

Florida KidCare INSTRUCCIONES

A través de Florida KidCare, el estado de la Florida ofrece seguro médico para niños desde el nacimiento hasta los 18 años de edad, aun cuando uno o ambos padres trabajen. Este seguro incluye cuatros partes o programas distintos. Cuando usted solicita el seguro, Florida KidCare verificará para cuál programa su niño califica basado en la edad y los ingresos de la familia:

- **MediKids:** para niños no asegurados de 1 a 4 años de edad.
- **Healthy Kids:** para niños no asegurados de 5 a 18 años de edad.
- **Children's Medical Services Network:** para niños sin seguro médico desde el nacimiento hasta los 18 años de edad que tienen necesidades de atención médica especial.
- **Medicaid:** para niños desde el nacimiento hasta los 18 años de edad. Un niño que tiene otro seguro médico aún puede calificar para Medicaid.

Envíela por correo lo más pronto posible. Algunos programas de Florida KidCare pueden tener espacio limitado y las solicitudes se aceptan en el orden en que se reciben. Cuando MediKids, Healthy Kids y Children's Medical Services Network no tienen espacio para más niños, la inscripción para estos programas cerrará. Medicaid acepta a los niños que califican todo el tiempo.

¿Cómo aplico? Instrucciones

Existen varias maneras de hacer su solicitud.

- Si solicitó Florida KidCare anteriormente, llame al 1-888-540-5437 para actualizar su información por teléfono.
- En el Internet: Haga su solicitud ingresando al www.floridakidcare.org
- Solicitud en papel: Use tinta negra o azul, para completar esta solicitud y envíelo por correo lo más pronto posible. Siga las instrucciones del formulario de solicitud y por favor escriba sus respuestas en letra de imprenta. Aquí tenemos alguna información adicional para ayudarlo con la solicitud.

SECCIÓN 1. Información del padre/madre (o tutor).

Número de seguro social (SSN). El SSN de un adulto en la solicitud es opcional. Si se proporciona, Florida KidCare usa el SSN para cotejos de computadora con otras agencias y contratistas y puede ayudar a acelerar el procesamiento de la solicitud de su niño. No compartiremos su información con los Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS).

Información acerca del empleador. Escriba el número de teléfono del trabajo y el nombre de su empleador en la solicitud. Si tiene más de un trabajo, liste cada nombre de los empleadores. Si trabaja por cuenta propia, escriba, "trabajo por cuenta propia". Si no está empleado, escriba "desempleado".

Seguro médico del empleador. Para el Padre/Madre Uno y para el Padre/Madre Dos, díganos si su empleador ofrece cobertura de seguro médico para su niño, aun cuando el niño no esté cubierto ahora por el seguro médico de su empleador. También necesitamos saber cuánto le costaría a usted cada mes agregar a su niño o niños al seguro médico de su empleador.

SECCIÓN 2. Información sobre el niño.

Esta información ayuda a Florida KidCare a determinar si sus niños pueden calificar para una cobertura a un menor costo o sin costo alguno.

■ Responda a las preguntas **sombreadas** de la Sección 2 para cada niño que reside con usted. Para un niño por nacer, escriba "por nacer" en la casilla del Nombre y responda a la Relación con el Padre/Madre Uno, la Relación con el Padre/Madre Dos y si está solicitando seguro de Florida KidCare. Deje en blanco el resto de las preguntas para el niño sin nacer. Después de que su niño nazca, llame a Florida KidCare para proporcionar el resto de la información de la solicitud.

■ Responda a **todas** las preguntas de la Sección 2 sólo para cada niño que necesite seguro médico de Florida KidCare.

Número de Seguro Social (SSN) del niño. Si tiene un SSN para su niño, escríbalo en la solicitud. Los SSN se utilizan para hacer cotejos de computadora con otras agencias.

