

Solicitud de servicios exclusivamente para planificación familiar

<p>¿Es elegible para los programas exclusivamente para planificación familiar (FPO, por sus siglas en inglés)?</p>	<p>Los programas de FPO están disponibles para los residentes de Washington con ingresos iguales o menores al 260% del nivel federal de pobreza (FPL, por sus siglas en inglés), sin importar su género y situación migratoria, que no sean elegibles para programas completos de Apple Health y no tengan otra cobertura de salud. Los clientes asegurados que buscan servicios confidenciales de planificación familiar pueden solicitar los programas FPO.</p>
<p>¿Cuáles beneficios están cubiertos?</p>	<p>Los beneficios incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visitas preventivas completas para planificación familiar • Asesoría, educación, inicio y control de métodos anticonceptivos • Detección de cáncer de cuello uterino • Pruebas y tratamiento para algunas enfermedades de transmisión sexual (STD, por sus siglas en inglés) e infecciones de transmisión sexual (STI, por sus siglas en inglés) • Anticonceptivos recetados y de venta libre • Procedimientos de esterilización
<p>¿Cómo los solicita?</p>	<p>Puede presentar una solicitud para los programas de FPO en cualquier momento, con un proveedor que acepte Apple Health.</p>
<p>¿Cómo debe contestar la sección 1?</p>	<p>El solicitante debe contestar esta sección por completo, en la medida de su conocimiento. En este documento se incluye más información sobre preguntas específicas de la sección 1 de la solicitud.</p>
<p>¿Tiene disponibles servicios lingüísticos o para discapacidades cuando presenta su solicitud?</p>	<p>Para obtener ayuda gratuita en otro idioma (incluyendo un intérprete o la traducción de materiales impresos) o adaptaciones para una discapacidad, llame al 1-800-562-3022.</p>
<p>¿Puede solicitar a través de un representante autorizado (AREP)?</p>	<p>Un AREP es un adulto que conoce bien las circunstancias del hogar y que ha sido autorizado por el hogar para actuar en su nombre para efectos de elegibilidad. Esto es diferente a asociarse con un orientador o un agente de seguros.</p>
<p>¿Cuáles son los requisitos en cuestión de ingresos?</p>	<p>Los ingresos deben ser iguales o menores al 260% del nivel federal de pobreza (FPL, por sus siglas en inglés). Visite hca.wa.gov/family-planning para obtener más información.</p>
<p>¿Cómo se determina el tamaño del hogar?</p>	<p>El tamaño del hogar se determina según el estatus de declaración de impuestos. Un miembro del hogar es un cónyuge o dependiente con quien el solicitante declara impuestos, o al que incluye como dependiente en su declaración. Si no tiene que declarar impuestos, un miembro del hogar es un cónyuge o dependiente que habita en la misma vivienda.</p>
<p>¿Se considera que usted es un residente del Estado de Washington?</p>	<p>Los residentes del estado de Washington actualmente viven y tienen la intención de residir en Washington, o llegaron al estado en busca de trabajo, o llegaron al estado con un compromiso laboral.</p>
<p>¿Qué debe hacer si necesita servicios confidenciales?</p>	<p>Las personas aseguradas pueden ser elegibles para servicios confidenciales de planificación familiar si cumplen con una de estas excepciones: solicita servicios confidenciales de planificación familiar y tiene 18 años o menos; O es víctima de violencia doméstica y está cubierta por el seguro de salud de su agresor.</p>
<p>¿Qué debe hacer si tiene otro seguro?</p>	<p>No es elegible para servicios de FPO si tiene otro seguro, a menos que solicite servicios confidenciales de planificación familiar.</p>

