

# Petición para Revisión del Nivel de Contribución

Programa Child Health Plus de MVP



Fecha \_\_\_\_\_

## Household Information (please print)

Nombre del Cabeza de Familia		Número de Identificación de Afiliado	
Dirección		Teléfono (        )	
Ciudad		Estado	Código Postal
Ingreso Mensual Bruto	\$	Número de Miembros de la Familia	

Indique el nombre y fecha de nacimiento (DOB) de cada miembro de la familia:

_____	DOB	_____	DOB
_____	DOB	_____	DOB
_____	DOB	_____	DOB
_____	DOB	_____	DOB

Yo, (su nombre) \_\_\_\_\_, le pido a mi plan de salud que, MVP Health Plan, revise mi elegibilidad para determinar el nivel de la contribución familiar requerida. Yo creo que mi ingreso y/o tamaño de hogar ha cambiado desde la última vez que mi elegibilidad fue revisada y creo que el cambio resultará en un cambio en mi contribución familiar.

Información adicional que nos podría ayudar a completar su solicitud:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Usted debe incluir documentación de su ingreso con esta petición.** En la página dos de esta forma está la lista de documentos para cada tipo de ingreso que usted puede proveer. Si usted no está seguro se el cambio de ingreso de la familia es suficiente para resultar en un cambio en su contribución, le pedimos que se comunique con nosotros al **1-800-852-7826** (TTY: **1-800-662-1220**) o con la línea telefónica directa de Child Health Plus del Estado al **1-800-698-4543** (TTY: **1-877-898-5849**) antes de pedir una revisión.

Certifico que toda la información en la presente solicitud es verdadera y correcta. Entiendo que esta información será usada para determinar la mensualidad para el programa Child Health Plus. También entiendo que si doy declaraciones de ingresos falsas intencionalmente, podría tener que devolver los beneficios recibidos y ser procesado bajo las leyes estatales.

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**Usted debe incluir documentación de su ingreso con esta petición.** Abajo está la lista de documentos para cada tipo de ingreso que usted puede proveer. Si usted no está seguro se el cambio de ingreso de la familia es suficiente para resultar en un cambio en su contribución, le pedimos que se comunique con nosotros al **1-800-852-7826**, o con la línea telefónica directa de Child Health Plus del Estado al **1-800-698-4543** antes de pedir una revisión.

Debe presentar un comprobante por **cada tipo de ingreso** que percibe. Presente el último comprobante de ingresos antes de impuestos y otras deducciones. El comprobante debe estar fechado, debe tener el nombre del empleado e indicar los ingresos brutos del período del pago. Es comprobante debe ser por las últimas cuatro semanas, ya sea que reciba su pago de forma semanal, quincenal, o mensual. **Es importante que estén al día.**

**Salarios y Sueldo**

- Talones de cheques de salarios
- Formulario de Verificación de Empleo (disponible en [mvphealthcare.com](http://mvphealthcare.com))
- Declaración de impuestos actual, firmada y fechada, con todos los anexos
- Documentos de negocios/nómina

**Trabajos por Cuenta Propia**

- Declaración de impuestos actual, firmada y fechada, con todos los anexos
- Documentos de ganancias y gastos/ documentos de negocios

**Ingresos de Alquileres o Pensionistas**

- Carta del pensionista, del inquilino
- Talón de cheque

**Seguro Social**

- Carta o certificado de adjudicación
- Informe anual de beneficios
- Correspondencia de la Administración del Seguro Social

**Pensiones o Anualidades Privados**

- Estado de cuenta de la pensión o anualidad

**Beneficios de Desempleo**

- Carta o certificado de adjudicación
- Informe mensual del Departamento de Trabajo del Estado de Nueva York
- Listado de información de cuenta del destinatario del sitio Web del Departamento de Trabajo del Estado de Nueva York ([labor.ny.gov](http://labor.ny.gov))
- Copia de la Tarjeta de pago directo (Direct Payment Card) con el listado
- Correspondencia del Departamento de Trabajo

**Compensación Obrera**

- Carta de adjudicación o talón de cheque

**Beneficios de Veteranos**

- Carta de adjudicación
- Talón del cheque de beneficios
- Correspondencia de la Administración de Asuntos de Veteranos

**Ayuda de Otros Miembros de la Familia**

- Declaración firmada o carta del miembro de la familia

**Pago a Militares**

- Carta de adjudicación o talón de cheque

**Manutención/Pensión Alimentaria de los Hijos**

- Carta de la persona que provee los pagos
- Carta del tribunal
- Talón de cheque del pago de pensión alimentaria y/o manutención
- Copia de NY Epicard con listado
- Copia de la cuenta con información de la cuenta de manutención de los hijos de [childsupport.ny.gov](http://childsupport.ny.gov)
- Estado de cuenta que muestra el depósito directo

**Intereses, Dividendos, o Regalías**

- Estado de cuenta reciente de un banco, cooperativa de crédito, o institución financiera
- Carta del corredor o agente
- Formulario 1099 o declaración de impuestos (si no se dispone de otra documentación)

Tamaño de la Familia* ▶	1	2	3	4	5	6	Persona Adicional
<b>Mensualidad Requerida</b>	<b>Ingreso Mensual Bruto Máximo**</b>						
<b>Gratis</b>	\$1,618	\$2,194	\$2,770	\$3,346	\$3,922	\$4,498	+\$576
<b>\$9 por cada niño, al mes</b> (Máximo \$27 por familia)	\$2,246	\$3,046	\$3,845	\$4,644	\$5,443	\$6,242	+\$800
<b>\$15 por cada niño, al mes</b> (Máximo \$45 por familia)	\$2,530	\$3,430	\$4,330	\$5,230	\$6,130	\$7,030	+\$900
<b>\$30 por cada niño, al mes</b> (Máximo \$90 por familia)	\$3,035	\$4,115	\$5,195	\$6,275	\$7,355	\$8,435	+\$1,080
<b>\$45 por cada niño, al mes</b> (Máximo \$135 por familia)	\$3,541	\$4,801	\$6,061	\$7,321	\$8,581	\$9,841	+\$1,260
<b>\$60 por cada niño, al mes</b> (Máximo \$180 por familia)	\$4,047	\$5,487	\$6,927	\$8,367	\$9,807	\$11,247	+\$1,440
<b>Prima completa† por cada niño, al mes</b>	Más de \$4,047	Más de \$5,487	Más de \$6,927	Más de \$8,367	Más de \$9,807	Más de \$11,247	Más de \$1,440

\* Mujeres embarazada cuentan como dos personas cuando se determina el tamaño de la familia.

\*\* Los ingresos brutos mensuales están al día a partir de 1 de abril, 2018. Están sujetas a modificación por el Estado de Nueva York.

† Primas enteras a partir del 1 de abril de 2017 son: **\$229.71** para los residentes de los condados de Genesee, Livingston, Monroe, y Ontario; **\$249.55** para los residentes de los condados de Albany, Columbia, Greene, Rensselaer, Saratoga, Schenectady, Warren, y Washington; **\$243.36** para los residentes de los condados de Jefferson, Lewis, y Oneida; and **\$240.48** para los residentes de los condados de Dutchess, Orange, Putnam, Rockland, Sullivan, Ulster, y Westchester.