DEPARTMENT OF HEALTH AND HOSPITALS

Solicitud para
Greater New Orleans Community Health Connection

Cobertura de salud sin costo para adultos en el área de Greater New Orleans

- Utilice este formulario para solicitar el programa llamado "Greater New Orleans Community Health Connection" (GNOCHC). Usted debe residir en una de estas parroquias: Orleans, Jefferson, St. Bernard o Plaquemines.
- Utilice sólo una solicitud por familia.
- Si necesita espacio adicional, utilice una hoja de papel separada.
- Utilice tinta de color negro.
- Si tiene alguna pregunta, llámenos al **1-888-342-6207**.
- Si tiene alguna pregunta y utiliza un teléfono de texto TTY, llámenos al **1-800-220-5404**.

A dónde enviar su solicitud:

- Si está en la clínica, entregue la solicitud completa a un empleado de la clínica.
- Envíe la solicitud completa por fax al **1-866-861-6018**.
- Envíe la solicitud completa por correo a: **Orleans Regional Medicaid**
  P.O. Box 60840
  New Orleans, LA 70160

¿Cuál es el idioma preferido del paciente? ☐ Inglés ☐ Vietnamita ☐ Español ☐ Otro: _____

Sección 1 Información de contacto

Dirección postal			**Dirección de residencia (si es diferente)** ☐ **Marque aquí si es igual a la dirección de residencia. Si es diferente, indíquelo abajo.**		
Apartado postal o dirección postal		Apartamento/número de lote	Dirección física		Apartamento/número de lote
Ciudad	Estado	Código postal	Ciudad	Estado	Código postal

Parroquia de residencia ☐ Orleans ☐ Jefferson ☐ Plaquemines ☐ St. Bernard ☐ Otra:

Teléfono de la casa ( )	Teléfono celular ( )	Dirección de correo electrónico (si tiene)

Para uso de la agencia

AC Center _____ AC ID _____ AC Rep _____

Sección 2 Personas que viven en su casa

Díganos sobre usted, su cónyuge e hijos menores de 19 años de edad.

	Usted	Cónyuge	Niño 1	Niño 2
Relación con usted	☒ Yo	☐ Cónyuge	☐ Hijo ☐ Hijastro ☐ Nieto ☐ Otro:	☐ Hijo ☐ Hijastro ☐ Nieto ☐ Otro:
Primer nombre, Inicial del segundo nombre				
Apellido (Sufijo: Sr., Jr., etc.)				
Número de seguro social				
Fecha de nacimiento (mes/día/año)				
Raza (Opcional—puede marcar una o más)	☐ Blanca ☐ Asiática ☐ Nativa de Hawai o Islas del Pacífico ☐ Amerindio o nativo de Alaska Tribu: _____ ☐ Otro: _____	☐ Blanca ☐ Asiático ☐ Nativa de Hawai o Islas del Pacífico ☐ Amerindio o nativo de Alaska Tribu: _____ ☐ Otro: _____	☐ Blanca ☐ Asiático ☐ Nativa de Hawai o Islas del Pacífico ☐ Amerindio o nativo de Alaska Tribu: _____ ☐ Otro: _____	☐ Blanca ☐ Asiático ☐ Nativa de Hawai o Islas del Pacífico ☐ Amerindio o nativo de Alaska Tribu: _____ ☐ Otro: _____
¿Esta persona es hispana o latina? (Opcional)	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Sexo	☐ Masculino ☐ Femenino	☐ Masculino ☐ Femenino	☐ Masculino ☐ Femenino	☐ Masculino ☐ Femenino
¿Esta persona desea solicitar la cobertura?	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
¿Esta persona tiene seguro médico?	☐ Sí ¿El seguro médico es por medio de un empleo? ☐ Sí ☐ No ☐ No ¿El seguro médico está disponible por medio de un empleo? ☐ Sí ☐ No	☐ Sí ¿El seguro médico es por medio de un empleo? ☐ Sí ☐ No ☐ No ¿El seguro médico está disponible por medio de un empleo? ☐ Sí ☐ No	☐ Sí ¿El seguro médico es por medio de un empleo? ☐ Sí ☐ No ☐ No ¿El seguro médico está disponible por medio de un empleo? ☐ Sí ☐ No	☐ Sí ¿El seguro médico es por medio de un empleo? ☐ Sí ☐ No ☐ No ¿El seguro médico está disponible por medio de un empleo? ☐ Sí ☐ No
¿Ha terminado el seguro médico de esta persona en los últimos 12 meses?	☐ Sí ☐ No ¿Cuándo?	☐ Sí ☐ No ¿Cuándo?	☐ Sí ☐ No ¿Cuándo?	☐ Sí ☐ No ¿Cuándo?

