



Pennsylvania's Children's Health Insurance Program
We Cover All Kids.
 Commonwealth of Pennsylvania
 Edward G. Rendell, Governor
www.chipcoverspakids.com



adultBasic
 Health Insurance For Adult Pennsylvanians
 Commonwealth of Pennsylvania Edward G. Rendell, Governor

Solicitud

Cobertura de salud de la Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) Keystone Health Plan East provista a niños y adultos elegibles



ព័ត៌មានសំខាន់ៗអំពីផលប្រយោជន៍នៃការថែទាំសុខភាព។
 សូមកម្រិតណាម្នាក់ដោយយោងទៅលើការណែនាំរបស់យើង។

ВАЖНЫЕ СВЕДЕНИЯ О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ ЛЬОТ ПО
 МЕДИЦИНСКОМУ ОБСЛУЖИВАНИЮ.
 ПОПРОСИТЕ КОГО-НИБУДЬ ПРОЧЕСТЬ ЭТО ВАМ.

Thông tin quan trọng về quyền hưởng Trợ cấp Y Tế.
 Hãy nhờ một người nào đó đọc tin tức này cho bạn.



Solicitud para la cobertura de atención sanitaria

Si necesita esta información en español, llame al: 1-800-464-5437. Usuario de sistema de TDD deber llamar al 215-241-2622.

Este formulario es para tres programas de seguro de salud en Pennsylvania: Programa de Seguro de Salud Infantil (CHIP, por sus siglas en inglés), adultBasic (Seguro de salud para adultos pensilvanos) y Asistencia Pública.

CHIP gratuito: Proporciona cobertura gratuita de salud a niños y adolescentes de hasta 19 años que carecen de seguro, que califican y que no son elegibles para Asistencia Pública. **No existe lista de espera.**

CHIP de bajo costo (\$35.00, \$56.21 o \$64.24 por mes por niño): Proporciona cobertura de salud de bajo costo a niños y adolescentes de hasta 19 años que carecen de seguro, que califican y que no son elegibles para Asistencia Pública. **No existe lista de espera.**

CHIP al costo (\$160.60 por mes por niño): Proporciona cobertura de cuidado médico de costo íntegro para niños y adolescentes de hasta 19 años que carecen de seguro, que califican y que no son elegibles para Asistencia Pública. **No existe lista de espera.**

adultBasic: Proporciona seguro de salud de bajo costo a adultos (que no hayan estado asegurados al menos por 90 días, con excepción de los que carecen de seguro debido a que no trabajan más) de entre 19 y 64 años de edad que califican y que no son elegibles para Asistencia Pública o Medicare. Debido a limitaciones financieras, los solicitantes elegibles deben anotarse en una lista de espera que abarca todo el estado. Sin embargo, cualquiera que se encuentre en lista de espera puede adquirir la cobertura adultBasic a \$276.93, precio de costo íntegro, por persona por mes. La opción de adquirir o no la cobertura opcional no afectará la posición de dicha persona en la lista de espera.

Asistencia Pública: Proporciona cobertura gratuita de salud a niños, adolescentes y adultos que califiquen.

Esta solicitud se utilizará para todos los programas mencionados anteriormente. Es importante mencionar que las preguntas de la solicitud serán destinadas a los programas CHIP, adultBasic y Asistencia Pública. Cualquier información que usted brinde en este formulario será compartida entre los programas, de ser necesario. Su información es confidencial. La inscripción en los programas CHIP, adultBasic o Asistencia Pública depende principalmente de sus ingresos y, en el CHIP, de la edad de sus hijos. Por favor, tenga en cuenta que:

- Si su hijo no es elegible para el CHIP o usted no es elegible para el adultBasic, esta solicitud puede ser enviada a la Oficina de Asistencia del Condado (County Assistance Office, en inglés) para confirmar si usted o su hijo son elegibles para Asistencia Pública.
- Le enviaremos una carta informándole qué ha sucedido con la solicitud y qué esperar.

Consulte la página 13 para conocer las pautas para grupo familiar y requisitos de ingresos.
Consulte las páginas 14 y 15 para obtener detalles sobre las pautas de elegibilidad y beneficios para el CHIP y el adultBasic.

Cómo confeccionar la solicitud

1. Lea la solicitud cuidadosamente.
2. Complete el formulario. Por favor escriba con letra de imprenta clara.
3. Responda todas las preguntas.
4. Adjunte comprobante de ingresos familiares recibidos durante los últimos 60 días. Para conocer más detalles, ver la siguiente sección.
5. Firme la solicitud de la página 12.
6. Una vez completado el formulario, separe, doble e inserte el formulario y toda la documentación dentro del sobre con franqueo pago incluido. Envíelo por correo a la fundación humanitaria: Caring Foundation (P.O. Box 13449, Philadelphia, PA 19101-9552).
7. Si necesita ayuda para completar la solicitud, por favor llame al 1-800-464-5437, o si usted tiene dificultades de audición, llame al TDD 215-241-2622.

Documentación admisible de ingresos

NOTA: Usted debe adjuntar comprobantes de todos los ingresos familiares recibidos:

- Durante los últimos 60 días, y
- Antes de impuestos y deducciones. (Pago bruto)

Si usted recibe un salario, proporcione al menos un talón de pago donde figure lo siguiente:

1. Ingresos brutos, y
2. Fechas de períodos de pago.

Si usted no recibe un talón de pago, su empleador puede escribir una carta que indique sus ingresos brutos para cada período de pago.

NOTA: No se admiten declaraciones de impuestos para demostrar salario.

Si usted es trabajador por cuenta propia, proporcione ambos:

1. Una copia completa del formulario de declaración de impuestos más reciente, y
2. Si usted recibe un giro, copias de los comprobantes mensuales por valor equivalente a un mes emitidos dentro de los últimos 60 días.

Si usted comenzó su negocio recientemente, una declaración de ganancias y pérdidas o cualquier otro registro que pueda probar sus ingresos.

Si usted es desocupado, proporcione ambos:

1. Copia de la carta de indemnización, y
2. Copias de los talones de los cheques recientes o una declaración bancaria que demuestre el depósito directo.

