



Apple Health for Kids



¿Que es Apple Health for Kids?

Apple Health for Kids es un programa de seguro medico patrocinado por el estado disponible para todos los niños elegibles en el estado de Washington .

Este programa ofrece cobertura de seguro medico, dental y visión para todos los niños que sean elegibles de ingresos sin importar el estatus legal.

¿Quien califica para el Apple Health for Kids?

- Niños menores de 19 años.
- Las familias que tengan su ingreso bruto mensual bajo los limites de la tabla correspondiente al la cantidad de miembros en la familia. (vea la tabla abajo)
- Si usted tiene seguro medico y el ingreso bruto mensual de su familia esta por debajo del limite de la cobertura gratis de la tabla, usted puede tener el seguro medico del estado como cobertura secundaria.

Numero de miembros en la familia Incluyéndose a usted mismo	Limite de ingreso mensual para cobertura gratis	Limite de ingreso mensual para cobertura de bajo costo * Costo: \$20 por niño/ \$40 max. por familia	Limite de ingreso mensual para cobertura de bajo costo* Costo: \$30 por niño/ \$60 max. por familia
1	\$1,815	\$2,269	\$2,723
2	\$2,452	\$3,065	\$3,678
3	\$3,089	\$3,861	\$4,633
4	\$3,725	\$4,657	\$5,588
5	\$4,362	\$5,433	\$6,543
	+ \$637 por persona	+ \$796 por persona	+ \$955 por persona

¿Que es lo que tiene que hacer si califica para el Apple Health for Kids:

- Llene la solicitud que esta adjunto
- Incluya copias de las actas de nacimiento para los niños que sean elegibles.
- Verificación de ingresos de los últimos 30 días (talones de cheques, carta de su empleador, etc.)
- Identificación con foto para niños mayores de 15 años (ID del escuela, permiso de manejo, etc.)
- Mande su solicitud completa con copias de los documentos al:

Department of Social & Health Services
 PO Box 45531
 Olympia, WA 98504-5531

Si tiene preguntas o necesita asistencia, por favor de comunicarse con:

Long Vue, MPH (360) 397-8214
 (se habla español)



Para otros formatos contacte Clark County ADA Office:
Voz (360) 397-2322; **Retransmitir** 711 or (800) 833-6388;
Fax (360) 397-6165; **Email** ADA@clark.wa.gov.



Para obtener ayuda en su comunidad, llame:



Solicitud para beneficios médicos infantiles

Esta solicitud es para una cobertura médica solamente para niños y adolescentes menores de 19 años de edad. Cualquiera puede hacer la solicitud en nombre de un menor. Los menores pueden hacer la solicitud en nombre propio. **Le enviaremos a la persona mencionada en la casilla 1, toda la información de seguimiento.** Si tiene alguna pregunta o si desea ayuda para llenar este formulario, solamente llame al 1-877-543-7669. ¡Será un placer atenderle!

Escriba con letra de molde en tinta negra o azul. No use lápiz. (Mencione al padre, tutor o persona de contacto que recibirá la información de seguimiento)

1	PRIMER NOMBRE	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO		
2	DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	CALLE	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
3	DIRECCIÓN POSTAL (SI ES DIFERENTE)	CALLE	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
4	NÚMEROS DE TELÉFONO	5 ¿Tiene dificultad para hablar, leer o escribir en inglés? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
CASA ()		¿Qué idioma o formato alternativo necesita? _____			
TRABAJO ()		¿Necesita un intérprete? (En caso afirmativo, le ayudaremos por medio de un intérprete). <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
MENSAJE ()		¿Qué idioma habla? _____			
		6 ¿Hay algún niño(a) menor de 19 años tenga alguna afección médica que necesite atención inmediata? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
		¿Alguien en su casa está embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
		Si la respuesta es "sí", ¿quién? _____			

Información general

7 Enumere a los miembros de la familia **que viven juntos.**
(Si es necesario, adjunte una hoja de papel por separado para enumerar más miembros de la familia).

NOMBRE (PRIMER NOMBRE, INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO)	SEXO M o F	RELACIÓN CON USTED	FECHA DE NACIMIENTO (MES/DÍA/AÑO)	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL * = OPCIONAL	CIUDADANO DE LOS EE.UU. SÍ NO	LLENE SI EL MENOR NO ES UN CIUDADANO DE LOS EE.UU.	
						LUGAR DE NACIMIENTO (CIUDAD/ESTADO)	INDIQUE LA FECHA EN QUE EL MENOR LLEGÓ A LOS ESTADOS UNIDOS
A. PADRE, TUTOR O USTED MISMO				*	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
B. CÓNYUGE U OTRO PADRE DE FAMILIA (si vive en el hogar)				*	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
C. ENUMERE A LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES MENORES DE 19 AÑOS DE EDAD (que desean beneficios médicos)					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
D.					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
E.					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
F.					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
G. ENUMERE A LOS DEMÁS ADULTOS/MENORES QUE ESTÁN EN EL HOGAR (que no desean beneficios médicos)				*			
				*			

Nota: Por favor adjunte cualquier documento que muestre la situación de los niños.

