Iowa Department of Human Services

Express Lane Medicaid for Children
(Express Lane Medicaid para Niños)

Número del condado: Nombre y número del asistente:

Número del caso: Teléfono del asistente:

Las **NUEVAS** normas facilitan que los niños que viven en su hogar y ya reciben Food Assistance obtengan Medicaid. No tendrá que llenar una solicitud.

Si desea que sus hijos reciban Medicaid:

1. Marque “Sí” para cada uno de los menores mencionados debajo que necesiten ayuda para pagar facturas médicas.
2. Firme este formulario y envíelo por correo a su oficina de DHS o tráigalo antes del

Sí	No	Nombre del Niño / Niña
☐	☐	
☐	☐	
☐	☐	
☐	☐	
☐	☐	
☐	☐	
☐	☐	
☐	☐	
☐	☐	

Su firma	Fecha

Seguro Médico

¿Los niños tienen otro seguro médico? ☐ Sí ☐ No

Si sus hijos tienen seguro médico, envíe o traiga a la oficina de DHS el formulario 470-2826, *Insurance Questionnaire* (adjunto).

Atención Médica

¿Alguno de los niños recibió atención médica en los últimos tres meses? ☐ Sí ☐ No

¿Desea ayuda para pagar las facturas médicas de sus hijos de los últimos tres meses?
☐ Sí ☐ No

Child Support Recovery (Cobro de Manutención de Menores)

¿Desea obtener la ayuda de Child Support Recovery para cobrar la manutención de los niños mencionados en este formulario?
☐ Sí ☐ No

¿El padre o la madre ausente está obligado/a por orden judicial a pagar los gastos médicos de alguno de los niños mencionados en este formulario? ☐ Sí ☐ No

Si respondió "sí" a alguna de estas preguntas, provea información sobre cada padre/madre que no vive en el hogar con el niño o la niña.

Nombre y domicilio del padre o de la madre que no vive en el hogar	Fecha de Nacimiento	Número de Social Security	Nombres de los hijos de este padre/esta madre	Condado donde se radicó la orden judicial, si corresponde

Por favor, provea la siguiente información sobre cada uno de los padres o las madres que no viven en su hogar, si la sabe:

Nombre y domicilio del padre o de la madre que no vive en el hogar	Nombre del empleador	Domicilio del empleador	Si estuvieron casados, fecha y lugar del casamiento

Si necesita más espacio, adjunte la información en una hoja aparte

Iowa Department of Human Services

Insurance Questionnaire (Cuestionario sobre Seguros)

Para garantizar que sus facturas sean pagadas tan pronto como sea posible, le agradecemos que llene este formulario y lo devuelva a su oficina local de Department of Human Services (DHS).

Su Nombre: _____ Su Nº de Identificación Estatal, si corresponde: _____

¿Tienen usted, sus hijos u otras personas que viven en su hogar, cobertura de seguro médico?

☐ Sí ☐ No, entonces no continúe completando el cuestionario.

Si respondió "sí", ¿quién es el titular del seguro médico?

☐ Usted ☐ El padre o la madre que no vive con usted.

☐ Otra persona que vive con usted ☐ Otra persona que no vive con usted

Por favor, complete la siguiente información. Las casillas marcadas * son obligatorias. Utilice la página siguiente si posee otra póliza.

Información de la Primera Póliza

Marque **todos** los que correspondan a esta póliza:

☐ Gastos Médicos Principales ☐ Medicamentos ☐ Suplemento Medicare

☐ Odontológicos ☐ Oftalmológicos

*Titular de la póliza (Apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)		Teléfono ( )
Dirección postal (Nº de la vivienda, calle, departamento, *O* apartado postal, ciudad, estado, código postal)		
*Número de Social Security	*Fecha de nacimiento	*Nº de Identificación Estatal
*Nombre de la compañía de seguros		Teléfono ( )
Dirección postal de la oficina de reclamos del seguro (Nº, calle, *O* apartado postal, ciudad, estado, código postal)		
Si accede al seguro a través de su empleador, nombre del empleador		
*Número de la póliza	Número del grupo	Fecha de vigencia de la póliza

Personas cubiertas por la póliza anterior:
Complete la siguiente información y díganos si cada una de estas personas están cubiertas actualmente o si las está agregando o quitando del seguro.

Cubierto actualmente	Elija Uno: Agregar	Quitar	Fecha de vigencia	Apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre	Fecha de Nac.	Identificación Estatal	Parentesco con el Titular
	☐	☐					
	☐	☐					
	☐	☐					
	☐	☐					
	☐	☐					

Información de la Segunda Póliza

Marque **todos** los que correspondan a esta póliza:

☐ Gastos Médicos Principales ☐ Medicamentos ☐ Suplemento Medicare

☐ Odontológicos ☐ Oftalmológicos

*Titular de la póliza (Apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)		Teléfono ( )
Dirección postal (Nº de la vivienda, calle, departamento, *O* apartado postal, ciudad, estado, código postal)		
*Número de Social Security	*Fecha de nacimiento	*Número de Identificación Estatal
*Nombre de la compañía de seguros		Teléfono ( )
Dirección postal de la oficina de reclamos del seguro (Nº, calle, *O* apartado postal, ciudad, estado, código postal)		
Si accede al seguro a través de su empleador, nombre del empleador		
*Número de la póliza	Número del grupo	Fecha de vigencia de la póliza

Personas cubiertas por esta póliza:

Complete la siguiente información y díganos si estas personas están cubiertas actualmente o si las está agregando o quitando del seguro.