Si usted recibe seguro social, pensión o compensación del seguro obrero, proporcione:

1. Una copia del cheque más reciente, carta de indemnización o declaración bancaria que demuestre el depósito directo.

Si usted recibe manutención para menores o pensión alimenticia, proporcione ambos:

1. Los talones de cheques recientes, la copia impresa de Relaciones Domésticas (Domestic Relations, en inglés) (se puede encontrar en www.childsupport.state.pa.us), el listado de pagos para Evidencia para la Información de Prácticas y Políticas (EPPI, por sus siglas en inglés) o una declaración bancaria que demuestre el depósito directo, y
2. El monto de la indemnización y la frecuencia de los pagos.

Usted puede incluir una carta firmada en la que explique su situación como respaldo de la documentación provista.

POR FAVOR SÓLO ENVÍE COPIAS. LOS ORIGINALES NO SERÁN DEVUELTOS.

Cómo determinar la elegibilidad

1. Teniendo en cuenta el ingreso recibido durante los últimos 60 días, calcule sus ingresos brutos familiares anuales (antes de impuestos): \$ _____
2. Reste \$1,440 por cada adulto trabajador que forme parte de la familia: _____
Subtotal \$ _____
3. Si usted paga gastos de guardería:
 - Para hijos menores de 2 años, reste el monto real que usted paga por año por cada hijo, o \$2,400 por año por cada hijo, el que sea menor: _____
Subtotal \$ _____
 - Para los hijos de dos años o más o para adultos discapacitados que formen parte de la familia, reste el monto real que usted paga por año por cada uno, o \$2,100 por año por cada uno, el que sea menor: _____
4. Éste es su ingreso total: Total \$ _____
5. Elegibilidad para el CHIP:
 - Coloque su grupo familiar en la columna de la izquierda en las tablas del CHIP de la página 13.
 - Ubique el casillero del rango de ingresos correspondiente a los ingresos totales que obtuvo en el punto 4.*
 - * Si sus ingresos totales del punto 4 son menores al ingreso mínimo mencionado en la tabla del CHIP gratuito, su hijo puede ser elegible para el programa de Asistencia Pública a través del Departamento de Bienestar Público (Department of Public Welfare, en inglés). Si usted completa esta solicitud, enviaremos la información de su hijo al programa de Asistencia Pública.
 - Repita el procedimiento para cada uno de los hijos de la familia (la elegibilidad de cada hijo debe ser determinada por separado).
6. Elegibilidad para el adultBasic:
 - Coloque su grupo familiar en la columna de la izquierda en la tabla del adultBasic de la página 13.
 - Ubique la columna con las pautas de ingresos para el adultBasic.
 - Para que usted sea elegible para el adultBasic, sus ingresos deben estar por debajo del monto máximo listado en esta columna.*
 - * Su solicitud también será examinada para la elegibilidad en Asistencia Pública. Si usted cumple con las pautas, enviaremos su información al programa de Asistencia Pública. Si usted no cumple con las pautas de Asistencia Pública, su solicitud será procesada para el programa adultBasic.

¿Qué sucede a continuación?

- Una vez que recibamos su solicitud completa (páginas 5-12) revisaremos su elegibilidad o la de su hijo y nos pondremos en contacto con usted.
- Si su hijo es elegible para el CHIP:
- Luego de verificar sus ingresos y otra información, le notificaremos la fecha de inscripción de su hijo.
 - Si su hijo es elegible para el CHIP de bajo costo o el CHIP al costo, primero recibirá una cuenta que debe estar paga ante de comenzar con la cobertura.
 - Una vez inscripto, su hijo recibirá las tarjetas de identificación.
 - Usted podrá comenzar a utilizar las tarjetas de identificación de su hijo a partir de la “fecha efectiva” establecida en la carta de inscripción.
- Si usted es elegible para el adultBasic:
- Luego de verificar sus ingresos y otra información, le notificaremos su elegibilidad.
 - Un solicitante en lista de espera tendrá la opción de adquirir el adultBasic a \$276.93, precio de costo completo, por mes por persona.
- Si su hijo no es elegible para el CHIP o si usted no es elegible para el adultBasic:
- Le notificaremos por escrito por qué usted o su hijo no son elegibles.
 - Si su hijo o usted prueban ser elegibles para Asistencia Pública, enviaremos su solicitud a la Oficina de Asistencia del Condado (County Assistance Office, en inglés).



I. Díganos quién es usted y dónde vive.

Apellido (propio, del padre o tutor)		Nombre	Inicial del segundo nombre	Dirección de correo electrónico	
Domicilio			Ciudad	Estado	Código postal
Condado	Teléfono particular			Teléfono laboral	
Teléfono celular	Mejor horario para llamar		¿Qué idioma prefiere? <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro (por favor especificar)		