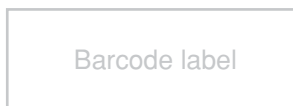
8 ¿Algún menor de 19 años de edad que esté en su hogar, está discapacitado? Sí No
Si la respuesta es "sí", ¿quién? _____

Gastos

Esta información puede ayudar a que sus hijos califiquen.

9 ¿Paga por cuidado infantil mientras trabaja? Sí No Si la respuesta es "Sí", ¿cuánto paga por mes? \$ _____
¿Le paga usted a alguien para que cuide de un adulto dependiente discapacitado mientras trabaja? Sí No Si la respuesta es "Sí", ¿cuánto paga por mes? \$ _____

10 ¿Paga manutención de niños por orden del tribunal por un menor que no está viviendo en su hogar? Sí No Si la respuesta es "Sí", ¿cuánto paga por mes? \$ _____



Ingresos

Ingrese el pago BRUTO (antes de impuestos o gastos).

(Adjunte constancia de ingresos de los últimos 30 días)

<p>11 NOMBRE Y TELÉFONO DEL EMPLEADOR DEL PADRE/MADRE</p> <p>()</p> <p>12 Monto que recibió en los últimos 30 días antes de reducir impuestos o gastos:</p> <p>\$ _____</p> <p>¿Qué monto de estos ingresos proviene de un trabajo independiente?*</p> <p>\$ _____</p> <p>13 NOMBRE Y NÚMERO DE TELÉFONO DEL EMPLEADOR DEL CÓNYUGE (O DE OTRO DE LOS PADRES QUE VIVA EN EL HOGAR):</p> <p>()</p> <p>14 Monto que su cónyuge (u otro de los padres que vive en el hogar) recibió en los últimos 30 días, antes de deducir impuestos o gastos:</p> <p>\$ _____</p> <p>¿Qué monto de estos ingresos proviene de un trabajo independiente?*</p> <p>\$ _____</p> <p><small>*SI USTED O SU CÓNYUGE (U OTRO DE LOS PADRES QUE VIVE EN EL HOGAR) TIENE UN EMPLEO INDEPENDIENTE, ES POSIBLE QUE SE LE HAGAN OTRAS DEDUCCIONES. LLAME 1-877-543-7669 PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN O ASISTENCIA PARA LA PRESENTACIÓN DE SOLICITUDES.</small></p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>OTROS INGRESOS DEL HOGAR</th> <th>MONTO RECIBIDO EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS</th> <th>¿QUÉ MIEMBRO DE LA FAMILIA GANA ESTOS INGRESOS?</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>15 MANUTENCIÓN DE MENORES</td> <td>\$ _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>16 PENSIÓN ALIMENTICIA</td> <td>\$ _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>17 PAGO DE SEGURO SOCIAL</td> <td>\$ _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>18 BENEFICIOS POR DESEMPLEO</td> <td>\$ _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>19 INGRESOS / INTERESES POR INVERSIÓN/DIVIDENDOS</td> <td>\$ _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>20 BENEFICIOS PARA VETERANOS</td> <td>\$ _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>21 TRABAJO E INDUSTRIAS</td> <td>\$ _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>22 PENSIONES MILITARES</td> <td>\$ _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>23 OTRO (Por favor explique)</td> <td>\$ _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">24 ¿Necesita ayuda para pagar facturas médicas no pagadas (durante los últimos 3 meses) de cualquiera de los menores para los cuales está presentando la solicitud? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>Si su respuesta es "Sí," por favor envíenos copias de todos los ingresos familiares para los meses que quisiera que revisáramos.</p>	OTROS INGRESOS DEL HOGAR	MONTO RECIBIDO EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS	¿QUÉ MIEMBRO DE LA FAMILIA GANA ESTOS INGRESOS?	15 MANUTENCIÓN DE MENORES	\$ _____		16 PENSIÓN ALIMENTICIA	\$ _____		17 PAGO DE SEGURO SOCIAL	\$ _____		18 BENEFICIOS POR DESEMPLEO	\$ _____		19 INGRESOS / INTERESES POR INVERSIÓN/DIVIDENDOS	\$ _____		20 BENEFICIOS PARA VETERANOS	\$ _____		21 TRABAJO E INDUSTRIAS	\$ _____		22 PENSIONES MILITARES	\$ _____		23 OTRO (Por favor explique)	\$ _____		24 ¿Necesita ayuda para pagar facturas médicas no pagadas (durante los últimos 3 meses) de cualquiera de los menores para los cuales está presentando la solicitud? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
OTROS INGRESOS DEL HOGAR	MONTO RECIBIDO EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS	¿QUÉ MIEMBRO DE LA FAMILIA GANA ESTOS INGRESOS?																																
15 MANUTENCIÓN DE MENORES	\$ _____																																	
16 PENSIÓN ALIMENTICIA	\$ _____																																	
17 PAGO DE SEGURO SOCIAL	\$ _____																																	
18 BENEFICIOS POR DESEMPLEO	\$ _____																																	
19 INGRESOS / INTERESES POR INVERSIÓN/DIVIDENDOS	\$ _____																																	
20 BENEFICIOS PARA VETERANOS	\$ _____																																	
21 TRABAJO E INDUSTRIAS	\$ _____																																	
22 PENSIONES MILITARES	\$ _____																																	
23 OTRO (Por favor explique)	\$ _____																																	
24 ¿Necesita ayuda para pagar facturas médicas no pagadas (durante los últimos 3 meses) de cualquiera de los menores para los cuales está presentando la solicitud? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>																																		

