

Solicitud de asistencia financiera: términos, derechos y responsabilidades de New York State of Health

- Al colocar mis iniciales en la casilla de consentimiento, firmo esta solicitud bajo pena de perjurio. Esto significa que respondí verdaderamente todas las preguntas, a mi leal saber y entender. Es posible que esté sujeto a sanciones según la ley federal si suministré información falsa o no veraz de manera intencional.
- Comprendo que debo informarle al Mercado si algo de lo que escribí en esta solicitud se modifica. Debo llamar al 1-855-355-5777 o visitar www.nystateofhealth.ny.gov para informar cualquier cambio o para recibir ayuda para obtener la información requerida.
- Comprendo que va en contra de la ley federal discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo o discapacidad. Puedo presentar una queja por discriminación en www.hhs.gov/ocr/office/file.
- Confirmando que nadie que solicite un seguro médico en esta solicitud vive en un centro médico.

Si alguien en esta solicitud califica para Medicaid o Child Health Plus:

- Debo leer los términos, los derechos y las condiciones antes de firmar esta solicitud.
- Acepto compartir esta información con cualquier centro de salud escolar que brinde servicios a los solicitantes. Entiendo que esta información se comparte para ver si los solicitantes califican para Medicaid o Child Health Plus, o para obtener información sobre estos programas.
- Para padres de niños con discapacidades: A menos que haya marcado "no" a continuación (consentimiento para facturar a Medicaid por ciertos servicios de educación especial), mi firma también autoriza a mi distrito escolar, ciudad o pueblo a facturar a Medicaid por los servicios de educación especial que se le brindan a mi hijo.

Si alguien en esta solicitud califica para el Plan Esencial:

- Entiendo que si NY State of Health determina que alguien en esta solicitud o yo somos elegibles para el Plan Esencial, no somos elegibles para Medicaid o el crédito tributario de prima. Esto significa que NY State of Health no puede permitir que nos inscribamos en un plan de salud calificado (con o sin un crédito tributario de prima) o un plan de atención administrado por Medicaid.
- Comprendo que si califico para el Plan Esencial, debo elegir e inscribirme en un plan de salud del Plan Esencial.
- Al solicitar el Plan Esencial, acepto pagar cualquier tarifa mensual (prima) no pagada por NY State of Health.

Si alguien en esta solicitud califica para Créditos fiscales de prima avanzados:

- Comprendo que si estoy empleado, NY State of Health puede notificar a mi empleador que he aplicado, y que el Mercado me ha determinado elegible para el crédito fiscal de prima. La ley federal requiere que NY State of Health envíe este aviso con base en una determinación de elegibilidad. NY State of Health puede enviar este aviso incluso si no me inscribo en un plan de salud. Si NY State of Health envía el aviso, puede darle a mi empleador suficiente información para identificarme.
- Comprendo que si estoy empleado, el Mercado puede contactar a cualquiera de los empleadores en esta solicitud para ver si alguien en esta solicitud califica para un seguro de salud. El Mercado me informará si recibe alguna información que afecte si califico para un seguro.

Derecho a apelar

Si creo que el Mercado ha cometido un error, puedo apelar su decisión. Apelar significa decirle a alguien en el Mercado que considero que la decisión es incorrecta y solicito una revisión justa de la decisión. Comprendo que puedo averiguar cómo apelar llamando al 1-855-355-5777. Comprendo que puedo hacer que otra persona me represente en mi apelación. La información sobre si califico, así como también otra información importante, se me explicará. Entiendo que un cambio en mi información podría afectar si las personas en mi hogar reúnen los requisitos para un seguro de salud.

Términos, derechos y condiciones adicionales

Firmar esta solicitud significa que entiendo que estoy solicitando Medicaid y Child Health Plus. También estoy de acuerdo con la divulgación de información personal, información financiera y cualquier otra información que el estado necesite para decidir si califico para estos programas.

