

Por favor separe esta página y consérvela para su información.

# Información Sobre la Aplicación

CHIP • PCN • UPP • Medicaid

## ¿Qué Estoy Solicitando?

El seguro de salud es importante para que usted y su familia reciban la atención médica que necesitan. Cuando presenta esta aplicación usted será considerado para todos los programas médicos incluyendo los que tienen actualmente inscripciones abiertas, por ejemplo:

- **CHIP (El Programa de Seguro de Salud para Niños):** Ofrece seguro médico para los niños que no tienen seguro de salud de familias que califican de ingresos y el tamaño de la familia.
- **PCN (Red de Cuidados Primarios):** Proporciona servicio preventivo primario de cobertura de salud para adultos que no tienen seguro médico que califican de ingresos y el tamaño de la familia.
- **UPP (Para Seguro Médico):** Proporciona pagos de compensación de cuotas mensuales para personas o familias que no tenían previamente cobertura de seguro médico y se inscriben al programa de salud a través de su empleador o COBRA.
- **Medicaid:** Proporciona ayuda de asistencia médica para familias de bajos ingresos, niños, mujeres embarazadas, ciegos, discapacitados y ancianos.

## ¿Qué Debo Hacer?

- Usted puede presentar las primeras dos páginas de ésta aplicación para comenzar el proceso de solicitud, pero deberá completar la información del resto del formulario para que podamos determinar si califica para recibir los beneficios.
- Si se necesita mayor información para determinar si usted es elegible para recibir beneficios, un trabajador de DWS experto en determinar elegibilidad, lo contactará. Si DWS no lo ha llamado dentro de los próximos 10 días, por favor llame al número gratis 1-866-435-7414.
- Llene esta aplicación y envíela a:  
Department of Workforce Services  
PO Box 143245  
SLC, UT 84114-3245  
Fax: 1-801-526-9505  
Una llamada gratis: 1-888-522-9505
- Puede suceder que se le pidan que su patrón llene el "Formulario del Seguro Médico del Empleador" (adjunto). Por favor conserve este formulario en caso de que así se lo soliciten.

## ¿Dónde puedo obtener más información?

Por favor llame a la línea gratuita de Información de la Salud al 1-888-222-2542 o visite [www.health.utah.gov/healthservices.htm](http://www.health.utah.gov/healthservices.htm)

# Aplicación

CHIP • PCN • UPP • Medicaid

POR FAVOR UTILICE UN BOLÍGRAFO NEGRO PARA LLENAR EL FORMULARIO

Número de caso: \_\_\_\_\_

## A Información del Solicitante

Nombre: \_\_\_\_\_  
primer nombre                      segundo inicial                      apellido (de soltera)                      apellido (de casada)

Domicilio: \_\_\_\_\_  
calle                      apto.                      ciudad                      estado                      código postal

Domicilio de Correo: \_\_\_\_\_  
calle                      apto.                      ciudad                      estado                      código postal

Número de Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Móvil/ Otro Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Correo-electrónico:(opcional) \_\_\_\_\_

## B Información del Hogar

Escriba la información de todas las personas que viven en su casa. Comience con usted.

Nombre (primer nombre, segunda inicial, apellido)	Relación con usted	Número de Seguro Social o Identificación Legal de Inmigrante*	Fecha de nacimiento mes/ día/ año	Sexo M/F	Raza **	Grupo étnico ***	Estado Civil ****	Estudiante Si/ No	Residente de Utah/ Ciudadano estadounidense*
(Comience con usted)	Yo								<input type="checkbox"/> Residente de Utah <input type="checkbox"/> Ciudadano EEUU
									<input type="checkbox"/> Residente de Utah <input type="checkbox"/> Ciudadano EEUU
									<input type="checkbox"/> Residente de Utah <input type="checkbox"/> Ciudadano EEUU
									<input type="checkbox"/> Residente de Utah <input type="checkbox"/> Ciudadano EEUU
									<input type="checkbox"/> Residente de Utah <input type="checkbox"/> Ciudadano EEUU

\*Opcional-El Número de Seguro Social y ciudadanía son necesarios sólo para las personas que están solicitando beneficios.

