



¡Es hora de renovar la cobertura del seguro de salud Child Health Plus (CHPlus) de su(s) hijo(s)!

Lea todo el formulario de renovación antes de comenzar a completarlo.

Si no se entrega el formulario complete en fecha, la cobertura de salud de su(s) hijo(s) terminará. Responda a todas las preguntas del formulario, de otro modo su(s) hijo(s) puede(n) perder la cobertura.

Si tiene dudas sobre la renovación del seguro de su(s) hijo(s) o necesita ayuda para completar el formulario, contáctenos en:

MVP Health Plan 1-800-852-7826 (TTY: 1-800-662-1220)

No use este formulario de renovación para agregar a otro niño a CHPlus. Este formulario sólo podrá usarse para renovar la cobertura de los niños menores de 19 años que ya están afiliados a CHPlus, y para evaluar si los actuales miembros de CHPlus reúnen las condiciones para recibir la cobertura de Medicaid. Si desea agregar a otro niño a CHPlus, consulte con su plan de salud o con el especialista de inscripciones para seguros médicos

para completar una nueva solicitud de Access NY Health Care (Acceso al Sistema de Salud de NY) para ese niño.

*** Prima de Child Health Plus** - El plan Child Health Plus puede tener una prima mensual. En caso de que deba pagar la prima, junto con este formulario deberá pagar la suma correspondiente a un mes. Consulte la información que figura en la página 6 sobre contribuciones familiares de primas, para determinar el monto mensual de la prima según el nivel de ingresos y el número de integrantes del hogar. Si tiene dudas o desea saber adónde enviar su prima, llame a **MVP Health Care al 1-800-852-7826.**

Información importante sobre sus derechos - Es posible cambiarse del plan de salud CHPlus en cualquier momento, pero deberá obtener y llenar una nueva solicitud de Access NY Health Care. No podrá utilizar este formulario de renovación para cambiar su plan de salud CHPlus. Si su hijo es discapacitado o tiene una enfermedad crónica, puede tener derecho a recibir los programas y servicios de Medicaid. Para recibir información sobre el cambio de planes de salud o conocer sobre los programas para familias con necesidades especiales, llame al **1.800.698.4543.**

SECCIÓN A: INFORMACIÓN DE CONTACTO

Esta sección debe ser llenada por un padre, tutor o quien renueve la cobertura en nombre del(os) menor(es). Indique sus datos personales y cómo podemos contactarlo.

Primer nombre de la persona que completa este formulario	Inicial del segundo nombre	Apellido legal	¿Qué idioma habla?	¿Sabe leer?
Número de teléfono principal		Otro número de teléfono	Dirección de correo electrónico	
Indique si el número corresponde a su <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro		Indique si el número corresponde a su <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro	¿Desea recibir información de su plan de salud a través de un correo electrónico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Si lo sabe, indique el/los número de identificación del plan de salud de su(s) hijo(s): _____

Domicilio de los niños que solicitan la renovación del seguro de salud

¿Cambió de domicilio en los últimos 12 meses? Sí No

Número y calle	Apartamento No.	
Ciudad	Código postal	Condado
Estado		Condado

Dirección postal, si es diferente a la de su domicilio

Número y calle	Apartamento No.	
Ciudad	Código postal	Condado
Estado		Condado

Responda a todas las preguntas y marque todos los casilleros correspondientes a las personas indicadas. NO DEJE NINGÚN CASILLERO SIN MARCAR.

En la primera fila de casilleros indique información sobre usted. En las demás filas, enumere los nombres de todos los menores que viven en el hogar, cónyuges, padres, padrastros y cualquier otro menor de 21 años que viva con ellos. También podrá incluir a otros integrantes del hogar, si lo desea, pero no podrán sumarse al número de integrantes de la familia. Esta información nos ayudará a determinar el tamaño del grupo familiar y a qué programa podrá ser admitido su hijo.