II. Por favor enumere las personas que viven con usted. Comience por usted.

Apellido, nombre, inicial del segundo nombre	¿Está completando la solicitud para esta persona? ¿Sí/No?	Sexo H o M	¿Es esta persona?: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo	Fecha de nacimiento DD/MM/AA	Número de seguro social	¿Esta persona es estudiante menor de 19 años? ¿Sí/No?	¿Qué relación tiene esta persona con usted?	¿Cuál es el estado de ciudadanía de esta persona? <input type="checkbox"/> Ciudadano <input type="checkbox"/> Extranjero permanente o residente <input type="checkbox"/> Extranjero Temporal <input type="checkbox"/> Refugiado <input type="checkbox"/> Ilegal	¿Esta persona ha sido residente de Pennsylvania por 90 días?*
Usted	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo	/ /		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Usted	<input type="checkbox"/> Ciudadano <input type="checkbox"/> Extranjero permanente o residente <input type="checkbox"/> Extranjero Temporal <input type="checkbox"/> Refugiado <input type="checkbox"/> Ilegal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha en que la persona obtuvo la residencia DD/MM/AA / /
Persona 2	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo	/ /		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Ciudadano <input type="checkbox"/> Extranjero permanente o residente <input type="checkbox"/> Extranjero Temporal <input type="checkbox"/> Refugiado <input type="checkbox"/> Ilegal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha en que la persona obtuvo la residencia DD/MM/AA / /
Persona 3	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo	/ /		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Ciudadano <input type="checkbox"/> Extranjero permanente o residente <input type="checkbox"/> Extranjero Temporal <input type="checkbox"/> Refugiado <input type="checkbox"/> Ilegal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha en que la persona obtuvo la residencia DD/MM/AA / /
Persona 4	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo	/ /		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Ciudadano <input type="checkbox"/> Extranjero permanente o residente <input type="checkbox"/> Extranjero Temporal <input type="checkbox"/> Refugiado <input type="checkbox"/> Ilegal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha en que la persona obtuvo la residencia DD/MM/AA / /
Persona 5	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo	/ /		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Ciudadano <input type="checkbox"/> Extranjero permanente o residente <input type="checkbox"/> Extranjero Temporal <input type="checkbox"/> Refugiado <input type="checkbox"/> Ilegal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha en que la persona obtuvo la residencia DD/MM/AA / /
Persona 6	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo	/ /		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Ciudadano <input type="checkbox"/> Extranjero permanente o residente <input type="checkbox"/> Extranjero Temporal <input type="checkbox"/> Refugiado <input type="checkbox"/> Ilegal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha en que la persona obtuvo la residencia DD/MM/AA / /
Persona 7	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo	/ /		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Ciudadano <input type="checkbox"/> Extranjero permanente o residente <input type="checkbox"/> Extranjero Temporal <input type="checkbox"/> Refugiado <input type="checkbox"/> Ilegal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha en que la persona obtuvo la residencia DD/MM/AA / /

* Si usted es adulto y está solicitando la cobertura de atención sanitaria adultBasic, debe completar esta sección.

¿Es usted, o alguien que viva con usted, padrastro? sí no (Si la respuesta es **no**, pase a la siguiente sección)

¿Vive(n) su(s) hijastro(s) con usted? sí no Si la respuesta es **sí**, infórmenos:

Nombre del padrastro: _____

¿Padrastro de qué hijo(s)? _____

Nombre del padrastro: _____

¿Padrastro de qué hijo(s)? _____

Información sobre el médico o práctica médica de atención primaria para el o los hijo(s)

A fin de localizar un prestador Keystone, llame al 1-800-464-5437 o ingrese a www.ibx.com y haga clic en **Encontrar Prestador (Find a Provider)**.

Nombre del/de los hijo(s)		¿Paciente actual? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Nombre del médico o práctica médica	Teléfono del médico o práctica médica #	Prestador Keystone #
Domicilio del médico o práctica médica		

Nombre del/de los hijo(s)		¿Paciente actual? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Nombre del médico o práctica médica	Teléfono del médico o práctica médica #	Prestador Keystone #
Domicilio del médico o práctica médica		

Información del médico o práctica médica de atención primaria para el adulto

A fin de localizar un prestador Keystone, llame al 1-800-464-5437 o ingrese a www.ibx.com y haga clic en **Encontrar Prestador (Find a Provider)**.

Nombre del adulto		¿Paciente actual? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Nombre del médico o práctica médica	Teléfono del médico o práctica médica #	Prestador Keystone #
Domicilio del médico o práctica médica		

Nombre del adulto		¿Paciente actual? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Nombre del médico o práctica médica	Teléfono del médico o práctica médica #	Prestador Keystone #
Domicilio del médico o práctica médica		

III. Ingresos y gastos

Por favor, infórmenos sobre los ingresos de cualquier menor o adulto que usted haya detallado en esta solicitud.

- La documentación sobre los ingresos no es opcional. Se debe entregar documentación actualizada y completa para todas las fuentes de ingresos.
- Consulte la página 3 de la solicitud para conocer más detalles.
- Para evitar demoras en la inscripción, por favor, envíe la documentación completa según se indica.

Si hay alguien que reciba ingresos por: (Por favor, marque con un círculo sí o no)	SÍ	NO	¿De quién es este ingreso?	¿Con qué frecuencia recibe el ingreso?	Monto de ingresos mensuales antes de impuestos y deducciones	Horas trabajadas por mes
Empleo*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Bisemanal <input type="checkbox"/> Semi mensual <input type="checkbox"/> Otros: _____		
Nombre del Empleador:						
*Incluir copias de los talones de pago que demuestren el ingreso bruto y los periodos de pago. Nota: No se admiten declaraciones de impuestos para comprobar salario. (Ver página 3)						
Empleo*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Bisemanal <input type="checkbox"/> Semi mensual <input type="checkbox"/> Otros: _____		
Nombre del Empleador:						
*Incluir copias de los talones de pago que demuestren el ingreso bruto y los periodos de pago. Nota: No se admiten declaraciones de impuestos para comprobar salario. (Ver página 3)						
Trabajo por cuenta propia (Incluye pagos por cuidado de niños, alojamiento y pensión)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Bisemanal <input type="checkbox"/> Semi mensual <input type="checkbox"/> Otros: _____		
*Incluir una copia de su formulario más reciente de declaración de impuestos y, si usted recibe un giro, copias de los comprobantes actuales por el valor equivalente a un mes. (Ver página 3)						
Ingreso por seguro social*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Bisemanal <input type="checkbox"/> Semi mensual <input type="checkbox"/> Otros: _____		
*Incluir una copia de su comprobante más reciente, carta de indemnización o declaración bancaria que demuestre el depósito directo. (Ver página 3)						
Ingreso por seguro suplementario (SSI, por sus siglas en inglés)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Bisemanal <input type="checkbox"/> Semi mensual <input type="checkbox"/> Otros: _____		
*Incluir una copia de su comprobante más reciente, carta de indemnización o declaración bancaria que demuestre el depósito directo. (Ver página 3)						
Pensión/jubilación*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Bisemanal <input type="checkbox"/> Semi mensual <input type="checkbox"/> Otros: _____		
*Incluir una copia de su comprobante más reciente, carta de indemnización o declaración bancaria que demuestre el depósito directo. (Ver página 3)						
Compensación del seguro obrero*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Bisemanal <input type="checkbox"/> Semi mensual <input type="checkbox"/> Otros: _____		
*Incluir una copia de su comprobante más reciente, carta de indemnización o declaración bancaria que demuestre el depósito directo. (Ver página 3)						
Beneficios por desempleo*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Bisemanal <input type="checkbox"/> Semi mensual <input type="checkbox"/> Otros: _____		
En caso afirmativo, fecha de comienzo de los beneficios			/ /			
*Incluir la carta de indemnización y las copias de los talones recientes. (Ver página 3)						
Dividendos/interés*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Bisemanal <input type="checkbox"/> Semi mensual <input type="checkbox"/> Otros: _____		
*Incluir una copia de su declaración de impuestos más reciente, declaración bancaria o otra declaración. (Ver página 3)						
Manutención de menores*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Bisemanal <input type="checkbox"/> Semi mensual <input type="checkbox"/> Otros: _____		
*Incluir copias de los talones de cheques o la copia impresa de Relaciones Domésticas (Domestic Relations, en inglés). (Ver página 3)						
Asistencia pública*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Bisemanal <input type="checkbox"/> Semi mensual <input type="checkbox"/> Otros: _____		
*Incluir copias de los comprobantes recientes equivalentes a un mes que demuestren el monto y el periodo de pago.						
Otros (especificar)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Bisemanal <input type="checkbox"/> Semi mensual <input type="checkbox"/> Otros: _____		
*Incluir documentación por escrito equivalente a un mes que demuestre el ingreso actual y el periodo de pago.						