Una discapacidad es un impedimento físico o mental que dura por lo menos por un año o se espera que provoque la muerte.

¿Esta persona sufre de alguna discapacidad?	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No

Las respuestas que proporciona acerca de la ciudadanía se mantienen privadas.

¿Esta persona es ciudadana estadounidense?	☐ Sí – Pase a la Sección 3 ☐ No – Continúe	☐ Sí – Pase a la Sección 3 ☐ No – Continúe	☐ Sí – Pase a la Sección 3 ☐ No – Continúe	☐ Sí – Pase a la Sección 3 ☐ No – Continúe
¿Es la persona un residente legal permanente?	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
¿Cuándo se le concedió la residencia a esta persona?				
Número de tarjeta de residente permanente #				
Extranjero #	A	A	A	A

Sección 3 Ingreso de un empleo (Ejemplos: efectivo, cheques, propinas)

¿Los padres de familia o menores en la casa, trabajan?
☐ Sí - Menciónelo abajo. ☐ No - Pase a la Sección 4.
Anote cada empleo. No incluya ingresos de abuelos u otros cuidadores que no sean padres de familia.

Nombre del trabajador	**Nombre del empleador y número de Teléfono**	**¿Esta persona trabaja independientemente?**	**¿Cuánto?** (Ingreso bruto antes de pagar impuestos)	**¿Con qué frecuencia?** (Semanalmente, cada 2 semanas, dos veces al mes, mensualmente)
		☐ Sí ☐ No	$	
		☐ Sí ☐ No	$	
		☐ Sí ☐ No	$	

Sección 4 Otro ingreso (Ejemplos: Seguro Social, pensión alimenticia, desempleo, compensación laboral, manutención)

¿Los padres de familia o menores en la casa reciben ingresos que no sean de un empleo?
☐ Sí—Menciónelo abajo. ☐ No—Pase a la Sección 5.
Si el ingreso es por manutención, mencione al niño y a la persona que lo recibe.

¿Quién lo recibe?	**¿De dónde?**	**¿Cuánto?** (Ingreso bruto antes de pagar impuestos)	**¿Con qué frecuencia?** (Semanalmente, cada 2 semanas, dos veces al mes, mensualmente)
		$	
		$	
		$	

Sección 5 Gastos

Háblenos sobre los gastos de los padres y de sus hijos en su hogar.

Gasto	**¿Quién lo paga?**	**¿Cuánto cada mes?**
¿Manutención ordenada por el tribunal? ☐ Sí ☐ No		$
¿Pensión alimenticia ordenada por el tribunal? ☐ Sí ☐ No		$
¿Cuidado de un niño o de una persona con una discapacidad? ☐ Sí ☐ No ¿Quién recibe atención? _____		$

Sección 6 Gastos médicos

¿Alguna de las personas enumeradas en esta solicitud tiene facturas (pagadas o sin pagar) por atención médica recibida durante los últimos tres meses? ☐ Sí - Menciónelo abajo. ☐ No - Pase a la Sección 7.

¿Quién recibió la atención?	**Nombre y número de teléfono del médico, clínica u otro proveedor médico**	**¿Cuál fue la fecha del servicio?**	**Costo total**

Sección 7 Otro

¿Alguna de las solicitantes de la familia está embarazada?	☐ Sí ☐ No	¿Quién está embarazada? ¿Fecha probable de parto?
¿Alguno de los solicitantes tiene Medicare?	☐ Sí ☐ No	¿Quién tiene Medicare?
¿Alguno de los solicitantes tuvo antes Medicaid?	☐ Sí ☐ No	¿Quién necesita una nueva tarjeta?

Sección 8 Cosas de su propiedad

Únicamente complete esta sección si alguno de los solicitantes es mayor de 65 años de edad o tiene una discapacidad.
Una discapacidad es un impedimento físico o mental que dura por lo menos por un año o se espera que provoque la muerte.

Cosas de su propiedad	**¿Quién es el dueño?**	**Nombre del banco o descripción de un artículo**	**¿Cuánto vale?**
¿Cuentas bancarias? ☐ Sí ☐ No			$
¿Certificados de depósito (CD)? ☐ Sí ☐ No			$
¿Anualidades, acciones, bonos, fondos mutuos, cuentas de jubilación? ☐ Sí ☐ No			$
¿Propiedad aparte de su casa (como herencia o casa de vacaciones)? ☐ Sí ☐ No			$
¿Seguro de vida o funerario? ☐ Sí ☐ No			$
¿Pre-necesidad o dinero reservado para el funeral? ☐ Sí ☐ No			$
¿Vehículos (automóviles, camiones, barcos, caravanas, motocicletas, ATV's)? ☐ Sí ☐ No			$
¿Caja de seguridad? ☐ Sí ☐ No			$
¿Un fideicomiso? ☐ Sí ☐ No			$
¿Otro? (especifique) ☐ Sí ☐ No			$

Este es el final de la solicitud. Lea y firme abajo.

