Solicitud de cobertura para el Programa de Seguro Médico de Niños (CHIP) de la HMO Keystone

Pennsylvania's Children's Health Insurance Program
We Cover All Kids.

Independence

pennsylvania
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES

El Departamento Servicios Humanos de Pennsylvania (The Department of Human Services, DHS) cumple con las leyes civiles federales aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, incapacidad o sexo. DHS no excluye ni trata de forma distinta a las personas debido a su raza, color, origen nacional, edad, incapacidad o sexo.

DHS OFRECE:

- Asistencia y servicios gratuitos a personas discapacitadas para que puedan comunicarse eficazmente con nosotros, como por ejemplo:
  - Intérpretes de lenguaje de señas debidamente calificados;
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles);
- Servicios de traducción gratuitos para aquellas personas que no tengan el inglés como lengua materna, como por ejemplo:
  - Intérpretes debidamente calificados;
  - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita dichos servicios, por favor comuníquese con DHS a 1-800-986-5437.

Si cree que DHS no le ha brindado estos servicios o lo ha discriminado con base en su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante el siguiente organismo:

Bureau of Equal Opportunity
Room 223, Health and Welfare Building
P.O. Box 2675
Philadelphia, PA 17105-2675
(717) 787-1127, TTY (800) 654-5484, Fax: (717) 772-4366, o
Correo electrónico: RA-PWBEOAO@pa.gov

Puede presentar una queja en persona o enviarla por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, un miembro de la Oficina de Igualdad de Oportunidades puede ayudarlo.

También puede presentar una queja de derechos civiles, de manera electrónica, a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, que se encuentra en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, por correo postal o teléfono ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos:

U.S. Department of Health and Human Services 200
Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building Washington,
D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de quejas se encuentran disponibles en
http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Información sobre la cobertura de atención médica

¿Quién puede usar esta solicitud?

Puede usar esta solicitud para cualquier persona de su familia, y puede enviarla incluso si no presenta declaraciones del impuesto federal sobre la renta.

¿Cuáles son los programas disponibles?

1) **Planes del Programa de Seguro Médico para Niños de la Organización de Mantenimiento de la Salud Keystone (Keystone HMO CHIP):**

   CHIP gratuito: proporciona seguro médico gratuito para los niños y adolescentes de hasta 19 años que no tienen seguro y no son elegibles para Asistencia Médica.

   CHIP de bajo costo: proporciona seguro médico *de bajo costo* para los niños y adolescentes de hasta 19 años que no tienen seguro y no son elegibles para Asistencia Médica. Las familias deben pagar una prima mensual por cada niño, y determinados servicios tienen copago.

2) **Asistencia Médica:**

   Proporciona un seguro médico gratuito para los niños, adolescentes y adultos que reúnen los requisitos.

3) **Mercado de Seguros Médicos:**

   Proporciona acceso a los planes de seguro médico privados que ofrecen coberturas integrales. Además, tal vez sea elegible para un nuevo crédito tributario que podría ayudarlo a pagar las primas de su seguro médico. Visite healthcare.gov para obtener más información.

La inscripción en estos programas se basa en el tamaño de la familia a efectos fiscales y en los ingresos familiares ajustados. Esta solicitud sirve para todos los programas mencionados más arriba. Toda la información que proporcione en este formulario es confidencial y podría compartirse entre los programas si fuera necesario. La edad de sus hijos, así como los ingresos familiares, determinarán qué programa es adecuado para su familia.

- Si su hijo no es elegible para el CHIP, esta solicitud se enviará a la Oficina de Asistencia del Condado para saber si usted o su hijos son elegibles para Asistencia Médica o el Mercado de Seguros Médicos.
- Le enviaremos una carta dentro de los 30 días para informarle qué sucedió con la solicitud y qué debe esperar.

Ahorre tiempo enviando una solicitud en línea:

Envíe una solicitud en línea a través de compass.state.pa.us.

¿Tiene preguntas? ¿Necesita ayuda?

Llame a nuestro equipo de asistencia a socios del Keystone HMO CHIP al 1-888-335-3992 (TDD/TTY: 711).

Beneficios del Keystone HMO CHIP:

- Visitas al consultorio del médico
- Atención dental
- Pruebas diagnósticas
- Atención de emergencia
- Cuidados de salud en el hogar
- Vacunas
- Embarazo
- Medicamentos recetados
- Atención de la visión y anteojos
- Equipo médico duradero (DME)
- Atención de la audición
- Hospitalización
- Análisis de laboratorio/radiografías
- Servicios de salud conductual/ consumo de sustancias

A quiénes debe incluir en la solicitud:

Incluya a las siguientes personas:

- usted mismo;
- su cónyuge o pareja de hecho;
- todo menor de 21 años que viva con usted;
- toda persona que incluya en su declaración de ingresos, aunque no viva con usted.

