

Consideraremos esta solicitud sin distinción de raza, color, sexo, edad, discapacidad, religión, u origen nacional.

# SOLICITUD DE MEDICAID

SOLO PARA USO EN EL CONDADO:  
Fecha de recepción en el dept. del condado

- Mujer Embarazada                       Salud de Mujeres  
 Niño/a menor de 19 años               Padre/madre cuidador  
 Programa de Independencia Chafee de Medicaid

Marque el(los) casillero(s) que le correspondan:

¿Estuvo en un hogar de acogida cuando cumplió 18 años?    Sí     No  ¿en cuál estado? \_\_\_\_\_

**TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE:** Una entrevista en persona no es necesaria para las solicitudes de Medicaid. Responda todas las preguntas de la manera más completa y precisa posible. **Si necesita ayuda para leer o completar este documento, pregúntenos o llame al (877) 423-4746. Nuestros servicios, incluidos los/as intérpretes, son gratuitos. Si es una persona sorda, con problemas de audición, sorda-ciega o tiene dificultades para hablar, puede llamarnos al número que figura anteriormente al marcar 711 (Retransmisión de Georgia).**

Su Nombre: (Escribir) NOMBRE      SEGUNDO NOMBRE		Apellido		Apellido de soltera (si corresponde)		Fecha de hoy:			
Dirección de correo postal:				Ciudad:		Estado:		Código postal:	
Dirección de residencia (si es distinta a la dirección del correo postal):				Número(s) de teléfono:		Dirección de correo electrónico:			
Comunicación electrónica: Sí ___ o No ___ (opcional)*				¿Cuál es su idioma de preferencia? Si se requiere una entrevista, ¿necesitará un/a intérprete? Sí ___ No ___					

**Ley de Estadounidenses con Discapacidades: Solicitud de modificaciones razonables y asistencia para la comunicación (si corresponde):**  
**¿Tiene una discapacidad que requerirá una modificación razonable o asistencia para la comunicación? Sí \_\_\_ No \_\_\_ (Si la respuesta es sí, describa la modificación razonable o la asistencia para la comunicación que solicita):**  
 Intérprete de la lengua de señas \_\_\_; TTY \_\_\_; Letra grande \_\_\_; Comunicación electrónica (correo electrónico) \_\_\_; Braille \_\_\_; Retransmisión en video \_\_\_; Intérprete de habla con clave \_\_\_; Intérprete oral \_\_\_; Intérprete táctil \_\_\_; Recordatorio por llamada telefónica de las fechas límite del programa \_\_\_; Firma telefónica (si corresponde) \_\_\_; Entrevista presencial (visita al hogar) \_\_\_; Otra: \_\_\_  
**¿Necesita esta modificación razonable o asistencia para la comunicación una sola vez \_\_\_ o permanentemente \_\_\_? Si es posible, explique brevemente cuándo y por cuánto tiempo necesita esta modificación o asistencia.**

**PUED ELEGIR UNA REPRESENTANTE AUTORIZADO/A**

Puede dar permiso a una persona u organización de confianza para que hable con nosotros sobre esta solicitud, vea su información y actúe en su nombre en asuntos relacionados con esta solicitud, incluida la obtención de información sobre su solicitud y la firma de su solicitud en su nombre. Esta persona u organización se llama un "representante autorizado/a". Si alguna vez necesita cambiar su representante autorizado/a, comuníquese con la División de Servicios para Familias y Niños (DFCS, en inglés) al (877) 423-4746. Si usted es un/a representante designado/a legalmente para una persona en esta solicitud, presente pruebas junto con la solicitud.

Nombre de la persona: (Escribir) NOMBRE      Apellido		Nombre de la organización (si corresponde):					
Dirección:		Ciudad:		Estado:		Código postal:	
¿Cuál es su idioma de preferencia? Si se requiere una entrevista, ¿necesitará un/a intérprete? Sí ___ No ___		Número(s) de teléfono:		Comunicación electrónica: Sí ___ o No ___ (opcional)* Dirección de correo electrónico:			

