____	Ingresos totales del año que viene (si cree que serán diferentes): \$ _____
---	---

Muchas gracias. Es todo lo que necesitamos saber de usted.

PASO 2 Cuéntenos de su familia.

¿A quiénes debe incluir en esta solicitud?

Cuéntenos de todos los miembros de su familia que viven con usted. Si presenta declaraciones de impuestos, necesitamos saber de todas las personas incluidas en dichas declaraciones. Nota: no es necesario presentar declaraciones de impuestos para obtener cobertura médica.

Personas que sí debe incluir:

- Cónyuge.
- Hijos menores de 21 años que viven con usted.
- Pareja (si no están casados) que necesita cobertura médica.
- Otras personas que incluya en su declaración de impuestos, aún si no viven con usted.
- Demás menores de 21 años que usted cuide y quienes vivan con usted.

Personas que no necesita incluir:

- Pareja (si no están casados) que no necesita cobertura médica.
- Los hijos de su pareja (si no están casados).
- Sus padres, si viven con usted pero que presentan sus propias declaraciones de impuestos (si usted es mayor de 21 años).
- Demás parientes adultos que presentan sus propias declaraciones de impuestos.

La cantidad de personas que integran su familia y sus ingresos determinan el monto de asistencia o el tipo de programa al que usted tenga derecho. Con estos datos, podemos asignar la mejor cobertura posible a todos ellos.

Complete el paso 2 por cada miembro de su familia. Comience con los demás adultos y sus hijos.

NOTA: SI SU FAMILIA CONSISTE EN MÁS DE DOS PERSONAS, NECESITARÁ HACER UNA COPIA DE LAS PÁGINAS Y ADJUNTARLAS.

No es necesario indicar la condición de inmigrante ni el número de Seguridad Social de los miembros de familia que no necesiten cobertura médica. Mantendremos todos los datos en reserva y con seguridad, como lo exige la ley. Usaremos los datos personales sólo para verificar que usted tiene derecho a recibir cobertura médica.

Cobertura médica para su familia




? ¿NECESITA AYUDA PARA LLENAR LA SOLICITUD? Visite www.myflorida.com/accessflorida o llámenos al **1-866-762-2237**. If you would like a copy of this application in English, please call **1-866-762-2237**. Si necesita ayuda en un idioma extranjero, llame al **1-866-762-2237** e indique el idioma que necesita al representante de servicio al cliente. Esta asistencia no le costará nada. Los usuarios de equipo TTY deben llamar al **1-800-995-8771**.


PASO 2: PERSONA ADICIONAL

Complete el paso 2 para su cónyuge o pareja, para los hijos que viven con usted y para otras personas que incluya en su declaración federal de impuestos (si presenta una). Consulte las instrucciones adicionales para incluir a otras personas en la página 3. Si no presenta una declaración de impuestos, recuerde que aún debe agregar los miembros de su familia que viven con usted. **NOTA: si va a incluir más de dos personas, haga una copia del paso 2: personal adicional y complétela.**

1. Nombre, segundo nombre, apellido y sufijo _____		2. Su parentesco con esta persona _____
3. Fecha de nacimiento (en formato mm/dd/aaaa) _____	4. Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
5. Número de Seguridad Social (SSN ____ - ____ - ____ Si no tiene uno, fecha en que pidió un SSN _____ Necesitamos este dato si usted quiere cobertura médica para una persona que tiene un SSN.		
6. ¿Vive esta PERSONA ADICIONAL en la misma dirección que usted? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso contrario, indique la dirección: _____		
7. ¿Planea la PERSONA ADICIONAL presentar una declaración federal de impuestos el año que viene? Nota: puede llenar la solicitud de seguro médico aún si no va a presentar una declaración federal de impuestos <input type="checkbox"/> SI. En caso afirmativo , conteste las preguntas a-c. <input type="checkbox"/> NO. En caso negativo , pase a la pregunta c. a. ¿Presentará la PERSONA ADICIONAL su declaración de impuestos conjuntamente con su cónyuge? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo , nombre del cónyuge: _____ b. ¿Planea la PERSONA ADICIONAL incluir personas a cargo en su declaración de impuestos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo , nómbrelas a continuación: _____ c. ¿Aparecerá la PERSONA ADICIONAL como persona a cargo en la declaración de impuestos de otro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo , nombre al declarante de impuestos: _____ Indique el parentesco de la PERSONA ADICIONAL con el declarante de impuestos _____		
8. ¿Está embarazada la PERSONA ADICIONAL ? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No a. En caso afirmativo , ¿cuántos bebés espera tener con esta gestación? _____		

9. ¿Necesita cobertura médica la **PERSONA ADICIONAL**?
(Nota: aún si esta persona tiene seguro médico, quizás tengamos un programa con mejor cobertura o de menores costos.)

SI. En caso afirmativo, responda a todas las preguntas siguientes. 

NO. En caso negativo, pase a las preguntas sobre ingresos  Deje en blanco el resto de esta página.

10. ¿Sufre la PERSONA ADICIONAL enfermedades físicas, psiquiátricas o psicológicas que limitan sus actividades (como bañarse, vestirse, hacer tareas cotidianas) o vive en un establecimiento médico geriátrico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
11. ¿Es la PERSONA ADICIONAL ciudadano estadounidense o residente legal transitorio o permanente de los EE. UU.? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
12. Si la PERSONA ADICIONAL no es ciudadano ni residente legal transitorio o permanente de los EE. UU., ¿posee condición elegible de inmigración? <input type="checkbox"/> Sí. Indique el tipo de documento y el número de identificación de la persona adicional en los espacios siguientes. a. Tipo de documento _____ b. Número de documento de identidad _____ c. ¿Ha vivido la PERSONA ADICIONAL en los EE. UU. desde 1996? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No d. Indique si la PERSONA ADICIONAL o su cónyuge o padre/madre son veteranos militares o miembros en servicio activo de las fuerzas armadas de los EE. UU. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
13. ¿Quiere la PERSONA ADICIONAL recibir asistencia financiera para pagar las cuentas médicas de los últimos tres meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	14. ¿Vive la PERSONA ADICIONAL con al menos un menor de 18 años? ¿Es ella la persona principal a cargo de este menor? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	15. La PERSONA ADICIONAL , ¿fue excluida por su edad de los programas juveniles o la adoptaron de un hogar de guarda en Florida? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Para poder obtener atención especializada en el caso de esta **PERSONA ADICIONAL**, si ella es menor de 20 años y sufre una enfermedad, trastorno conductual u otra afección crónica o grave que ha durado (o se espera que dure) al menos 12 meses, conteste las tres siguientes preguntas.

