BHSF Form 2(CH)
Rev. 10/07 (English 05/07)
Prior Issue Obsolete

Renewal Month: _____
CSLD/WKR: _____

Solicitud de renovación de Medicaid

Devuelva este formulario o llame antes del:

Utilice este formulario para renovar la cobertura de LaCHIP/Medicaid de los niños. Usted puede renovar por correo o por teléfono. Si no renueva, la cobertura de ellos terminará. Después de que nos contacte, le avisaremos si ellos aún están cubiertos.

Cómo renovar por correo

1. Complete este formulario.
2. Obtenga los comprobantes. Vea la página 7 de la solicitud con la lista de documentos que deberá enviar.
3. Envíe el formulario y los documentos por correo, por fax o llévelos en persona. Nosotros le daremos más tiempo para entregar los comprobantes si lo necesita.

Cómo renovar por teléfono

1. Llame a su trabajador/a **o al 1-877-252-2447**, nuestra línea gratis de renovación las 24 horas.
2. Obtenga los comprobantes. Vea la página 7 con la lista de documentos que debe enviar.
3. Envíe los documentos por correo, por fax o llévelos en persona. Nosotros le daremos más tiempo si lo necesita.

¿Qué idioma habla mejor? ❑ *Inglés* ❑ *Español* ❑ *Vietnamita* ❑ *Otro* _____
¿Qué idioma escribe mejor? ❑ *Inglés* ❑ *Español* ❑ *Vietnamita* ❑ *Otro* _____

1. Cuéntenos sobre usted (el padre/madre legal o natural de los niños).

Nombre (primero, apellido) _____ ❑ Masculino ❑ Femenino
Número de Seguro Social _____ Fecha de nacimiento (mes, día, año) _____

Raza/Antecedente étnico (No tiene que contestar. Puede más de uno): ❑ Blanco ❑ Negro ❑ Asiático
❑ Indio Americano o nativo de Alaska ❑ Nativo de Hawai o Isleño del Pacífico ❑ Hispano o Latino

2. Díganos cómo contactarlo/a.

Dirección de Correo _____ Apartamento/Lote # _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Dirección donde vive (si es diferente) _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Condado donde vive (_____) _____ Teléfono de su casa (_____) _____
Teléfono celular (_____) _____ Teléfono de día (_____) _____
Dirección de E-mail _____
El mejor día/horario para llamarle de lunes a viernes entre 8 a.m. y 4:30 p.m. _____

Si usted tiene preguntas o necesita ayuda con esta solicitud, llame a Medicaid al 1-888-342-6207. Si usted es sordo o tiene problemas de oído y tiene un teléfono de texto TTY, llame al 1-800-220-5404. ESTAS LLAMADAS SON GRATIS

3. Díganos sobre el padre/madre legal o natural de los niños que vive con usted.
❑ No vive con nosotros el padre/la madre – Pase a la 4

Nombre (Primer nombre, apellido) _____ ❑ Masculino ❑ Femenino
Número de Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento (mes, día, año) _____
Raza/Antecedente étnico (No tiene que contestar. Puede más de uno): ❑ Blanco ❑ Negro ❑ Asiático
❑ Indio Americano o nativo de Alaska ❑ Nativo de Hawai o Isleño del Pacífico ❑ Hispano o Latino

4. Díganos sobre los niños menores de 19 que viven con usted.

A. Nombre (primero, apellido) _____ ❑ Masculino ❑ Femenino
Número de seguro social _____ Fecha de nacimiento (mes, día, año) _____
La relación con usted: ❑ Hijo/a ❑ Hijastro/a ❑ Nieto/a ❑ Otro (díganos): _____

Raza/Antecedente étnico (No tiene que contestar. Puede más de uno): ❑ Blanco ❑ Negro ❑ Asiático
❑ Indio Americano o nativo de Alaska ❑ Nativo de Hawai o Isleño del Pacífico ❑ Hispano o Latino