**Ley de Estadounidenses con Discapacidades: Solicitud de modificaciones razonables y asistencia para la comunicación para los/as representantes autorizados/as (si corresponde):**  
**¿El/la representante autorizado/a tiene una discapacidad que requerirá una modificación razonable o asistencia para la comunicación? Sí \_\_\_ No \_\_\_ (Si la respuesta es sí, describa la modificación razonable o la asistencia para la comunicación que solicita):**  
 Intérprete de la lengua de señas \_\_\_; TTY \_\_\_; Letra grande \_\_\_; Comunicación electrónica (correo electrónico); \_\_\_; Braille \_\_\_; Retransmisión en video \_\_\_; Intérprete de habla con clave \_\_\_; Intérprete oral \_\_\_; Intérprete táctil \_\_\_; Recordatorio por llamada telefónica de las fechas límite del programa \_\_\_; Firma telefónica (si corresponde) \_\_\_; Entrevista presencial (visita al hogar) \_\_\_; Otra: \_\_\_  
**¿El/la representante autorizado/a necesitará esta modificación razonable o asistencia para la comunicación una sola vez \_\_\_ o permanentemente \_\_\_? Si es posible, explique brevemente cuándo y por cuánto tiempo necesita esta modificación o asistencia.**

\* Tiene la opción de elegir cómo le gustaría recibir notificaciones sobre su información. Si elige recibir notificaciones por correo electrónico o mensaje de texto, recibirá un mensaje que le notificará que tiene un aviso en Mis Avisos ubicado en el Portal del Cliente de GA Gateway. Para la comunicación por correo electrónico, debe proporcionarnos su dirección de correo electrónico y aceptar los términos y condiciones de los avisos electrónicos que se encuentran en el Portal del Cliente de GA Gateway después de crear una cuenta. Visite el sitio web del Portal del Cliente de GA Gateway en [www.gateway.ga.gov](http://www.gateway.ga.gov) para actualizar la configuración de las notificaciones. Para la comunicación por mensaje de texto, debe proporcionarnos su número de teléfono. Se pueden aplicar tarifas estándar de mensajes y datos. Esto puede variar según la compañía, consulte con su proveedor.

Enumere a todas las personas que viven con usted para las que quiere o NO quiere Medicaid, incluido/a usted. No tiene que proporcionar un SSN o información sobre el estado migratorio de ninguna persona que no esté solicitando Medicaid. Si lo proporciona, utilizaremos el SSN para buscar coincidencias por computadora con otras agencias y puede ayudarnos a procesar la solicitud de su hijo/a. NO compartiremos su información con el Departamento de Seguridad Nacional (anteriormente llamado INS).

Nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo (Jr.)	Raza	Sexo M/F	Fecha de nacimiento	Vínculo con usted	¿Esta persona necesita una cobertura de salud? (Si/No)	Número de Seguro Social	¿Esta persona es ciudadana de EE.UU., nacional de EE.UU. o inmigrante/extranjero calificado? (Si/No)	¿El padre de este/a niño/a vive en su hogar? (Si/No)	¿La madre de este/a niño/a vive en su hogar? (Si/No)

Si usted u otros miembros del hogar no son ciudadanos de EE.UU. o nacionales de EE.UU., complete el siguiente recuadro.

Nombre Nombre      Segundo nombre      Apellido	Tipo de documento de inmigración	Número de documento de ID	¿Ha vivido en EE.UU. desde 1996? (Si/No)	¿Usted, su cónyuge o su padre es un veterano o un miembro en servicio activo de las fuerzas armadas de los EE. UU.? (Si/No)

¿Está embarazada?  Sí  No; Si la respuesta es sí, ¿cuál es la fecha de parto estimada \_\_\_\_\_; y cuántos bebés se esperan? \_\_\_\_; Si la respuesta es no, ¿dio a luz o un embarazo se interrumpió en los últimos 12 meses?  Sí  No; Si la respuesta es sí, ¿cuál fue la fecha de parto o terminación del embarazo? \_\_\_\_\_; y cuántos bebés nacieron/se esperaban? \_\_\_\_; ¿Puede tener hijos/as?  Sí  No; ¿Alguna vez dio a luz a un bebé que pesaba menos de 2500 gramos (5 libras, 8 onzas)?  Sí  No; ¿Alguna vez dio a luz a un bebé que pesaba menos de 1500 gramos (3 libras, 5 onzas) el 1 de enero de 2011 o luego de esta fecha?  Sí  No; ¿Tiene alguna factura médica sin pagar de los últimos tres meses?  Sí  No; Si la respuesta es sí, ¿de cuáles meses? \_\_\_\_\_; ¿En la actualidad, recibe cobertura por parte de otro seguro médico?  Sí  No; ¿Está inscrito/a en Medicaid en la actualidad?  Sí  No; Si la respuesta es sí, indique la compañía de seguro y el número de póliza: \_\_\_\_\_; ¿Alguien en el hogar tiene algún seguro médico privado?  Sí  No; ¿Usted o alguien en su hogar ha sido diagnosticada con cáncer de mama o de cuello uterino?  Sí  No Si la respuesta es sí, ha recibido la cobertura de Salud de Mujeres de Medicaid anteriormente?  Sí  No

**INGRESOS/TRABAJO POR CUENTA PROPIA, INFORMACIÓN DE LAS PERSONAS QUE DECLARAN IMPUESTOS, DEDUCCIONES y CUIDADO DE DEPENDIENTES**

Indique todos los ingresos que reciben las personas indicadas en la página 1 de esta solicitud. Asegúrese de mostrar el monto antes de las deducciones. Adjunte una hoja extra si es necesario. Decidiremos, en función del tipo de cobertura de Medicaid, los ingresos de quiénes se contarán y los de quiénes podrán excluirse.