16. ¿Está limitada esta PERSONA ADICIONAL o impedida de alguna manera para hacer las mismas cosas que hace la mayoría de los niños de la misma edad? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
17. ¿Necesita esta PERSONA ADICIONAL recibir terapia especial, como fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla, tratamiento u orientación para atender un problema emocional, del desarrollo o de la conducta? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
18. Esta PERSONA ADICIONAL , ¿necesita o usa atención médica, atención psiquiátrica o servicios educativos en una proporción mayor a la habitual para la mayoría de los niños de la misma edad? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
19. ¿Es la PERSONA ADICIONAL un estudiante de tiempo completo? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
20. Si este individuo adicional es hispano o latino, indique su identidad étnica (marque todas las opciones que correspondan): <input type="checkbox"/> Mexicano <input type="checkbox"/> Mexicano-americano <input type="checkbox"/> Chicano <input type="checkbox"/> Portorriqueño <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Otra opción _____

 **¿NECESITA AYUDA PARA LLENAR LA SOLICITUD?** Visite www.myflorida.com/accessflorida o llámenos al **1-866-762-2237**. If you would like a copy of this application in English, please call **1-866-762-2237**. Si necesita ayuda en un idioma extranjero, llame al **1-866-762-2237** e indique el idioma que necesita al representante de servicio al cliente. Esta asistencia no le costará nada. Los usuarios de equipo TTY deben llamar al **1-800-995-8771**.

PASO 2: PERSONA ADICIONAL

21. Raza (marque todas las opciones que correspondan)

<input type="checkbox"/> Blanca	<input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Filipino	<input type="checkbox"/> Vietnamita	<input type="checkbox"/> Guamano o chamorro
<input type="checkbox"/> Negra o afroamericana	<input type="checkbox"/> Indio asiático	<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Otra nacionalidad asiática	<input type="checkbox"/> Samoano
	<input type="checkbox"/> Chino	<input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii	<input type="checkbox"/> Otra nacionalidad de las islas del Pacífico
				<input type="checkbox"/> Otra opción _____

Indique a continuación los ingresos de la persona adicional. ↓

Empleo actual y datos salariales

<input type="checkbox"/> Empleado Si la PERSONA ADICIONAL tiene un empleo, háganos de sus ingresos. Comience con la pregunta 22.	<input type="checkbox"/> Desempleado Pase a la pregunta 33.	<input type="checkbox"/> Empleado autónomo Pase a la pregunta 32.
--	--	--

EMPLEO ACTUAL 1:

22. Nombre y dirección del empleador _____ 23. Teléfono del empleador () -

24. Salario/propinas (antes del pago de impuestos) Por hora Por semana Quincenal Dos veces al mes Mensual Anual
\$ _____

25. Promedio de horas trabajadas cada semana _____

EMPLEO ACTUAL 2: (si la PERSONA ADICIONAL tiene más empleos y le falta espacio aquí, adjunte otra hoja.)

26. Nombre y dirección del empleador _____ 27. Teléfono del empleador () -

28. Salario/propinas (antes del pago de impuestos) Por hora Por semana Quincenal Dos veces al mes Mensual Anual
\$ _____

29. Promedio de horas trabajadas cada SEMANA _____

30. Si el salario mensual normal de la **PERSONA ADICIONAL** es distinto al salario indicado anteriormente, detalle las razones en este espacio.

31. Indique lo que la persona adicional hizo el año pasado:

Cambió de trabajo Dejó de trabajar Comenzó a trabajar menos horas Ninguna de estas opciones

32. Si es empleado autónomo, conteste las siguientes preguntas:

a. Tipo de trabajo _____	b. ¿Qué suma en ingresos netos obtendrá la PERSONA ADICIONAL como trabajador autónomo este mes? Los ingresos netos son las utilidades luego de deducir los gastos de explotación. \$ _____
-----------------------------	--

33. OTROS INGRESOS QUE OBTUVO ESTE MES: marque todas las opciones que correspondan, indique el monto y con qué frecuencia la PERSONAL ADICIONAL lo obtiene.

NOTA: no necesita incluir la pensión alimenticia infantil, la pensión de VA (Administración de Veteranos), la indemnización por accidentes de trabajo ni el subsidio federal Supplemental Security Income (SSI).

<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Desempleo \$ _____ Frecuencia _____	<input type="checkbox"/> Ingresos netos de granja/pesca \$ _____ Frecuencia _____
<input type="checkbox"/> Pensiones \$ _____ Frecuencia _____	<input type="checkbox"/> Seguridad Social \$ _____ Frecuencia _____	<input type="checkbox"/> Ingresos netos de alquiler/derechos de autor \$ _____ Frecuencia _____
<input type="checkbox"/> Cuentas de jubilación \$ _____ Frecuencia _____	<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia matrimonial \$ _____ Frecuencia _____	<input type="checkbox"/> Other income \$ _____ Frecuencia _____ Type: _____

34. DEDUCCIONES: Marque todas las opciones que correspondan, indique el monto y con qué frecuencia la PERSONAL ADICIONAL lo obtiene.

Si la **PERSONA ADICIONAL** tiene ciertos gastos que puede deducir en una declaración federal de impuestos, podría costarle menos la cobertura médica si los indica aquí. **Nota:** Consulte los gastos que puede incluir aquí en la sección "Adjusted Gross Income" (ingresos brutos ajustados) de IRS.gov. No deberá incluir los gastos que haya considerado en su respuesta a la pregunta 32b sobre los ingresos netos como trabajador autónomo.

<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia matrimonial \$ _____ Frecuencia _____	<input type="checkbox"/> Deduciones adicionales \$ _____ Frecuencia _____
<input type="checkbox"/> Interés sobre un préstamo estudiantil \$ _____ Frecuencia _____	Tipo: _____

¿NECESITA AYUDA PARA LLENAR LA SOLICITUD? Visite www.myflorida.com/accessflorida o llámenos al 1-866-762-2237. If you would like a copy of this application in English, please call 1-866-762-2237. Si necesita ayuda en un idioma extranjero, llame al 1-866-762-2237 e indique el idioma que necesita al representante de servicio al cliente. Esta asistencia no le costará nada. Los usuarios de equipo TTY deben llamar al 1-800-995-8771.

PASO 2: PERSONA ADICIONAL

35. **INGRESOS ANUALES:** Llene estos espacios solamente si los ingresos de la **PERSONA ADICIONAL** cambian de un mes a otro. Agregue otra persona o pase a la sección siguiente si usted no espera cambios en los ingresos mensuales de la **PERSONA ADICIONAL**.

Ingresos totales de **este año** correspondientes a la **PERSONA ADICIONAL**
\$

Ingresos totales del **año que viene** correspondientes a la **PERSONA ADICIONAL** (si cree que serán diferentes)
\$

Muchas gracias. Es todo lo que necesitamos saber de la **PERSONA ADICIONAL**.

PASO 3 Miembros de familia indios americanos o nativos de Alaska

1. ¿Es usted u otro miembro de su familia indio americano o nativo de Alaska?

En caso negativo, pase al paso 4.