¿Recibe este niño LaCHIP o Medicaid? ❑ Sí - Responda la siguiente pregunta. ❑ No - Pase a la **B**.
Lugar de nacimiento: Ciudad _____ Condado _____
Estado _____ País _____
Nombre de la madre (nombre, inicial del Segundo nombre, apellido) _____
Apellido de soltera de la madre _____

¿Es el niño ciudadano de los Estados Unidos? ❑ Sí - Pase a la **B** ❑ No - Responda estas preguntas.
¿Cuándo entró al país? _____ ¿Es residente permanente? ❑ Sí ❑ No
Si **sí** ¿Cuál es el número de tarjeta de residencia permanente (green card)? A#_____

B. Nombre (primero, apellido) _____ ❑ Masculino ❑ Femenino
Número de seguro social _____ Fecha de nacimiento (mes, día, año) _____
La relación con usted: ❑ Hijo/a ❑ Hijastro/a ❑ Nieto/a ❑ Otro (díganos): _____

Raza/Antecedente étnico (No tiene que contestar. Puede más de uno): ❑ Blanco ❑ Negro ❑ Asiático
❑ Indio Americano o nativo de Alaska ❑ Nativo de Hawai o Isleño del Pacífico ❑ Hispano o Latino

¿Recibe este niño LaCHIP o Medicaid? ❑ Sí - Responda la siguiente pregunta. ❑ No - Pase a la **C**.
Lugar de nacimiento: Ciudad _____ Condado _____
Estado _____ País _____
Nombre de la madre (nombre, inicial del Segundo nombre, apellido) _____
Apellido de soltera de la madre _____

¿Es el niño ciudadano de los Estados Unidos? ❑ Sí - Pase a la **C** ❑ No - Responda estas preguntas.
¿Cuándo entró al país? _____ ¿Es residente permanente? ❑ Sí ❑ No
Si **sí** ¿Cuál es el número de tarjeta de residencia permanente (green card)? A#_____

C. Nombre (primero, apellido) _____ ❑ Masculino ❑ Femenino
Número de seguro social _____ Fecha de nacimiento (mes, día, año) _____
La relación con usted: ❑ Hijo/a ❑ Hijastro/a ❑ Nieto/a ❑ Otro (díganos): _____

Raza/Antecedente étnico (No tiene que contestar. Puede más de uno): ❑ Blanco ❑ Negro ❑ Asiático
❑ Indio Americano o nativo de Alaska ❑ Nativo de Hawai o Isleño del Pacífico ❑ Hispano o Latino

¿Recibe este niño LaCHIP o Medicaid? ❑ Sí - Responda la siguiente pregunta. ❑ No - Pase a la **D**.
Lugar de nacimiento: Ciudad _____ Condado _____

Estado _____ País _____
Nombre de la madre (nombre, inicial del Segundo nombre, apellido) _____
Apellido de soltera de la madre _____

¿Es el niño ciudadano de los Estados Unidos? ❑ Sí - Pase a la **D** ❑ No - Responda estas preguntas.
¿Cuándo entró al país? _____ ¿Es residente permanente? ❑ Sí ❑ No
Si **sí** ¿Cuál es el número de tarjeta de residencia permanente (green card)? A#_____

D. Nombre (primero, apellido) _____ ❑ Masculino ❑ Femenino
Número de seguro social _____ Fecha de nacimiento (mes, día, año) _____
La relación con usted: ❑ Hijo/a ❑ Hijastro/a ❑ Nieto/a ❑ Otro (díganos): _____

Raza/Antecedente étnico (No tiene que contestar. Puede más de uno): ❑Blanco ❑ Negro ❑ Asiático
❑ Indio Americano o nativo de Alaska ❑ Nativo de Hawai o Isleño del Pacífico ❑ Hispano o Latino

¿Recibe este niño LaCHIP o Medicaid? ❑ Sí - Responda la siguiente pregunta. ❑ No - Pase a la **5**
Lugar de nacimiento: Ciudad _____ Condado _____
Estado _____ País _____
Nombre de la madre (nombre, inicial del Segundo nombre, apellido) _____
Apellido de soltera de la madre _____