Si su niño no tiene un SSN, escriba en la solicitud la fecha en que solicitó o intentó solicitar un SSN. Para solicitar un SSN para su niño, llame a la Administración de Seguro Social al 1-800-772-1213. Si tiene acceso a la Internet, vaya a www.ssa.gov para obtener ayuda para solicitar un SSN.

Ciudadanía del niño. Marque "sí" si su niño es ciudadano de EE.UU.

Información importante para inmigrantes. Los niños que no son ciudadanos pueden calificar para Florida KidCare. Si su niño no es ciudadano de EE.UU., escriba la fecha de entrada de su niño a los EE.UU., y el número de INS de su niño. Haga una copia del frente y el dorso de cualquiera de los siguientes documentos que tenga para cada niño para el cual está solicitando seguro de Florida KidCare y adjunte las copias a la solicitud:

- Formulario I-551/I-515 (Tarjeta Verde, Tarjeta de Residente Permanente o de Extranjero Residente)
- Formulario I-94 (Registro de Entrada/Salida)

■ Formulario I-571 (Autorización para Viajar)

■ Pasaporte estampado por el INS que muestre la condición de inmigración o visa de inmigrante, incluyendo el nombre y la foto del titular.

■ Notificación de recibo de DHS del Formulario I-589 (Solicitud de Asilo), si es cubano o haitiano.

■ Formulario I-688B o Formulario I-766 (Credencial de Autorización para Trabajar)

■ Otra documentación de estado, como una carta de USCIS, DHS, juez de inmigración o juez de la Junta de Apelaciones de Inmigración.

Información importante acerca de cargo público. Lo que usted nos diga acerca del estado de ciudadanía de su niño es confidencial. Florida KidCare no compartirá nada de lo que usted nos diga con el Servicio de Inmigración y Naturalización (INS). No se necesita información acerca del estado de inmigración de un padre para solicitar seguro de Florida KidCare. La inscripción del niño en Florida KidCare no perjudica la solicitud de ciudadanía ni el estado de residente permanente legal de ninguna persona.

Origen étnico/raza del niño. Esta información es opcional y no se utiliza para determinar la elegibilidad. Si se provee, se utilizará para fines de investigación y para asegurar que todas las personas sean tratadas de una manera justa.

Elija A o B y escriba en la primera casilla de la sección de "Raza" de la solicitud:

A = Hispano o latino

B = No hispano o latino

Elija hasta dos números y escríbalos en la segunda y tercera casillas de la solicitud:

1 = Indio americano o nativo de Alaska

2 = Asiático

3 = Negro o afroamericano

4 = Nativo de Hawai o de otras islas del Pacífico

5 = Blanco

Acceso de su niño al seguro médico de su empleador. Para cada niño que esté solicitando seguro de Florida KidCare, díganos si el niño podría estar cubierto bajo un plan de seguro médico ofrecido por el empleador del Padre Uno o el Padre Dos, aunque el niño no esté cubierto ahora por el seguro médico del empleador.

Responda "no" a la Pregunta 1 si su hijo sólo tiene seguro por accidente, seguro por discapacidad o una credencial médica de descuento.

Si su niño tiene una condición médica preexistente que le impida obtener seguro médico del empleador del Padre Uno o el Padre Dos, responda "no" a pregunta número 2. Un niño con una condición médica preexistente aún puede calificar para Florida KidCare.

Cancelación voluntaria del seguro médico del empleador. Si usted ha cancelado voluntariamente el seguro médico patrocinado por su empleador para este niño en los últimos 6 meses, por una de estas razones, responda "no" a la Pregunta 3:

■ El padre/madre perdió el empleo que proveía la cobertura médica patrocinada por el empleador para el niño solicitante.

■ El padre/madre cuyo empleo proveía la cobertura médica patrocinada por el empleador para el niño solicitante falleció.

■ El empleador que proveía la cobertura médica para el niño solicitante la canceló.

■ El seguro médico patrocinado por el empleador terminó porque el menor alcanzó el máximo límite de cobertura por vida o el límite de un beneficio anual.