Algunos de sus gastos pueden ayudar a que sus hijos o usted sean elegibles. Por favor, infórmenos cuánto paga por el cuidado de los niños y por el de los adultos, y cuánto paga de transporte para ir a trabajar.

Gastos de guardería

Detalle la suma de gastos mensuales de guardería por cada menor o adulto discapacitado.

Nombre del menor o adulto discapacitado	Monto mensual de guardería
1.	1.
2.	2.
3.	3.
4.	4.
5.	5.
Gastos mensuales totales de guardería	\$ _____

Gastos de transporte

¿Cuánto le cuesta ir a trabajar por semana si va con otra persona o toma el autobús, el metro o el tranvía?
Si conduce para ir al trabajo, ¿cuántas millas conduce por semana?
Si posee un automóvil, ¿cuánto es su pago mensual?

IV. Seguro de salud

Debe completar esta sección para que se determine la elegibilidad de inscripción. Incluso si actualmente tiene seguro de salud, a veces Asistencia Pública puede pagar las facturas que su asegurador de salud no cubre.

1. alguna de las personas por las cuales usted realiza la solicitud, ¿tiene actualmente un seguro de salud privado? sí no
2. alguna de las personas por las cuales usted realiza la solicitud, ¿ha tenido seguro de salud privado durante los últimos seis meses? sí no
3. usted, su cónyuge o sus hijos, ¿han perdido la cobertura del seguro de salud porque usted o su cónyuge ya no están empleados? sí no

– En caso afirmativo, ¿quién perdió la cobertura? _____

Si respondió **sí** a cualquiera de las preguntas anteriores, por favor complete una o más de las siguientes casillas y cuéntenos todo lo posible con respecto al seguro.* Si posee más de un tipo de seguro, por favor complete una casilla por cada póliza.

Compañía de seguros	¿Quién es el titular de esta póliza?
Detalle todas las personas cubiertas	¿Qué abarca la cobertura? <input type="checkbox"/> Atención hospitalaria <input type="checkbox"/> Recetas médicas <input type="checkbox"/> Vista <input type="checkbox"/> Visitas de médicos <input type="checkbox"/> Atención dental
Número de póliza	Número/nombre del grupo
¿Cuándo comenzó esta póliza?	¿Cuándo finalizó o finalizará este seguro? (Deje el espacio en blanco si todavía está cubierto)

Compañía de seguros	¿Quién es el titular de esta póliza?
Detalle todas las personas cubiertas	¿Qué abarca la cobertura? <input type="checkbox"/> Atención hospitalaria <input type="checkbox"/> Recetas médicas <input type="checkbox"/> Vista <input type="checkbox"/> Visitas de médicos <input type="checkbox"/> Atención dental
Número de póliza	Número/nombre del grupo
¿Cuándo comenzó esta póliza?	¿Cuándo finalizó o finalizará este seguro? (Deje el espacio en blanco si todavía está cubierto)

*Si necesita más espacio, por favor adjunte otra hoja de papel.

4. A alguna de las personas por las cuales usted realiza la solicitud, ¿se le ha negado la cobertura de seguro de salud privado parcial o total debido a una condición médica preexistente (tal como asma, diabetes o lesiones previas)? sí no
5. En caso afirmativo, por favor detalle el/los nombre(s) de la(s) persona(s) a la(s) que se le(s) negó cobertura debido a una condición médica preexistente (esto no afectará la elegibilidad para CHIP, adultBasic ni Asistencia Pública): _____

Seguro de automóviles

El seguro de automóviles generalmente cubrirá las lesiones ocurridas en un accidente. Asistencia Pública solamente pagará lo que el seguro de automóviles no cubre.

¿Usted tiene seguro de automóvil? sí no En caso **afirmativo**, por favor complete la siguiente sección. En caso **negativo**, puede dejarla en blanco.

Compañía de seguros	¿Quién es el titular de esta póliza?
Número de póliza	Fecha de vencimiento de la póliza / /

Seguro de salud de parte de su empleador

A veces Asistencia Pública puede adquirir un seguro de salud para sus hijos o para usted de parte de su empleador. Por favor, ayude a Asistencia Pública a decidir si es posible completando esta sección.

Por favor, marque con un círculo sí o no	SÍ	NO
¿Puede obtener un seguro de salud para usted a través de su trabajo?	SÍ	NO
En caso afirmativo , ¿tendría que pagarlo?	SÍ	NO
¿Puede usted o alguien de su familia obtener un seguro de salud para sus hijos a través del trabajo?	SÍ	NO
En caso afirmativo , ¿tendría que pagarlo?	SÍ	NO
En los últimos 30 días, alguien de su familia, ¿perdió el trabajo por el que tenía seguro de salud?	SÍ	NO

V. Información especial de calificación

Si alguna de las personas por las cuales usted realiza la solicitud está embarazada, tiene una discapacidad o necesita una atención de salud especial, se puede utilizar un límite de ingreso superior cuando la familia es elegible para Asistencia Pública. Para estas personas se encuentran disponibles servicios adicionales. Por favor, ayúdenos a averiguar si alguna de las personas por las cuales usted realiza la solicitud es elegible para estos servicios adicionales.