¿Es el niño ciudadano de los Estados Unidos? ❑ Sí - Pase a la **5** ❑ No - Responda estas preguntas.
¿Cuándo entró al país? _____ ¿Es residente permanente? ❑ Sí ❑ No
Si **sí** ¿Cuál es el número de tarjeta de residencia permanente (green card)? A#_____

5. Si alguien que recibe LaCHIP/Medicaid está embarazada, díganos sobre el embarazo
❑ Ninguna embarazada – Pase a la pregunta 6

¿Quién? _____ Fecha aproximada de parto: _____
¿Espera más de un bebé? ❑ Sí ❑ No

6. Si alguno de los niños tiene LaCHIP/Medicaid y seguro médico privado, responda las siguientes preguntas. ❑ No tienen seguro – Pase a la pregunta 7

Díganos los nombres de los niños que están cubiertos _____
Nombre del dueño de la póliza _____ Fecha que empezó la cobertura _____
Nombre y teléfono de la compañía de seguros _____
Dirección de la compañía de seguros _____
Número de póliza _____ Grupo número _____
¿Qué cubre la póliza? ❑ Hospital ❑ Doctor ❑ Medicina ❑ Dental ❑ Ambulancia ❑ Maternidad
¿El seguro es a través de su trabajo? ❑ Sí ❑ No Si dijo **sí**, ¿Cuánto cuesta al mes? _____

➜ *Si el seguro es por su trabajo, Medicaid podría pagarle la mensualidad a través del programa LaHIPP. Llame al 1-866-362-5253 o visite www.LaHIPP.DHH.Louisiana.gov para más información.*

7. ¿Terminó el seguro privado en los últimos 12 meses? ❑ Sí – Complete abajo
❑ No – Pase a la pregunta 8

Díganos quién ya no tiene seguro. _____

Fecha en que terminó el seguro _____Compañía de seguros _____

Número de póliza _____Grupo número _____

8. Si alguno de los niños no tiene seguro médico privado ¿podrían tenerlo bajo la póliza de alguien más? ❑ Sí – Complete abajo ❑ No – Pase a la pregunta 9

Díganos bajo la póliza de quién. _____Su número de teléfono (_____)_____

9. ¿Trabaja alguien? ❑ Sí – Conteste abajo ❑ No – Pase a la pregunta 10

Abuelos u otros tutores (que no son los padres) no tienen que dar esta información.

¿Quién trabaja?	**Nombre del Empleador** _____ **Teléfono del Empleador** _____ ❑ **Trabajo por mi cuenta**	**¿Cuánto le pagan (cantidad antes de las deducciones)?** **$** _____ **¿Con qué frecuencia?** ❑ Semanal ❑ cada 2 semanas ❑ dos veces al mes ❑ mensual	**¿Se ofrece seguro a través del trabajo?** ❑ Sí ❑ No
¿Quién trabaja?	**Nombre del Empleador** _____ **Teléfono del Empleador** _____ ❑ **Trabajo por mi cuenta**	**¿Cuánto le pagan (cantidad antes de las deducciones)?** **$** _____ **¿Con qué frecuencia?** ❑ Semanal ❑ cada 2 semanas ❑ dos veces al mes ❑ mensual	**¿Se ofrece seguro a través del trabajo?** ❑ Sí ❑ No

10. ¿Recibe alguien ingresos (dinero) de:

• Seguro Social • SSI • Desempleo • Compensación para Obreros • Dinero de amigos/familia • Sustento Infantil (provea el nombre del niño que lo recibe) • Pensión Alimenticia • Otro (especifique)

❑ **Sí** – Complete abajo ❑ **No** – Pase a la pregunta 11

Abuelos u otros tutores (que no son los padres) no tienen que dar esta información.