Mis derechos

- Comprendo que el Mercado puede usar mi edad, discapacidad y ciudadanía o estado migratorio para determinar si califico, según las normas del programa.
- Si mi hijo tiene Medicaid, entiendo que mi hijo puede recibir todos los tratamientos necesarios, incluso los controles de bienestar infantil, a través del Programa de Salud para niños y adolescentes.
- Entiendo que tengo derecho a solicitar, ahora o más adelante, recuperar el dinero que pagué por atención médica, servicios y suministros cubiertos durante los últimos tres meses. Después de la fecha de mi solicitud, el dinero que gaste en atención médica, servicios y suministros cubiertos solo se devolverá si utilizo proveedores de Medicaid.
- Tengo derecho a decir que tengo una "buena causa" (una buena razón) para no inscribirme en un seguro de salud, si creo que inscribirme podría perjudicar mi salud o seguridad, o la salud y seguridad de alguien del que soy legalmente responsable.
- Comprendo que si necesito ayuda con mi solicitud, puedo llamar al 1-855-355-5777. La llamada es gratuita. TTY: 1-800-662-1220.

Apoderados de atención médica

La ley de apoderados de atención médica de Nueva York le permite elegir a una persona de su confianza para que tome decisiones de atención médica por usted, si no puede hacerlo por su cuenta. Esta persona se llama representante de atención médica.

Puede obtener más información sobre la ley de apoderados de atención médica del Estado de Nueva York y obtener el formulario para un representante de atención médica (formulario de representación) en el sitio web del Departamento de Salud del Estado de Nueva York en www.health.state.ny.us/professionals/patients/health_care_proxy/

Para obtener una copia del formulario que se le envió por correo, llame a la línea de ayuda de Medicaid del Estado de Nueva York al 1-800-541-2831.

Mis responsabilidades

- Debo proporcionar toda la información necesaria para demostrar que califico para Medicaid. Entiendo que el estado puede pedirme más información.

Firmar esta solicitud significa que:

- Comprendo que Medicaid no pagará los gastos médicos que el seguro u otra persona deben pagar.
- Otorgo al Departamento de Salud cualquier derecho conforme a la ley para tratar de obtener el pago de los gastos médicos por parte de mi cónyuge o la madre o el padre de mi hijo, si mi hijo es menor de 21 años.
- Otorgo al Departamento de Salud el derecho a cobrar, en mi lugar, el dinero que me deben otras empresas o personas para pagar mis beneficios.
- Acepto presentar cualquier reclamo por beneficios de seguro de salud o accidente, o cualquier otro reclamo de dinero o beneficios, que tenga el derecho de presentar.
- Al solicitar Child Health Plus, acepto pagar cualquier tarifa mensual (prima) no pagada por el Estado de Nueva York.
- Entiendo que a partir del 1 de abril de 2014, si recibo Medicaid a través de NY State of Health:
 - no se colocarán gravámenes sobre mis bienes inmuebles antes de mi muerte;
 - la recuperación de los activos en mi patrimonio al momento de mi muerte se limita a la cantidad que Medicaid pagó por el costo de la atención en un hogar de ancianos, servicios en el hogar y en la comunidad, y servicios hospitalarios y de medicamentos recetados relacionados y recibidos a partir de mi aniversario número 55.
- Entiendo que Medicaid también puede recuperar el costo de los servicios y las facturas de los proveedores que no se deberían haber pagado.
- Entiendo que cualquiera que solicite beneficios debe proporcionar un número de seguro social (SSN, por sus siglas en inglés), excepto si es un extranjero no calificado.
- Entiendo que las agencias de Medicaid también pueden utilizar los números de seguro social para identificar a la persona que recibe los beneficios, de modo que Medicaid pueda estar seguro de que la persona correcta está recibiendo los servicios adecuados.
- Esta es la ley: 42 U.S.C. 1320b-7(a) Medicaid regulación 42 CFR 435.910.

Atención administrada por Medicaid

- Comprendo que si califico para Medicaid, debo elegir e inscribirme en un plan de salud administrado por Medicaid.
- Puedo llamar al 1-855-355-5777 para elegir un plan.
- Entiendo que en un plan de salud administrado por Medicaid, debo elegir un médico para que sea mi proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés). Podré elegir entre al menos tres proveedores de atención primaria de mi plan de salud.
- Entiendo que una vez que me inscriba en un plan de salud, tendré que usar mi proveedor de atención primaria y otros proveedores del plan, excepto en algunas circunstancias especiales.
- Entiendo que si tengo un hijo mientras soy miembro de un plan de salud gestionado de Medicaid, mi hijo se inscribirá en el mismo plan de salud en el que me encuentro.

