NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH
Office of Health Insurance Programs DOH-4282 SP (9/07)

SOLICITUD DEL PROGRAMA DE BENEFICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Favor de escribir en letra de molde legible. Favor de pedir ayuda si hay algo que no entienda.

SECCIÓN A: INFORMACIÓN DE CONTACTO

Díganos quién es usted y cómo podemos contactarlo.

NOMBRE Primer nombre	Inicial de 2° nombre	Apellido	Principal idioma que habla

Domicilio	Calle	Apto. #	Ciudad	Estado	Código postal	Condado

Si no quiere recibir correspondencia o la tarjeta de beneficios a su domicilio por cuestiones de carácter confidencial, suministre un domicilio alterno a continuación.

Dirección postal (si es diferente)	Calle	Apto. #	Ciudad	Estado	Código postal	Condado

Otro número (o números) de teléfono donde se le pueda localizar:

¿Algún miembro de su familia es veterano? Si responde «Sí», Nombre:

SECCIÓN B: INFORMACIÓN SOBRE EL GRUPO FAMILIAR

Cite los nombres de las personas que viven con usted que solicitan FPBP. Debe incluir al cónyuge que vive con usted, aunque él / ella no esté solicitando. Si vive con otras personas, tales como sus hijos, puede incluirlos aunque no estén solicitando.

	(Primer nombre, Inicial del segundo nombre, Apellido) (Use otra página adicional si necesita citar más personas)	Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año)	Sexo (M/F)	Relación con la persona en Línea 1	¿Está esta persona solicitando beneficios de planificación familiar? (Sí / No)	Solicitantes de FPBP only: Social Security Number	Solicitantes de FPBP only: Race/Ethnic Group (See Codes)
01				Yo mismo(a)			
02							
03							
04							

Raza/Grupo Étnico: *(optativo)*
B= negro o afro-americano **W**= blanco **I**= amerindio o nativo de Alaska **U**= desconocido
A= asiático **H**= hispano o latino **P**= nativo de Hawai u otro isleño del Pacífico

SECCIÓN C: INGRESOS DEL GRUPO FAMILIAR

Cite los tipos de ingresos y el monto recibido por las personas citadas en la Sección B. Asegúrese de incluir ingresos de trabajo, pagos de sustento, pagos del seguro por desempleo, intereses, ingresos del Seguro Social, pensiones, pagos por incapacidad, dinero recibido de familiares o amigos, u otros pagos.

Nombre de la persona que trabaja o percibe ingresos	Tipo de ingreso actual (ejemplo: salario, UIB, SSA)	¿Cuánto dinero recibe esta persona? (antes de la deducción de impuestos)	¿Cada cuánto recibe este ingreso? (semanalmente, cada dos semanas, mensualmente, otras posibilidades)

Si no recibe ingresos, favor de explicar cómo se mantiene (por ejemplo: vive con amigos o familiares); indique si usted es estudiante:

¿Tiene que paga por cuidado de niños (o por el cuidado de un adulto incapacitado) para poder trabajar o asistir a la escuela? Sí ☐ ☐ No

Si contestó «Sí»	Nombre(s):	¿Cuánto? $	¿Con qué frecuencia? (por ejemplo: semanalmente, mensualmente)

SECCIÓN D: CIUDADANÍA ESTADOUNIDENSE

Necesitamos esta información de la(s) persona(s) que solicita(n).

TODA persona que solicite beneficios de Planificación Familiar debe someter comprobantes originales de identidad y ciudadanía estadounidense. Si ya lo hizo, no necesita volver hacerlo en el proceso de renovación. La persona a cargo de su caso le indicará qué tipo de comprobantes son aceptables según las pautas federales.

¿Son todos los solicitantes ciudadanos estadounidenses, nacionales o americanos autóctonos? Sí ☐ No ☐ Si respondió NO, favor de suministrar los siguientes datos de todas las personas que **solicitan** beneficios de planificación familiar que no sean ciudadanos estadounidenses. Su respuesta a estas preguntas se mantendrá estrictamente confidencial.

(Primer nombre, Inicial del segundo nombre, Apellido)	¿Pertenece esta persona a una de las categorías indicadas abajo? Marque la casilla apropiada.			Si es A o B, ¿en qué fecha entró a Estados Unidos esta persona? (Mes/Día/Año)
	A ☐	B ☐	Ninguno ☐	
	A ☐	B ☐	Ninguno ☐	

A: Marque A si la persona pertenece a una de las siguientes categorías:
Residente legal permanente (poseedor de tarjeta verde *«Green Card»*)
Asilado Refugiado Amerasian Ingresante Cubano o Haitiano
Deportación retenida *Parolee* por un año como mínimo
Ingreso condicional Algunos inmigrantes y/o niños maltratados
americano autóctono nacido en Canadá por lo menos 50% americano autóctono

B: Marque B si la persona pertenece a una de las siguientes categorías:
Orden de supervisión Suspensión temporal *(stay)* de deportación Suspensión de deportación
Partida voluntaria Condición de postergación de adjudicación *Parolee* por menos de un año
Amparado por una petición aprobada de un familiar cercano
Solicitud de ajuste de estado otorgada o presentada por vía administrativa adecuada
Ha vivido ininterrumpidamente en Estados Unidos desde antes del 1° de enero de 1972
Viven en Estados Unidos con el conocimiento y permiso o aquiescencia del USCIS y cuya salida del país el USCIS no tiene intenciones de hacer cumplir.