■ El padre/madre del niño solicitante canceló la cobertura COBRA o la cobertura COBRA alcanzó el límite legal.

■ La violencia doméstica causó la pérdida de la cobertura médica patrocinada por el empleador para el niño solicitante.

■ El padre/madre sin custodia retiró la cobertura médica patrocinada por el empleador para el niño solicitante.

SECCIÓN 3. Información sobre el hogar.

"Un Grupo Familiar" significa todos los adultos y menores que viven en su hogar, excepto los arrendatarios.

SECCIÓN 4. Información sobre ingresos mensuales.

SECCIÓN 4a. Ingresos mensuales ganados. Usted debe adjuntar prueba de los ingresos provenientes del trabajo. Si usted o alguien en su grupo familiar tiene ingresos por empleo envíe a Florida KidCare copias legibles de los siguientes documentos:

1. La declaración de impuestos sobre la renta federal más reciente, O
2. Talones de pago o declaraciones de sueldo para las últimas cuatro semanas o una carta de su empleador que diga cuánto dinero ganó en las últimas cuatro semanas, O
3. Los formularios W-2 más recientes (Declaración de Sueldo e Impuestos).

Si nadie en su familia recibe ingresos provenientes del trabajo, escriba "Ninguno" en la primera columna y pase a la Sección 4b.

SECCIÓN 4b. Ingresos mensuales no ganados. Usted debe adjuntar prueba de todos los ingresos no ganados. Si usted o alguien en su

grupo familiar recibe ingresos no ganados, haga una copia de la carta de adjudicación o del talón del cheque y adjúntela a la solicitud de Florida KidCare. Ejemplos de ingresos no ganados son beneficios de seguro social, beneficios por incapacidad, beneficios por desempleo, pensiones, compensación de empleados por accidentes en el trabajo y beneficios de veteranos.

Si nadie en su grupo familiar recibe ingresos sin trabajar, escriba "Ninguno" en la primera columna y diríjase a la Sección 4c.

SECCIÓN 4c. Sustento de menores recibido. Si recibe pagos de sustento de menores, debe adjuntar una prueba. Ejemplos de documentos de sustento de menores son una copia de la orden judicial, una copia del cheque para las últimas cuatro semanas por cada niño o una declaración escrita del padre que paga el sustento de menores.

Recordatorio de la SECCIÓN 4. Si sus ingresos son ahora diferentes a los ingresos que aparecen en las copias de los documentos que está enviando, escriba los motivos por los cuales es diferente al final de la Sección 4 de la solicitud.

SECCIÓN 5 y SECCIÓN 6.

Siga las instrucciones en la solicitud.

¿Cuánto tengo que pagar cada mes por la cobertura?

■ No se cobra ningún cargo por Medicaid para niños (KidCare Medicaid).

■ Por los otros programas de Florida KidCare, las primas mensuales dependen de los ingresos y el tamaño de su familia. La mayoría de las familias pagan \$15 ó \$20 mensuales. Si Ud. tiene que pagar más, se lo notificaremos.

Si Ud. decide enviar un cheque or giro postal ("money order") junto con la solicitud para la prima mensual, hágalo pagable a Florida KidCare. Por favor, no envíe dinero en efectivo. Si se le prueba para Medicaid o si se le niega la cobertura, le devolverán la prima.

■ Es posible que tenga que pagar un pequeño cargo o copago por algunos servicios.

■ Un niño que es miembro de una tribu de indios americanos o nativos de Alaska reconocida por el gobierno federal puede calificar para cobertura de Florida KidCare sin costo alguno. Llame al 1-888-540-5437 sin cargo para obtener más información.

¿Que hay que incluir con la solicitud?

Lista de verificación. Antes de enviar su solicitud, asegúrese de que haya respondido las preguntas y que haya firmado y escrito la fecha en la solicitud. La solicitud no está completa sin su firma en ambas líneas.

Use esta lista de verificación para asegurar que esté enviando todos los documentos necesarios con la solicitud. Sírvase enviar copias—no envíe documentos originales.