Sí. En caso afirmativo, pase al apéndice B

PASO 4 Cobertura médica de su familia

Conteste estas preguntas para cada miembro que necesita cobertura médica.

1. ¿Está inscrito algún miembro de familia en algunas de las siguientes coberturas médicas?

Sí. En caso afirmativo, marque el tipo de cobertura y escriba los nombres de los inscritos al lado de la cobertura que tengan. NO.

Medicaid _____

Florida KidCare _____

Medicare _____

TRICARE (no la marque si tiene atención directa o Line of Duty)

Programas de atención de salud para veteranos (VA)

Peace Corps _____

Seguro médico del empleador _____

Nombre del seguro médico: _____

Nombre del asegurado: _____

Número de póliza: _____

¿Se trata de cobertura COBRA? Sí No

¿Se trata de un plan médico para jubilados? Sí No

Otra opción

Nombre del seguro médico: _____

Nombre del asegurado: _____

Número de póliza: _____

Indique si se trata de un plan con beneficios limitados (como un seguro colectivo en caso de accidentes escolares)

Sí No

2. Indique si alguna persona incluida en esta solicitud recibió oferta de cobertura médica del empleador. Responda que sí aun si la cobertura proviene del empleo de otra persona, como el caso del padre, madre o cónyuge.

Sí. En caso afirmativo, debe completar el apéndice A e incluirlo. ¿Se trata de un plan médico con beneficios para empleados estatales? Yes No

NO.

3. ¿Ha cancelado voluntariamente alguna persona incluida en esta solicitud el seguro médico infantil en los dos últimos meses por las razones siguientes?

1. El costo del seguro médico del hijo del solicitante supera el 5% de los ingresos familiares.

2. La violencia en el hogar causó la pérdida de cobertura del hijo del solicitante.

3. El padre o la madre perdió el trabajo por el que recibía cobertura para el hijo del solicitante.

4. La cobertura no satisface las necesidades médicas del hijo del solicitante.

5. Murió el padre o la madre que tenía la cobertura médica para el hijo del solicitante.

6. El empleador que brindaba la cobertura para el hijo del solicitante la canceló.

7. La cobertura del hijo del solicitante venció porque el menor agotó el límite máximo vitalicio de cobertura o el límite del beneficio anual.

8. El hijo del solicitante tiene una enfermedad que podría causarle una incapacidad grave, la pérdida de función o la muerte si no recibe tratamiento médico.

9. El padre o la madre del hijo del solicitante canceló la cobertura COBRA o ésta llegó a su límite legal.

10. El padre o la madre que no tiene la custodia del menor rescindió la cobertura del hijo del solicitante.

Sí. En caso afirmativo, indique el mes y año de cancelación _____

NO.

? ¿NECESITA AYUDA PARA LLENAR LA SOLICITUD? Visite www.myflorida.com/accessflorida o llámenos al **1-866-762-2237**. If you would like a copy of this application in English, please call **1-866-762-2237**. Si necesita ayuda en un idioma extranjero, llame al **1-866-762-2237** e indique el idioma que necesita al representante de servicio al cliente. Esta asistencia no le costará nada. Los usuarios de equipo TTY deben llamar al **1-800-995-8771**.

PASO 5 Lea esta solicitud y fírmela.

- Firmo esta solicitud so pena de perjurio. En otras palabras, he dado respuestas verdaderas a todas las preguntas de este formulario a mi mejor saber y entender. Si doy información falsa, sé que quedará sujeto a sanciones federales y estatales.
- Sé que debo dar aviso si los datos incluidos en esta solicitud sufren algún cambio. Entiendo que cualquier cambio en mi información podría afectar la elegibilidad de las personas que viven conmigo.
- Sé que la legislación federal prohíbe la discriminación por motivo de raza, color, nacionalidad, sexo, edad, identidad u orientación sexual o discapacidad. En caso de haber discriminación, puedo presentar la denuncia correspondiente si visito la página web en www.hhs.gov/ocr/office/file.
- Confirmando que ninguna de las personas que solicitan seguro médico en esta solicitud está recluida (detenida o en la cárcel). En caso contrario,

_____ está recluido.
(nombre de la persona)

Sé que se usará esta información a fin de verificar mi derecho a recibir asistencia financiera para pagar la cobertura médica si decido solicitarla. Cotejaremos sus respuestas con la información residente en nuestras bases de datos electrónicas y con las bases de datos de la Dirección General Impositiva (IRS, por sus siglas en inglés), de Seguridad Social, del Departamento de Seguridad Nacional o de una agencia de informes de solvencia del consumidor. En el caso de las personas que viven con usted y que no incluye en esta solicitud, no informaremos de su condición de inmigrante a los Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los EE. UU. (USCIS, por sus siglas en inglés). Si los datos no concuerdan, le pediremos que nos envíe pruebas documentales.

Entiendo que se respetará la confidencialidad de la información de conformidad con la legislación federal y de Florida.

Autorizo la divulgación de información personal, financiera y médica para determinar elegibilidad, realizar investigaciones o prestar terapias médicas, efectuar pagos o realizar tareas administrativas.

Declaro que la información incluida en esta solicitud establece la identidad de los menores de 16 años de edad.

He leído y comprendido los derechos y responsabilidades que me quepan conforme al programa de Medicaid.

Si alguna persona incluida en esta solicitud tiene derecho a Medicaid

- Cedo a la agencia de Medicaid todo derecho a procurar reembolsos y efectuar cobranzas de otras aseguradoras médicas, liquidaciones judiciales o de terceros adicionales. Asimismo, cedo a la agencia de Medicaid todo derecho a procurar o recibir el pago de asistencia médica de parte de un cónyuge o padre/madre.
- Indique si alguno de los menores incluidos en esta solicitud tiene padres que viven fuera del hogar. Sí No
- En caso afirmativo, sé que me pedirán cooperar con la agencia responsable de cobrar el pago de asistencia médica de parte de un padre o madre ausente. Si creo que tal cooperación para cobrar el pago de asistencia médica me perjudicará a mí o a mis hijos, se lo informaré a Medicaid para que no tenga que cooperar.

Derecho de apelación

Puedo apelar la decisión de Department of Children & Families si creo que cometió un error. En otras palabras, puedo informar a un representante de Department of Children & Families que creo que la acción tomada fue equivocada y que tengo derecho a pedir una revisión justa de tal acción. Sé que puedo averiguar cómo presentar mi apelación si llamo al teléfono **1-866-762-2237** para contactar a Department of Children & Families. Sé que puedo nombrar a un representante para que participe en el proceso de apelación. Se me explicarán mi elegibilidad y demás detalles importantes.

Sign this application. La persona que llenó el paso 1 deberá firmar esta solicitud. Si usted es un representante autorizado, puede firmar, siempre que haya incluido la información solicitada en el apéndice C:. Debe firmar en ambas líneas.