- Ingrese el nombre completo de cada integrante del hogar. Escriba su nombre en la fila 1.
- Indique su relación de parentesco con cada persona nombrada en esta sección (ejemplo: cónyuge, hijo/a, hijastro/a, sobrino/a, etc.).
- Indique la fecha de nacimiento de cada uno.
- Escriba "si" o "no" para indicar si esta persona esta solicitando renovar su cobertura CHPlus. Escriba "no" para todos los miembros de la familia que no esten solicitando renovar su cobertura CHPlus.
- Escriba "si" o "no" para indicar si esta persona es Funcionario Publico que puede obtener cobertura de salud a traves del Plan Estatal de Beneficios de Salud o del Programa de Seguro de Salud del Estado de Nueva York (NYSHIP). El NYSHIP se ofrece a funcionarios/jubilados del gobierno del Estado de Nueva York, asi como de la legislatura y del Sistema Unificado de Tribunales del Estado. Algunos organismos gubernamentales locales y distritos escolares tam bien pueden participar del NYSHIP. Si no esta seguro, verifique con su em pleader o administrador de beneficios. Si su hijo tiene acceso al Plan Estatal de Beneficios de Salud a traves del NYSHIP, no podra recibir cobertura del programa Child Health Plus.
- Indique siesta persona es del sexo femenino o masculino.
- Indique si alguna integrante del hogar esta embarazada (escriba "si" o "no"). En case afirmativo, se debera presentar prueba de embarazo (ver pagina 6).
- Indique siesta persona es o no estudiante de tiempo complete (escriba si o no).
- Se debera suministrar el Numero de Seguro Social del(l)os menor(es) que solicitan renovar su cobertura de salud, ode los miembros del hogar, si lo tienen. Si la persona no tiene numero de seguro social, escriba "No Aplicable (N/A)".
- Casi todos los nines pod ran solicitar tanto el plan CHPlus como el Medicaid, independientemente de su situacion de inmigracion o ciudadanía, si son residentes del Estado de Nueva York y no cuentan con otro seguro de salud. Senale la situacion de inmigracion o ciudadanía de cada menor para que podamos determinar que programa puede solicitar. Si la situacion de inmigracion de su hijo cambio desde la ultima solicitud, debere presentar comprobante del cambio en cad a case (vea ejemplos de documentacion admisible en la pagina 6) e indicar la fecha de dicho cambio. No se requiere presentar prueba si la situacion de su hijo no ha cambiado en el ultimo año.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre (Primer nombre, inicial del segundo nombre apellido)	Indique la relación de parentesco en el casillero 01 (cónyuge, hijo)	Fecha de nacimiento (mm/dd/aa)	¿Está renovando la cobertura CHPlus? (Si/No)	¿Es funcionario público con beneficios de salud estatales? (Si/No)	Sexo (Masculino o Femenino)	¿Está embarazada esta persona? (Si/No) PRESENTE PRUEBA	¿Es estu- diente de tiempo comple- to? (Si/No)	Número de Seguro Social (si tiene) (XXX-XX-XXXX)	Categoría de inmigración o ciudadanía (Marque el casillero correspondiente) Si marcó el casillero de inmigrante, ingrese la fecha del estatus (mm/dd/aa) SÓLO PRESENTE COMPROBANTE SI HUBO CAMBIO
01	Datos personales								<input type="checkbox"/> Ciudadano de los EE.UU. <input type="checkbox"/> No aplica ninguno <input type="checkbox"/> No inmigrante (titular de visa) <input type="checkbox"/> Inmigrante Fecha del estatus: ___/___/___
02									<input type="checkbox"/> Ciudadano de los EE.UU. <input type="checkbox"/> No aplica ninguno <input type="checkbox"/> No inmigrante (titular de visa) <input type="checkbox"/> Inmigrante Fecha del estatus: ___/___/___
03									<input type="checkbox"/> Ciudadano de los EE.UU. <input type="checkbox"/> No aplica ninguno <input type="checkbox"/> No inmigrante (titular de visa) <input type="checkbox"/> Inmigrante Fecha del estatus: ___/___/___
04									<input type="checkbox"/> Ciudadano de los EE.UU. <input type="checkbox"/> No aplica ninguno <input type="checkbox"/> No inmigrante (titular de visa) <input type="checkbox"/> Inmigrante Fecha del estatus: ___/___/___
05									<input type="checkbox"/> Ciudadano de los EE.UU. <input type="checkbox"/> No aplica ninguno <input type="checkbox"/> No inmigrante (titular de visa) <input type="checkbox"/> Inmigrante Fecha del estatus: ___/___/___
06									<input type="checkbox"/> Ciudadano de los EE.UU. <input type="checkbox"/> No aplica ninguno <input type="checkbox"/> No inmigrante (titular de visa) <input type="checkbox"/> Inmigrante Fecha del estatus: ___/___/___
07									<input type="checkbox"/> Ciudadano de los EE.UU. <input type="checkbox"/> No aplica ninguno <input type="checkbox"/> No inmigrante (titular de visa) <input type="checkbox"/> Inmigrante Fecha del estatus: ___/___/___
08									<input type="checkbox"/> Ciudadano de los EE.UU. <input type="checkbox"/> No aplica ninguno <input type="checkbox"/> No inmigrante (titular de visa) <input type="checkbox"/> Inmigrante Fecha del estatus: ___/___/___