SECCIÓN E: SEGURO DE SALUD

Podría habilitar aunque ya tenga otro seguro de salud, especialmente si no cubre servicios de planificación familiar, o si usted tiene motivo justificado para que no se facture su seguro de salud.

¿Algún miembro del grupo familiar tiene Medicaid ☐, Medicare ☐, Family Health Plus ☐ o Child Health Plus ☐? Si respondió «Sí», dé los nombres de quiénes reciben cobertura:

¿Alguien más tiene otro seguro de salud que cubra a los solicitantes del Programa de Planificación Familiar? Sí ☐ No ☐ No sé ☐

Si contestó «Sí»		
	Persona(s) cubierta(s):	
	Nombre del titular de la póliza:	Grupo / Póliza Nº
	Nombre de la compañía aseguradora:	Monto de prima mensual $
	Si usted no es el titular de la póliza, ¿tiene un motivo por el cual no se deba facturar la compañía aseguradora? Sí ☐ No ☐	Favor de explicar ☐

NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH
Office of Health Insurance Programs **DOH-4282 SP (9/07)**

TÉRMINOS, DERECHOS Y DEBERES

El llenar y firmar esta solicitud constituye mi petición del Programa de Beneficios de Planificación Familiar (FPBP). Estoy de acuerdo con la revelación de información personal y financiera contenida en esta solicitud, como también de toda información requerida para determinar si reúno los requisitos. Comprendo que es posible que se me solicite información adicional. Me comprometo a informar inmediatamente de todo cambio que ocurra en cuanto a los datos que suministro en este formulario.

Yo entiendo que debo suministrar los datos que comprueben que reúno los requisitos que exige cada programa. Si no puedo obtener los datos solicitados, se lo informaré al distrito de servicios sociales. Es posible que el distrito de servicios sociales me ayude a conseguir la información requerida.

Comprendo que el FPBP puede someter a verificación la información que yo suministro en esta solicitud sin poner en riesgo el carácter confidencial de la misma. El Estado, los distritos de servicios sociales y las agencias administradoras que me asisten para rellenar esta solicitud mantendrán los datos confidenciales según lo estipula el código 42 U.S.C. 1396a (a) (7) y 42 CFR 431.300-431.307, y la legislación federal y estatal.

Entiendo que al considerar si yo reúno los requisitos de este programa, no se tomará en cuenta de manera negativa mi raza, color de piel, discapacidad, sexo o nacionalidad de origen. También entiendo que, dependiendo de los requisitos del programa, mi edad o el hecho de ser o no ciudadano estadounidense, son factores que se podrían considerar al momento de determinar si reúno o no las condiciones exigidas.

Entiendo que toda persona que, a sabiendas, mienta u oculte la verdad con el propósito de recibir servicios de este programa, estará cometiendo una falta grave y, por lo tanto, estará sujeta a sanciones federales y estatales. Además, es posible que se le pida reembolsar el monto de los beneficios recibidos y pagar multas civiles.

Comprendo que debo suministrar comprobantes originales que establezcan mi ciudadanía estadounidense e identidad al distrito de Servicios Sociales o a la entidad suministradora de los servicios de planificación familiar en nombre del distrito local para poder recibir beneficios de planificación familiar. También comprendo que el distrito de servicios sociales puede ayudarme a determinar cual es mi categoría y a obtener todo comprobante necesario si yo solicito tal ayuda. Una vez yo haya sometido los comprobantes originales a la persona a cargo de mi caso con motivo de establecer mi ciudadanía estadounidense e identidad, no los tendré que volver a presentar. Si estoy sometiendo este formulario como formulario de renovación por correo, y todavía no he sometido los comprobantes originales, no los debo enviar por correo sino mas bien entregárselos a la persona a cargo de mi caso en el distrito local para que él / ella haga constar que ha examinado los comprobantes originales. La agencia de servicios sociales no se quedará con mis originales.

Inmigración: la Oficina de Servicios de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos *(USCIS -siglas en inglés-)* ha establecido que la inscripción en el seguro médico de Medicaid NO AFECTA de manera negativa la capacidad de la persona para solicitar una tarjeta de identidad, la ciudadanía estadounidense, para patrocinar un miembro de la familia, o la entrada y salida del país, (excepto en aquellos casos en los que Medicaid paga por atención médica a largo plazo provista en centros de salud tales como un hogar de convalecencia *(nursing home)* u hospital psiquiátrico). El Estado no someterá la información contenida en esta solicitud a la Oficina de Servicios de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos *(USCIS*).