\*\*Códigos de raza: AI-Indio Americano/Nativo de Alaska, AS-Asiático, BL-Negro o Afro-Americano, PI-Islas Pacíficas, WH-Blanco. (Se puede elegir más de uno.)

\*\*\*Códigos Grupo Étnico: H-Hispano/Latino, N-No Hispano/Latino

\*\*\*\*Estado Civil: Soltero, Casado, Divorciado, Viudo, etc.

## C Información General

Por favor responda las siguientes preguntas para ayudarnos a escoger el programa para su hogar.

1. ¿Cuántas personas que viven en su casa tienen empleo? \_\_\_\_\_
- Sí  No 2. ¿Alguna de las personas que viven en su casa no puede trabajar? (enfermedad, cáncer, enfermedad renal, etc.) En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_
- Sí  No 3. ¿Alguna de las personas que viven en su casa ha sido determinada como discapacitada por el Seguro Social? En caso afirmativo, ¿quién? \_\_\_\_\_
- Sí  No 4. ¿Alguna de las personas que viven en su casa ha estado en prisión, hospital o casa de salud por 30 días o más en los últimos 3 meses?  
En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_
- Sí  No 5. ¿Los miembros de su hogar tienen más de \$3.000 en bienes? (No incluya la casa en la que vive)
- Sí  No 6. ¿Alguna de las personas que viven en su casa ha recibido servicios médicos en los últimos 90 días?  
En caso afirmativo, ¿quién? \_\_\_\_\_  
Fecha de los servicios médicos recibidos: \_\_\_\_\_
- Sí  No 7. ¿Alguna de las personas que viven en su casa está actualmente embarazada o ha estado embarazada en los últimos 90 días?  
En caso afirmativo, ¿quién? \_\_\_\_\_ Fecha de parto: \_\_\_\_\_  
¿La persona ha fumado o consumido tabaco en los últimos 6 meses?  Sí  No  
(Esta pregunta es para las encuestas solamente y no afecta la elegibilidad.)



- Sí  No 8. ¿Hay alguien en la casa que tiene necesidad médica grave? (Incluye embarazo/cancer/enfermedad de riñones, etc.) Si sí, ¿quien? \_\_\_\_\_  
 ¿Cual es la necesidad médica? \_\_\_\_\_

## **D** Entiendo que:

\*Las referencias al estado de Utah (el Estado) a continuación incluyen al Departamento de Salud de Utah, Departamento de Servicios de Mano de Obra y/o la Oficina de Servicios de Recuperación.

- Yo aseguro que todas las personas viviendo en mi casa que solicitan la cobertura médica o reembolso son ciudadanos estadounidenses o inmigrantes legales, a menos que esté solicitando solamente asistencia médica de urgencia. Entiendo que no debo reportar información sobre la ciudadanía de los miembros de mi hogar que no están solicitando cobertura o reembolso. El Estado verificará los números de registro de los inmigrantes con los Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS por su sigla en inglés). El Estado no reportará a los miembros indocumentados del hogar a la USCIS.
- El Estado no discrimina por raza, religión, sexo o discapacidad.
- Yo concedo permiso para que se verifique cualquier información otorgada cuando realizo la solicitud y luego de recibir los beneficios.
- Yo autorizo al Estado a otorgar a los proveedores de atención médica información sobre mi elegibilidad para los beneficios médicos. El Estado puede intercambiar información con mi proveedor de seguro de salud y/o mi empleador durante el tiempo que yo recibo los beneficios del programa.
- Yo debo reportar cualquier cambio en mi domicilio, número telefónico, tamaño de mi familia y acceso a cobertura por otro programa de seguro de salud.
- Los beneficios médicos que yo recibo están limitados a los detallados en el Manual del Proveedor establecido por el programa, según se aplica. Yo entiendo que dichos manuales pueden ser modificados sin mi consentimiento o consideración.
- Los beneficios para los que soy elegible pueden ser cambiados sin mi conocimiento o consentimiento. Yo entiendo que soy responsable por cualquier co-pago a los proveedores en el momento del servicio médico a menos que yo esté exento de estos pagos.
- Si yo recibo una tarjeta médica, permitiré que la usen sólo las personas cuyo nombre aparece en la tarjeta.
- Yo debo respetar las reglas del programa de asistencia médica. Mi cónyuge y/o hijos, según se aplica, también deben respetar estas reglas.
- Yo debo cooperar con el Estado para establecer apoyo médico para mi familia y buscando a cualquier otra parte responsable de los gastos médicos. Yo debo cooperar con el Estado para establecer y recaudar la pensión conyugal y pensión alimenticia para mi familia a no ser que tenga una buena causa para no hacerlo.
- Mis beneficios pueden ser reducidos, negados o detenidos a causa de información reportada. Yo entiendo que otorgar cualquier información falsa o no reportar los cambios puede resultar en la presentación de cargos por fraude. Si yo recibo beneficios para los cuales no soy elegible, seré responsable de reembolsar el dinero por los beneficios recibidos.
- Si el Estado paga por mi atención médica, yo le otorgo mis derechos de pagos de terceros y de los beneficios por servicios médicos. Yo le entregaré al Estado el dinero que reciba de una póliza de seguros o de alguien que debe pagar por mis gastos médicos. Yo autorizo el pago directo al Estado y le quito responsabilidad a terceros que le paguen.
- Yo puedo solicitar una audiencia justa si estoy en desacuerdo con la decisión que se toma sobre esta solicitud.
- El Sistema Estatal de Inmunización de Utah (USIIS por su sigla en inglés) es un registro que guarda la información actualizada y completa de la historia de inmunizaciones de sus hijos. Para más información, o para retirar el nombre de sus hijos del USIIS, llame a la línea gratuita de Inmunizaciones al 1-800-275-0659.
- En el caso de mi muerte y de la de mi cónyuge, el Estado tiene derecho a recaudar de mi patrimonio todo el dinero gastado para pagar mis gastos médicos si yo recibo PCN y/o Medicaid en cualquier momento mientras que tenga 55 años de edad o más.
- A partir de Enero 1 del 2010 el estado no tiene derecho a cobrarme los costos pagados bajo el beneficio de elegibilidad a través del programa Costos Compartidos de Medicare – “Medicare Cost-Sharing Program (QMB,SLMB,QI).
- He recibido una copia de los Derechos y Responsabilidades y Requisitos para el Reporte de Cambios.

Yo, (escriba su nombre) \_\_\_\_\_, he leído y (o) alguien me ha leído las declaraciones de esta página. Yo entiendo y estoy de acuerdo con esas declaraciones. Bajo pena de perjurio, yo juro que las respuestas que he dado en esta solicitud son completas y correctas. Yo soy la persona representada por la firma en este documento.

Firma (marque una):  Solicitante  Representante Autorizado

Fecha \_\_\_\_\_

Sí  No Yo quisiera que alguien actuara como representante autorizado y que tenga acceso a la información respecto de mi caso. Por favor envíeme un formulario de autorización para firmar y enviar.

## **E Bienes**

- Sí  No 1. ¿Usted o alguna de las personas que viven en su casa tiene los siguientes bienes económicos?  
(Marque todos los que correspondan)
- Pensión vitalicia     401K/otras pensiones de retiro     Cuenta Corriente \$ \_\_\_\_\_  
 IRA     Fondos del Mercado Monetario     Cuenta de Ahorros \$ \_\_\_\_\_  
 Acciones     Fideicomiso     Otros: \_\_\_\_\_  
 Bonos     Certificados a plazo
- Sí  No 2. ¿Usted o alguna de las personas que viven en su casa tiene alguno de los siguientes bienes?  
(Marque todos los que correspondan)
- Terrenos     Equipo de Camping / Remolque     Derechos de explotación de recursos Minerales o Forestales  
 Casa     Tiempo Compartido  
 Seguro de Vida     Planes/ Fondos de Entierro     Propiedades de Renta / Inversión  
 Herramientas     Ganado     Otros: \_\_\_\_\_  
 Propiedad Vitalicia     Parcela en el cementerio
- Sí  No 3. ¿Tienen vehículos?  
Si sí, anote todos los vehículos de su propiedad o la de cualquiera que viva con usted. Los tipos de vehículo incluyen carros, camiones, camioneta, moto de nieve, motocicleta, casas rodantes, barcos/ motores, vehículo todo terreno u otros vehículos.

Marca	Modelo	Año	Matrícula Si/No	Número de Matrícula Estado	Propietario/ Propietarios	Monto Adeudado

## **F Información del Seguro Médico**

- Sí  No 1. ¿Ha recibido ayuda médica como Medicaid o CHIP en los últimos 6 meses? Si sí, quién: \_\_\_\_\_  
¿Donde y cuando? \_\_\_\_\_
- Sí  No 2. ¿Alguna de las personas que viven en su casa tiene o califica para aseguranza continuada por su empleo o COBRA?
- Sí  No 3. ¿Alguna de las personas que viven en su casa tiene seguro medico (incluyendo beneficios del Sistema de Atención Médica VA), tiene seguro disponible pero no está afiliado, o tuvo seguro en los últimos 6 meses? Si sí, complete el cuadro. (No anote Medicaid, Medicare, CHIP o PCN)

<input type="checkbox"/> Inscripto	Nombre(s) de el/los individuo/s con cobertura: _____
<input type="checkbox"/> No inscripto, pero disponible	Nombre de la compañía de seguros: _____ Número telefónico: _____
<input type="checkbox"/> Cancelado, fecha de cancelación: _____	Dirección de la compañía de seguros: _____ Número de grupo: _____
	Nombre del asegurado: _____ Número de Póliza: _____
	Fecha de nacimiento del asegurado: _____
	Número de Seguro Social del asegurado: _____
	Si el seguro es a través de un empleador, anote el nombre del empleador y el número telefónico: _____
	Costo de prima: \$ _____ Fecha de vencimiento: _____ Frecuencia de pago: _____

- Sí  No 4. ¿Alguna de las personas que viven en su casa ha sufrido una lesión en un accidente o ha sido víctima de asalto en los últimos 12 meses?
- Sí  No 5. ¿Hay alguien fuera de su casa que deba pagar por los servicios médicos?
6. Si usted respondió afirmativamente a las preguntas 4 o 5, por favor llene la siguiente información:  
 ¿Qué tipo de incidente?  automovilístico     asalto     laboral     resbalón/caída  
 error médico     mordedura de perro     otros, por favor explique: \_\_\_\_\_  
 Nombre de la persona o personas lesionadas: \_\_\_\_\_  
 ¿Quién es el responsable? \_\_\_\_\_  
 Fecha del Incidente: \_\_\_\_\_ ¿Se presentó un reporte policial?  Si  No  
 Departamento de Policía: \_\_\_\_\_ Número del Reporte Policial: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Abogado: \_\_\_\_\_ Número Telefónico: \_\_\_\_\_

## **G Ingresos**

Sí  No 1. ¿Alguna de las personas que viven en su casa tiene ingresos?

En caso afirmativo, anote los ingresos recibidos por todas las personas que viven en su casa.

Persona con trabajo (Nombre)	Nombre del Empleador	Sueldo nominal (\$900/mes, \$6/hr., etc.)	Cantidad de Horas trabajadas por Semana	Frecuencia de pago (semanal, quincenal, dos veces al mes, mensual, etc.)	Independiente Sí/No
		/			
		/			
		/			

Sí  No 2. Si tiene empleo, ¿espera algún cambio en sus ingresos o en la cantidad de horas trabajadas?  
En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_

Sí  No 3. ¿Usted o alguna de las personas que viven en su casa tiene o ha recibido alguno de los siguientes?  
(Marque todos los que corresponden)

Beca de Estudios

Manutención

Beneficios de Veterano

Retiro/Pensión

Pensión Alimenticia

SSI (Garantía de Ingreso

Seguro Social

Pagos fijos

Suplementario)

Qué tipo: \_\_\_\_\_

Herencia

Desempleo

Compensación de Trabajador

Acuerdos

Otros: \_\_\_\_\_

Sí  No 4. ¿Alguna de las personas que viven en su casa ha solicitado, recibido, o se le ha negado Ingreso del Seguro Social, VA, Desempleo o Compensación del Trabajador?  
En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_

Sí  No 5. ¿Alguien lo ayuda a pagar la hipoteca/renta, comida, o los gastos de la casa?  
En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_

Sí  No 6. ¿Alguna de las personas que viven en su casa trabaja a cambio de la hipoteca/renta, comida, o los gastos de la casa? En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_

Sí  No 7. ¿Alguna de las personas que viven en su casa paga por el cuidado de un dependiente para poder trabajar? En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_

Sí  No 8. ¿Alguien en su casa que ha sido catalogado discapacitado por Seguro Social, paga manutención o pensión alimenticia?  
En caso afirmativo, anote el nombre y la cantidad que paga: \_\_\_\_\_

## **H Información del Registro de Votantes**

Sí  No Si usted no está registrado para votar donde vive, ¿le gustaría postular para registrarse como votante aquí hoy? Si usted no marca ninguna de las casillas, asumiremos que ha decidido no registrarse para votar en este momento. Usted puede llenar el formulario de la solicitud en privado. Si desea ayuda para llenar el formulario para registrarse como votante, nosotros lo ayudaremos. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Elegir registrarse o rechazar registrarse para votar no afectará la cantidad de ayuda que le proveerá la agencia. Si usted cree que alguien ha interferido con su derecho a votar, su derecho a rechazar registrarse para votar, su derecho a la privacidad para decidir si desea inscribirse o postular para registrarse como votante, o su derecho para escoger su partido político de preferencia u otras preferencias políticas, usted puede presentar una queja al Teniente Gobernador, Estado de Utah, PO Box 142220, SLC, UT 84114.

## **I Envíe el Formulario Completo a:**

Usted ha completado la solicitud. Para más información por favor revise la primera página de la "Información Sobre la Aplicación". Por favor envíe éste formulario completo a:

Department of Workforce Services  
PO Box 143245  
SLC, UT 84114-3245  
Fax: 1-801-526-9505  
Toll-free Fax: 1-888-522-9505

# Sus Derechos & Responsabilidades

## Usted tiene Derecho a:

- Postular o volver a postular en cualquier momento que lo desee para cualquier programa médico. Las solicitudes para PCN y UPP sólo se aceptan durante los períodos abiertos de inscripción. Si usted necesita ayuda, alguien lo ayudará a postular.
- Recibir una notificación de que hemos aprobado o rechazado su solicitud y la razón para la decisión. Para asistencia médica, tenemos 30 días para procesar su solicitud. Tenemos 90 días, si usted declara ser discapacitado, a menos que usted necesite más tiempo.
- Recibir una explicación de por qué reducimos, detuvimos o retuvimos su asistencia. En la mayoría de los casos, debemos enviarle por correo la notificación 10 días antes de tomar estas medidas.
- Hacer lo siguiente si no está de acuerdo con las decisiones tomadas con respecto a su caso:
  - A. Hablar con su asistente del caso. Asegúrese de que no haya malentendidos.
  - B. Hablar con el supervisor de su asistente del caso.
  - C. Hablar con los Servicios del Constituyente: 1-801-526-4390 o llame gratis al 1-800-331-4341
  - D. Solicitar una Audiencia Justa dentro de los 90 días siguientes a la decisión; 10 días para obtener beneficios mientras se lleva a cabo la audiencia. Si se le negara la condición de discapacidad, también puede solicitar una reconsideración como parte de la audiencia justa. Si SSA le negó su discapacidad, deberá pasar por el proceso de apelación.
  - E. Solicitar representación legal para su audiencia justa. Usted puede tener derecho a recibir asistencia legal gratuita de los Servicios Legales de Utah. En Ogden, 1-801-394-9431 o en Salt Lake, 1-801-328-8891. El número telefónico gratuito es 1-800-662-2538. Usted también puede recibir una recomendación para consejo legal de Referencia de Abogados de Salt Lake llamando al 1-801-531-9075.
- Revisar la información de su caso. La información sobre usted y su caso es confidencial. Nosotros podemos dar información a otras agencias para administrar un programa para ayudarlo.

## Sus Responsabilidades:

- Verificar la Información – El Acto de Seguro Social (U.S.C 1320 b – 7 (a) (1) exige que usted nos dé un número de Seguro Social para cada miembro de su hogar que quiere asistencia médica. Si usted está solicitando sólo Medicaid de emergencia, usted no tiene que dar su número de Seguro Social. Si usted no tiene un número, debe probar que ha postulado. Usted puede ser elegible para recibir asistencia mientras está esperando recibir un número.

Su Número de Seguro Social será utilizado con el Sistema de Verificación de Ingresos y Elegibilidad Estatal para verificar que su hogar sea elegible para los programas de asistencia federal. Se realizarán comparaciones por computadora, revisión de programas, y auditorias con Servicios de Trabajo, Inmigración y Naturalización, Seguro Social, y registros del Servicio de Hacienda. También podemos realizar investigaciones en instituciones bancarias y de préstamos y cualquier otra organización o individuos que puedan tener información acerca de la elegibilidad de su núcleo familiar. Usted debe otorgar pruebas que muestren que usted es elegible para la asistencia. El Departamento no reportará a los miembros de su hogar indocumentados al USCIS.

- Los niños afiliados a Medicaid están automáticamente afiliados al Sistema Estatal de Información de Inmunización de Utah (USIIS por su sigla en inglés). Si usted no desea que sus hijos estén afiliados a este sistema, debe llamar a la línea de ayuda de USIIS al (801) 538-6872 o la línea gratuita de Inmunización al 1-800-275-0659.
- Cooperar – Usted debe cooperar en cualquier revisión de su caso realizada por Control de Calidad, Servicios de Recuperación, y la Oficina de Política de Elegibilidad. Usted también debe cooperar otorgando información acerca de cualquier otra fuente de pagos médicos y soporte médico. Si usted siente que podría verse perjudicado otorgando esta información, puede solicitar un reclamo por “buena causa”. Su asistente del caso puede explicar este proceso.

**Usted y su hogar también tienen que respetar las reglas del programa de asistencia médica.**

Por favor separe esta página y consérvela para su información.

# Cambios que Usted Debe Reportar

Recuerde que **USTED** debe reportar los cambios en su situación **EN UN PLAZO DE 10 DÍAS** luego de enterarse del cambio. No retrase el reporte de cambios. Los cambios pueden afectar su elegibilidad. Si usted recibe beneficios para los cuales no es elegible, deberá reembolsar el monto.

## Si usted recibe beneficios de Medicaid, CHIP, PCN o UPP, debe reportar:

### ● Cambios de Estado Civil o Acuerdos de Convivencia

Casamiento, separación, o divorcio; mudarse con un compañero de cuarto; cambio de domicilio o número telefónico; padre ausente se muda; nacimiento de un bebé o terminación de un embarazo; miembro del núcleo familiar se muda o se va; fallecimiento de un miembro del núcleo familiar; estadías hospitalarias por más de 30 días; o si cualquier miembro de su núcleo familiar va a prisión o la cárcel; recibir ayuda con los gastos de la casa; etc.

### ● Cambios en la Cobertura del Seguro

Los cambios al acceso de seguro, cobertura, o afiliación a cualquier plan de salud (incluyendo Medicare o beneficios del Servicio de Atención Médica VA) para cualquier persona que viva en su casa. Usted también debe reportar accidentes o lesiones que puedan ser abonables por terceros.

## Si usted recibe Medicaid, también debe reportar:

### ● Cambios en la Fuente de Ingresos

Conseguir empleo, terminar un empleo, cambiar de trabajo, trabajar para servicios temporales, obtener ingresos para la educación, SSI, SSA, o compensación por desempleo, etc. Recibir pagos fijos. Entrar en huelga.

### ● Cambio en el monto del ingreso bruto Ganado o no Ganado

Trabajar más o menos horas, tiempo extra, recibir un aumento, etc. Cambio en el monto de SSI, SSA, Compensación por Desempleo, etc.

### ● Cambio en la Obligación Legal de pagar Manutención

### ● Obtener o Perder un Vehículo (con o sin licencia)

Carro, camión, camioneta, motocicleta, equipo de campamento, remolque, vehículo de recreación, etc.

### ● Cambio en cualquier Bien o Bienes

Reportar cambios de propiedad o valor de acciones, bonos, propiedad, vehículo, seguro de vida, fideicomiso, planes de entierro, dinero en efectivo, abrir o cerrar cuentas bancarias, etc., para todos los miembros de la casa. (Incluye propiedad conjunta de cualquier bien con cónyuge, padres, hijos, etc.)