Complete los siguientes casilleros para el caso de los adultos que viven en el hogar y todo otro miembro (incluso niños) que reciban ingresos. Para cada persona indique el/los tipo(s) de ingreso que recibe, el monto antes de impuestos y la frecuencia con la que los recibe (semanal, quincenal, mensual o anual). Si la persona no tiene un empleo regular a lo largo del año, o si su ingreso mensual varía, indique el monto que espera recibir este año. No utilice niveles de ingresos o aproximaciones. Si el hogar no percibe ingresos, marque el casillero debajo del nombre de cada persona e indique a continuación cómo se sustenta(n) el/los niño(s) para el/los que se solicita la cobertura.

A continuación se enumeran los distintos tipos de ingresos que puede estar percibiendo y sobre los que debe informar:

- * **Ingresos por empleo:** Salario bruto, sueldo, comisiones, propinas, pagos por horas extra y empleo por cuenta propia, antes de impuestos
- * **Ingresos aparte de su empleo:** Beneficios del Seguro Social, subsidios por incapacidad, subsidios por desempleo, intereses y dividendos, beneficios para veteranos de guerra, indemnización a trabajadores, pagos por manutención de niños/pensión alimenticia, ingreso por renta y jubilaciones
- * **Contribuciones/Otros:** Ingreso (dinero) de familiares, amigos, inquilinos e internos (incluya dinero que alguien le da para ayudarlo a cubrir sus gastos), asistencia temporal (en efectivo), ingreso complementario de seguridad (SSI), becas para estudiantes o préstamos

Tiene dos opciones para comprobar sus ingresos.

1. Indicar el Número de Seguro Social de cada persona que recibe ingresos para que nosotros lo verifiquemos. **Si proporciona el Número de Seguro Social, NO será necesario presentar otros documentos de ingresos con este formulario.** Aún así, debe responder a todas las preguntas de esta sección.
- 0- 2. Presentar comprobantes para cada tipo de ingreso indicado. En la página 6 se presenta una lista de los documentos que deberá suministrar para justificar sus ingresos. Los comprobantes presentados deberán estar fechados como máximo un mes antes de la fecha de firma de este formulario y deberán contener el nombre de la persona que percibe el ingreso.

Nombre de TODOS los adultos señalados en la Sección B y de los demás miembros del hogar, incluso los niños, que reciban ingresos	Número de Seguro Social (XXX-XX-XXXX)	Tipo de ingreso (Indique su Número de Seguro Social o bien presente comprobante del ingreso del hogar)		¿Cantidad? (antes de impuestos)	¿Con qué frecuencia lo recibe? (Ejemplo: mensualmente)
		Ingresos por empleo	Ingresos aparte de su empleo		
<input type="checkbox"/> Marque en caso de no percibir ingresos.		Nombre del empleador:		\$	
		Nombre del empleador:		\$	
		Indique el tipo: ¿Recibe pensión alimenticia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$	
<input type="checkbox"/> Marque en caso de no percibir ingresos.		Contribuciones/Otros		\$	
		Ingresos por empleo		\$	
		Nombre del empleador:		\$	
<input type="checkbox"/> Marque en caso de no percibir ingresos.		Indique el tipo: ¿Recibe pensión alimenticia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$	
		Contribuciones/Otros		\$	
		Nombre del empleador:		\$	
<input type="checkbox"/> Marque en caso de no percibir ingresos.		Indique el tipo: ¿Recibe pensión alimenticia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$	
		Contribuciones/Otros		\$	
		Nombre del empleador:		\$	
<input type="checkbox"/> Marque en caso de no percibir ingresos.		Indique el tipo: ¿Recibe pensión alimenticia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$	
		Contribuciones/Otros		\$	
		Nombre del empleador:		\$	
<input type="checkbox"/> Marque en caso de no percibir ingresos.		Indique el tipo: ¿Recibe pensión alimenticia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$	
		Contribuciones/Otros		\$	
		Nombre del empleador:		\$	

