

TAKE CHARGE

Renewal Month: _____
CSLD/WKR: _____

Renovación para Programa de planificación familiar

Devuelva este formulario o llame antes del:

Utilice este formulario para renovar su cobertura para servicios del programa de planificación familiar. Si usted no renueva, su cobertura terminará. Usted puede renovar por correo, por fax, por teléfono o en persona.

Cómo renovar:

Por correo: Complete y firme el formulario. Envíe el formulario y los comprobantes necesarios (vea la página 3) en el sobre adjunto. Si necesita espacio adicional para responder una pregunta, utilice una hoja aparte.

Por fax: Complete y firme el formulario. Envíe el formulario y los comprobantes necesarios (vea la página 3) al número de fax que aparece en la carta que le vino con este formulario o envíelo al 1-877-523-2987.

Por teléfono: Llame al trabajador que le envió este formulario o llame gratis al 1-877-252-2447 de lunes a viernes de 8:00 A.M. a 4:00 P.M. Oprima el 2 para español y el 7 para un operador que puede transferirle con su trabajador. Usted debe hablar a su trabajador para renovar por teléfono.

En persona: Visite la oficina de Medicaid más cercana o centro de solicitudes de Medicaid. Para saber cual es la oficina más cercana, llame al 1-877-252-2447. Si usted es sordo o tiene problemas de oído y tiene un teléfono de texto TTY, llame al 1-800-220-5404.

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

1. Cuéntenos sobre usted – La mujer que recibe servicios del programa de planificación familiar.

Su nombre _____
primero inicial del segundo apellido de soltera apellido de casada

Dirección de su casa _____
número y calle apartamento/lote número

ciudad estado código postal

Dirección de Correo (si es diferente) _____
número y calle apartamento/lote número

ciudad estado código postal

Su número de seguro social _____ - _____ - _____ Condado donde usted vive _____

Estado civil: Casada Soltera Separada Divorciada Viuda

Dirección de E-mail _____

Teléfono de su casa (_____) _____ Teléfono celular (_____) _____ Teléfono de día (_____) _____

El mejor día/horario para llamarle de lunes a viernes entre 8 a.m. y 4:30 p.m. _____

2. En la próxima página díganos sobre las personas que viven con usted – Liste a su esposo primero (si es casada) y luego a sus hijos menores de 18 años de edad. Si nadie vive con usted, pase a la pregunta 3.

Si hay más de 4 personas, utilice una hoja aparte. El número de seguro social se debe proveer para su esposo, hijos y cualquier persona que recibe Medicaid.

Si usted tiene preguntas o necesita ayuda con esta solicitud, llame a nuestra oficina al 1-877-252-2447. 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.

Nombre (primero, inicial del segundo, apellido) _____

Fecha de nacimiento (mes, día, año) _____ Número de seguro social _____ - _____ - _____

Relación con usted: Esposo Hijo/a Hijastra/a Nieto/a Otro _____

Nombre (primero, inicial del segundo, apellido) _____

Fecha de nacimiento (mes, día, año) _____ Número de seguro social _____ - _____ - _____

Relación con usted: Esposo Hijo/a Hijastra/a Nieto/a Otro _____

Nombre (primero, inicial del segundo, apellido) _____

Fecha de nacimiento (mes, día, año) _____ Número de seguro social _____ - _____ - _____

Relación con usted: Esposo Hijo/a Hijastra/a Nieto/a Otro _____

Nombre (primero, inicial del segundo, apellido) _____

Fecha de nacimiento (mes, día, año) _____ Número de seguro social _____ - _____ - _____

Relación con usted: Esposo Hijo/a Hijastra/a Nieto/a Otro _____

3. Seguro Médico

¿Tiene usted Medicare? Sí No

¿Tiene seguro médico? Sí – Complete abajo No – Pase a la pregunta 4

Nombre del titular de la póliza _____ Fecha inicial de cobertura _____

Nombre y número de teléfono de la compañía de seguros _____

Número de póliza _____ Número de grupo _____

Cubre: Hospital Doctor Medicina Dental Ambulancia Embarazo Planificación de familia

4. Embarazo

¿Está usted embarazada? Sí No Fecha de parto estimada _____

¿Espera más de un bebé? Sí No

5. Ingreso de trabajo

¿Trabaja alguien (usted, su esposo o hijos menores de 18 años)? Sí – Complete abajo No – Pase a la pregunta 6

Díganos sobre **cada** trabajo de tiempo completo, de medio tiempo o negocio.