Ingresos	Monto bruto por cheque de pago (monto antes de las deducciones)	¿Con qué frecuencia? (semanal, cada 2 semanas, mensual, etc.)	Nombre de la persona que lo recibe	Información de las personas que declaran impuestos
Salarios/Ganancias				1. ¿Alguna persona en el hogar planea presentar una declaración de impuestos federales el PROXIMO AÑO? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso AFIRMATIVO, ¿quién? (Enumere a cada persona que planea presentar) _____ 2. ¿Algunas de las personas que declaran impuestos indicadas presentará de manera conjunta con un cónyuge? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso AFIRMATIVO, indique el nombre de el/la cónyuge: _____ 3. ¿Alguna de las personas que declaran impuestos reclamará a alguien como dependiente en su declaración de impuestos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso AFIRMATIVO, indique los nombres de los dependientes: _____ 4. ¿Se reclamará a alguna persona como dependiente tributaria en la declaración de otra persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso AFIRMATIVO, indique el nombre de la persona que declara impuestos y de los dependientes tributarios: _____ _____ ¿Cuál es el vínculo entre el dependiente tributario y la persona que declara impuestos? _____
Empleador actual:				
Salarios/Ganancias				
Empleador actual:				
Ingreso del Seguro Social/SSI				
Compensación del empleado				
Pensiones o beneficios de jubilación				
Manutención infantil/				
Beneficios por desempleo				
Otros ingresos, especifique:				

Si usted o alguna persona indicada en la página 1 de esta solicitud trabaja por cuenta propia, complete el recuadro a continuación.

Tipo de trabajo por cuenta propia	Nombre de la persona que trabaja por cuenta propia	Monto bruto mensual	Monto de los gastos comerciales mensuales

**DEDUCCIONES:** Marque todo lo que corresponda, e indique el monto y cada cuánto lo paga.

- Pensión pagada Monto: \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_  Interés del préstamo estudiantil Monto: \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_  
 Otras deducciones Tipo: \_\_\_\_\_ Monto: \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

¿Paga por el cuidado de dependientes (guardería para un/a niño/a o cuidado para un/a adulto/a que no puede cuidarse a sí mismo/a) para que una persona de su hogar pueda trabajar?

Nombre de el/la padre/madre	Nombre de el/la niño/a o adulto/a que	Nombre del proveedor de	Monto del pago	¿Con qué frecuencia? (semanal, cada 2 semanas, mensual,

Si está realizando una solicitud para Medicaid para niños/as y uno o ambos padres no están en el hogar, proporcione la siguiente información:

Nombre del niño/a	Nombre de el/la padre/madre ausente	¿Tienen Cobertura Médica para el/la niño/a? Sí/No	Si tiene Cobertura Médica, indique el nombre de la compañía de seguros y el número de grupo

Entiendo que es posible que se necesite verificar esta información para determinar la elegibilidad. Entiendo que la información sobre salarios y sueldos proporcionada por el Departamento de Trabajo de Georgia se puede obtener para verificar y determinar la elegibilidad para recibir Medicaid. Acepto ceder al estado todos los derechos a la asistencia médica y al pago de la atención médica de cualquier tercero (hospital y benéficos médicos). Acepto dar al estado el derecho de requerir que un padre/madre ausente proporcione seguro médico si está disponible. Entiendo que debo obtener la asistencia médica del padre/madre ausente si está disponible y debo cooperar con la división de Servicios de Manutención Infantil para obtener este apoyo. Si **no** coopero, entiendo que puedo perder mis beneficios de Medicaid y solamente mis hijos/as recibirán beneficios a menos que se establezca una buena causa. Entiendo que debo informar sobre cambios en mis ingresos y circunstancias dentro de los diez (10) días de haberme enterado del cambio.