Documentos de ingresos requeridos:

- La declaración de impuestos sobre la renta federal más reciente, O
- Talones de pago o declaraciones de sueldo para las últimas cuatro semanas o una carta de su empleador que diga cuánto dinero ganó en las últimas cuatro semanas, O
- Los formularios W-2 más recientes (Declaración de Sueldo e Impuestos).
- Si recibe ingresos no ganados, proporcione una copia de la carta de adjudicación o el talón de cheque.
- Si recibe pagos de sustento de menores, proporcione una copia de la orden judicial, o el cheque para las últimas cuatro semanas recibido para cada niño, o una declaración por escrito del padre que paga el sustento de menores.

Otros documentos:

- Le informaremos si necesitamos una copia del certificado de nacimiento de su hijo, o una prueba de su identidad.
- Si su niño no es ciudadano de EE.UU., adjunte una copia del frente y el dorso de los documentos de inmigración de cada niño para el que está solicitando seguro de Florida KidCare.
- Si su niño es indio americano o nativo de Alaska, adjunte una copia del frente y el dorso de la tarjeta de identificación tribal de su niño u otros documentos tribales similares.

Sugerimos que haga una copia de su paquete de solicitud completo para sus archivos antes de enviarlo. Asegúrese de poner suficiente franqueo en el sobre antes de enviarlo por correo. Envíe la solicitud y los documentos adjuntos por correo a:

Florida KidCare
P.O. Box 980
Tallahassee, FL 32302-0980

¿Qué sucede después de enviar la solicitud?

La solicitud será válida por 120 días después de que nosotros lo recibimos. Si sus niños no obtienen el seguro médico de MediKids, Healthy Kids o Children's Medical Services dentro de los 120 días, nosotros le

notificaremos y usted necesitará reaplicar. Florida KidCare puede utilizar una solicitud que tiene más de 120 días para determinar si sus niños califican para Medicaid.

Cuando recibamos su solicitud, se lo haremos saber. Tomará varias semanas para procesar la solicitud. Primero verificaremos para ver si sus niños califican para Medicaid. Usted recibirá más información si sus niños califican para Medicaid. Si alguno de sus niños califica para los otros programas de Florida KidCare, se lo notificaremos. Si necesitamos más información o el pago de una prima, nos pondremos en contacto con usted.

Si la inscripción para MediKids, Healthy Kids, y Children's Medical Services Network está cerrada, le notificaremos cuando recibamos su solicitud. Verificaremos para ver si sus niños califican para Medicaid. Usted recibirá más información si sus niños califican para Medicaid. Si sus niños no califican para Medicaid, usted necesitará reaplicar cuando MediKids, Healthy Kids y Children's Medical Services Network tienen más espacio.

Usted puede solicitar una revisión de una decisión si cree que la decisión fue injusta o incorrecta. Llame al 1-888-540-5437 sin cargo para obtener más información.

¿Cuándo comienza la cobertura?

■ **MediKids y Healthy Kids:** La cobertura comienza después de que la solicitud es procesada y aprobada. Florida KidCare le notificará cuándo comenzará la cobertura de seguro. MediKids y Healthy Kids no pagarán los servicios médicos que sus niños reciban antes de la fecha de comienzo de la cobertura.

■ **Children's Medical Services Network:** La cobertura comienza después de que la solicitud es procesada y aprobada. Florida KidCare le notificará cuándo comenzará la cobertura de seguro. Los servicios de Children's Medical Services Network pueden comenzar más temprano si su niño tiene una necesidad médica de emergencia. Children's Medical Services Network también está disponible para niños con necesidades médicas especiales que califican para Medicaid.

■ **Medicaid:** Si sus niños califican para Medicaid, la cobertura puede comenzar el mes en que se recibe su solicitud. Si usted tiene facturas no pagadas por servicios médicos para su niño, por servicios prestados durante los tres meses previos a su solicitud de Medicaid, es posible que Medicaid pueda pagarlos para usted.