¿Está usted embarazada o lo está alguna de las personas que viven con usted? sí no En caso **afirmativo**, infórmenos quién.

Nombre: _____ Fecha probable de parto: _____

Nombre: _____ Fecha probable de parto: _____

¿Tiene usted o alguna de las personas que viven con usted alguna discapacidad, enfermedad crónica, necesita actualmente una atención de salud especial o necesita tratamiento prolongado con medicación? sí no

En caso **afirmativo**, indíquenos quién y cuáles son sus necesidades.

Nombre: _____ ¿Cuál es la discapacidad o enfermedad? (opcional): _____

Nombre: _____ ¿Cuál es la discapacidad o enfermedad? (opcional): _____

Esta persona ¿ha solicitado beneficios por discapacidad (por ejemplo, seguro social por discapacidad, ingreso por seguro suplementario (SSI, por sus siglas en inglés), compensación del seguro obrero, seguro privado por discapacidad, o asistencia especial para facturas médicas debido a esta enfermedad)?

sí no

Nombre: _____ ¿Cuál es la discapacidad o enfermedad? (opcional): _____

Nombre: _____ ¿Cuál es la discapacidad o enfermedad? (opcional): _____

¿Alguien recibió seguro social anteriormente? sí no

¿Alguien recibió ingreso por seguro suplementario (SSI, por sus siglas en inglés) anteriormente? sí no (En caso **negativo**, puede omitir esta sección)

En caso **afirmativo**, ¿quién? _____

¿Cuándo finalizó? _____

Si el SSI finalizó, ¿fue debido a que esta persona comenzó a recibir seguro social? sí no

Si el SSI finalizó, ¿fue debido a que esta persona recibió un aumento en el seguro social? sí no

Ayuda para facturas médicas impagas

Usted puede recibir ayuda de Asistencia Pública para las facturas médicas impagas de los últimos tres meses.

¿Tiene alguna factura médica impaga de alguna de las personas por las cuales realiza la solicitud? sí no

En caso **afirmativo**, **no** envíe copias de las facturas médicas en este momento. El Departamento de Bienestar Público (Department of Public Welfare, en inglés) se contactará con usted.

VI. Información opcional

Ninguna de estas respuestas afectará su solicitud de cobertura de atención sanitaria.

Ayuda para la manutención y seguro de salud de los menores

Si usted es elegible para Asistencia Pública, puede estar en condiciones de obtener ayuda para los pagos de manutención de menores y para el seguro de salud de su hijo si uno de los padres del niño no vive con usted. Por favor, complete la siguiente sección. Incluso si usted no completa esta sección, sus hijos pueden recibir cobertura de atención sanitaria.

Nombre del padre ausente		<input type="checkbox"/> Verifique si falleció	
Domicilio del padre ausente		Ciudad	Estado
Código Postal	Fecha de nacimiento	Número de seguro social	¿De qué niño(s) es/era responsable este padre?

Nombre del padre ausente		<input type="checkbox"/> Verifique si falleció	
Domicilio del padre ausente		Ciudad	Estado
Código Postal	Fecha de nacimiento	Número de seguro social	¿De qué niño(s) es/era responsable este padre?

Por favor, ayúdenos a ayudar a otras familias respondiendo las siguientes preguntas.

¿Cómo se enteró de CHIP, adultBasic y Asistencia Pública? (Puede marcar más de una casilla)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> en la Oficina de Asistencia del Condado | <input type="checkbox"/> a través de una organización comunitaria local | <input type="checkbox"/> a través de la escuela de mi hijo |
| <input type="checkbox"/> a través de CHIP | <input type="checkbox"/> en el consultorio de mi médico | <input type="checkbox"/> a través de un miembro de la familia |
| <input type="checkbox"/> por la línea telefónica de asistencia
1-800-986-KIDS | <input type="checkbox"/> en el hospital | <input type="checkbox"/> a través de un amigo o vecino |
| <input type="checkbox"/> a través de mi trabajo | <input type="checkbox"/> en la televisión | <input type="checkbox"/> en la radio |
| <input type="checkbox"/> a través de la fundación humanitaria
Caring Foundation | <input type="checkbox"/> a través de los sitios Web de CHIP o adultBasic | <input type="checkbox"/> a través de la farmacia |
| <input type="checkbox"/> en un periódico | <input type="checkbox"/> por la línea telefónica de ayuda
1-800-GO-BASIC | <input type="checkbox"/> otros _____ |

Sus hijos, ¿tuvieron seguro de salud durante los últimos seis meses? sí no

En caso **afirmativo**, por favor indíquenos si perdieron su seguro de salud porque:

- mi trabajo dejó de brindar seguro de salud
- mi trabajo aumentó el costo del seguro de salud
- el seguro de salud era demasiado costoso
- mis hijos ya no contaban con un seguro de salud mediante una orden de manutención de menores
- me quedé sin trabajo
- otro motivo: _____

¿En qué distrito escolar vive? _____

Información racial y étnica

Información racial y étnica sobre las personas que viven con usted. Comience por usted.