Cubierto actualmente	Elija Uno: Agregar	Quitar	Fecha de vigencia	Apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre	Fecha de Nac.	Identificación Estatal	Parentesco con el Titular
	☐	☐					
	☐	☐					
	☐	☐					
	☐	☐					
	☐	☐					

¿Desea contarnos algo más con respecto a la información sobre seguros que nos facilitó? En caso afirmativo, por favor utilice este espacio.

_____

_____

_____

_____

Para uso exclusivo de la oficina:
Condado Nº _____
Asistente Nº _____
Fecha de Registro _____

¿Los niños son ciudadanos de los Estados Unidos?

Todas las personas que reciban Medicaid deben presentar un comprobante de ciudadanía estadounidense. Ver al dorso la Com. 258, *Verifying Citizenship and Identity (Verificación de Ciudadanía e Identidad),* la cual contiene información sobre los tipos de verificación que DHS puede utilizar. Por favor, presente el comprobante para verificar que los niños mencionados a continuación son ciudadanos estadounidenses antes del

DHS puede ayudarle a conseguir los certificados de nacimiento de los niños nacidos en Iowa. Para obtener más información, llame a su asistente.

¿Los niños son extranjeros calificados?

Los niños que son extranjeros calificados también pueden obtener Medicaid. Por favor, presente un comprobante para verificar que los niños mencionados a continuación son extranjeros calificados antes del

Para obtener más información, llame a su asistente.

Department of Human Services

Verifying Citizenship and Identity (Verificación de Ciudadanía e Identidad)

¡Aviso Importante!

La Ley Federal de Medicaid exige
Comprobantes de Ciudadanía e Identidad de Estados Unidos

Los ciudadanos estadounidenses que soliciten u obtengan Medicaid deberán presentar comprobantes de ciudadanía e identidad. **Nota:** En la mayoría de los casos, si nació en los Estados Unidos es ciudadano estadounidense.

¿Preguntas o Necesita Ayuda?

- Llame a nuestro teléfono gratuito: 1-877-937-3663.
- Comuníquese con su asistente.
- Visite el sitio web: http://www.dhs.state.ia.us/.
- Visite www.cdc.gov/nchs/w2w.htm si necesita conseguir un certificado de nacimiento de otro estado.

Ejemplos de comprobantes de ciudadanía e identidad estadounidense

Todas las personas de su grupo familiar que obtengan Medicaid* deberán presentar comprobantes de ciudadanía e identidad. **El comprobante debe ser un documento original. No envíe por correo los documentos originales. Tráigalos a la oficina.**

- **Columna A:** comprueban tanto la ciudadanía como la identidad.

Si no tiene un documento que figure en la columna A, entonces deberá presentar documentos que figuren en la columna B.

- **Columna B:** se necesita un documento de la Parte 1 y otro de la Parte 2 para cumplir con los requisitos.

Columna A	Columna B	
Prueban la ciudadanía y la identidad	**Parte 1**	**Parte 2**
	Prueban solo la Ciudadanía	**Prueban solo la Identidad**
• Pasaporte de los Estados Unidos, aunque esté vencido • Certificación de Naturalización (Formulario N-550 o N-570) • Certificación de Ciudadanía (Formulario N-560 o N-561) • Documentación de membrecía o afiliación expedido por una Tribu India reconocida a nivel nacional	• Certificado oficial de nacimiento expedido por el condado o el estado • Carta del hospital donde nació • Otros comprobantes de ciudadanía admisibles	• Licencia de conductor o tarjeta de identificación del Departamento de Transporte • Identificación escolar con foto • Expedientes médicos, escolares o de guardería (en el caso de menores de edad) • Identificación militar o tarjeta de dependiente • Otros comprobantes de identidad admisibles

Importante: Debe hacer esto para cada uno de los ciudadanos estadounidenses de su familia que reciban Medicaid.

La elegibilidad no se verá afectada por raza, credo, color, país de origen, edad, incapacidad, ideología política, religión, o sexo, excepto en aquellos casos donde la ley establezca lo contrario.

* No necesitan presentar comprobantes: Las personas que reciben beneficios de SSI, Medicare o de Social Security por Incapacidad, las personas que se encuentran en hogares de crianza temporal o algunas adopciones o guardas subsidiadas, los recién nacidos cuya madre es elegible para Medicaid, y las personas cuya ciudadanía fue verificada mediante el sistema computarizado de Social Security Administration.

Comm. 258(S) (Rev. 3/10)