Firma	Fecha (en formato mm/dd/aaaa)
Firma	Fecha (en formato mm/dd/aaaa)

Certifico so pena de perjurio que son correctos los datos sobre todos los niños incluidos en la solicitud.

PASO 6 Envíe por correo la solicitud finalizada.

Envíe por correo la solicitud firmada a la dirección siguiente:

ACCESS Central Mail Center
P.O. Box 1770
Ocala, FL 34478-1770

Si desea inscribirse para votar, puede llenar el formulario correspondiente en election.dos.state.fl.us/voter-registration.

? **¿NECESITA AYUDA PARA LLENAR LA SOLICITUD?** Visite www.myflorida.com/accessflorida o llámenos al **1-866-762-2237**. If you would like a copy of this application in English, please call **1-866-762-2237**. Si necesita ayuda en un idioma extranjero, llame al **1-866-762-2237** e indique el idioma que necesita al representante de servicio al cliente. Esta asistencia no le costará nada. Los usuarios de equipo TTY deben llamar al **1-800-995-8771**.

APÉNDICE A

Cobertura médica recibida en el trabajo

No necesita responder a estas preguntas, a menos que alguna persona que vive con usted es elegible para recibir cobertura médica de un empleo. Adjunte una copia de esta página por cada empleo que ofrezca cobertura médica.

Cuéntenos del **empleo** que ofrece **cobertura médica**.

Lleve el formulario titulado **Herramienta de cobertura del empleador al empleador que ofrece cobertura médica para que le ayude a contestar esas preguntas. Este formulario aparece en la página siguiente. Solamente necesita incluir esta página cuando envíe su solicitud; no incluya el formulario titulado Herramienta de cobertura del empleador.**

Información DEL EMPLEADO

1. Nombre del empleado (nombre, segundo nombre y apellido)	2. Número de Seguridad Social del empleado ____ - ____ - _____
--	---

Información DEL EMPLEADOR

3. Nombre del empleador	4. Número de identificación del empleador (EIN) ____ - _____	
5. Dirección del empleador	6. Teléfono del empleador () - _____	
7. Ciudad	8. Estado	9. Código postal
10. Indique el nombre de la persona a quien podemos contactar sobre la cobertura médica del empleado ofrecida en este empleo.		
11. Teléfono (si es distinto del ya indicado) () - _____	12. Dirección electrónica	

13. **¿Tiene ahora derecho a la cobertura que su empleador ofrece, o lo tendrá en los próximos tres meses?**

Si (continúe)

13a. Si está en un período de espera o de prueba, ¿en qué fecha podrá inscribirse para recibir cobertura? _____
(mm/dd/aaaa)

Incluya los nombres de las demás personas que tengan derecho a la cobertura ofrecida en este empleo.

Nombre: _____ Nombre: _____ Nombre: _____

No (deténgase aquí y pase al paso 5 de la solicitud)

Cuéntenos del **plan de salud** que ofrece este empleador.

14. ¿Ofrece el empleador un plan de salud compatible con la norma de valor mínimo*? Si No

15. En el caso del plan de costo más bajo compatible con la norma de valor mínimo* que se ofrece **solamente al empleado** (no incluya los planes familiares):
Si el empleador tiene programas de bienestar, indique la prima que el empleado pagaría si recibiera el descuento máximo por participar en programas para dejar de fumar, sin haber recibido otros descuentos por participación en programas de bienestar.

a. ¿Cuánto le cuestan al empleado las primas de este plan? \$ _____

b. ¿Con qué frecuencia tiene que pagar las primas? Semanalmente Quincenalmente Dos veces al mes Una vez al mes
 Trimestralmente Anualmente

16. Marque los cambios (si los sabe) que el empleador hará en el año del plan nuevo:

El empleador no ofrecerá cobertura médica.

El empleador comenzará a ofrecer cobertura médica a los empleados, o modificará la prima del plan del costo más bajo que ofrezca solamente en el caso del empleado que cumpla el criterio de la norma de valor mínimo*. Nota: la prima debe reflejar el descuento por participar en programas de bienestar. Consulte la pregunta 15.

a. ¿Cuánto le cuestan al empleado las primas de este plan? \$ _____

b. ¿Con qué frecuencia tiene que pagar las primas? Semanalmente Quincenalmente Dos veces al mes Una vez al mes
 Trimestralmente Anualmente Fecha del cambio (en formato mm/dd/aaaa): _____

*Un plan de salud es compatible con la "norma de valor mínimo" si la proporción del total de costos de beneficios permitidos que tienen cobertura del plan no es menor del 60 por ciento de dichos costos (conforme a la sección 36B(c)(2)(C)(ii) del Código de IRS de 1986).

? **¿NECESITA AYUDA PARA LLENAR LA SOLICITUD?** Visite www.myflorida.com/accessflorida o llámenos al **1-866-762-2237**. If you would like a copy of this application in English, please call **1-866-762-2237**. Si necesita ayuda en un idioma extranjero, llame al **1-866-762-2237** e indique el idioma que necesita al representante de servicio al cliente. Esta asistencia no le costará nada. Los usuarios de equipo TTY deben llamar al **1-800-995-8771**.

APÉNDICE B

Miembro de familia indio americano o nativo de Alaska

Llene este apéndice si usted u otro miembro de su familia es indio americano o nativo de Alaska. Presente esta hoja con el formulario titulado Solicitud de cobertura médica y de asistencia financiera para sufragar costos.

Cuéntenos de los miembros de su familia que son indios americanos o nativos de Alaska.

Los indios americanos y nativos de Alaska pueden recibir servicios de Indian Health Services, programas médicos tribales o programas médicos para indios urbanos. También es posible que no tengan que pagar el costo compartido y que puedan participar en periodos especiales de inscripción mensual. Sus respuestas a las siguientes preguntas posibilitarán que su familia reciba la mejor asistencia.

NOTA: si va a incluir a más personas, haga una copia de esta página y adjúntela al formulario.