Declaro, bajo pena de perjurio, que soy ciudadano de EE.UU. o estoy legalmente presente en los Estados Unidos. Si soy padre/madre tutor legal, declaro que el(los) solicitante(s) son ciudadano(s) de EE.UU. o está(n) legalmente presente(s) en los Estados Unidos.

Declaro, según mi leal saber y entender, que la(s) persona(s) para la(s) que estoy realizando la solicitud para obtener Medicaid es/son ciudadano(s) de EE.UU. o está(n) legalmente presentes en los Estados Unidos. Además, certifico bajo pena de perjurio que toda la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.

Firma de el/la solicitante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de el/la Representante Autorizado/a: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

### **INFORMACIÓN DE REGISTRO DE VOTANTE**

Si no está registrado/a para votar donde vive actualmente, ¿le gustaría realizar una solicitud para registrarse para votar aquí en la actualidad?

- \_\_\_\_\_ Sí
- \_\_\_\_\_ No
- \_\_\_\_\_ No deseo responder la pregunta sobre el registro de votantes

Realizar una solicitud para registrarse o no registrarse para votar no afectará el monto de asistencia que le brindará esta agencia.

Si desea ayuda para completar el formulario de solicitud de registro de votante, lo ayudaremos. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Puede completar el formulario de solicitud en privado.

Si cree que alguien ha interferido con su derecho a registrarse o no registrarse para votar, su derecho a la privacidad al decidir si registrarse o solicitar registrarse para votar, o su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar un reclamo ante el Secretario de Estado en 2 Martin Luther King Jr. Drive, Ste. 802, West Tower, Atlanta, GA 30334 o al llamar al (404) 656-2871.

**SI NO MARCA NINGUNA CASILLA, SE CONSIDERARÁ QUE HA DECIDIDO NO REGISTRARSE PARA VOTAR EN ESTE MOMENTO.**

**Se incluye una copia de la solicitud de registro de votantes de Georgia con las solicitudes de DFCS, las renovaciones, y los formularios de cambio de dirección. También puede solicitar una solicitud de registro de votantes a su administrador/a del caso. Si completa una solicitud de registro de votantes, preséntela en la Oficina del Secretario de Estado de Georgia siguiendo las instrucciones proporcionadas en la solicitud de registro de votantes.**

---

Para denunciar sospechas de fraude de Medicaid en beneficiarios o proveedores, llame al Departamento de Salud Comunitaria de Georgia, Oficina del Inspector General al (404) 463-7590 (local) o al (800) 533-0686 (línea gratuita); por correo electrónico al [oiganonymous@dch.ga.gov](mailto:oiganonymous@dch.ga.gov); por correo al Departamento de Salud Comunitaria, Sección OIG PI, 2 Peachtree Street NW, 5<sup>th</sup> Floor, Atlanta, GA 30303; o ingrese a <https://dch.georgia.gov/report-medicaidpeachcare-kids-fraud>.

## **Aviso de derechos de la ADA / Sección 504**

### **Ayuda para personas con discapacidades**

La ley federal \* exige que el Departamento de Servicios Humanos de Georgia y el Departamento de Salud Comunitaria de Georgia (“los Departamentos”) brinden a las personas con discapacidades la misma oportunidad de participar y calificar para los programas, servicios o actividades de los Departamentos. Esto incluye programas como SNAP, TANF y Asistencia Médica.

Los Departamentos proporcionan modificaciones razonables cuando las modificaciones son necesarias para evitar la discriminación basada en la discapacidad. Por ejemplo, podemos cambiar políticas, prácticas o procedimientos para brindar igualdad de acceso. Para garantizar una comunicación igualmente eficaz, proporcionamos a las personas con discapacidad o sus acompañantes con discapacidad asistencia en la comunicación, como intérpretes de lenguaje de señas. Nuestra ayuda es gratuita. Los Departamentos no están obligados a realizar ninguna modificación que pudiera resultar en una alteración fundamental en la naturaleza de un servicio, programa o actividad, o en cargas financieras y administrativas excesivas.

### **Cómo solicitar una modificación razonable o asistencia de comunicación**

Comuníquese con su asistente social si tiene una discapacidad y necesita una modificación razonable, asistencia en la comunicación o ayuda adicional. Por ejemplo, llame si necesita ayuda o servicio para una comunicación eficaz, como un intérprete de lenguaje de señas. Puede comunicarse con su administrador/a del caso o llamar al DFCS al (404) 657-3433 o al DCH al (678) 248-7449 para realizar su solicitud. También puede realizar su solicitud mediante el uso del formulario de solicitud de modificación razonable de DFCS ADA, el cual está disponible en su oficina del DFCS local o en línea en <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>, o puede obtener el formulario de solicitud de modificación razonable de DCH ADA en la oficina del equipo de DCH Katie Becket (KB) o en línea en <https://medicaid.georgia.gov/programs/all-programs/tefrakatie-beckett>, pero no es necesario que utilice un formulario.