Información importante acerca de Medicaid

La siguiente es información importante acerca de sus derechos y responsabilidades que usted necesita saber si sus niños califican para Medicaid:

- La información que proporcione en la solicitud es verdadera y correcta a mi mejor saber y entender. Entiendo que si proporcione información que no es verdadera o si retengo información y mis niños obtienen beneficios médicos para los cuales no califican, podría ser castigado legalmente por fraude. También tendré que reembolsar a Medicaid.
- Entiendo que la información que proporcione acerca de nuestros ingresos y situación familiar será verificada, incluyendo cotejos de computadora. Convengo en permitir que el Departamento de Niños y Familias obtenga la información necesaria. Convengo, bajo pena de perjurio, en que todo en la solicitud es verdadero a mi mejor saber y entender. Sé que los números de Seguro Social que proporcionemos se utilizarán para verificar nuestros ingresos.
- Entiendo que los requisitos de Medicaid pueden diferir de los demás programas de Florida KidCare. Es posible que tenga que brindar información adicional, como comprobante de ciudadanía e identidad de mis hijos.
- Convengo en notificar al Departamento de Niños y Familias dentro de un plazo de 10 días si hay algún cambio en: las personas que residen en nuestro hogar; el lugar donde residimos o recibimos nuestra correspondencia; nuestros ingresos; o nuestro seguro médico.
- Entiendo que si se determina que mis niños no califican para Medicaid al usar la solicitud de Florida KidCare, puedo comunicarme con la oficina local del Departamento de Niños y Familias para ver si mis niños califican para Medicaid en base a algún otro factor.
- Doy permiso a Medicaid para: compartir la información médica acerca de mis niños con cualquier compañía de seguros para obtener el pago de las facturas médicas y para cobrar los pagos de cualquiera que se suponga que pague dicha atención médica.
- Sé que Medicaid no puede discriminar debido a raza, color, sexo, edad, incapacidad, religión, nacionalidad o creencias políticas.
- Sé que puedo solicitar una Audiencia Justa a mi trabajador del Departamento de Niños y Familias si considero que la decisión tomada en mi caso fue injusta, incorrecta o tomada demasiado tarde.

¿Necesita ayuda con el sustento de menores?

Llame al 1-800-622-5437.
Esta es una llamada gratis.

SECCIÓN 3. Información sobre el hogar.

1. Número de adultos que residen en su casa:

Número de niños:

Total:

Anote los ingresos de cada miembro del grupo familiar en la Sección 4.

2. Si alguna persona en su hogar PAGA el sustento de menores ordenada por la corte,

escriba el monto mensual: \$ _____

Nombre de la persona que lo paga: _____

(Sus respuestas pueden determinar deducciones y pueden calificar a su niño para cobertura a un menor costo.)

3. Si está solicitando para un niño que aun no ha nacido, ¿Cuál es la fecha aproximada del parto?

/ / (Mes/Día/Año)

4. ¿Tienen sus niños algunas cuentas médicas sin pagar, por servicios recibidos durante los últimos tres meses?

Sí No

SECCIÓN 4. Información sobre ingresos mensuales. Siga las instrucciones en cada columna. Escriba el monto de los ingresos antes de los impuestos y otras deducciones. Use una hoja adicional si es necesario. (Vea las instrucciones para más información.)

SECCIÓN 4a. Ingresos mensuales ganados. Si nadie en su familia tiene ingresos ganados, escriba "Ninguno" en la primera columna.


Nombre del miembro del grupo familiar (Primer Nombre y Apellido)	¿Es esta persona un estudiante de tiempo completo?	Ingresos Mensuales del Trabajo	¿Con qué frecuencia recibe esta persona el pago del empleador? ¿Mensualmente? ¿Dos veces al mes? ¿Cada dos semanas? ¿Cada semana?	Ingresos mensuales del empleo por cuenta propia	¿Incluyó pruebas de ingresos de las últimas 4 semanas? (para ejemplos, vea instrucciones)
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

SECCIÓN 4b. Ingresos mensuales no ganados. Si nadie en su familia tiene ingresos no ganados, escriba "Ninguno" en la primera columna.