HOGARES SIN INGRESOS: Si el hogar no percibe ingresos, explique a continuación cómo se mantiene a los menores para los que se solicita la cobertura. Por ejemplo, si viven con un amigo/pariente que paga sus gastos de manutención (alojamiento y comida). En ese caso, deberá presentar una carta firmada y fechada por la persona que paga dichos gastos de manutención. La carta deberá incluir el nombre, domicilio y número telefónico de dicha persona, el monto que le proporciona a usted o a los menores para su mantenimiento, y con qué frecuencia lo reciben.

Explicación:

Cuidado de dependientes Complete este formulario si alguna de las personas enumeradas en la Sección C debe pagar por el cuidado de sus hijos menores o de un adulto discapacitado para poder trabajar o estudiar. Los costos del cuidado de niños/dependientes comprenden el monto que un padre u otro adulto del hogar debe pagar por el cuidado de su(s) hijo(s) para poder trabajar o ir a estudiar. Parte de ese monto podría deducirse del ingreso mensual del hogar y nos ayudaría a determinar a qué programa puede tener derecho su(s) hijo(s). Si su hijo reúne las condiciones para solicitar el programa Medicaid, podrá requerirse que presente comprobantes de esos costos.

Nombre de la persona que recibe cuidado	Monto pagado	Frecuencia
	\$	<input type="checkbox"/> semanalmente <input type="checkbox"/> cada 2 semanas <input type="checkbox"/> mensualmente
	\$	<input type="checkbox"/> semanalmente <input type="checkbox"/> cada 2 semanas <input type="checkbox"/> mensualmente
	\$	<input type="checkbox"/> semanalmente <input type="checkbox"/> cada 2 semanas <input type="checkbox"/> mensualmente

Seguro de salud Complete este formulario si alguna de las personas nombradas en la Sección C paga seguro de salud, o si en los últimos doce meses el menor que solicita la renovación de CHIP Plus se registró en un seguro de salud adicional. Si los menores que solicitan la renovación tienen otro seguro de salud, se deberá presentar comprobante de la otra póliza para poder determinar si tienen derecho a recibir los beneficios de este programa (ver página 6). Indique el costo mensual (cuánto paga por mes el padre o adulto por la prima), y que tipo de cobertura le proporciona esta póliza de seguro de salud. Si el monto del seguro de salud es descontado de su sueldo, indique en esta sección el nombre del titular de la póliza y a quien cubre.

Nombre del titular de la póliza	Persona(s) que cubre	Nombre de la compañía de seguros	Costo mensual	Tipo de cobertura	PRESENTE COMPROBANTE
			\$	Total <input type="checkbox"/> Sólo dental <input type="checkbox"/> Sólo visión <input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			\$	Total <input type="checkbox"/> Sólo dental <input type="checkbox"/> Sólo visión <input type="checkbox"/> Other: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			\$	Total <input type="checkbox"/> Sólo dental <input type="checkbox"/> Sólo visión <input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SECCIÓN E: FIRMA

Deberá firmar y fechar la solicitud. Sin su firma, la solicitud no podrá procesarse.

Acepto compartir la información contenida en esta solicitud sólo con Child Health Plus y Medicaid, mi plan de salud, el distrito local de servicios sociales y la organización de especialistas en seguros médicos que brinda ayuda para realizar la solicitud. Asimismo, doy mi consentimiento para compartir esta información con cualquier centro de salud con sede en escuelas, que brinde servicios al solicitante. Entiendo que esta información se comparte para determinar la aptitud de las personas que solicitan el programa Child Health Plus o Medicaid o para evaluar el éxito de estos programas. Si NO QUIERE que ningún dato suministrado en la presente solicitud se comparta con el propósito de determinar si reúne los requisitos para recibir Medicaid, favor de marcar esta casilla:

Acepto que cualquier médico, hospital, u centro de salud habilitado pueda proporcionar a mi plan de salud información sobre los servicios médicos que han recibido los miembros de mi familia, según se solicite y en la medida que sea necesario para la operación y regulación del plan. Esta información se mantendrá confidencial.