Nombre	Raza (marque todo lo que corresponda)	Etnicidad
Usted	<input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Indígena de Alaska/EE. UU. <input type="checkbox"/> Indígena de Hawaii/del Pacífico <input type="checkbox"/> Asiático (de India subcontinental)	<input type="checkbox"/> Hispánico <input type="checkbox"/> No hispánico
Persona 2	<input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Indígena de Alaska/EE. UU. <input type="checkbox"/> Indígena de Hawaii/del Pacífico <input type="checkbox"/> Asiático (de India subcontinental)	<input type="checkbox"/> Hispánico <input type="checkbox"/> No hispánico
Persona 3	<input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Indígena de Alaska/EE. UU. <input type="checkbox"/> Indígena de Hawaii/del Pacífico <input type="checkbox"/> Asiático (de India subcontinental)	<input type="checkbox"/> Hispánico <input type="checkbox"/> No hispánico
Persona 4	<input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Indígena de Alaska/EE. UU. <input type="checkbox"/> Indígena de Hawaii/del Pacífico <input type="checkbox"/> Asiático (de India subcontinental)	<input type="checkbox"/> Hispánico <input type="checkbox"/> No hispánico
Persona 5	<input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Indígena de Alaska/EE. UU. <input type="checkbox"/> Indígena de Hawaii/del Pacífico <input type="checkbox"/> Asiático (de India subcontinental)	<input type="checkbox"/> Hispánico <input type="checkbox"/> No hispánico
Persona 6	<input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Indígena de Alaska/EE. UU. <input type="checkbox"/> Indígena de Hawaii/del Pacífico <input type="checkbox"/> Asiático (de India subcontinental)	<input type="checkbox"/> Hispánico <input type="checkbox"/> No hispánico
Persona 7	<input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Indígena de Alaska/EE. UU. <input type="checkbox"/> Indígena de Hawaii/del Pacífico <input type="checkbox"/> Asiático (de India subcontinental)	<input type="checkbox"/> Hispánico <input type="checkbox"/> No hispánico



¡Recuerde
adjuntar una prueba de los ingresos!

(ver página 3 para conocer más detalles)

SÍRVASE FIRMAR EN LA SIGUIENTE PÁGINA.

VII. Usted tiene ciertos derechos y responsabilidades. Éstos son:

CHIP:

- He leído y comprendido completamente esta solicitud. La información que he dado es verdadera y correcta.
- Entiendo que puede haber sanciones por proporcionar información falsa a sabiendas.
- Entiendo que si alguno de mis hijos no califica para CHIP, o si ninguno de ellos lo hace, es posible que califique para Asistencia Pública. Si éste es el caso, autorizaré a CHIP a proporcionar mi nombre y la información incluida en esta solicitud al Departamento de Bienestar Público (Department of Public Welfare, en inglés).
- Entiendo que puedo solicitar una revisión imparcial de la determinación de elegibilidad si no estoy de acuerdo con la decisión tomada a ese respecto por CHIP sobre la base de esta solicitud.
- Acepto colaborar en la revisión del programa CHIP. Entiendo que ésta puede incluir entrevistas y una revisión de la historia clínica de mi hijo y de la solicitud.

adultBasic:

- He leído y comprendido completamente esta solicitud. La información que he dado es verdadera y correcta.
- Entiendo que puede haber sanciones por proporcionar información falsa a sabiendas.
- Entiendo que si mi cónyuge o yo no calificamos para adultBasic, es posible que califiquemos para Asistencia Pública. Autorizaré a adultBasic a proporcionar mi nombre y la información incluida en esta solicitud al Departamento de Bienestar Público (Department of Public Welfare, en inglés) a fin de determinar la elegibilidad para Asistencia Pública.
- Entiendo que debo informar de los cambios que haya en mis ingresos anuales y que pudieran afectar mi condición de elegibilidad para este programa.
- Entiendo que puede haber listas de espera y que si se me incluye en una de ellas puedo adquirir cobertura médica a la prima fijada por el Departamento de Seguros (Insurance Department, en inglés).
- Entiendo que puedo solicitar una revisión imparcial de la determinación de elegibilidad si no estoy de acuerdo con la decisión tomada a ese respecto por la cobertura adultBasic sobre la base de esta solicitud.
- Entiendo que debo hacer un pago mensual de la prima para que mi cobertura médica continúe.
- Acepto colaborar en la revisión del programa de cobertura adultBasic. Entiendo que ésta puede incluir entrevistas y una revisión de mi historia clínica y mi solicitud.

ASISTENCIA PÚBLICA:

- Entiendo que la información incluida en este formulario se mantendrá confidencial.
- Autorizo la divulgación de información personal, financiera y médica a los fines de determinar la elegibilidad y para la revisión de los programas CHIP y Asistencia Pública.
- Entiendo que debo informar de todos los cambios que surjan en mi situación familiar o financiera a la Oficina de Asistencia del Condado (County Assistance Office, en inglés) dentro de un lapso de una semana.
- Entiendo que recibiré una notificación escrita por medio de la cual me explicarán los beneficios.
- Entiendo que puedo solicitar una audiencia si no estoy de acuerdo con alguna decisión tomada a partir de esta solicitud.
- Entiendo que mi situación está sujeta a verificación por parte de empleadores, fuentes financieras y terceros adicionales.
- Entiendo que los solicitantes de Asistencia Pública deben proporcionar su número de seguro social. Este número puede ser utilizado para verificar la información incluida en esta solicitud.
- Entiendo que no tengo que proporcionar el número de seguro social de nadie que no esté solicitando Asistencia Pública. De hacerlo, el número de seguro social puede ser utilizado para verificar la información incluida en esta solicitud.
- Entiendo que tengo derecho a un certificado de cobertura acreditable para verificar mi cobertura médica. La ley federal estipula cuándo puede negarse o limitarse la cobertura médica debido a una condición preexistente. Si me inscribo en un plan de salud grupal que contempla una condición preexistente, puedo obtener crédito por el tiempo que recibí Asistencia Pública.
- Entiendo que si uno o ninguno de los solicitantes califican para Asistencia Pública, pueden ser elegibles para CHIP o adultBasic. Si éste es el caso, entonces autorizaré al Departamento de Bienestar Público (Department of Public Welfare en inglés) a proporcionar mi nombre y la información incluida en esta solicitud al Departamento de Seguros (Insurance Department en inglés), al contratista de CHIP o al contratista de adultBasic. Entiendo mis derechos y responsabilidades respecto de CHIP y adultBasic.
- Certifico la veracidad de toda la información que contiene la presente solicitud, so pena de perjurio.
- Certifico, a mi leal saber y entender, que entiendo mis derechos y responsabilidades.
- Certifico que la(s) persona(s) para quien(es) estoy presentando la solicitud son ciudadanos estadounidenses o extranjeros cuyo estado de inmigrantes es satisfactorio. (Entiendo que esta certificación no se aplica a los extranjeros que estén solicitando beneficios de Atención Médica de Emergencia de Asistencia Pública, Medical Assistance Emergency Health Care en inglés.)