ASIGNACIÓN DE DERECHOS DE RESPALDO MÉDICO Y PAGOS A TERCEROS: comprendo que el FPBP no paga cuentas médicas que el seguro, u otro particular sea responsable de pagar, a menos que exista una buena causa como para no utilizar otro seguro. Se le exige a toda persona que solicite FPBP, conferir a la agencia de Medicaid todo derecho que esta persona tenga de recibir respaldo médico o pagos de seguro médico por servicios de planificación familiar, a no ser que él / ella solicite y se le otorgue una exención de buena causa. Al firmar esta solicitud por mí mismo(a), o en nombre de otra persona por quien puedo conferir tales derechos, estoy otorgando a la agencia de Medicaid todos mis derechos de recibir respaldo médico y pagos de terceras partes por servicios de planificación familiar durante todo el tiempo que yo reciba Medicaid.

REINTEGRO DE GASTOS MÉDICOS: transcurrida la fecha de mi solicitud, el reintegro de servicios cubiertos de planificación familiar y suministros, solamente se me extenderán si yo los obtengo de prestadores inscriptos en Medicaid.

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (SSN): entiendo que debo suministrar mi número de seguro social si deseo obtener servicios de FPBP. Este es un requisito exigido según el artículo 1137(a) de la Ley de Seguridad Social y las disposiciones de Medicaid (42 CFR 435.910 y 42 U.S.C. 1320b-7(a)). El programa de FPBP usará el número de Seguro Social para verificar mi ingreso, habilitación, y los montos de pagos de asistencia médica que se hagan en mi nombre. Es posible que los datos se comparen con los datos contenidos en los archivos de las otras agencias, tales como la Administración del Seguro Social *(Social Security Administration)* y/o el Servicio de Rentas Internas *(Internal Revenue Service)*.

DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD

Toda la información que nos proporcione permanecerá de manera confidencial. Las únicas personas que verán esta información serán las agencias estatales y locales como también aquellas personas que le ayuden a llenar la solicitud dado que necesitan saber dichos datos para determinar si usted reúne o no los requisitos. La persona que le ayude con esta solicitud no puede compartir esta información con nadie, excepto con los supervisores o las agencias locales y estatales que necesitan dichos datos.

REVELACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA: autorizo la revelación de toda información médica sobre mi persona y sobre los miembros de mi familia en cuyo nombre puedo dar autorización: mi prestador de cuidados primarios, otros profesionales de cuidados de la salud o el Departamento de Salud del Estado de Nueva York (*New York State Department of Health)*, todo profesional médico a cargo de mi atención y cuidado o el de mi familia, según sea razonablemente necesario para que mi seguro médico o los profesionales de salud a cargo de mi atención médica cumplan con los tratamientos, pagos y demás trámites administrativos relativos a los cuidados de la salud; al Departamento de Salud y otras agencias autorizadas a nivel federal, estatal y municipal con el propósito de administrar el programa de Medicaid. Además, acepto que la información a ceder contenga mis datos, o los de los miembros de mi familia, con relación a VIH, salud mental, drogadicción o alcoholismo, en la medida permitida por ley.

Certifico que he leído y entiendo los términos, derechos y deberes aquí descritos. Yo declaro, so pena de perjurio, que todo lo que figura en la presente solicitud es verdadero hasta donde yo sé.

Fecha_____**Firma del solicitante X** _____ **Firma del cónyuge (si está solicitando)** _____

Rechazo a que se me considere si reúno los requisitos del Programa de Medicaid y Family Health Plus:

Yo, _____, he sido informado(a) acerca de los beneficios expandidos y los servicios adicionales y de la cobertura disponible bajo Medicaid y Family Health Plus. Elijo no solicitar Medicaid y Family Health Plus por el momento, y he solicitado una evaluación de habilitación para el Programa de Planificación Familiar solamente. Comprendo que posteriormente puedo solicitar estos programas si lo deseo.

Fecha _____ **Firma del solicitante X** _____

Firma del prestador de servicios o del personal de Medicaid _____

SI DESPUÉS DE LEER Y RELLENAR ESTE FORMULARIO USTED DECIDE QUE NO QUIERE SOLICITAR EL PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR, Favor de FIRMAR su nombre en la siguiente línea:

Fecha_____ **Yo doy mi consentimiento para que se retire mi solicitud; entiendo que puedo volver a someterla cuando yo quiera.**
X_____

FOR OFFICE USE ONLY:

To be completed by the person assisting with the application:

Signature of Person Who Obtains Eligibility Information: Employed By: Have Original Documents been seen for Citizenship / Identity?

X_____ _____ YES_____ NO (applied for) _____

To be completed by the Local Social Services District:

Eligibility Determined by: Date: Eligibility Approved By: Date:

_____ _____ _____ _____

Center Office: Application Date: Unit ID: Worker ID: Version:

Case Name: District: Case Type: Case No:

Effective Date: MA Disposition Reason Code: Proxy: Reg. No.