¿Quién lo recibe?	**¿Qué es?**	**¿Cuánto recibe?** **$**_____	**¿Como lo recibe?** ❑ semanal ❑ cada 2 semanas ❑ 2 veces al mes ❑ mensual
¿Quién lo recibe?	**¿Qué es?**	**¿Cuánto recibe?** **$**_____	**¿Como lo recibe?** ❑ semanal ❑ cada 2 semanas ❑ 2 veces al mes ❑ mensual
¿Quién lo recibe?	**¿Qué es?**	**¿Cuánto recibe?** **$**_____	**¿Como lo recibe?** ❑ semanal ❑ cada 2 semanas ❑ 2 veces al mes ❑ mensual
¿Quién lo recibe?	**¿Qué es?**	**¿Cuánto recibe?** **$**_____	**¿Como lo recibe?** ❑ semanal ❑ cada 2 semanas ❑ 2 veces al mes ❑ mensual

11. ¿Ha solicitado alguien beneficios como del Seguro social, pero aún no lo recibe? ❑ Sí – Complete abajo ❑ No – Pase a pregunta 12

¿Quién? _____ ¿Qué es? _____

12. ¿Paga alguien por el cuidado de niños o de un adulto discapacitado para poder trabajar, ir a la escuela o recibir entrenamiento? ❑ Sí – Complete abajo ❑ No – Pase a la pregunta 13

Nombre del niño/s o Adulto que recibe el cuidado _____

¿Quién paga por el cuidado? _____

¿Quién lo paga? _____ ¿Cuánto paga al mes? _____

¿Recibe ayuda para pagarlo de alguien o de algún programa? ❑ Sí – ¿Cuánto? _____ ❑ No

Nombre de la guardería o proveedor de cuidados _____

Dirección de la guardería o proveedor de cuidados _____

Ciudad_____ Número de teléfono (____) _____

13. ¿Paga alguien que vive con usted manutención infantil o marital ordenada por la corte?
❑ Sí – Complete abajo ❑ No – Pase a la pregunta 14

Nombre de la persona que lo paga _____

¿Cuánto paga? _____ ¿Con qué frecuencia? _____

14. Si algún niño necesita una tarjeta nueva de LaChip/Medicaid, díganos quién. _____
❑ Ningún niño la necesita – Firme en la próxima página

Este es el final de la solicitud. Usted debe firmar en la próxima página.

SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

LO QUE MEDICAID TIENE DERECHO A ESPERAR DE USTED

CIUDADANÍA Y ESTADO MIGRATORIO: Usted declara que la información proveída en esta solicitud sobre ciudadanía y estado migratorio es verdadera y correcta.
REPORTE VERAZ: Usted declara que la información que da en la solicitud es verdadera y correcta. Usted entiende que si a propósito da información que no es verdadera O no da toda la información que debe dar, usted y los solicitantes pueden recibir beneficios de salud que no deberían recibir. Si esto sucede puede ser penada legalmente por fraude y también puede ser obligada a devolver a Medicaid los gastos médicos que Medicaid ha pagado por usted erróneamente.
VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN: Usted entiende que la información que nos da sobre usted y los solicitantes será verificada. Usted está de acuerdo en ayudar a hacerlo y a permitir que Medicaid obtenga la información que necesita de agencias de gobierno, empleadores, proveedores médicos y otros.
NÚMEROS DE SEGURO SOCIAL: Usted entiende que los números de seguro social sólo serán usados para obtener información de otras agencias de gobierno para decidir si usted y/o los solicitantes están calificados para Medicaid.
PAGOS DE GASTOS MÉDICOS POR UNA TERCERA PARTE: Usted entiende que al aceptar Medicaid, el departamento tiene derecho al dinero que usted reciba de otras fuentes como de compañías de seguros o pagos por orden judicial, por servicios que Medicaid ha pagado por usted y los solicitantes.
REPORTANDO CAMBIOS: Usted acuerda informar a Medicaid dentro de los primeros 10 días de los siguientes cambios: 1) si alguien que recibe Medicaid se mueve fuera del estado; 2) si alguien viene o se va del hogar; 3) cambios en el lugar donde vive o recibe su correo; 4) cambios en su seguro de salud privado y las mensualidades; 5) cambios en los ingresos; 6) cambios en los bienes poseídos por cualquiera de los beneficiarios de Medicaid que son discapacitados o mayores de 65 años; y 7) si el embarazo termina
ENFORCE DE MANUTENCIÓN INFANTIL: Usted comprende que Medicaid sólo enviará información de su caso a la oficina de Child Support Enforcement para que obtenga asistencia médica si usted lo solicita. Nosotros enviaremos información sólo si los padres reciben Medicaid.