Sé que debo firmar esta solicitud a fin de ser legalmente elegible para CHIP, adultBasic o Asistencia Pública.

Firma del solicitante o de la persona que presenta la solicitud en su nombre: _____

Fecha: _____

No olvide firmar la solicitud y adjuntar la documentación de sus ingresos.

Pautas de elegibilidad para CHIP y adultBasic

Tamaño del grupo familiar y requisitos de ingreso (Después de ingreso por trabajo y deducciones por cargas familiares)

CHIP GRATUITO			
Grupo familiar	Entre 0 y 1 año	Entre 1 y 5 años	Entre 6 y 18 años
1	\$18,889 - \$20,420	\$13,580 - \$20,420	\$10,210 - \$20,420
2	\$25,327 - \$27,380	\$18,208 - \$27,380	\$13,690 - \$27,380
3	\$31,765 - \$34,340	\$22,837 - \$34,340	\$17,170 - \$34,340
4	\$38,203 - \$41,300	\$27,465 - \$41,300	\$20,650 - \$41,300
5	\$44,641 - \$48,260	\$32,093 - \$48,260	\$24,130 - \$48,260
6	\$51,079 - \$55,220	\$36,722 - \$55,220	\$27,610 - \$55,220
7	\$57,517 - \$62,180	\$41,350 - \$62,180	\$31,090 - \$62,180
8	\$63,955 - \$69,140	\$45,979 - \$69,140	\$34,570 - \$69,140

Grupo familiar	CHIP de Bajo Costo			CHIP al Costo
	Entre 0 y 18 años \$35.00 por hijo por mes	Entre 0 y 18 años \$56.21 por hijo por mes	Entre 0 y 18 años \$64.24 por hijo por mes	Entre 0 y 18 años \$160.60 por hijo por mes
1	\$20,421 - \$25,525	\$25,526 - \$28,078	\$28,079 - \$30,630	más de \$30,630
2	\$27,381 - \$34,225	\$34,226 - \$37,648	\$37,649 - \$41,070	más de \$41,070
3	\$34,341 - \$42,925	\$42,926 - \$47,218	\$47,219 - \$51,510	más de \$51,510
4	\$41,301 - \$51,625	\$51,626 - \$56,788	\$56,789 - \$61,950	más de \$61,950
5	\$48,261 - \$60,325	\$60,326 - \$66,358	\$66,359 - \$72,390	más de \$72,390
6	\$55,221 - \$69,025	\$69,026 - \$75,928	\$75,929 - \$82,830	más de \$82,830
7	\$62,181 - \$77,725	\$77,726 - \$85,498	\$85,499 - \$93,270	más de \$93,270
8	\$69,141 - \$86,425	\$86,426 - \$95,068	\$95,069 - \$103,710	más de \$103,710

NOTA: Solicitantes de CHIP:

Si el ingreso de su familia es menor que el ingreso mínimo especificado en el recuadro anterior, su hijo podría ser elegible para Asistencia Pública.

Si su hijo apareciera como elegible para Asistencia Pública, la fundación humanitaria Caring Foundation enviará la solicitud de su hijo a la Oficina de Asistencia del Condado (County Assistance Office, en inglés).

Seguro de salud para adultos adultBasic	
Grupo familiar	Entre 19 y 64 años \$33.50 por persona por mes
1	\$20,420*
2	\$27,380*
3	\$34,340*
4	\$41,300*
5	\$48,260*
6	\$55,220*
7	\$62,180*
8	\$69,140*

NOTA: Solicitantes de adultBasic:

*Este es el ingreso máximo permitido para adultBasic. Todos los solicitantes que parezcan cumplir las pautas de Asistencia Pública serán remitidos a la Oficina de Asistencia del Condado (County Assistance Office, en inglés) para una determinación de elegibilidad debido a que Asistencia Pública cubre más servicios.

Renovación

Una vez al año, sobre la fecha del aniversario de la inscripción de sus hijos o de la suya, la fundación humanitaria Caring Foundation revisará la elegibilidad de sus hijos o la suya. Este proceso recibe el nombre de renovación. Cada año, tres meses antes de la fecha de renovación para su familia, se le enviarán cartas mediante las que se solicitará la verificación de ingresos y otros datos familiares. No cumplir con el proceso de renovación dará por resultado la cancelación de la cobertura de sus hijos o de la suya.

Pautas de elegibilidad y beneficios de CHIP

Beneficios cubiertos	
<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos recetados • Visitas al consultorio médico • Atención pediátrica preventiva • Vacunaciones • Atención dental (estética y ortodoncia no incluidas) • Exámenes de la vista y anteojos recetados • Exámenes de la audición y audífonos • Quimioterapia y radioterapia 	<ul style="list-style-type: none"> • Atención de emergencia • Pruebas diagnósticas • Internación • Cirugía • Tratamiento por abuso de sustancias • Cuidados de salud mental • Equipo médico duradero • Maternidad y atención del recién nacido

A los afiliados de CHIP de Bajo Costo y CHIP al Costo se les exige copagos sólo para algunos servicios.

Servicio	CHIP gratuito	CHIP de Bajo Costo	CHIP al Costo
Visita al médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés)	\$0	\$5*	\$15
Visita a un especialista	\$0	\$10	\$25
Visita de atención de emergencia (se ignora en caso de admisión)	\$0	\$25	\$50
Medicamentos recetados	\$0	\$6 genérico \$9 nombre comercial	\$10 genérico \$18 nombre comercial

*Excepto consultas de rutina para el bienestar infantil

¿Quién es elegible para CHIP?

Un niño debe reunir los siguientes requisitos para ser inscripto en CHIP:

- Debe ser menor de 19 años;
- Debe ser residente de Pennsylvania;
- Debe ser ciudadano estadounidense, extranjero permanente/residente o refugiado;
- No debe tener cobertura de ningún otro plan de seguro de salud, plan asegurado o financiado por cuenta propia;
- Sólo para CHIP de Bajo Costo o al Costo: Tiene que haber estado sin seguro por seis meses antes de la fecha de inscripción en CHIP, excepto en caso de que la falta de seguro sea un resultado directo de que alguno de los padres se encuentre sin empleo; si se lo transfiere desde otro programa público de cobertura; o si el niño es menor de 2 años; y
- No debe ser elegible para Asistencia Pública o Medicare, ni contar con cobertura de estos planes.