### ● Cambio en las Deducciones Permitidas

Gastos de manutención, gastos de seguro médico, etc. Si usted tiene 65 años o más, si es ciego, o discapacitado, también debe reportar los cambios en la pensión alimenticia o la manutención pagada por un cónyuge o padre y los gastos del trabajo.

Asistente del caso: \_\_\_\_\_ Número telefónico: \_\_\_\_\_ Número de caso: \_\_\_\_\_

PLEASE USE A BLACK BALL POINT PEN TO COMPLETE FORM

# Employer's Health Insurance Information

Case #: \_\_\_\_\_

- This form **MUST** be completed by your employer or your company's Human Resources representative. Any blanks left on this form may delay the process.
- A form must be completed for each employed household member. You may copy this form.

## **A** General Information

Employee Name : \_\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_\_

Company Name: \_\_\_\_\_ EIN: \_\_\_\_\_

- Yes  No 1. Does your company offer health insurance? If no, skip to section D. Sign and return the form.
- Yes  No 2. Is the employee eligible to enroll in any insurance plan offered?  
 If no, please explain: \_\_\_\_\_  
 If yes, when is/was the employee eligible to enroll? (mm/dd/yy) \_\_\_\_\_
- Yes  No 3. Is the employee or any family member enrolled in any insurance plan offered?  
 If yes, name(s) of persons enrolled: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
- Yes  No 4. Has this employee or any family member dropped/changed coverage in the last six months?  
 If yes, name(s): \_\_\_\_\_  
 If yes, when did coverage end/change? (mm/dd/yy) \_\_\_\_\_

## **B** Least Expensive Plan

Questions below refer to the **least expensive** plan offered at your company.

- Yes  No 1. Does the employee have to enroll in order to add their dependent(s)?
2. When will/did coverage begin? (mm/dd/yy) \_\_\_\_\_
3. When does the company's next open enrollment begin? (mm/dd/yy) \_\_\_\_\_
4. Complete the chart below. **Do not** include the cost of dental, vision or other coverage if it is separate.

	Monthly Premium	
	Employee's Portion	Company's Portion
Employee	\$	\$
Employee + spouse	\$	
Employee + child	\$	
Family	\$	

5. Please list the yearly health plan deductible (not the "out of pocket" cost or hospital deductible).  
 Individual amount \$ \_\_\_\_\_ Family amount \$ \_\_\_\_\_
- Yes  No 6. Does the plan pay for any services (doctor, pharmacy, etc.) before the employee has met the deductible listed above?

(continued)



## **C** Employee's Health Plan Choice

Questions below refer to the plan the employee has selected. Questions 2-8 refer to "in-network" benefits.

1. Insurance company and plan name: \_\_\_\_\_
- Yes  No 2. Is the deductible \$2,500 or less per individual?
- Yes  No 3. Does the plan pay at least 70% of an inpatient stay (after the deductible)?
- Yes  No 4. Is the lifetime maximum benefit \$1,000,000 or more?
5. What benefits are covered under this plan? (Check all that apply.)
- Physician visits       Hospital inpatient services       Pharmacy/Rx
- Well child exams       Child immunizations
6. Complete this chart only if it is different from the chart on the front page (section B). **Do not** include the cost of dental, vision or other coverage if it is separate.

	Monthly Premium	
	Employee's Portion	Company's Portion
Employee	\$	\$
Employee + spouse	\$	
Employee + child	\$	
Family	\$	

- Yes  No 7. Are the employee's children currently enrolled or do they plan to enroll in your company's dental plan? If yes, name(s): \_\_\_\_\_
- Yes  No 8. Does the plan cover abortion services?
- If yes, under what circumstances:
- Only in the case where the life of the mother would be endangered if the fetus were carried to term or in the case of incest or rape
- Other, please describe: \_\_\_\_\_

## **D** Signature

I certify that I am a representative of the Human Resource Department, or that I am the health insurance contact person. The information on this form is true and correct to the best of my knowledge.

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Name (please print): \_\_\_\_\_

Title: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Please return completed form to:

Department of Workforce Services  
 PO Box 143245  
 SLC, UT 84114-3245  
 Fax: 1-801-526-9500  
 Toll-free Fax: 1-877-313-4717

Employee Name: \_\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_\_ Case #: \_\_\_\_\_