Al firmar la solicitud, entiendo que cada persona que renueve/solicite el plan Child Health Plus o Medicaid será afiliada al programa adecuado, en caso de que cumpla con las condiciones. Entiendo muy bien que si mi hijo reúne las condiciones para recibir Child Health Plus, él/ella será inscrito en el plan descrito en la página uno de la presente solicitud. También tengo entendido que si mi hijo reúne las condiciones de Medicaid y no las de Child Health Plus, él/ella será inscrito en el mismo plan de cuidados administrados de salud a no ser que dicho plan no participe en el programa de cuidados administrados de Medicaid. Si el plan de seguro de salud de mi hijo no participa en el programa de cuidados administrados de Medicaid, mi hijo será inscrito en otro plan de salud. Si mi hijo vive en un condado que no exige que los afiliados se inscriban en un plan de cuidados administrados de Medicaid, mi hijo será inscrito en un plan de salud a no ser que yo notifique al departamento de servicios sociales, por escrito, que yo no quiero que se le inscriba en un plan.

También he leído y comprendo las Condiciones, Derechos, y Responsabilidades incluidas con este formulario (vea página 5). Certifico bajo pena del perjurio que todo lo que aparece en este formulario es cierto, a mi leal saber y entender.

Firma de la persona
nombrada en la Sección A: X _____

Fecha: (mm/dd/aa) _____

Por medio de esta solicitud completa y firmada, solicito la renovación del programa Child Health Plus. Entiendo que esta solicitud, las notificaciones y otra información adicional será enviada al/a los programa(s) en que solicito la renovación. Estoy de acuerdo con que se divulgue la información personal y financiera contenida en esta solicitud, así como cualquier otra información necesaria para determinar si es posible acceder a estos programas. Entiendo que se me podrá solicitar información adicional; y acuerdo informar de inmediato cualquier cambio en la información que figura en esta solicitud. Entiendo que debo proporcionar la información necesaria para probar que se reúnen los requisitos para cada programa. En caso de no poder suministrar la información a Medicaid, lo comunicaré al distrito de servicios sociales, que podrá ser de ayuda para obtener dicha información.

Entiendo que los funcionarios de los programas para los cuales mi familia o yo hemos presentado solicitud podrán verificar la información suministrada en esta solicitud. Los organismos que administran estos programas mantendrán esta información confidencial, conforme al Código de los Estados Unidos (U.S.C.), título 42, 1396a (a) (7), al Código Federal de Regulaciones (CFR), título 42, 431.300-431.307 y a las leyes o disposiciones estatales y federales.

Al presentar la solicitud para el programa CHPlus, estoy de acuerdo en pagar la prima correspondiente que no pague el Estado de Nueva York.

Entiendo que CHPlus y Medicaid no cubren los gastos médicos que pagarían otras personas o seguros, y que si solicito la cobertura de Medicaid, cedo a Medicaid todos mis derechos de recibir cobertura médica de un cónyuge o de padres de menores de 21 años, así como el derecho de recibir pagos de terceros mientras reciba los beneficios de Medicaid. Entiendo que tengo derecho a reclamar causa justificada para no cooperar con el seguro médico si su uso causará perjuicio a mi salud o integridad, o a la salud e integridad de la persona de la cual sea legalmente responsable.

Entiendo que ni mi raza, ni color de piel, ni mi país de origen son razones que pueden afectar la posibilidad de acceder a estos programas. Comprendo también que según los requisitos de cada programa, mi edad, sexo o discapacidad pueden ser factores que determinen la posibilidad de acceder al programa o no.

Entiendo que si alguien mente u oculta la verdad deliberadamente con el fin de recibir servicios por medio de estos programas, está cometiendo un delito sujeto a sanciones estatales y federales, y es posible que deba reembolsar el monto de los beneficios recibidos y pagar multas civiles. El Departamento de Impuestos y Finanzas del Estado

de Nueva York tiene derecho a revisar la información relativa a ingresos que figura en este formulario.