Pautas de elegibilidad y beneficios de adultBasic

Beneficios cubiertos	No cubiertos
<ul style="list-style-type: none"> • Visitas al consultorio médico (copago de \$5/médico de atención primaria, \$10/especialista) • Atención de emergencia (\$25 de copago) • Pruebas diagnósticas • Internación • Cirugía • Maternidad y atención del recién nacido • Quimioterapia y radioterapia 	<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos recetados • Atención dental • Cuidado de la visión • Atención del oído • Tratamiento por abuso de sustancias • Cuidados de salud mental • Equipo médico duradero

¿Quién es elegible para adultBasic?

Un adulto debe reunir los siguientes requisitos para ser inscrito en adultBasic:

- Debe tener entre 19 y 64 años;
- Debe ser residente de Pennsylvania desde 90 días antes de la fecha de inscripción;
- Debe estar sin seguro de salud desde 90 días antes de la fecha de inscripción, excepto si no tiene seguro como consecuencia directa de no tener empleo;
- Debe ser ciudadano estadounidense, extranjero permanente/residente o refugiado;
- No debe tener cobertura de ningún otro plan de seguro de salud, plan asegurado o financiado por cuenta propia;
- No debe ser elegible para Asistencia Pública o Medicare, ni contar con cobertura de estos programas;
- Debe reunir los requisitos referidos al grupo familiar y los ingresos descritos en la página 13.

Si tiene alguna pregunta, llame al: 1-800-464-5437 (TDD 215-241-2622)

www.caringfoundation.com



Pennsylvania's Children's
Health Insurance Program
We Cover All Kids.
*Commonwealth of Pennsylvania
Edward G. Rendell, Governor*



Keystone
HEALTH PLAN EAST



Independence Blue Cross & Highmark Blue Shield
Caring Foundation



adultBasic
Health Insurance For Adult PennsylvaniansSM
Commonwealth of Pennsylvania Edward G. Rendell, Governor

La fundación Independence Blue Cross & Highmark Blue Shield Caring Foundation For Children, en convenio con Keystone Health Plan East, licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association, es una administradora del Programa de Seguro de Salud Infantil (CHIP, por sus siglas en inglés). Para obtener más información sobre CHIP, llame al 1-800-986-KIDS o llame al 1-800-GO-BASIC si desea más información sobre adultBasic.

1901 Market Street
Philadelphia, PA 19103-1480



Cambios en los precios de CHIP y adultBasic

Efectivo el 1 Diciembre, 2007, los precios mensuales para la aseguranza de bajo costo CHIP y el seguro a costo completo seran los siguientes:

- CHIP de Bajo Costo (\$25.00, \$40.00, y \$50.00 mensual por cada niño)

Efectivo Febrero 1, 2009, el precio mensual para la aseguranza Médica de CHIP al costo será \$199.50 por cada niño.

Efectivo el 1 de Octubre, 2008, el precio mensual para adultBasic al costo completo sera \$313.18 mensual por cada adulto.

Efectivo el 1 de Abril, 2008, los precios para la aseguranza médica adultBasic sera \$35.00 por persona al mes.

Favor referirse al reverso para ver los requisitos de Ingresos del 2009 para CHIP y adultBasic

2009 Pautas de elegibilidad para CHIP y adultBasic

CHIP GRATUITO			
Grupo familiar	Entre 0 y 1 año	Entre 1 y 5 años	Entre 6 y 18 años
1	\$20,036 - \$21,660	\$14,404 - \$21,660	\$10,830 - \$21,660
2	\$26,955 - \$29,140	\$19,379 - \$29,140	\$14,570 - \$29,140
3	\$33,874 - \$36,620	\$24,353 - \$36,620	\$18,310 - \$36,620
4	\$40,793 - \$44,100	\$29,327 - \$44,100	\$22,050 - \$44,100
5	\$47,712 - \$51,580	\$34,301 - \$51,580	\$25,790 - \$51,580
6	\$54,631 - \$59,060	\$39,275 - \$59,060	\$29,530 - \$59,060
7	\$61,550 - \$66,540	\$44,250 - \$66,540	\$33,270 - \$66,540
8	\$68,469 - \$74,020	\$49,224 - \$74,020	\$37,010 - \$74,020

Grupo familiar	CHIP de Bajo Costo			CHIP al Costo
	Entre 0 y 18 años \$25.00 Por hijo por mes	Entre 0 y 18 años \$40.00 Por hijo por mes	Entre 0 y 18 años \$50.00 Por hijo por mes	Entre 0 y 18 años \$199.50 Por hijo por mes
1	\$21,661 - \$27,075	\$27,076 - \$29,783	\$29,784 - \$32,490	mas de \$32,490
2	\$29,141 - \$36,425	\$36,426 - \$40,068	\$40,069 - \$43,710	mas de \$43,710
3	\$36,621 - \$45,775	\$45,776 - \$50,353	\$50,354 - \$54,930	mas de \$54,930
4	\$44,101 - \$55,125	\$55,126 - \$60,638	\$60,639 - \$66,150	mas de \$66,150
5	\$51,581 - \$64,475	\$64,476 - \$70,923	\$70,924 - \$77,370	mas de \$77,370
6	\$59,061 - \$73,825	\$73,826 - \$81,208	\$81,209 - \$88,590	mas de \$88,590
7	\$66,541 - \$83,175	\$83,176 - \$91,493	\$91,494 - \$99,810	mas de \$99,810
8	\$74,021 - \$92,525	\$92,526 - 101,778	\$101,779 - 111,030	mas de \$111,030

adultBasic	
Grupo familiar	Entre 19 y 64 años \$35.00 Por persona por mes
1	\$21,660
2	\$29,140
3	\$36,620
4	\$44,100
5	\$51,580
6	\$59,060
7	\$66,540
8	\$74,020