<p>¿Cómo usará la Autoridad de Servicios de Salud (HCA, por sus siglas en inglés) su número de Seguro Social y la información sobre su situación migratoria?</p>	<p>La HCA utiliza esta información para determinar su elegibilidad confirmando su identidad, ciudadanía, situación migratoria, fecha de nacimiento y disponibilidad de otras coberturas de cuidado de la salud. La HCA no proporciona esta información a ninguna autoridad de inmigración.</p> <p>Si no tiene un NSS ni un número de documento de inmigración, deje esos espacios en blanco.</p>
<p>¿Qué es la cobertura completa de Apple Health (Medicaid) y debe renunciar a su derecho a solicitarla?</p>	<p>ESi es elegible para cobertura completa de Apple Health, es elegible para todos los beneficios obligatorios, como servicios hospitalarios y ambulatorios, salud en el hogar y servicios de médicos, entre otros, y para beneficios opcionales como medicamentos recetados, servicios dentales y fisioterapia. Le conviene solicitar la cobertura completa de Apple Health (Medicaid) para recibir la máxima cobertura de beneficios de salud para la que puede ser elegible.</p> <p>Para obtener más información sobre la cobertura completa de Apple Health, visite https://www.hca.wa.gov/health-care-services-supports/apple-health-medicaid-coverage.</p>
<p>¿Hay disponible información sobre el registro de votantes?</p>	<p>La Ley Nacional del Registro de Votantes de 1973 ordena que todos los estados proporcionen información del registro de votantes mediante sus oficinas de asistencia pública. Solicitar o negarse a registrarse para votar no afectará los servicios o beneficios que brinda esta agencia. Puede registrarse para votar en vote.wa.gov o pedir un formulario del registro de votantes llamando al 1-800-448-4881.</p>
<p>¿Cómo y cuándo se enterará del estatus de su solicitud?</p>	<p>Las solicitudes se procesan en el orden en el que se reciben y en menos de 45 días. Si hace falta más información, se comunicarán con los solicitantes por teléfono o correo. Después de que se procese, se le enviará por correo una carta de aprobación o denegación. Algunos proveedores pueden prestarle servicios mientras espera al envío y procesamiento de su solicitud.</p>
<p>¿Puede apelar una determinación de elegibilidad?</p>	<p>Sí, puede apelar dentro de un plazo de 90 días si está en desacuerdo con una determinación hecha por la HCA, Washington Healthplanfinder o el Departamento de Servicios Sociales y de Salud (DSHS) que afecte su elegibilidad para cobertura de salud. Para obtener más información sobre el proceso de apelación, visite hca.wa.gov/about-hca/file-appeal-apple-health-medicaid.</p>
<p>¿Qué otros servicios de planificación familiar hay disponibles en el estado de Washington?</p>	<p>La Red de Planificación Familiar del Departamento de Salud del Estado de Washington ofrece una gama completa de servicios de planificación familiar. Para obtener más información, visite doh.wa.gov/YouandYourFamily/FamilyPlanning/FullRangeofServices.</p>
<p>¿Qué otras opciones de cobertura de salud hay disponibles en el estado de Washington?</p>	<p>Vea otros programas de Washington Apple Health disponibles, incluidos servicios para inmigrantes no calificados e indocumentados y atención para el embarazo, en hca.wa.gov/apple-health.</p>
<p>¿Dónde puede encontrar más información?</p>	<p>Puede encontrar información adicional en hca.wa.gov/family-planning.</p>

Solicitud de servicios exclusivamente para planificación familiar

¿Actualmente está embarazada? Sí No Si contestó que sí, no es elegible para servicios de planificación familiar, pero podría ser elegible para cobertura de salud. Presente su solicitud por internet en **wahealthplanfinder.org**

Al llenar esta solicitud usted reconoce que está solicitando solamente servicios de planificación familiar.