Nombre del miembro del grupo familiar (Primer Nombre y Apellido)	Beneficios mensuales del Seguro Social	Beneficios mensuales de SSI	Ingresos mensuales por desempleo	Ingresos mensuales de cualquier otra fuente, tal como compensación por accidente en trabajo o inversiones	¿Incluyó pruebas de ingresos de las últimas 4 semanas? (para ejemplos, vea instrucciones)
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

SECCIÓN 4c. Sustento de menores recibido. Si recibe pagos de sustento de menores, escriba el nombre y el monto de sustento de menores de cada niño que usted recibe cada mes. Si nadie en su familia recibe sustento de menores, escriba "Ninguno" en la primera columna.

Nombre del niño (Primer Nombre y Apellido)	Monto mensual de sustento de menores recibido (Si es distinto a la orden judicial, explique abajo)	¿Incluyó prueba del sustento de menores recibido en las últimas cuatro semanas?
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

 **Recordatorio de la Sección 4 (a, b, c).** Antes de pasar a la próxima sección, asegúrese de haber incluido copias de las pruebas de todos sus ingresos. Si sus ingresos son actualmente diferentes a los ingresos que aparecen en los documentos que está enviando, use este espacio para explicar la diferencia.

SECCIÓN 5. Pagos por guardería/cuidado después de clases. Indique los pagos hechos a una guardería por un niño o un adulto incapacitado para que alguien en su casa pueda trabajar. No tiene que enviar prueba de los pagos hechos a la guardería. Si no se hicieron pagos por guardería, escriba "Ninguno" en la primera columna.

Nombre de la Persona Bajo Cuidado (Primer Nombre y Apellido)	Monto mensual pagado a la guardería para cada persona en la guardería	La Persona que Paga Para el Cuidado es
		<input type="checkbox"/> Padre/Madre Uno <input type="checkbox"/> Padre/Madre Dos <input type="checkbox"/> Otro
		<input type="checkbox"/> Padre/Madre Uno <input type="checkbox"/> Padre/Madre Dos <input type="checkbox"/> Otro
		<input type="checkbox"/> Padre/Madre Uno <input type="checkbox"/> Padre/Madre Dos <input type="checkbox"/> Otro

SECCIÓN 6. Certificación y autorización.

- Por la presente certifico que, conforme a mi mejor saber y entender, la información que estoy proporcionado en esta solicitud es verdadera y correcta. Entiendo que si doy información que no sea verdadera o si retengo información y mis niños obtienen beneficios médicos para los cuales no califican, puedo ser castigado legalmente por fraude.
- Entiendo que se dará trato confidencial a la información que proporcione, en cumplimiento de la ley Federal y de la ley de la Florida.
- Entiendo que la información que suministré en esta solicitud no será compartida con los Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS).
- Entiendo que la información que proporcione será verificada, lo que podrá incluir investigación por computadora y que se me podrá pedir otra información.

- Autorizo la divulgación de información personal, financiera y médica para determinar la elegibilidad, realizar investigaciones o brindar tratamiento, pago y administración de atención médica.
- Doy fe de que la información provista en esta solicitud establece la identidad de niños menores de 16 años.
- Autorizo el uso de la dirección de e-mail provista en esta solicitud para recibir notificaciones generales y recordatorios sobre el programa.
- He leído y entiendo mis derechos y responsabilidades según se aplican al programa Medicaid.
- Entiendo que el programa Florida KidCare no discrimina debido a la raza, color, sexo, edad, discapacidad, religión, nacionalidad o creencia política.

FIRMA REQUERIDA

FIRME
AMBAS
LÍNEAS

FIRMA REQUERIDA

FECHA: _____

Declaro bajo penalidad de perjurio que todos los niños enumerados en esta solicitud son quienes yo declaro que son.

FECHA: _____