	INDIO AMERICANO/NATIVO DE ALASKA 1	INDIO AMERICANO/NATIVO DE ALASKA 2
1. Nombre (Nombre, segundo nombre, apellido)	Nombre Segundo nombre	Nombre Segundo nombre
	Apellido	Apellido
2. Indique si es miembro de una tribu reconocida por el gobierno federal.	<input type="checkbox"/> Si En caso afirmativo , indique el nombre de la tribu: _____ <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si En caso afirmativo , indique el nombre de la tribu: _____ <input type="checkbox"/> No
3. Indique si esta persona recibió alguna vez servicios de Indian Health Services, programas médicos tribales o programas médicos para indios urbanos, o mediante una derivación de uno de estos programas.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No En caso contrario , indique si esta persona tiene derecho a recibir servicios de Indian Health Services, programas médicos tribales o programas médicos para indios urbanos, o mediante una derivación de uno de estos programas. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No En caso contrario , indique si esta persona tiene derecho a recibir servicios de Indian Health Services, programas médicos tribales o programas médicos para indios urbanos, o mediante una derivación de uno de estos programas. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
4. Quizás no sea necesario considerar determinados ingresos recibidos en el caso de Medicaid o del programa del seguro médico infantil CHIP (Children's Health Insurance Program). Incluya todos los ingresos (cantidades y frecuencia con que los recibe) que haya indicado en la solicitud y que comprendan fondos de estas fuentes:	\$ _____ ¿Con qué frecuencia recibe estos ingresos? _____	\$ _____ ¿Con qué frecuencia recibe estos ingresos? _____
<ul style="list-style-type: none"> • Pagos per cápita de una tribu provenientes de recursos naturales, derechos de uso, arrendamientos o regalías. • Pagos provenientes de recursos naturales, actividades agrícolas, ganaderas o pesqueras, arrendamientos o cánones territoriales correspondientes a tierras que el Departamento del Interior haya designado como tierras en fideicomiso indio (incluidas las reservas actuales y previas). • Producto de la venta de objetos de importancia cultural. 		

APÉNDICE C

Ayuda para completar esta solicitud

Puede escoger a un representante autorizado.

Puede autorizar a una persona de confianza para que hable con nosotros sobre esta solicitud, para que vea su información y obre en nombre suyo en cuestiones relacionadas con esta solicitud. Esta autorización incluye obtener datos sobre su solicitud y firmarla en nombre suyo. Esta persona de confianza recibe el nombre de "representante autorizado". Comuníquese con Marketplace (mercado) si alguna vez necesita cambiar de representante autorizado. Tiene que acompañar esta solicitud con prueba documental de que usted es el representante debidamente autorizado de una persona indicada en la solicitud.

1. Nombre del representante autorizado (nombre, segundo nombre, apellido)		
2. Dirección		3. Número de apartamento
4. Ciudad	5. Estado	6. Código postal
7. Teléfono del empleador () -		
8. Nombre de la organización		9. Número de identificación (si corresponde)
Su firma es constancia de que usted autorizó a esta persona a firmar su solicitud, obtener información oficial sobre la misma y obrar en nombre suyo en todo asunto futuro con esta agencia.		
10. Su firma		11. Fecha (en formato mm/dd/aaaa)

Para uso exclusivo de asesores habilitados para prestar asistencia con la solicitud, navegadores, agentes y corredores.

Complete esta sección si usted es un asesor habilitado para prestar asistencia con la solicitud, navegador, agente o corredor que está llenando esta solicitud por otra persona.

1. Fecha de inicio de la solicitud (en formato mm/dd/aaaa)	
2. Nombre, segundo nombre, apellido y sufijo	
3. Nombre de la organización	4. Número de identificación (si corresponde)



SUS DERECHOS Y DEBERES

USTED TIENE DERECHO A:

- Solicitar ayuda y que su elegibilidad se decida sin que intervenga nuestra opinión por su raza, color, sexo, edad, discapacidad, religión, nacionalidad (lugar de nacimiento) o creencia política. Si usted tiene una discapacidad que lo limita de alguna manera, infórmenos a fin de que podamos realizar las adaptaciones necesarias para ayudarlo. El Departamento de Niños y Familias (DCF) es un proveedor de igualdad de oportunidades.
- De conformidad con la Ley Federal y la política del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA) y el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad. Conforme a la Ley de Cupones para Alimentos y la política del USDA, también está prohibido discriminar por creencias religiosas o políticas. Para presentar una queja por discriminación, contáctese con el USDA o el HHS. Escriba al Director de la Oficina de Adjudicación del USDA, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410 o comuníquese sin cargo al (866)632-9992 (voz). Las personas con discapacidades auditivas o del habla pueden contactarse con el USDA mediante el Servicio Federal de Transmisión al (800)877-8339, o al (800)845-6136 (español). Escriba al Director de la Oficina de Derechos Civiles del HHS, Room 506-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 o comuníquese al (202)619-0403 (voz) o (202)619-3257 (TTY). El USDA y el HHS son proveedores y empleadores de igualdad de oportunidades.
- Solicitar ayuda en línea mediante nuestra solicitud de internet. También puede entregar una solicitud impresa en un centro de servicios local o un socio comunitario, o bien puede enviarla por correo o fax. Puede entregar una solicitud incompleta (por internet o impresa) siempre que esta tenga su nombre y dirección, y esté firmada por usted u otro miembro responsable de su grupo familiar, o alguna persona que actúe en nombre suyo como su representante autorizado o designado.
- Ser entrevistado y notificado de su elegibilidad para recibir Asistencia de Alimentos dentro de los 30 días de haber presentado una solicitud firmada, y dentro de los 45 días para otros programas (90 días para Medicaid si se tiene en cuenta su discapacidad al momento de decidir su elegibilidad).
- Recibir ayuda del personal del DCF o de otra persona para completar los formularios. Informarnos si precisa ayuda para obtener la información que necesitamos.
- Recibir, o hacer que alguien reciba por usted, los beneficios para los que es elegible y ser notificado inmediatamente de cualquier medida que tomemos sobre su solicitud o cualquier modificación que realicemos en relación a sus beneficios.
- Recibir información sobre otros programas con los que contamos que podrían ayudarlo a usted o a su familia.
- Solicitar una audiencia imparcial dentro de los 90 días posteriores a la decisión que tomamos sobre su caso.
- Exigir que se proteja la información que recibimos sobre usted o los integrantes de su grupo familiar, de conformidad con las leyes federales o estatales.
- Nombrar al adulto padre (o madre) del niño o a alguna persona que cumpla la función de padre o madre como beneficiario (la persona que recibirá sus beneficios de Asistencia de Alimentos). Si no hay niños en su grupo de asistencia, el beneficiario debe ser la persona que tenga el ingreso más alto.

USTED TIENE LA RESPONSABILIDAD DE:

(NOTA: Usted tiene esas mismas responsabilidades si solicita el beneficio en nombre de otra persona.)

