

Página de firma de la solicitud/revisión para Medicaid

Lea la siguiente información, firme esta hoja, escriba la fecha y devuélvala.

Entiendo que:

- Tengo derecho a un trato igualitario sin importar la raza, el color, la nacionalidad, la edad, la condición de discapacidad, el género, la religión o las creencias políticas.
- La ley federal no permite la discriminación con base en la raza, el color, la nacionalidad, la edad, la condición de discapacidad ni el género. Puedo presentar una queja por discriminación en <https://khap2.kdhe.state.ks.us/kfmam/civilrightscomplaint.asp>.
- Tengo derecho a que la información que he proporcionado se mantenga en privado, a menos que esté directamente relacionada con la administración de los programas de asistencia médica de Kansas.
- Algunas o todas las personas para las que presento la solicitud pueden obtener una cobertura médica similar bajo el programa de Medicaid, si califican.
- Tengo la responsabilidad de utilizar e informar sobre cualquier recurso de terceros, como seguros médicos, acuerdos judiciales, pagos para ayuda médica, fideicomisos, tutelas, etc., que puedan estar legalmente obligados a pagar alguno o todos los gastos médicos de las personas por las que presento la solicitud. Entiendo que se puede retener el pago de un servicio específico mientras se determina si no se ha utilizado un recurso de terceros.
- Cualquier pago que se me haga a través de un recurso de terceros por servicios médicos cubiertos por los programas de asistencia médica de Kansas, se utilizará para pagar las facturas médicas correspondientes y que estos programas sólo pagarán los servicios no cubiertos por ese recurso de terceros. Acepto cooperar con la unidad de subrogación médica en la búsqueda de esos recursos de terceros.
- Si recibo asistencia médica después de los 54 años o mientras esté en una institución, puede haber un reclamo contra mi patrimonio para recuperar los gastos médicos que se pagaron a mi favor. Entiendo que mi institución financiera será notificada de cualquier reclamo pendiente.
- Tengo la responsabilidad de leer y responder con veracidad todas las preguntas de esta solicitud. Comprendo que si proporciono información falsa o intencionalmente engañosa en esta solicitud, o si oculto información solicitada por la misma, estaré sujeto a sanciones por mis acciones.
- Tengo derecho a pedir una audiencia justa si no estoy de acuerdo con una decisión de la agencia o si creo que no siguieron todas las normativas federales y estatales.
 - La oficina debe recibir mi solicitud de audiencia en el plazo de **33** días contados a partir de la fecha de la notificación de la decisión.
 - Puedo solicitar la audiencia por teléfono o por correo postal:
Teléfono: **1-800-792-4884** (TTY 1-800-792-4292), **o**
Correo postal: The Office of Administrative Hearings 1020 S. Kansas Ave Topeka, KS 66612
- Puedo representarme a mí mismo en la audiencia o puedo tener a alguien que me represente. La decisión sobre la audiencia suele llegar en un plazo de 90 días contados a partir de la fecha de la solicitud de la misma.
- Si tengo una necesidad médica urgente, puedo solicitar una audiencia expedita (rápida):
 - Debo enviar un comprobante de dicha necesidad emitido por un profesional médico junto con mi solicitud de audiencia.
 - Si se aprueba, se programará una audiencia expedita lo antes posible.
 - Si no se aprueba, la audiencia se programará en el tiempo habitual.
- Tengo que proporcionar o solicitar un número de Seguro Social (SSN) para toda persona que solicite beneficios de salud y autorizo el uso de los SSN para administrar el programa. Los SSN también se utilizarán para ubicar registros en los sistemas informáticos de otras organizaciones como bancos, la Administración de la Seguridad Social (*Social Security Administration*) y el Servicio de Impuestos Internos (*Internal Revenue Service*).
- Soy responsable de proporcionar información correcta sobre los ingresos, el domicilio y la composición del núcleo familiar, así como informar sobre cualquier cambio durante el proceso de solicitud y mientras yo sea elegible.

Estoy de acuerdo en lo siguiente:

- Entregar todo pago para la ayuda médica de todas las personas que reciban asistencia médica si los adultos del núcleo familiar califican para recibirla.
- Ayudar a los Servicios de Manutención Infantil (CSS, *Child Support Services*) a determinar y hacer cumplir las órdenes de manutención necesarias si los adultos del núcleo familiar califican para recibir asistencia médica.
- Pagar la prima del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP, *Children's Health Insurance Program*) cada mes si califico para ese programa. La prima puede ser de \$0 o hasta de \$50, dependiendo de mis ingresos.
- Pagar la prima de Trabajando Sano (*Working Healthy*) cada mes si califico para ese programa. La prima puede ser de \$0 dólares o de \$205, dependiendo de mis ingresos.

Certifico lo siguiente:

- Que todas las personas para las que solicito cobertura médica y que cumplen con los requisitos son ciudadanos estadounidenses, nacionales o extranjeros con un estatus migratorio legal. Puede que se requiera un comprobante del estatus migratorio.
- Bajo pena de perjurio, que mis respuestas son correctas y completas a mi leal saber y entender.

Autorizo lo siguiente:

- Que los pagos conforme a este programa se hagan directamente a los médicos, proveedores de servicios médicos u organizaciones de atención médica por los servicios médicos y otros servicios de salud cubiertos.
- Que los proveedores de servicios médicos den a conocer la información médica a: La División de Finanzas para la Atención de la Salud del Departamento de Salud y Medio Ambiente de Kansas (KDHE), al Departamento de Niños y Familias (DCF), al Departamento de Servicios para Adultos Mayores y Personas con Discapacidad de Kansas (KDADS), al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., las compañías aseguradoras y a otros proveedores de servicios médicos contratados.
- El KDHE, el DCF y el KDADS para que compartan la información médica con fines administrativos con otras agencias y contratistas.
- Bancos, uniones de crédito y todas las demás instituciones financieras para que proporcionen mi **información financiera** al KDHE, al DCF, al KDADS o a otros programas de beneficios para determinar si soy elegible. Lo permito hasta que mi solicitud sea denegada, mi elegibilidad termine o retire el permiso por escrito. Si me niego a dar el permiso o si lo retiro, mi solicitud puede ser denegada o puede que ya no sea elegible.
- A los grupos que se indican a continuación para que den a conocer al KDHE, al DCF, al KDADS o a otros programas de beneficios mi **información privada** necesaria para determinar si soy elegible: Empleadores, proveedores de servicios médicos, proveedores de seguros, proveedores de beneficios, otra persona o agencia que sea necesaria.

Al firmar este formulario, declaro que:

- **He leído y comprendido las condiciones anteriores.**
- **Entiendo que las leyes estatales y federales sobre la privacidad protegen toda la información que proporciono en la solicitud correspondiente a mi caso.**
- **Esta autorización para mi solicitud es válida a partir de la fecha que se indica más adelante en este formulario.**
- **Una copia de esta página de firma es tan válida como la original.**

El **solicitante principal** debe firmar aquí:

Fecha:

Otro adulto que presente la solicitud, como uno de los padres o un cónyuge, **puede** firmar aquí (opcional):

Fecha:

Si el solicitante principal no puede firmar o firmó con una "X",
Pida al **primer** testigo que firme aquí:

Fecha:

Si el solicitante principal no puede firmar o firmó con una "X",
Pida al **segundo** testigo que firme aquí:

Fecha:

El **representante médico** debe firmar aquí (en su caso):

Fecha: