

# Solicitud del Family Planning Benefit Program

Escriba claramente con letra de molde. Pida ayuda si hay algo que no comprende.

## SECCIÓN A INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Díganos quién es y cómo podemos comunicarnos con usted. (UTILICE SU NOMBRE LEGAL COMPLETO)

Primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido				Idioma principal		
Dirección del domicilio	Calle	N.º de apto.	Ciudad	Estado	Código postal	Condado de residencia

Si no puede recibir correo o una tarjeta de beneficios en la dirección de su domicilio por asuntos de confidencialidad o por otras razones, proporcione una dirección postal diferente a continuación. Si no necesita proporcionar una dirección postal diferente, marque la casilla 'No se necesita una dirección confidencial'.

No se necesita una dirección confidencial.

Dirección postal	Calle	N.º de apto.	Ciudad	Estado	Código postal	Número de teléfono
------------------	-------	--------------	--------	--------	---------------	--------------------

¿Es usted veterano?  Sí  No

## SECCIÓN B INFORMACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR

Indique su nombre y los nombres de las personas en su familia que viven con usted. Puede incluir a su cónyuge y a sus hijos menores de 21 años, aunque ellos no estén presentando una solicitud.

Primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido (Utilice otra hoja si necesita incluir a más personas)	Relación con la persona en la Línea 1	Fecha de nacimiento (MM/DD/AA)	Sexo M o F	SOLO PARA SOLICITANTES DE FPBP	
				Número de Seguro Social	Raza/grupo étnico (Consulte los códigos a continuación)
1	Usted	/ /			
2					
3					
4					

Códigos de raza/grupo étnico: A: Asiático B: Negro o afroamericano H: Hispano o latino I: Indio americano o nativo de Alaska P: Nativo de Hawái u otra isla del pacífico W: Blanco U: Desconocido

## SECCIÓN C INGRESO

Describe TODOS los tipos y cantidades de dinero que recibe. Asegúrese de incluir los ingresos del trabajo (incluyendo empleo independiente), beneficios por desempleo, intereses, beneficios del Seguro Social, pensiones, pagos por discapacidad, dinero de familiares o amigos o cualquier otro pago.

Tipo de ingreso (salario, UIB, beneficios SSA)	Cantidad del ingreso bruto (Antes de impuestos/deducciones)	¿Con qué frecuencia recibe ingresos? (semanal, quincenal, mensual, otros)

Si no tiene ingresos, explique cómo cubre sus necesidades (por ejemplo, vive con amigos o familiares):

--

¿Tiene alguna factura por servicios médicos no pagada, con relación a la planificación familiar, de los últimos 3 meses?  Sí  No

Si es así, debe proporcionar evidencia de sus ingresos y residencia para los meses cuando recibió los servicios no pagados.

¿Ha empezado o terminado un trabajo en los últimos 6 meses? Si es así, proporcione los detalles a continuación:

--

## SECCIÓN D CIUDADANÍA/ESTATUS MIGRATORIO

¿Es usted un ciudadano estadounidense, nacionalizado o nativo americano?  Sí  No

Si no es así, proporcione la siguiente información. Sus respuestas a estas preguntas se mantendrán completamente confidenciales.

Primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido	Marque una casilla que indique su estado de ciudadanía o migratorio actual.
	<input type="checkbox"/> Inmigrante/no ciudadano (Escriba la fecha en la que ingresó a los Estados Unidos ____/____/____) <input type="checkbox"/> No inmigrante (titular de visa) <input type="checkbox"/> Ninguno de los anteriores

## SECCIÓN E SEGURO MÉDICO

Es posible que todavía sea elegible si tiene otro seguro médico, especialmente si no cubre los servicios de planificación familiar o si tiene una causa justificada por la que su seguro médico no debería facturarse.

¿Tiene cobertura a través de alguno de los siguientes?  Medicaid  Medicare  Child Health Plus

¿Tiene otro seguro médico privado?  Sí  No  No sé Si es así:

Nombres de las personas cubiertas	
Nombre del titular/suscriptor de la póliza	
Nombre de la compañía de seguros	Número de grupo/póliza

¿Facturar cualquier otro seguro médico dañará su salud o seguridad física o emocional o interferirá con la privacidad y confidencialidad de su solicitud o de recibir servicios de planificación familiar?  Sí  No

Si es así, pida a su proveedor que se base en una causa justificada

### AUTORIZACIÓN POR CAUSA JUSTIFICADA

Si la respuesta anterior es Sí, el proveedor debe llamar al 1-800-541-2831 para obtener una autorización por causa justificada.

(No es necesario hacerlo si esta solicitud está acompañada por una Prueba de detección de PE y se otorgó una autorización por causa justificada en ese momento).

Fecha de la llamada para la autorización por causa justificada: \_\_\_\_\_ ¿Aprobada?  Sí  No

Nombre del representante del Centro de llamadas: \_\_\_\_\_ Duración de la causa justificada: Desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

## TÉRMINOS, DERECHOS Y OBLIGACIONES

Al completar y firmar esta solicitud, solicito el Family Planning Benefit Program (FPBP). Estoy de acuerdo en divulgar información personal y financiera de esta solicitud y cualquier otra información para determinar la elegibilidad. Comprendo que existe la posibilidad que se me solicite más información. Estoy de acuerdo con informar inmediatamente de cualquier cambio en la información incluida en esta solicitud.

Comprendo que debo proporcionar la información necesaria para probar mi elegibilidad. Si no he podido obtener la información, le indicaré al New York State Department of Health (SDOH) o su designado. El SDOH o su designado puede ayudar a obtener la información.

Entiendo que el FPBP puede verificar la información que proporcioné para esta solicitud sin que mi confidencialidad se vea comprometida. El estado, el distrito de servicios sociales y el proveedor que ayudan a completar esta información, mantendrán la información confidencial de conformidad con 42 U.S.C. 1396a(a)(7) y 42 CFR 431.300-431.307 y cualquier reglamento y ley estatal y federal.

Comprendo que mi elegibilidad para este programa no se verá afectada por mi raza, color de la piel, discapacidad, sexo o nacionalidad. También comprendo que, dependiendo de los requisitos de este programa, mi ciudadanía/estatus migratorio puede ser un factor para ser elegible o no serlo.

Comprendo que cualquier persona que mienta u oculte intencionadamente la verdad para recibir los servicios bajo este programa está cometiendo un delito y está sujeta a multas federales y estatales y es posible que tenga que reembolsar el monto de los beneficios recibidos y que también reciba multas civiles.

Entiendo que debo proporcionar documentos de mi ciudadanía e identidad al SDOH o a su designado o al Proveedor de planificación familiar en nombre del SDOH para recibir los Beneficios de planificación familiar. También entiendo que el SDOH o su designado pueden ayudarme a determinar mi estado y obtener cualquier documento necesario, si solicito ayuda. Una vez haya proporcionado los documentos que comprueben mi ciudadanía e identidad, no tendré que volverlos a proporcionar. Si lleno este formulario como una renovación por correo y todavía no he proporcionado estos documentos, deberé proporcionarlos.

**Inmigración:** Servicios de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos (United States Citizenship and Immigration Services, USCIS) ha indicado que la inscripción en Medicaid NO PUEDE afectar la capacidad de una persona de obtener una tarjeta de identificación, convertirse en ciudadano, patrocinador de un familiar o viajar dentro y fuera del país (excepto si Medicaid paga atención a largo plazo en un lugar como un hogar de ancianos o un hospital psiquiátrico).