Al firmar esta solicitud, doy mi autorización al Estado de Luisiana y a sus agentes para establecer contactos para verificar la información que proporcioné en esta solicitud. Bajo pena de perjurio, certifico que toda la información incluida en esta solicitud, incluyendo ciudadanía estadounidense o estado migratorio legal de todas las personas que solicitan beneficios es verdadera y correcta, según mi saber y entender. He leído o alguien me ha leído la sección de "Derechos y responsabilidades" de la solicitud, incluidas las sanciones contra el fraude.

Firme aquí:	**Fecha:**
Cónyuge firma aquí (si se incluye en la solicitud):	**Fecha:**

Derechos y responsabilidades	
Lo que el Louisiana Department of Health and Hospitals (DHH) tiene derecho a esperar de usted	
Cambios	Usted acepta informar a DHH dentro de los 10 días siguientes sobre estos cambios: 1) si cualquiera de los que reciben atención médica se muda fuera del estado; 2) si cualquiera se muda a o fuera de la casa; 3) si hay cambios en su dirección de correo o la dirección de su casa o, 4) si hay cambios en el seguro médico y las primas o si cualquiera obtiene un seguro médico.
Informar la verdad	Usted declara que las respuestas que dio que esta solicitud son verdaderas y correctas. Si usted intencionalmente dio información que no es cierta o si ocultó información, usted ha cometido fraude. Si usted comete fraude, es posible que tenga que devolver el dinero que DHH paga por la atención que usted recibe.
Números de Seguro Social	Usted comprende que los números de Seguro Social se usarán únicamente para obtener información de otras agencias del gobierno para ver si usted califica para los servicios.
Pago de atención médica por parte de un tercero	Al aceptar la atención médica, usted comprende que DHH tiene derecho a obtener el dinero que usted recibió de otras fuentes como pagos de seguro o convenios judiciales por atención que DHH le ha pagado.
Apoyo de manutención a menores	Usted comprende que, solamente si usted lo solicita, DHH enviará información del caso a Child Support Enforcement (Apoyo de manutención de menores) para apoyo médico. DHH hará una referencia sólo si los padres de los niños menores de 19 años de edad, obtienen Medicaid. Usted puede solicitar que DHH no lo refiera a Child Support Enforcement si considera que tiene una buena causa para no cooperar con Apoyo de manutención.
Lo que usted tiene derecho a esperar de DHH	
Derecho a una audiencia justa	Usted comprende que puede pedir una Audiencia justa si piensa que cualquier decisión que se tomó en el caso no es justa, es incorrecta o se tomó muy tarde.
DHH no puede discriminar	Usted comprende que DHH no puede tratarlo en forma diferente debido a su raza, color, sexo, edad, discapacidad, religión, nacionalidad u orientación política. Si considera que le han discriminado, llame a la U.S. DHHS Regional Office for Civil Rights de Dallas, TX al 1-800-368-1019 o escriba a Louisiana's Department of Health & Hospitals, Human Resources al P. O. Box 4818, Baton Rouge, LA 70821-4818.
Otros servicios	Usted comprende que la información acerca de WIC, KIDMED y otros programas se puede enviar a cualquiera que califique.

Cosas que podemos solicitar
Copias de todas las tarjetas de seguro médico (frente y reverso)
Para no ciudadanos de los EE.UU: copias de las tarjetas de residencia permanente u otros formularios de los Servicios de ciudadanía e inmigración de EE.UU
Para todos los que trabajan: prueba de ingreso como el recibo de pago del último mes o una carta del empleador
Para los que trabajan independientemente: copias de la declaración de impuestos del último año con todos sus anexos
Para ingreso que no es por un empleo (Ejemplos: VA, compensación del trabajador, desempleo, pensión alimenticia, manutención): prueba de ingresos o carta de adjudicación, o declaración de impuestos 1099 para el último año
Carta del amigo o pariente que le da el dinero
Prueba de pagos hechos por la atención proporcionada a niños o a cualquier persona con discapacidad
Orden del tribunal y prueba de los pagos de pensión alimenticia o manutención hechos a cualquiera fuera de la casa
Prueba del valor de las cosas que posee, como estados de cuenta del banco, pólizas de seguros, contratos funerarios, bonos de ahorro, certificados de acciones, documentos de fideicomiso o documentos de sucesión