- Brindarnos constancia completa y correcta de la información solicitada, dentro de los límites de tiempo que se le asignen, a fin de determinar si usted reúne los requisitos para recibir ayuda.
- Usar sus beneficios de asistencia temporal de dinero en efectivo de una manera que genere el máximo beneficio para los niños que pertenecen al grupo de asistencia. La ley del Estado de Florida establece que cualquier persona que utilice el dinero asignado para la manutención de niños para algún otro fin puede ser multado, encarcelado o ambas.
- Declarar la condición de ciudadano o no ciudadano de los EE.UU. de los miembros de su grupo familiar, quienes solicitan ayuda, al firmar la solicitud de asistencia. Debe proporcionar constancia de la condición de no ciudadano, de los Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS), de todas las personas que no sean ciudadanas de los EE.UU. para las que solicita ayuda. Es posible que solicitemos al USCIS la confirmación de esa información. La información recibida del USCIS puede afectar su elegibilidad y el monto de los beneficios. No se exige constancia de la condición ante el USCIS de los individuos para los que no solicita ayuda.
- Solicitar beneficios de otras fuentes si esta solicitud, o la información que recibimos, demuestra que usted podría reunir los requisitos para esos beneficios. (No corresponde al Programa de Asistencia de Alimentos.)
- Transferir sus derechos de manutención de niños al estado y colaborar con el Control del Cumplimiento del Cuidado y Manutención de Hijos Menores (*Child Support Enforcement*, CSE) en establecer la paternidad y obtener manutención de un padre ausente del niño bajo su cuidado, a menos que usted pueda demostrar al CSE una buena causa para no hacerlo. (Para el Programa de Asistencia Temporal de Dinero en Efectivo, usted debe transferir sus derechos al estado. La transferencia de derechos al estado no corresponde en caso de contar con el Programa de Asistencia de Alimentos.)
- Informar cualquier seguro u otro plan de salud que pueda pagar costos de atención médica para usted o un miembro de su grupo familiar para quien usted solicita ayuda. También debe transferir al estado su derecho a recibir cualquier pago de seguro u otros planes de salud, a menos que pueda demostrarnos una buena causa para no hacerlo. (Corresponde para cualquier persona que solicite o reciba ayuda de los programas de Asistencia Temporal de Dinero en Efectivo, Asistencia para Refugiados o Medicaid.)
- Participar en las actividades de trabajo de los programas de empleo y capacitación de Asistencia para Refugiados, Asistencia de Alimentos y Asistencia Temporal de Dinero en Efectivo, que incluye registrarse para obtener empleo, a menos que le hayamos indicado que no debe hacerlo.
- Informarnos, dentro de los 5 días calendario o corridos, si un niño de su familia se ausentará del hogar por más de 30 días. (Corresponde solamente al Programa de Asistencia Temporal de Dinero en Efectivo.) Le sugerimos que nos contacte cuando no esté seguro de si debe informarnos algún cambio.

- Informar cambios dentro de los 10 días si su grupo familiar recibe Medicaid o Asistencia Temporal de Dinero en Efectivo solamente o si recibe Asistencia de Alimentos y Medicaid o Asistencia Temporal de Dinero en Efectivo. La mayoría de los grupos familiares que solo reciben Asistencia de Alimentos deben informar cambios solamente al momento de la recertificación. Sin embargo, los grupos familiares que solo reciben Asistencia de Alimentos y tengan un miembro que haya sido descalificado por violar las normas del programa, por cometer el delito del tráfico de drogas, por fugarse teniendo una orden de captura por cometer un delito grave o por no participar en un programa de trabajo deben informar cuando el ingreso bruto mensual supere el 130% del límite de ingreso bruto para el tamaño del hogar. Esos grupos familiares que solo reciben Asistencia de Alimentos deben informar este cambio dentro de los 10 primeros días del mes después del mes en que se produce el cambio. (Ejemplo: Si el cambio se produce en el mes de junio, informe el cambio antes del 10 de julio.)
- Asegúrese de que su hijo en edad escolar (de 6 a 17 años de edad) asista a la escuela. Si se identifica que su hijo falta a clase sin autorización o que dejó de asistir a la escuela, ese niño puede ser eliminado de su asistencia temporal de dinero en efectivo y puede rebajarse el monto de su beneficio de dinero en efectivo, a menos que usted pueda demostrar que el niño tiene un buen motivo para faltar a la escuela. (Se aplica solamente al Programa de Asistencia Temporal de Dinero en Efectivo.)
- Tener una reunión con un funcionario escolar por cada niño en edad escolar (de 6 a 17 años de edad) en cada semestre para hablar sobre los avances en las tareas escolares o los problemas en la escuela del niño. Si usted no logra tener esta reunión, es posible que sea retirado de la asistencia temporal de dinero en efectivo y que disminuya el monto de dinero en efectivo, a menos que usted pueda demostrar que tienen un buen motivo para no tener la reunión. (Se aplica solamente al Programa de Asistencia Temporal de Dinero en Efectivo.)
- Tener al día las inmunizaciones de sus hijos en edad preescolar (de 0 a 4 años de edad). (Se aplica solamente al Programa de Asistencia Temporal de Dinero en Efectivo.)
- Cooperar con funcionarios del estado y funcionarios federales cuando realicen la revisión de su caso y, si puede, responder sus preguntas.
- Reembolsar al Departamento Niños y Familias todos los beneficios recibidos para los cuales usted no es elegible. El monto que debe puede restarse de sus pagos mensuales de asistencia de dinero en efectivo o de los beneficios de Asistencia de Alimentos hasta que el pago del monto total de la deuda. Si se produce un pago excedente a Medicaid, usted deberá reembolsar el monto personalmente.
- Bríndenlos el Número de Seguro Social (SSN), o solicite un SSN, para cada uno de los miembros del grupo familiar para quienes está solicitando la ayuda. Corresponde a los programas de Asistencia de Alimentos, Asistencia Temporal de Dinero en Efectivo y Medicaid. Usted no debe solicitar un SSN o brindarnos uno de cualquier miembro del grupo familiar para quien no se solicita ayuda. Sin embargo, es posible que deba proporcionarnos información sobre los ingresos y los bienes de esos individuos a fin de que podamos determinar la elegibilidad de otros miembros del grupo familiar para quienes se solicita ayuda.

EL DEPARTAMENTO DE NIÑOS Y FAMILIAS TIENE DERECHO A:

- Contactarse con cualquier persona para poder decidir sobre su elegibilidad para obtener ayuda o de cualquier otra persona por quien usted está presentando la solicitud o recibiendo ayuda.
- Usar coincidencias con las bases de datos de otras agencias gubernamentales para confirmar el monto de ingresos y bienes disponibles para usted y los individuos por los cuales usted presenta la solicitud o recibe ayuda. El monto de su beneficio puede modificarse en base a esa información.
- Solicitar un límite de 48 meses sobre la cantidad de meses que las familias pueden recibir beneficios de asistencia temporal de dinero en efectivo. Ese límite corresponde a las familias que cuentan con al menos un adulto elegible, a menos que esa persona reúna las condiciones para una eximición o que el Consejo Regional de Trabajo le otorgue una prórroga por dificultades económicas.