Divulgación de información médica

- Acepto la divulgación de cualquier información médica sobre mí y cualquier miembro de mi familia a través de:
 - mi proveedor de atención primaria u otros proveedores de atención médica o el Departamento de Salud del Estado de Nueva York, a mi plan de salud y a cualquier proveedor de atención médica que se ocupe de mí o de mi familia. Esto es para que mi plan de salud o mis proveedores puedan llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención médica. Esto puede incluir información sobre farmacias y otros reclamos médicos necesarios para ayudar a administrar mi atención;

- mi plan de salud y cualquier proveedor de servicios de salud, al Departamento de Salud del Estado de Nueva York y otros organismos federales, estatales y locales autorizados, para que puedan administrar Medicaid y los programas Child Health Plus; y
- mi plan de salud a otras personas u organizaciones para que mi plan de salud pueda llevar a cabo el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica.
- Entiendo que la información que divulga mi plan de salud puede ser sobre VIH, salud mental, abuso de alcohol y sustancias o una discapacidad. También puede ser información necesaria para ver si alguien que se presenta califica para servicios de discapacidad.
- Entiendo que si más de un adulto en la familia se une a un plan de salud de Medicaid, cada adulto debe firmar esta solicitud para autorizar al plan a divulgar información.
- Comprendo que siempre que quiera, puedo revocar el permiso que di para divulgar información. Todo lo que tengo que hacer es llamar a mi plan de salud.

Divulgación de registros educativos

- Autorizo al Departamento de Salud para que lea los registros educativos de mis hijos si es necesario para reclamar el reembolso de Medicaid por servicios educativos relacionados con la salud.
- También autorizo que el Departamento de Salud brinde esta información al organismo gubernamental federal correspondiente con el único propósito de realizar una auditoría.

Consentimiento para facturar a Medicaid por ciertos servicios de educación especial

Si mi hijo tiene una discapacidad y un programa de educación individualizado (IEP, por sus siglas en inglés), doy mi consentimiento para que el distrito o el municipio escolar de mi hijo le cobren a Medicaid el pago de los servicios de educación especial elegibles para Medicaid que están en el IEP.

Entiendo que:

- La cobertura de Medicaid existente de mi hijo no disminuirá y los servicios existentes no se verán afectados.
- No estoy obligado a inscribirme en Medicaid para que mi hijo reciba sus servicios de educación especial y, sin importar mi decisión de otorgar mi consentimiento para la facturación, todos los servicios requeridos en el IEP de mi hijo se le proporcionarán a mi hijo sin costo alguno para mí. No incurriré en ningún gasto de mi bolsillo o montos de copago para que mi hijo reciba servicios de IEP.
- Doy mi consentimiento para permitir que el distrito o el municipio escolar cobren por los servicios de educación especial que se encuentran en el IEP actual de mi hijo. Si la cantidad o la duración de estos servicios aumenta o los servicios del IEP cambian, entiendo que el distrito o el municipio escolar deben obtener mi consentimiento adicional para facturar dichos servicios.

Autorizo voluntariamente y entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento.

No, no autorizo a Medicaid para que se le facturen los servicios de educación especial que se brindan a mi hijo.

Divulgación de información al programa de intervención temprana

Si mi hijo es evaluado o participa en el programa de intervención temprana del Estado de Nueva York, autorizo al Departamento de Salud para compartir la información de elegibilidad de Medicaid de mi hijo

con el programa de intervención temprana de mi condado, con el fin de facturar a Medicaid y compartir esta información con cualquier centro de salud escolar que brinde servicios a los niños que presentan la solicitud.

Información para inmigrantes

Certifico, bajo pena de perjurio, que yo o alguien por quien firmo somos ciudadanos de los EE. UU., estamos nacionalizados en los Estados Unidos o tenemos un estado migratorio satisfactorio. El término "estado migratorio satisfactorio" significa un estado de inmigración que hace que la persona sea elegible para los beneficios.

La agencia federal de inmigración dice que inscribirse en Medicaid no puede afectar la capacidad de una persona para obtener una tarjeta de residente permanente (tarjeta verde), de convertirse en ciudadano, patrocinar a un miembro de la familia o viajar dentro y fuera del país, a menos que se use Medicaid para pagar los servicios de cuidado a largo plazo en un asilo de ancianos o un centro de salud mental.

El estado no brindará ninguna información en esta solicitud a una agencia federal de inmigración.