LO QUE USTED TIENE DERECHO A ESPERAR DE MEDICAID

DERECHO A UNA APELACIÓN: Usted comprende que puede pedir una audiencia si piensa que la decisión tomada en su caso es injusta, incorrecta o es tomada muy tarde.
NO DISCRIMINACIÓN: Usted comprende que Medicaid no puede tratarlo diferente por razones de raza, color, sexo, edad, discapacidad, religión, nacionalidad o creencias políticas. Si piensa que se ha hecho, puede llamar a: U.S. DHHS Regional Office for Civil Rights en Dallas, TX al 1-800-368-1019 o escribir a: Louisiana's Department of Health & Hospitals, Human Resources, P. O. Box 1349 Baton Rouge, LA 70821-1349
OTROS SERVICIOS: Usted entiende información sobre WIC, KIDMED, y otros servicios de Medicaid se le enviarán a las personas que reciben Medicaid.

Firme aquí:_____**Fecha** _____

Si Medicaid completó esta solicitud, ellos firmarán abajo.

_____**Fecha**_____

Comentarios del solicitante o del representante de Medicaid:

_____

_____

_____

_____

La persona que hizo comentarios firme aquí:_____**Fecha**:_____

Envíenos los siguientes comprobantes

Algunos de estos documentos no aplican a su situación, la de su esposo, ni la de sus hijos que solicitan. Para los documentos que si aplican a su situación, avísenos si no tiene o no puede conseguir algunos de estos comprobantes, porque tal vez podemos ayudarle a obtenerlos.

¿Qué enviar?
Copias de todas las tarjetas de seguro médico (frente y reverso) de todos los solicitantes
Talones de cheques del último mes que muestren el salario bruto (antes de los impuestos) o una carta del empleador. Si tiene su propio negocio, envíe copias de los impuestos del ultimo año y las secciones (schedules) adjuntas – para solicitantes o sus padres (legales o naturales). *Los abuelos y otros tutores (que no son los padres naturales) no tienen que enviar esta información.*
Comprobantes de ingresos brutos (antes de impuestos) de beneficios de veterano, compensación de trabajadores (worker's comp), manutención marital, y cualquier otro ingresos que no sea de un trabajo. Los comprobantes podrían ser cartas de concesión y formulario de impuestos 1099 del año – para los solicitantes y sus padres. *Los abuelos y otros tutores (que no son los padres naturales) no tienen que enviar esta información.*
Declaraciones de amigos o familiares que le dan dinero a los padres del/de los solicitantes
Comprobantes de pago por cuidado de niños de la guardería. Comprobantes de pago por cuidados de un adulto del proveedor de los cuidados
Orden de la corte y comprobantes de pago de manutención marital o infantil dados a personas fuera del hogar. *Si se paga a través de la oficina de Support Enforcement Services de Louisiana, **no** tiene que enviar comprobantes – díganos.*

✓ Antes de enviar el formulario de renovación, confirme los siguientes puntos:

- ☐ Yo contesté todas las preguntas y completé todas las partes de esta solicitud de renovación.
- ☐ Yo firmé y puse fecha a la solicitud.
- ☐ Estoy enviando los comprobantes necesarios enumerados en esta página que aplican a mi situación. ***No tiene que enviar comprobantes cuando envía el formulario de renovación. Avísenos si necesita tiempo adicional***