¿Quién trabaja?	Nombre y número de teléfono del empleador o negocio	¿Negocio propio?	¿Cuánto? (muestre ingreso bruto, no lo que se lleva a casa)	¿Con qué frecuencia?
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

6. Otros ingresos – No del trabajo

¿Recibe usted o alguien de su hogar dinero que no sea de un trabajo, como:

- Seguro social • SSI • Manutención marital • Dinero de amigos/familiares • Worker's Comp (compensación de trabajadores) • Desempleo • Retiro • Retiro del Ferrocarril • Renta de otras propiedades • Anualidades • Beneficios de veterano • Manutención infantil (nombre del niño) • Derechos • Algo más (díganos)

Sí – Complete abajo No – Pase a la pregunta 7

¿Quién lo recibe?	¿Qué es?	¿Cuánto? (muestre ingreso bruto, no lo que se lleva a casa)	¿Con qué frecuencia?
			<input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> cada dos semanas <input type="checkbox"/> dos veces al mes <input type="checkbox"/> mensual
			<input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> cada dos semanas <input type="checkbox"/> dos veces al mes <input type="checkbox"/> mensual
			<input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> cada dos semanas <input type="checkbox"/> dos veces al mes <input type="checkbox"/> mensual

7. Cuidado de niños o de adultos

¿Paga usted o su esposo 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 8

Nombre del niño/s o adulto que recibe 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 _____ Número de teléfono (____) _____

8. Manutención infantil o marital

¿Paga alguien en su casa manutención infantil o marital ordenada por la corte a alguien fuera de su casa? Sí No

Si sí, ¿a quién? _____ Persona de su hogar que lo paga _____

¿Cuánto paga y con qué frecuencia? _____

Envíenos los siguientes comprobantes

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 último año y las secciones (schedules) adjuntas— *suyo, de su esposo y de sus hijos menores de 18 años.*

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 pasado – *suyo, de su esposo, y de sus hijos menores de 18 años*

Declaraciones de amigos o familiares que le dan dinero a usted, su esposo y/o a sus hijos menores de 18 años

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.*

SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

LO QUE MEDICAID/PROGRAMA TAKE CHARGE 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/TAKE CHARGE 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/TAKE CHARGE 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/TAKE CHARGE.

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/TAKE CHARGE ha pagado por usted y los solicitantes.

REPORTE DE CAMBIOS: Usted acuerda informar a Medicaid/TAKE CHARGE dentro de los primeros 10 días de los siguientes cambios: 1) si alguien que recibe servicios del programa de planificación familiar se muda fuera del estado; 2) si hay cambios en su dirección de correo o de su casa; 3) si alguien que recibe servicios del programa de planificación familiar tiene seguro médico privado o Medicare, y 4) si alguien que recibe servicios del programa de planificación familiar queda embarazada

ENFORCE DE MANUTENCIÓN INFANTIL: Usted comprende que Medicaid/TAKE CHARGE sólo enviará información de su caso a la oficina de Child Support Enforcement para que obtenga asistencia médica si usted lo solicita.

LO QUE USTED TIENE DERECHO A ESPERAR DE MEDICAID/PROGRAMA TAKE CHARGE

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/PROGRAMA TAKE CHARGE 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 4818 Baton Rouge, LA 70821-4818



USTED DEBE FIRMAR ABAJO



Firme aquí: _____ **Fecha** _____

Si alguien de Medicaid o un centro de solicitudes le ayudó a completar este formulario, ellos firmarán abajo.

_____ **Fecha** _____

Por favor devuelva este formulario de renovación inmediatamente. Nosotros le daremos más tiempo para obtener los comprobantes si lo necesita. Si usted necesita la dirección o fax de su oficina local de Medicaid, llame al 1-877-252-2447. Si usted es sorda o tiene problemas de oído y tiene un teléfono de texto TTY, llame al 1-800-220-5404. Estas llamadas son gratis.