

¡Bienvenido a HealthWave!

HealthWave es un programa que ofrece seguro médico sin costo o a un costo mínimo para niños de familias de bajos ingresos.

El niño que sea miembro del programa HealthWave recibirá chequeos periódicos, consultas con el médico, vacunas, exámenes dentales y de la vista, atención hospitalaria, servicios de salud mental y muchos otros servicios. El niño tiene que:

- tener menos de 19 años
- ser residente de Kansas
- vivir en una familia cuyo nivel de ingresos cumpla las reglas de HealthWave (aproximadamente \$2,800 mensuales para una familia de 4 personas)

Para solicitar servicios de HealthWave:

- 1 Llene este formulario. Si necesita más espacio, adjunte hojas extras.
- 2 Adjunte copias de todos los documentos que se le piden.
- 3 **Firme el formulario.** No se considera que su solicitud sea completa hasta que usted lo firme. *Si adjunta hojas extras, tiene que firmarlas también.*
- 4 Envíe el formulario en el sobre timbrado y rotulado que se adjunta. La dirección es:

HealthWave
PO Box 3599
Topeka, Kansas 66601

HealthWave
1-800-792-4884
 TTY 1-800-792-4292
 (para la persona que tenga problemas del oído)

¿Tiene preguntas? Llame a HealthWave
 La llamada es gratis.

De lunes a viernes, de las 7 am a las 7 pm
 Los sábados de las 8 am a las 5 pm

Agency Use Only:

Date Received	Date Registered
Specialist	
Case Number	

⇒1. Responsable de la Casa

Apellido	Inicial del segundo nombre	Nombre de pila	Teléfono de la casa	Teléfono del trabajo	Teléfono para dejar mensaje
Dirección de la residencia		Ciudad	Estado	Condado	Código postal
Dirección postal (si es diferente)		Ciudad	Estado	Condado	Código postal

⇒2. Anote el nombre de cada niño menor de 19 años que viva en la casa. Si alguna persona no tiene número de Seguro Social, pero ha solicitado uno, envíe un comprobante de la solicitud. Si un niño no es ciudadano norteamericano, necesita un comprobante de su estado migratorio y nos comunicaremos con usted más adelante.

a	Nombre de pila del niño	Inicial del segundo nombre	Apellido	Fecha de nacimiento	Sexo	Raza (opcional)
	Número de Seguro Social (si tiene)	¿Es ciudadano de EE.UU.? (Sí o No)		Nombre completo de la madre /del padre		

b	Nombre de pila del niño	Inicial del segundo nombre	Apellido	Fecha de nacimiento	Sexo	Raza (opcional)
	Número de Seguro Social (si tiene)	¿Es ciudadano de EE.UU.? (Sí o No)		Nombre completo de la madre /del padre		

c	Nombre de pila del niño	Inicial del segundo nombre	Apellido	Fecha de nacimiento	Sexo	Raza (opcional)
	Número de Seguro Social (si tiene)	¿Es ciudadano de EE.UU.? (Sí o No)		Nombre completo de la madre /del padre		



⇒3. ¿Alguna persona enumerada en la Sección 2 está embarazada? Sí No Si contesta "Sí", por favor, envíe un comprobante de su médico.

Nombre de la mujer embarazada	Fecha probable del parto
-------------------------------	--------------------------

⇒4. Dé el nombre de cada adulto que viva en la casa. (Anote el nombre del responsable de la casa en el espacio a).

a	Nombre del adulto	Inicial del segundo nombre	Apellido	Fecha de nacimiento	Sexo	Raza (opcional)
	Núm. de Seguro Social (opcional)	Parentesco con los niños de la Sección 2		Parentesco con el responsable de la casa		
						Yo mismo

b	Nombre del adulto	Inicial del segundo nombre	Apellido	Fecha de nacimiento	Sexo	Raza (opcional)
	Núm. de Seguro Social (opcional)	Parentesco con los niños de la Sección 2		Parentesco con el responsable de la casa		

c	Nombre del adulto	Inicial del segundo nombre	Apellido	Fecha de nacimiento	Sexo	Raza (opcional)
	Núm. de Seguro Social (opcional)	Parentesco con los niños de la Sección 2		Parentesco con el responsable de la casa		