No es necesario suministrar el número de seguro social para inscribirse en el programa CHPlus. De tenerlo, incluiré el número de seguro social de los menores que renuevan/solicitan el seguro Medicaid. No es necesario que las mujeres embarazadas que solicitan el seguro Medicaid ni los extranjeros que no reúnen los requisitos necesarios proporcionen un número de seguro social. Tampoco es necesario que los tutores o cualquier otro miembro del hogar que no estén solicitando los beneficios de Medicaid proporcionen su número de seguro social. Las mujeres no embarazadas que soliciten la asistencia de Medicaid sí deberán proporcionar su número de seguro social. Entiendo que esto lo exige la ley federal según el U.S.C., título 42, 13208-7 (a) y las disposiciones de Medicaid según el CFR, título 42, 435.910. Con el número de seguro social, Medicaid y el programa CHPlus podrán verificar los ingresos, si se reúnen las condiciones para acceder al plan y el monto de los pagos por asistencia médica hechos a mi nombre. La información podrá ser cotejada con los registros de otros organismos, como la Administración del Seguro Social, el Servicio Interno Fiscal o el Departamento Estatal de impuestos y Finanzas.

Autorizo al Departamento local de Servicios Sociales y al Estado de Nueva York a acceder a toda la información relativa a los registros educativos de mi(s) hijo(s) aquí nombrados, necesaria para que Medicaid pueda reclamar reembolsos por servicios educativos relacionados con la salud, y para brindar acceso a esta información al gobierno federal, sólo a los efectos de auditorías.

Accedo a la divulgación de toda información medica sobre mí y cualquier miembro de mi familia por quienes pueda dar consentimiento: (1) de parte de mi proveedor de atención primaria (PCP), cualquier otro proveedor de servicios médicos o del Departamento de Salud del Estado de Nueva York (SDOH), a mi plan de salud y a cualquier proveedor de servicios médicos encargado de mi cuidado o del de mi familia, según sea razonablemente necesario para que mi plan de salud o mis proveedores realicen tratamientos, pagos u operaciones médicas; (2) de parte de mi plan de salud y cualquier proveedor de servicios médicos al SDOH y otros organismos locales, estatales o federales autorizados para administrar los programas Medicaid, Child Health Plus y Family Health Plus; y (3) de parte de mi plan de salud a otras personas u organizaciones, según sea razonablemente necesario para que mi plan de salud realice tratamientos, pagos u operaciones médicas. También accedo a que la información divulgada incluya información sobre VIH, salud mental o abuso de alcohol y sustancias nocivas, relativa a mi persona o a miembros de mi familia, de acuerdo a lo permitido por la ley.

FOR OFFICE USE ONLY (PARA USO INTERNO)	
To be completed by the person assisting with the application. (Para ser completado por la persona que asiste con la solicitud.)	
Signature of Person who Obtained Eligibility Information:	Employed By: <input type="checkbox"/> Health Plan <input type="checkbox"/> Social Services District <input type="checkbox"/> Provider Agency <input type="checkbox"/> Community-Based Facilitated Enrollment Agency. Specify:
To be completed by Facilitated Enrollers:	
Facilitated Enroller Name:	Lead Agency: <input type="text"/> Lead Org. ID: <input type="text"/>
Application Start Date (mm/dd/yy):	Application Sequence Number: <input type="text"/>
Application Completion Date (mm/dd/yy):	Enter Code of Applying Child(ren): Medicaid <input type="text"/> CHPlus <input type="text"/>

Comprobantes de ingresos del hogar: En caso de no proporcionar su número de seguro social, deberá suministrar UN comprobante para cada tipo de ingreso que tenga. El comprobante deberá estar fechado y debe haberse recibido durante las cuatro semanas anteriores a la fecha en que firmó la solicitud, ya sea que el pago se perciba semanal, quincenal o mensualmente.

- **Salarios y sueldo**
Recibos de sueldo (4 semanas consecutivas)
Formulario de Verificación de Empleo (disponible en www.mvphealthcare.com)

Declaración de impuestos actual firmada y fechada, y todos los anexos*
Registros de nómina/comerciales

- **Trabajo por cuenta propia**
Declaración de impuestos actual firmada y fechada, y todos los anexos*
Registros de ganancias y gastos/documentos comerciales
- **Subsidios por desempleo**
Carta o certificado de adjudicación
Informe mensual de beneficios del Departamento de Trabajo del Estado de Nueva York
Listado de la información de cuenta del destinatario, del sitio web del Departamento de Trabajo del Estado de Nueva York - www.labor.state.ny.us
Copia de la tarjeta de pago directo (Direct Payment Card) con el listado
Correspondencia del Departamento de Trabajo del Estado de Nueva York