### **Cómo presentar un reclamo**

Tiene derecho a presentar un reclamo si los Departamentos lo han discriminado debido a su discapacidad. Por ejemplo, puede presentar un reclamo por discriminación si ha solicitado una modificación razonable o un intérprete de lenguaje de señas que ha sido denegado o no se ha actuado dentro de un tiempo razonable. Puede realizar un reclamo oralmente o por escrito al comunicarse con su administrador/a del caso, su oficina del DFCS local, o el Coordinador de Derechos Civiles de DFCS, ADA/Sección 504 en 2 Peachtree Street NW, Ste. 19-454, Atlanta, GA 30303, (404) 657-3735. Para el DCH, comuníquese con el Coordinador del equipo KB TEAM ADA/Sección 504 en 2211 Beaver Run Road, Ste. 150, Norcross, GA 30071, o en PO Box 172, Norcross, GA 30091, (678) 248-7449.

Puede pedirle a su administrador/a del caso una copia del formulario de reclamo de derechos civiles de la DFCS, ADA/Sección 504. El formulario de reclamo también está disponible en <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>. Si necesita ayuda para presentar un reclamo por discriminación, puede comunicarse con el personal de la DFCS mencionado anteriormente. Las personas sordas o con problemas de audición o que puedan tener discapacidades del habla pueden llamar al 711 para que un operador se comuniquen con nosotros.

También puede presentar un reclamo por discriminación ante la agencia federal correspondiente. La información de contacto del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, en inglés) de EE. UU. se encuentra dentro de la “Declaración conjunta de no discriminación USDA-HHS” incluida en este documento.

*\* La Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973; la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990; y la Ley de Enmiendas a la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 2008 garantizan que las personas con discapacidades estén exentas de discriminación ilegal.*

Conforme a la política del **Departamento de Servicios Humanos (DHS)**, también puede presentar otros reclamos por discriminación comunicándose con la oficina de DFCS local, o los Derechos Civiles de DFCS, Coordinador de ADA/Sección 504 en 2 Peachtree Street N.W., Ste. 19-454, Atlanta, GA 30303, (404) 657-3735. En caso de reclamos que aleguen discriminación sobre la base de un dominio limitado del inglés, comuníquese con el Programa de dominio limitado del inglés y discapacidad sensorial del DHS en 2 Peachtree Street NW, Ste. 29-103, Atlanta, GA 30303, o llame al (404) 657-5244.

Conforme a la política del **Departamento de Salud Comunitaria (DCH, en inglés)**, los programas de Asistencia Médica no pueden negarle la elegibilidad o los beneficios en función de su raza, edad, sexo, , discapacidad, origen nacional o creencias políticas o religiosas.

## **Declaración de no discriminación**

Esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, discapacidad, edad, sexo o religión.

Las personas con discapacidades que requieren medios de comunicación alternativos para obtener información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, Lengua de señas estadounidense, etc.) deben comunicarse con la Agencia (Estatual o local) donde solicitaron los beneficios. Además, la información del programa estará disponible en otros idiomas además del inglés.

Para presentar un reclamo por discriminación con respecto a un programa que recibe asistencia financiera federal a través del Departamento de Salud y de Servicios Humanos (HHS, en inglés) de EE. UU., escriba a: HHS Director, Office for Civil Rights (Director de HHS, Oficina de Derechos Civiles), Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 o llame al (800) 368-1019 (llamada de voz) o (800) 537-7697 (TTY).

Esta institución brinda igualdad de oportunidades.

Cualquier persona o representante de un/a solicitante o participante de Katie Beckett puede presentar un reclamo verbal o escrito que alegue discriminación ilegal comunicándose con el Coordinador de Derechos Civiles de DCH, Oficina de Políticas, Cumplimiento y Operaciones, División de Planes de Asistencia Médica, DCH al 404-967- 0401 (local), o por correo electrónico a [DCH.CivilRights@dch.ga.gov](mailto:DCH.CivilRights@dch.ga.gov), o por correo postal de EE.UU. a:

Departamento de Salud Comunitaria de Georgia  
Coordinador de Derechos Civiles de DCH  
Oficina de Políticas, Cumplimiento y Operaciones  
División de Planes de Asistencia Médica  
2 Peachtree Street, NW  
37<sup>th</sup> Floor  
Atlanta, GA 30303