⇒5. ¿Alguna persona de la casa tiene trabajo? (puede ser trabajo independiente o temporal) Sí No

Si contesta "Sí", llene la sección que aparece a continuación y envíe copias de los talones de cheque de los últimos dos meses por cada persona que tenga trabajo, o envíe una carta firmada por el empleador que indique los siguientes datos:

- la fecha del cheque
- el total bruto de cada cheque (antes de quitar los impuestos u otras deducciones)
- el tiempo que cubre cada cheque
- un cálculo de los ingresos si no recibió cheque

¿Alguna persona de la casa trabaja independientemente? Sí No

Si se trata de un trabajo temporal o independiente, envíe una copia de la devolución de impuestos del año anterior con todos los anexos pertinentes

a	Nombre del trabajador	Nombre del empleador	Dirección del empleador
	Teléfono del empleador	Pago por hora o salario	Núm. de horas que trabajó Frecuencia del pago (semana, quincena, mensual)

b	Nombre del trabajador	Nombre del empleador	Dirección del empleador
	Teléfono del empleador	Pago por hora o salario	Núm. de horas que trabajó Frecuencia del pago (semana, quincena, mensual)

c	Nombre del trabajador	Nombre del empleador	Dirección del empleador
	Teléfono del empleador	Pago por hora o salario	Núm. de horas que trabajó Frecuencia del pago (semana, quincena, mensual)

Agency Use Only



⇒6. ¿Hay otros ingresos? Sí No Si contesta "Sí", llene la tabla a continuación y envíe los comprobantes (una carta de beneficios, una copia del cheque, etc.).

Tipo de Ingresos	Cantidad	¿Con qué frecuencia recibe el pago?	¿Para quién es el pago?
SSI			
Sostenimiento para Niños/ Pensión Alimenticia			
Seguro Social			
Compensación de Desempleo			
Otro			

Agency Use Only

⇒7. ¿Tiene alguna persona seguro médico (se incluye seguro por medio del empleador o del padre ausente)?
Sí No Si contesta "Sí", llene la tabla a continuación.

a ¿Quién tiene cobertura?	Nombre de la compañía de seguros	Dirección		
Tipo de cobertura (hospital, médico, recetas, dentista, etc.)	Fecha de comienzo	Núm. de la póliza	Núm. del grupo	Nombre del asegurado

b ¿Quién tiene cobertura?	Nombre de la compañía de seguros	Dirección		
Tipo de cobertura (hospital, médico, recetas, dentista, etc.)	Fecha de comienzo	Núm. de la póliza	Núm. del grupo	Nombre del asegurado

c ¿Quién tiene cobertura?	Nombre de la compañía de seguros	Dirección		
Tipo de cobertura (hospital, médico, recetas, dentista, etc.)	Fecha de comienzo	Núm. de la póliza	Núm. del grupo	Nombre del asegurado

Agency Use Only

⇒8. Durante los últimos seis meses, ¿se ha terminado la cobertura de algún niño? Sí No Si contesta "Sí", llene la tabla a continuación.

a ¿Quién tenía cobertura?	Nombre de la compañía de seguros	Tipo de cobertura (hospital, médico, recetas, dentista, etc.)
¿Cuándo terminó la cobertura?	¿Por qué terminó la cobertura?	



⇒8. Continuación de la página anterior

b ¿Quién tenía cobertura?	Nombre de la compañía de seguros	Tipo de cobertura (hospital, médico, recetas, dentista, etc.)
¿Cuándo terminó la cobertura?	¿Por qué terminó la cobertura?	

c ¿Quién tenía cobertura?	Nombre de la compañía de seguros	Tipo de cobertura (hospital, médico, recetas, dentista, etc.)
¿Cuándo terminó la cobertura?	¿Por qué terminó la cobertura?	

Agency Use Only

⇒9. ¿Tiene algún niño cuentas médicas no pagadas? Sí No

Si contesta "Sí", ¿quiere saber si podemos ayudarle con estas cuentas? Sí No Si contesta "Sí", nos comunicaremos con usted más adelante.

Agency Use Only

⇒10. Condiciones importantes y autorización para divulgar información:

- Entiendo que tengo derecho a ser tratado sin discriminación por raza, color, sexo, edad, incapacidad, religión, creencia política u origen nacional.
- Entiendo que tengo derecho a que se mantenga la confidencialidad de la información que di a menos que haya que divulgarla por cuestiones de la administración de HealthWave u otros programas de beneficios.
- Entiendo que tengo derecho a pedir una audiencia imparcial si no estoy de acuerdo con la decisión. Se puede pedir una audiencia por escrito a más tardar 30 días después de que se tome la decisión.
- Entiendo que es posible que tenga que entregar o solicitar un Número de Seguro Social por cada niño por el cual solicito beneficios, y que autorice el uso de este número en la administración del programa. También se usarán estos números para búsquedas computarizadas en otras entidades como, por ejemplo, los bancos, la Administración de Seguro Social y el Servicio de Impuestos Internos.
- Certifico que cada niño por el cual solicito cobertura médica es ciudadano de los EE.UU. o es extranjero con estado migratorio legal.
- Estoy de acuerdo en avisar de cualquier cambio, entre ellos, cambios en los ingresos, del número de personas en la casa, de dirección o de los arreglos de vivienda dentro de los 10 días de cuando ocurrió el cambio.
- Entiendo que tengo la responsabilidad de usar y de avisar de cualquier recurso de algún tercero (como, por ejemplo, seguro médico, un acuerdo judicial, pagos de sostenimiento médico, fondos fiduciarios, servicios de tutela, etc.) que puede tener la obligación legal de pagar una parte o todos los gastos médicos de cada niño por el cual solicito cobertura. Entiendo que se puede retener el pago de cierto servicio mientras se haga la terminación sobre la falta de uso de recursos de algún tercero.
- Autorizo que los pagos de este programa se hagan directamente a los médicos y otros proveedores médicos por cualquier servicio médico o servicio de salud que se preste a cada niño por el cual solicito cobertura, mientras éste sea elegible.
- Entiendo el significado de las preguntas de esta solicitud y entiendo que hay sanciones por retener información o dar información falsa.
- Certifico bajo pena de perjurio que mis respuestas son correctas y completas a mi leal saber y entender.
- Doy mi autorización a los proveedores médicos de este programa para divulgar información médica al Departamento de Servicios Especiales y de Rehabilitación o SRS, al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU., a las compañías de seguros y a otros contratistas que ofrecen servicios médicos. También doy mi autorización a SRS para divulgar información médica a otras dependencias y contratistas por propósitos administrativos.

Mi firma en esta solicitud significa que he leído y entiendo las condiciones explicadas aquí arriba. También autoriza que los empleadores, proveedores médicos, instituciones financieras, proveedores de seguros, proveedores de beneficios y otras personas o agencias que tengan conocimiento de mis circunstancias divulguen a HealthWave o a otro programa de beneficios cualquier información, inclusive información confidencial, que sea necesaria para certificar mi elegibilidad. Toda la información en esta solicitud está protegida bajo las leyes de confidencialidad estatales y federales. Esta autorización es válida a partir de la fecha que aparece a continuación. Una copia de esta autorización es tan válida como el documento original.

Firme aquí:

_____	_____
Responsable de la casa	Fecha

Cuando haya completado y firmado la solicitud, envíela a: HealthWave, PO Box 3599, Topeka, Kansas 66601