1. Solicitante e información de contacto

Nombre (use su nombre legal completo)		Inicial del segundo nombre	Apellido	
Masculino	Femenino		¿Residente de Washington?	
	Fecha de nacimiento	Número del Seguro Social	Sí	No
Dirección en la que vive		Depto.	Ciudad	Estado
				Código postal
Dirección postal		Depto.	Ciudad	Estado
				Código postal
Número telefónico casa/celular/preferido	Número telefónico del trabajo o para mensajes	¿Podemos llamarle a los números de teléfono que proporcionó?		
		Sí	No	
Dirección de correo electrónico				
¿Tiene problemas para hablar, leer o escribir en inglés? Sí No				
¿Necesita un intérprete? Sí No ¿Qué idioma habla? _____				

¿Tiene un seguro de salud privado o cobertura de Apple Health (Medicaid)? Sí No
Si contestó que sí, no es elegible para servicios de planificación familiar, a menos que una de las siguientes excepciones se aplique a usted:

Solicito servicios confidenciales de planificación familiar y tengo 18 años o menos;

Soy víctima de violencia doméstica y estoy cubierto(a) por el seguro médico de mi agresor.

(vaya a la sección (2) si marcó cualquiera de las casillas anteriores)

En los últimos 30 días, ¿se le ha denegado la cobertura completa de Apple Health (Medicaid) a través de **wahealthplanfinder.org**? Sí No

Si contestó que sí, deténgase aquí y continúe en la sección (9). Si han ocurrido cambios en su hogar desde que se le denegó Apple Health (Medicaid), vaya a la sección (2) para concluir su solicitud.

Si contestó que no, debe solicitar cobertura en **wahealthplanfinder.org** (a menos que una de las dos excepciones anteriores se aplique a usted, o que haya tomado la decisión informada de no solicitar cobertura completa de Apple Health (Medicaid)).

He decidido solicitar cobertura solamente de planificación familiar y he tomado la decisión informada de no solicitar cobertura completa de Apple Health (Medicaid).

2. Estatus de ciudadanía e inmigración

Situación de ciudadano o no ciudadano: (marque una):

Ciudadano o nacional de EE. UU. No ciudadano presente de manera legal en EE. UU. Otro

Si no es ciudadano y está presente de manera legal, escriba la siguiente información:

Tipo de documento de inmigración Número "A" Número de recibo u otro número
 Número de pasaporte extranjero País de residencia Fecha de entrada al país Fecha de vencimiento del documento

3. Ingreso por empleo / empleo por cuenta propia

Ganado por usted		Ganado por otros miembros del hogar	
Nombre del empleador actual (primer empleo)	Número de teléfono	Nombre del empleador actual (primer empleo)	Número de teléfono
	¿Empleo por cuenta propia? Sí No		¿Empleo por cuenta propia? Sí No
Ingreso bruto mensual antes de impuestos <i>(y/o ingresos netos mensuales del empleo por cuenta propia)</i>		Ingreso bruto mensual antes de impuestos <i>(y/o ingresos netos mensuales del empleo por cuenta propia)</i>	
Nombre del empleador actual (segundo empleo)	Número de teléfono	Nombre del empleador actual (segundo empleo)	Número de teléfono
	¿Empleo por cuenta propia? Sí No		¿Empleo por cuenta propia? Sí No
Ingreso bruto mensual antes de impuestos <i>(y/o ingresos netos mensuales del empleo por cuenta propia)</i>		Ingreso bruto mensual antes de impuestos <i>(y/o ingresos netos mensuales del empleo por cuenta propia)</i>	

Si un miembro del hogar actualmente tiene más de dos empleadores, adjunte una hoja de papel adicional.
Para ver más información sobre cómo informar sus ingresos, visite wahbexchange.org/how-to-report-income.

4. Otros ingresos del hogar

Importe mensual: Quién lo recibe:

Pensión de divorcio/Manutención conyugal	_____	_____
Ingresos por alquileres o regalías (netos)	_____	_____
Beneficios del Seguro Social/jubilación de ferrocarriles	_____	_____
Desempleo	_____	_____
Ingresos por jubilación, incluyendo: pensiones, anualidades y pagos de una IRA	_____	_____
Dividendos, acciones, valores, ganancias de capital, inversiones extranjeras, fideicomisos/ otros ingresos por inversiones	_____	_____
Ingresos tribales imponible	_____	_____
Ingresos por agricultura y pesca (netos)	_____	_____
Otros ingresos imponible	_____	_____