- **Seguro social**
Carta o certificado de adjudicación
Declaración anual de beneficios
Correspondencia de la Administración del Seguro Social

- **Manutención/Pensión alimenticia de los menores**
Carta de la persona que provee los pagos, firmada, fechada y con información de contacto

Carta del Tribunal
Comprobante del pago de la pensión alimenticia/manutención
Copia de la NY Eppicard con el listado
Copia de la información de la cuenta de manutención de los menores extraída del sitio web www.newworkchildsupport.com

- **Ingresos por alquileres o apartamentos compartidos**
Copia del estado de cuenta bancario que muestra el depósito directo

Carta del inquilino o compañero de apartamento
Comprobante de pago con cheque

- **Intereses, Dividendos o Regalías**
Estado de cuenta reciente del banco, cooperativa de crédito o institución financiera
Carta del corredor o agente

- **Ayuda de otros miembros de la familia**
Formulario 1099 o declaración de impuestos (si no se dispone de otra documentación)

Declaración o carta del miembro de la familia firmada, sellada y que incluya información de contacto

- **Pago a militares**
Carta de adjudicación o comprobante de pago con cheque
- **Beneficios para veteranos de guerra**
Carta de adjudicación o comprobante de pago del beneficio con cheque
Correspondencia de la Administración de Veteranos de Guerra

- **Pensiones o rentas privadas**
Estado de cuenta de la pensión o renta
- **Compensación del trabajador**
Carta de adjudicación o comprobante de pago con cheque

* Los formularios de declaraciones de impuestos que no sean por trabajo por cuenta propia se utilizarán para solicitudes presentadas antes de abril del siguiente año.

Prueba de embarazo (suministre uno de los siguientes): ● Ficha del examen de presunción de elegibilidad realizada por un proveedor calificado que indique la fecha prevista del parto ● Declaración de un profesional médico, con la fecha prevista del parto

- Formulario de referencia médica de WIC que indique la fecha prevista del parto
- Comprobantes de otro seguro médico (suministre todo lo que aplique):** ● Póliza de seguro ● Certificado de seguro
- Tarjeta de seguro

Documentos probatorios de identidad, condición de ciudadanía americana y/o estatus migratorio: Sólo si hubo cambios en el último año, deberá presentar documento probatorio de la ciudadanía o estatus migratorio de su hijo. La Oficina de Servicios de Inmigración y Ciudadanía de los Estados Unidos (USCIS) ha establecido que la afiliación al plan CHIPPlus NO PUEDE afectar la posibilidad de que su hijo obtenga la tarjeta de residente (green card), se convierta en ciudadano, traiga a un miembro de su familia o viaje fuera del país y regrese. El Estado no proporcionará a la USCIS la información contenida en esta solicitud.

- Suministre UNO de los siguientes documentos para justificar su ciudadanía, identidad, y su fecha de nacimiento:**
- Pasaporte de los Estados Unidos
 - Certificado de naturalización (Formulario N-550 o N-570 del DHS)
 - O Certificado de ciudadanía de los Estados Unidos (Formularios N-560 o N-561 del DHS)
 - O Licencia de conducir del Estado de Nueva York (EDL).

Si no tuviera ninguno de los documentos antes señalados, deberá presentar UN documento de **CADA LISTA - Ciudadanía E Identidad:**

- Ciudadanía**
- Partida de nacimiento de los Estados Unidos*
 - Partida de nacimiento en el exterior (formulario FS-545)*
 - Documento de Nativo Americano*
 - Certificado de informe de nacimiento (formulario DS-1350)*
 - Tarjeta de identificación de los Estados Unidos (Formulario I-197 o I-179)
 - Registros escolares/reigiosos*
 - Registro del servicio militar que demuestre que nació en los Estados Unidos
 - Comprobantes de habilitación para obtener la ciudadanía de los Estados Unidos según la Ley de Ciudadanía de Niños de 2000
 - Sentencia definitiva de adopción

- Identidad**
- Licencia de conducir o identificación del Estado con foto*
 - Tarjeta de identificación emitida por un organismo gubernamental local, estatal o federal
 - Tarjeta militar de los Estados Unidos o expediente militar o tarjeta de navegante comercial de la Guardia Costera de los Estados Unidos
 - Tarjeta de identificación escolar con foto
 - Registros escolares, de la guardería o del jardín infantil (para menores de 16)
 - Historia clínica de una clínica, médico u hospital (para menores de 16)*
 - Certificado de grado de sangre indígena u otro documento de tribus nativas de Estados Unidos/Alaska, con foto

Estas listas no son exhaustivas. Los documentos con * incluyen también la fecha de nacimiento.