LA AGENCIA PARA LA ADMINISTRACIÓN DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD (AHCA) TIENE DERECHO A:

- Dar a conocer la información médica y el beneficio de Medicaid a las compañías de seguros u otras aseguradoras de planes de salud que hagan pagos por prestaciones médicas a fin de que puedan facturar por los servicios de atención a la salud recibidos por los miembros del grupo asistido por Medicaid. (No corresponde para los programas de Asistencia de Alimentos o de Asistencia Temporal de Dinero en Efectivo.)
- Obtener el pago de los gastos médicos de fuentes que no sean Medicaid, como compañías de seguros u otras aseguradoras de planes de salud. (No corresponde para los programas de Asistencia de Alimentos o de Asistencia Temporal de Dinero en Efectivo.)
- Recolectar y examinar copias de la información médica y financiera relacionadas con los costos de atención de la salud pagados por Medicaid.
- Recibir la compensación por los pagos realizados por Medicaid para una persona que esté recibiendo dinero de un juicio, adjudicación, acuerdo seguro o alguna otra fuente legalmente responsable. La persona, el abogado de la persona o la compañía de seguros de la persona debe informar a la Agencia para la Administración de la Atención de la Salud sobre todos los pagos posibles provenientes de cualquiera de esas fuentes.
- Presentar una demanda contra el patrimonio hereditario del beneficiario de Medicaid fallecido para el reembolso de la deuda de Medicaid. La recepción de los beneficios de Medicaid, por parte de una persona mayor de 55 años de edad, crea una deuda con la AHCA por el monto de los pagos de Medicaid realizados antes del fallecimiento de la persona. La persona que represente la herencia debe informar a la Unidad de Recuperación de Herencias de la Agencia (AHCA) el momento en que se inicia el proceso para la aprobación del testamento por parte del tribunal. (No corresponde para el Programa de Asistencia de Alimentos.)

INFORMACION ACERCA DE LA LEGISLACION SOBRE FRAUDE DE FLORIDA

Toda persona (incluso el representante designado o autorizado) que a sabiendas no dice la verdad, oculta información, simula ser otra persona, no brinda toda la información necesaria sobre sí mismo, la(s) persona(s) por la que presenta la solicitud u otras personas de su hogar o hace cualquier otra cosa ilegal con el fin de obtener los beneficios de asistencia pública del gobierno estatal o federal es culpable de un delito y será castigado conforme a lo que dictamine la ley estatal o federal. Además, toda persona (incluso el representante designado/autorizado) que a sabiendas no informe un cambio de las circunstancias con el fin de continuar recibiendo esa ayuda o beneficios que no deben tener, o más beneficios de los que deberían tener, es culpable de un delito y será castigado conforme a lo que dictamine la ley estatal o federal. Toda persona que intencionalmente ayuda a otra persona a realizar cualquiera de las acciones antes mencionadas es culpable de un delito y será castigada conforme a lo que dictamine la ley estatal o federal. Esta información se encuentra en la Sección 414.39, Estatuto del Estado de Florida. Puede obtener información sobre esta ley en la oficina de asistencia pública local o en Internet.



NORMAS DE ADMINISTRACIÓN Y PROTECCIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PERSONAL

Esta información describe cómo puede ser utilizada y divulgada la información médica sobre usted, y cómo puede tener acceso a esta información. *Por favor revísela cuidadosamente.*

I. Sus Deberes Respecto a su Información Médica Protegida (PHI). Nuestros informes sobre usted contienen información de salud que es muy personal. La confidencialidad de esta información personal está protegida por leyes federales y estatales. Tenemos el deber de proteger su Información Médica Protegida (PHI), que incluye información que permita identificar al individuo sobre:

- su enfermedad o salud en el pasado, presente o futuro,
- prestaciones médicas para usted,
- pago por atención médica considerada PHI.

Se nos exige que:

- protejamos la privacidad de su PHI,
- le demos esta Notificación que describe nuestras prácticas de privacidad,
- expliquemos cómo, donde y cuando utilizaremos o divulgaremos su PHI.

Salvo en circunstancias muy especiales, sólo debemos utilizar o divulgar la PHI mínima que sea necesaria para cumplir con el objetivo de la utilización o divulgación.

Debemos seguir las prácticas que se describen en esta Notificación; sin embargo, **nos reservamos el derecho de modificar los términos de esta Notificación en cualquier momento y de hacer efectivas las previsiones de la nueva Notificación para toda la información médica protegida que recibamos, divulguemos o conservemos.** En caso de modificación de nuestra Notificación, publicaremos un aviso en su centro de servicios local. Puede solicitar una copia de la nueva notificación en su centro de servicios local o por internet, en el sitio www.myflorida.com.

Porqué Podemos Necesitar la Utilización o Divulgación de Su PHI: Utilizamos o divulgamos su PHI por diversas razones. Para algunas de ellas, debemos tener su autorización por escrito. Para algunos otros, la ley permite que utilicemos o divulguemos dicha información sin su autorización.

Generalmente, estas utilizaciones o divulgaciones se relacionan con tratamientos, pagos u operaciones de cuidado de la salud. Algunos ejemplos de estas utilizaciones o divulgaciones son:

- **Para Tratamiento:** Podemos revelar su PHI a médicos, enfermeras, y otro personal médico que se encuentre involucrado en proveer su atención médica. Por ejemplo, su PHI será compartido entre los miembros de su equipo de tratamiento.
- **Para Obtener Pago:** Podemos utilizar o divulgar su PHI para pasar factura y cobrar los pagos de sus servicios médicos. Por ejemplo, podemos divulgar partes de su PHI a Medicaid para que se nos abone por los servicios que le hemos prestado o proveído.
- **Para Operaciones de Cuidado de la Salud:** Podemos utilizar o divulgar su PHI en el curso de aplicación de nuestro programa. Por ejemplo, podemos utilizar su PHI para evaluar la calidad de los servicios proveídos, o divulgar su PHI a nuestro contador o abogado para propósitos de auditoría.
- **Para Recordarle sobre Citas:** Salvo que nos dé alguna instrucción alternativa, podemos enviarle recordatorios de sus citas y otro material similar a su domicilio.

Usos y Divulgaciones Para Los Cuales Necesitamos Su Autorización (consentimiento):

- Cuando la utilización o divulgación va más allá del tratamiento, pago, u operaciones médicas, se nos exige que tengamos su autorización por escrito. Existen algunas excepciones a esta regla, y éstas se detallan debajo.
- Puede revocar las autorizaciones en cualquier momento para evitar futuros usos y divulgaciones, salvo cuando ya hayamos utilizado o divulgado su PHI en relación a su autorización.

Usos y Divulgaciones Para Los Cuales No Necesitamos Su Autorización: La ley nos permite utilizar o divulgar su PHI *sin su autorización escrita* en las siguientes circunstancias:

- **Cuando una Ley Requiere Divulgación:** Podemos utilizar o divulgar su PHI cuando una ley requiera que informemos acerca de un supuesto abuso, negligencia o violencia familiar, o en respuesta a una orden de la corte, o a un funcionario policial. También debemos divulgar su PHI a las autoridades que controlan el cumplimiento de estos requisitos.
- **Para Actividades de Salud Pública:** Podemos utilizar o divulgar su PHI cuando se nos exija que recolectemos información sobre enfermedades o heridas, o para informar sobre estadísticas de vida a las autoridades de salud pública.
- **Para actividades de supervisión de salud:** Podemos utilizar o divulgar su PHI para actividades de supervisión, tales como auditoría; inspecciones; investigaciones o acciones civiles o criminales.
- **Relativo a fallecidos:** Podemos utilizar o divulgar su PHI en relación al fallecimiento de una persona a un juez de instrucción, examinadores médicos o directores de funerarias.
- **Para donación de órganos, córnea y tejidos:** Podemos divulgar su PHI a organizaciones para la obtención de órganos, en relación a la donación o trasplante de órganos, córnea y tejidos.