5. Deducciones del hogar

Importe mensual: Quién lo paga:

Pensión de divorcio/manutención conyugal <u>PAGADA</u>	_____	_____
Aportaciones/Aportaciones a una IRA o cuenta para la jubilación antes de impuestos	_____	_____
Pago de intereses sobre préstamos estudiantiles	_____	_____
Costos de mudanza de miembros de las fuerzas armadas	_____	_____
Gastos de educador	_____	_____
Aportaciones a cuentas de ahorros de salud	_____	_____
Multas por el retiro anticipado de ahorros	_____	_____
Ciertos gastos de negocios declarables	_____	_____

6. Estatus de declaración de impuestos

¿Cuál será su estatus este año en lo referente a su declaración de impuestos? Contribuyente individual
Casado declarando por separado Casado que declara de manera conjunta
Dependiente fiscal de un miembro del hogar Dependiente fiscal de alguien fuera del hogar No declara impuestos

¿Está legalmente casado? Si contestó que sí, nombre legal completo de su cónyuge _____
Sí No primer nombre, segundo nombre, apellido

Si presenta declaración de impuestos, ¿cuántos dependientes incluye? _____ Si no lo hace, ¿cuántos hijos tiene? _____

7. Pérdida de empleo reciente

¿Ha renunciado o perdido el trabajo en los últimos 90 días? ¿Su cónyuge ha renunciado o perdido el trabajo en los últimos 90 días?
Sí No Sí No

Si contestó que sí, nombre del negocio: _____ Si contestó que sí, nombre del negocio: _____

Fecha de finalización del empleo: _____ Fecha de finalización del empleo: _____

8. Raza/origen étnico

Le solicitamos que nos informe voluntariamente sobre su raza u origen étnico. Esta información no se usará al analizar su elegibilidad para beneficios.

Caucásico	Negro o afroamericano	Vietnamita/Laosiano/Camboyanos
Hispano	Indio americano o nativo de Alaska	Otro asiático o isleño del Pacífico
Otros: _____	Nombre de la tribu: _____	

9. Lea atentamente antes de firmar

Entiendo que:

- La HCA podría pedirme que demuestre la información proporcionada. La HCA puede ayudarme a obtener comprobantes o comunicarse con otras personas o agencias para hacerlo.
- Mi información podría ser revisada por otras agencias estatales o federales. Esta información NO será compartida con el Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (UCSIS, por sus siglas en inglés).
- Al solicitar y recibir asistencia para cobertura médica, otorgo al estado de Washington todos los derechos sobre cualquier manutención médica y sobre todos los pagos de terceros por atención médica.
- Entiendo que esta solicitud solamente es para servicios de planificación familiar para prevenir el embarazo. Si necesito otro tipo de asistencia para cobertura médica, puedo solicitarla en Washington Healthplanfinder (**wahealthplanfinder.org**). Si necesito ayuda financiera o cupones para alimentos, puedo solicitarlos a través de la Oficina de Servicios Comunitarios del DSHS o de Washington Connection (**washingtonconnection.org**).
- **Debo responder** a cualquier petición de información adicional dentro de un plazo de 15 días hábiles o mi solicitud será denegada y yo podría ser responsable de todos los costos incurridos por la oficina de mi proveedor de planificación familiar.

10. Nombre del representante autorizado opcional (AREP)

Nombre / Organización

Número de teléfono

Dirección postal

Depto.

Ciudad

Estado

Código postal

11. Declaración y firma

He leído y comprendido la información en esta solicitud. Declaro, bajo pena de perjurio, que la información que he dado en esta solicitud, en la medida de mi conocimiento, es veraz y correcta y está completa.

Firma del solicitante

Fecha

Envíe el formulario contestado a la Autoridad de Servicios de Salud (Health Care Authority) por uno de los siguientes medios:

• Por correo: HCA MEDS, PO Box 45531, Olympia WA 98504-5531

• Por teléfono: **1-800-562-3022**

• Por fax: **1-866-841-2267**

• Por correo electrónico: **apple@hca.wa.gov**