Si usted no es ciudadano de los Estados Unidos: La lista que figura a continuación contiene algunos de los formularios más comunes de la Oficina de Servicios de Inmigración y Ciudadanía (USCIS), usados para demostrar su estatus migratorio. Esta lista no es exhaustiva. Si no cuenta con uno de estos documentos, llame al: 1-800-852-7826.

- Estatus migratorio.** Puede presentar UNO de los siguientes documentos para justificar tanto su estatus migratorio como su identidad y fecha de nacimiento:
- Tarjeta de Residente Legal Permanente ("Green Card") I-551
 - Tarjeta de autorización de empleo I-688B o I-766

Otros documentos que comprueban su estatus migratorio, pero que también requieren un documento de identidad adicional son:

- Registro de ingreso/egreso I-94*
- Formulario I-797 Aviso de Acción de USCIS
- Comprobante de residencia continua en los Estados Unidos antes del 1/1/1972.

Contribuciones familiares de primas: Podrá haber una prima mensual para el programa Child Health Plus. En caso que deba pagar una prima, junto con la entrega del formulario deberá abonar un mes del seguro. No hay primas para Medicaid. Para determinar si es necesario pagar una prima según el ingreso familiar mensual y el tamaño del hogar, use la tabla adjunta. Si necesita ayuda para entender su posible prima de CHIPPlus, llame al 1-800-698-4543 o 1-800-852-7826.

La prima completa varía según el plan de salud elegido. Los niveles de ingresos varían al menos anualmente. Coméntese con su plan CHIPPlus o visite el sitio web del Departamento de Salud del Estado de Nueva York www.nyhealth.gov/nyvsdoh/chplus para obtener la tabla actualizada sobre primas e ingresos requeridos para solicitar el seguro.

Child Health Plus Contribuciones Familiares Según el Nivel de Ingresos y el Número de Integrantes del Hogar

Tamaño del Hogar* ▶	1	2	3	4	5	6	Persona Adicional
	INGRESO MENSUAL BRUTO MÁXIMO**						
Gratis	\$1,607	\$2,165	\$2,722	\$3,279	\$3,837	\$4,394	+\$557
\$9 por cada niño, al mes (Máximo \$27.00 por familia)	\$2,232	\$3,005	\$3,778	\$4,551	\$5,325	\$6,098	+\$774
\$15 por cada niño, al mes (Máximo \$45.00 por familia)	\$2,513	\$3,384	\$4,255	\$5,125	\$5,996	\$6,867	+\$871
\$30 por cada niño, al mes (Máximo \$90.00 por familia)	\$3,015	\$4,060	\$5,105	\$6,150	\$7,195	\$8,240	+\$1,045
\$45 por cada niño, al mes (Máximo \$135.00 por familia)	\$3,518	\$4,737	\$5,956	\$7,175	\$8,395	\$9,614	+\$1,220
\$60 por cada niño, al mes (Máximo \$180.00 por familia)	\$4,020	\$5,414	\$6,807	\$8,200	\$9,594	\$10,987	+\$1,394
Prima completa[†] por cada niño, al mes	Más de \$4,020	Más de \$5,414	Más de \$6,807	Más de \$8,200	Más de \$9,594	Más de \$10,987	

Su Mensualidad Requerida

* Mujeres embarazada cuentan como dos personas cuando se determina el tamaño del hogar.

** La prima entera varía según el plan de salud elegido. Los ingresos brutos mensuales están al día a partir de 1 de abril, 2017 y están sujetas a modificación por el Estado de Nueva York. Contáctese con MVP Health Care o visite el sitio Web del Departamento de Salud del Estado de Nueva York www.health.ny.gov/health_care/child_health_plus/eligibility_and_cost.htm para obtener la tabla actualizada sobre primas e ingresos requeridos para solicitar el seguro.

† 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; y **\$240.48** para los residentes de los condados de Dutchess, Orange, Putnam, Rockland, Sullivan, Ulster, y Westchester. La prima entera varía dependiendo del plan de salud que usted escoge.