- Para propósitos de investigación: En ciertas circunstancias, y bajo la supervisión de un consejo de privacidad o un consejo de revisión institucional, podemos divulgar su PHI para propósitos de investigación.
- Para evitar amenazas a la salud o seguridad: Para evitar una amenaza grave a la salud o seguridad, podemos divulgar su PHI a funcionarios u otras personas que puedan prevenir o reducir razonablemente la amenaza de daño, cuando sea necesario.
- Para funciones especializadas del gobierno: Podemos divulgar el PHI del personal militar y veteranos en ciertas situaciones, a establecimientos correccionales en ciertas situaciones, a programas del gobierno en relación a la inscripción y elegibilidad, y por razones de seguridad nacional, tales como la protección del Presidente.
- Para indemnización laboral: Podemos divulgar el PHI para cumplir con las leyes de indemnización laboral.

Usos y Divulgaciones A Los Cuales Tiene Oportunidad de Oponerse: En ocasiones, podemos divulgar su PHI si le hemos informado que íbamos a utilizar o divulgar su información y usted no se opuso. Algunos ejemplos:

- Información de Pacientes: Su nombre, ubicación, condiciones generales y afiliación religiosa pueden ponerse en su información de paciente, a fin de ser utilizada por el clero y por personas que lo llaman o visitan, preguntando por su nombre.
- A los familiares, amigos, u otros involucrados en su cuidado: Podemos compartir con estas personas información directamente relacionada con la intervención de su familiar, amigo u otra persona en su cuidado, o el pago de su cuidado. También podemos compartir el PHI con estas personas para notificarlas sobre su ubicación, condiciones generales o fallecimiento.

Si hubiese una situación de emergencia y no tuviéramos tiempo para permitirle que se oponga a la divulgación, podemos igualmente divulgar su PHI si nos ha dado su permiso con anterioridad y se determine que la divulgación es en beneficio suyo. Si realizamos esto, debemos informarle y darle la oportunidad de oponerse a futuras divulgaciones tan pronto como usted pueda hacerlo.

II. Sus Derechos En Relación a su Información Médica Protegida (PHI). Tiene los siguientes derechos en relación a su PHI:

- A solicitar restricciones en los usos o divulgaciones: Tiene derecho a solicitar que nos limitemos en la forma de utilizar o divulgar su PHI. Consideraremos su solicitud, pero no estamos legalmente obligados a aprobar las restricciones. En caso que aprobemos cualquier restricción en la utilización o divulgación de su PHI por parte nuestra, haremos el acuerdo por escrito y lo cumpliremos, salvo en situaciones de emergencia. No podemos aprobar las limitaciones en el uso o divulgación que se exijan por ley.
- A elegir cómo lo contactaremos: Tiene derecho a solicitar que le enviemos información a una dirección alternativa o por un medio alternativo. Debemos aprobar su solicitud siempre que ella sea razonablemente fácil de cumplir para nosotros.
- A revisar y sacar copia de su PHI: Salvo que tenga acceso restringido por razones claras y documentadas, tiene derecho a ver su información médica protegida, si lo solicita por escrito. Responderemos a su solicitud dentro de los 30 días para la PHI que conservamos in-situ, dentro de los 60 días para la PHI que no conservamos in-situ. Si le denegamos el acceso, le daremos razón de ello por escrito y le explicaremos cualquier derecho que tenga para revisar su solicitud denegada. Si quisiera copias de su PHI, se le cobrará por ello.
- A solicitar correcciones en su PHI: Si cree que ha habido un error o falta información en su registro de PHI, puede solicitar por escrito que lo corrijamos o le agreguemos dicha información a su registro. Responderemos a su solicitud dentro de los 60 días de recibirla. Podemos denegar su solicitud si determinamos que la PHI
 - (i) es correcta y completa;
 - (ii) no fue creada por nosotros o no es parte de nuestros registros; o,
 - (iii) no puede ser divulgada.

Una denegación debe señalar los motivos de la misma. También explicará sus derechos para que su solicitud, nuestra denegación y cualquier declaración que usted provea como respuesta se agregue a su PHI.

Si aprobamos la solicitud de correcciones, modificaremos la PHI y le informaremos a usted, así como a cualquier otra persona que necesite saber de los cambios en la PHI.

- A enterarse de las divulgaciones que se hayan realizado: Tiene derecho a obtener una lista de cuándo, a quién, con qué propósito y qué contenido de su PHI ha sido revelado, salvo en instancias de divulgación que se realicen para su tratamiento, pago, operaciones médicas para usted, mediante autorización escrita, para seguridad nacional, establecimientos correccionales o funcionarios policiales, o para el director del establecimiento. La lista también incluirá cualquier divulgación realizada antes del 14 de abril de 2003.

Responderemos su solicitud escrita para dicha lista dentro de los 60 días de recibirla. Su solicitud puede relacionarse con divulgaciones de hasta seis años de antigüedad. No se cobrará por una de dichas listas anualmente. Se cobrará por solicitudes más frecuentes.

- A recibir una copia de esta notificación: Tiene derecho a recibir una copia en papel de esta Notificación, o una copia electrónica por correo electrónico si lo solicita.

III. Cómo quejarse sobre sus Prácticas de Privacidad. Si piensa que hemos violados sus derechos de privacidad, o no concuerda con una decisión que hayamos tomado acerca de su acceso al PHI, debe presentar una queja a la persona que se señala debajo, en la Sección IV. También puede presentar una queja por escrito ante la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de USA (HHS) a la siguiente dirección: Atención: Oficina de Derechos Civiles, Sam Nunn Atlanta Federal Center, Suite 3B70, 61 Forsyth Street SW, Atlanta, Georgia 32303-8909. No tomaremos ninguna represalia contra usted si realiza dicha queja.

IV. Persona de Contacto para Información Adicional, o para Enviarle una Queja. Si tiene alguna pregunta acerca de esta Notificación, o tiene alguna queja acerca de sus prácticas de privacidad, por favor contáctese al: Departamento de Niños y Familias, Oficina de Derechos Civiles, 1317 Winewood Boulevard, Building 1, Room 101, Tallahassee, Florida 32399-0700, (850) 487-1901.

V. Fecha de Validez. Esta Notificación es válida a partir del 1° de febrero de 2003.