Información del seguro médico

Coméntenos acerca de cualquier seguro médico que sus hijos ya tengan.

<p>25 A ¿Algunos de los niños para los cuales está solicitando tienen ya seguro médico? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>	<p>25 B Si su respuesta es "Sí", ¿ese seguro médico cubre el médico, hospital, rayos X (radiología) y servicios de laboratorio? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>	<p>26 A ¿Sus hijos han estado cubiertos por algún seguro médico relacionado con el trabajo durante los últimos 4 meses? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>	<p>26 B Si su respuesta es "Sí", ¿costó la prima menos de \$50 al mes para los dependientes? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>												
<p>27 Si marcó "Sí" en cualquiera de las preguntas anteriores (25 a o b, o 26 a o b), indique el nombre de la compañía de seguros o empleador que proporciona el seguro médico para sus hijos.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>COMPañÍA DE SEGUROS O EMPLEADOR</th> <th>NÚMERO DE PÓLIZA</th> <th>NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA</th> <th>NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL TITULAR DE LA PÓLIZA (OPCIONAL)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>				COMPañÍA DE SEGUROS O EMPLEADOR	NÚMERO DE PÓLIZA	NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL TITULAR DE LA PÓLIZA (OPCIONAL)								
COMPañÍA DE SEGUROS O EMPLEADOR	NÚMERO DE PÓLIZA	NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL TITULAR DE LA PÓLIZA (OPCIONAL)												

Raza/Origen étnico de los menores (Información voluntaria)

<p>Le pedimos que nos indique voluntariamente la raza u origen étnico de sus hijos. Esta información no se usará para considerar su elegibilidad para los beneficios.</p>	<input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano	<input type="checkbox"/> Hispano o Latino
	<input type="checkbox"/> Hawaiano o de otra de las Islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Otro _____	
<p><small>Está prohibida la discriminación en todos los programas y actividades que administra el Departamento de servicios sociales y de salud. No debe excluirse a nadie de estos programas y actividades en base a la raza, color, credo, orientación política, nacionalidad, religión, edad, sexo o discapacidad.</small></p>				

Lea cuidadosamente antes de firmar

Esta solicitud es solamente para beneficios médicos para niños. Si alguien en su familia ya recibe, o quisiera solicitar beneficios en efectivo, alimentos básicos u otros beneficios, por favor comuníquese a la Oficina de Servicios Comunitarios (CSO, por sus siglas en inglés) de la sede local del DSHS

- Es posible que el DSHS le pida que compruebe la información que está proporcionándole para indicar si usted es elegible. Le puede solicitar al DSHS su ayuda para obtener las constancias.
- Otras agencias estatales o federales pueden revisar su información. NO se compartirá esta información con los Servicios de inmigración y naturalización (INS, por sus siglas en inglés).
- Al solicitar y obtener beneficios de atención médica, usted le concede al estado de Washington todos los derechos para cualquier apoyo médico y para cualquier pago a terceros por atención médica.
- El DSHS puede compartir el historial de inmunizaciones de su hijo(a) con el Sistema de rastreo de inmunizaciones del perfil del menor.

<p>DECLARACIÓN Y FIRMA He leído y comprendido la información en esta solicitud. Declaro, bajo pena de perjurio, que la información que he proporcionado en esta solicitud es verdadera, correcta y completa según mi leal saber y entender.</p>	<p>Firma del solicitante</p> <p>X _____</p> <p style="text-align: right;">Fecha _____</p>
--	---

Cómo presentarla

<p>ENVÍE POR CORREO A: Dept. of Social and Health Services P.O. Box 45531 Olympia, WA 98504-5531</p> 	<p>PARA OBTENER AYUDA: Si necesita ayuda o tiene preguntas, por favor llame al 1-877-543-7669.</p> 
---	---