**El Estado no transmitirá ninguna información en esta solicitud a USCIS.**

### ASIGNACIÓN DE DERECHOS PARA APOYO MÉDICO Y PAGO DE TERCEROS

Entiendo que FPBP no paga los gastos médicos que la aseguradora u otra persona deba pagar, a menos que exista una causa justificada para no usar otro seguro. Todas las personas que soliciten FPBP deben proporcionar al SDOH o a su designado cualquier derecho que pueda tener para apoyo médico u otro pago de seguro por servicios de planificación familiar, a menos que soliciten y reciban una exención por causa justificada. Al firmar esta solicitud por mí mismo, o por otra persona a quien pueda otorgar legalmente los derechos, otorgo al SDOH o a su designado todos mis derechos de recibir apoyo médico y pagos de terceros para los servicios de planificación familiar durante todo el tiempo en el que participe en Medicaid.

### REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS

Después de la fecha de mi solicitud, el reembolso de los servicios y suministros de planificación familiar cubiertos solo estarán disponibles si se obtienen de los proveedores inscritos en Medicaid.

### NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (SOCIAL SECURITY NUMBER, SSN)

Entiendo que debo proporcionar mi SSN para recibir FPBP. Esto lo requiere la sección 1137(a) de la Ley de Seguridad Social y las regulaciones de Medicaid (42 CFR 435.910 y 42 U.S.C. 1320b-7(a)). El FPBP utilizará el SSN para verificar mi ingreso, elegibilidad y el monto de pagos de asistencia médica hechos en mi nombre. La información puede corroborarse con los registros en otras agencias, como la Administración de Seguridad Social y/o el Servicio de Rentas Internas.

### DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD

Toda la información que nos proporciona permanecerá confidencial. Las únicas personas que verán esta información son las agencias estatales o locales y la persona que le ayuda a completar la solicitud que necesita saber esta información para determinar si usted es elegible. La persona que le ayude con esta solicitud no puede hablar sobre la información con nadie, excepto con un supervisor o las agencias locales o estatales que necesiten esta información.

### DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Otorgo mi consentimiento para la divulgación de cualquier información médica sobre mí y cualquier miembro de mi familia para quienes yo pueda dar mi consentimiento: mis proveedores de atención primaria, cualquier otro proveedor de atención médica o SDOH o su designado y cualquier proveedor de atención médica involucrado en proporcionarme atención a mí o a mi familia, según sea razonablemente necesario para que mis proveedores lleven a cabo el tratamiento, pago, u operaciones de atención médica, a SDOH o su designado y otras agencias federales, estatales o locales autorizadas para propósitos de administración del programa Medicaid. Además acepto que la información divulgada puede incluir información sobre el VIH, salud mental o abuso de alcohol o sustancias relacionada conmigo y los miembros de mi familia hasta donde lo permita la ley.

**Afirmo que he leído y comprendo los Términos, derechos y responsabilidades anteriormente mencionados. Declaro bajo pena de perjurio que toda la información en esta solicitud es verdadera a mi leal saber y entender.**

Fecha \_\_\_\_\_ Firma del solicitante \_\_\_\_\_

### RECHAZO DE LA DETERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD DE MEDICAID

Yo, \_\_\_\_\_, he recibido información sobre los beneficios mejorados y servicios adicionales y la cobertura disponible bajo Medicaid. Elijo no solicitar Medicaid en este momento y he solicitado una determinación de elegibilidad solamente para el Family Planning Benefit Program. Entiendo que puedo solicitar Medicaid u otro programa de seguro en cualquier momento en el futuro, si lo deseo.

Fecha \_\_\_\_\_ Firma del solicitante \_\_\_\_\_ Firma del proveedor/personal de Medicaid \_\_\_\_\_

### DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE AUTORIZADO

Al firmar a continuación, usted permite que otra persona o agencia solicite los beneficios de planificación familiar en su nombre, hable sobre su solicitud o caso, si fuera necesario, y reciba notificaciones y/o correspondencia en su nombre.

Nombre y dirección de la persona o agencia a quien se le entregará la información general de salud:

Nombre: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ Firma del solicitante \_\_\_\_\_ Firma del representante \_\_\_\_\_