Si desea una copia de esta solicitud en español, llámenos al 1-800-986-KIDS (CHIP).

Cómo presentar la solicitud

1) Lea la solicitud cuidadosamente y complete toda la información. ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA.

   Si el solicitante es elegible, pero la solicitud no está completa, se retrasará el proceso de inscripción en la cobertura del seguro médico.

2) Si necesita ayuda para completar alguna parte de esta solicitud, comuníquese con nosotros al 1-888-335-3992.

3) Adjunte una copia de los comprobantes de las deducciones fiscales.

4) Una vez que la solicitud esté completa, fírmela, féchela y envíela por correo postal o por fax a:

   Keystone Health Plan East, Inc.
   P.O. Box 13449
   Philadelphia, PA
   19101-9552
   Fax: 215-241-3679

5) Si necesitamos más información, le enviaremos una carta para solicitar la información adicional correspondiente.

   Envíenos la información de inmediato para que podamos procesar su solicitud.

1. Infórmenos quién es usted y dónde vive (la persona que completa esta solicitud).

IMPORTANTE: Todas las personas incluidas en la solicitud deben proporcionar su número de seguro social (SSN), o bien solicitar uno, si son elegibles, y responder preguntas sobre ciudadanía. Proporcionar el SSN es opcional para las personas que no están solicitando cobertura de atención médica, pero si lo hacen, eso puede acelerar el proceso de solicitud. Usamos los SSN para verificar la información sobre los ingresos y de otro tipo a fin de determinar quién es elegible para recibir ayuda con los costos de la cobertura de atención médica. Si una persona necesita ayuda para obtener un SSN, debe llamar al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778) o visitar socialsecurity.gov.

¿Cuál es su idioma principal? ❑ Inglés ❑ Español ❑ Otro (especifique): _____

Apellido (padre/madre/tutor/jefe(a) del hogar):	Nombre:	Inicial del segundo nombre:	Sufijo:
Dirección residencial (incluye calle, núm. de departamento, ciudad, estado, condado y código postal + 4 dígitos):			
Dirección postal (si es diferente a la dirección residencial):		❑ Si no tiene una dirección residencial, marque esta casilla. Aun así, debe proporcionar una dirección postal.	
Número de teléfono principal:	Tipo de teléfono: ❑ Particular ❑ Laboral ❑ Móvil	Número de teléfono secundario:	Tipo de teléfono: ❑ Particular ❑ Laboral ❑ Móvil
¿Cómo prefiere que nos comuniquemos con usted en el futuro? ❑ Correo postal ❑ Correo electrónico		Dirección de correo electrónico:	

2. Cuéntenos sobre su familia (empiece por usted) Consulte la página 2 para obtener una lista de lo que debe incluir.

INDIQUE A CONTINUACIÓN: Apellido, nombre, inicial del segundo nombre, sufijo	**¿ESTÁ USTED ENVIANDO LA SOLICITUD PARA ESTA PERSONA?**	**SEXO:**	**ESTADO CIVIL DE LA PERSONA:** • Casada • Soltera • Divorciada • Separada • Viuda	**FECHA DE NACIMIENTO MM/DD/AAAA**	**NÚMERO DE SEGURO SOCIAL** (Consulte la nota "Importante" más arriba).
Usted	❑ Sí ❑ No	❑ M ❑ F			
Persona n.º 2	❑ Sí ❑ No	❑ M ❑ F			
Persona n.º 3	❑ Sí ❑ No	❑ M ❑ F			
Persona n.º 4	❑ Sí ❑ No	❑ M ❑ F			
Persona n.º 5	❑ Sí ❑ No	❑ M ❑ F			
Persona n.º 6	❑ Sí ❑ No	❑ M ❑ F			

¿Es alguna de las personas que vive con usted padre o madre biológicos, de acogida o adoptivos de algún niño mencionado en esta solicitud?
❑ Sí ❑ No

Si la respuesta es "Sí", explique:

2. Cuéntenos sobre su familia (continuación)

¿Alguna de las personas de la solicitud no es ciudadana de EE. UU.? ❑ Sí ❑ No

Si la respuesta es "Sí", complete la siguiente información.

NOMBRE DE LA PERSONA QUE NO ES CIUDADANA DE EE. UU.	**¿ESTADO DE INMIGRACIÓN ELEGIBLE?**	**TIPO DE DOCUMENTO DEL INS (I551, I94, ETC.)**	**N.º DE DOCUMENTO (N.º DE EXTRANJERO, P. EJ.)**	**¿VIVE EN EE. UU. DESDE 1996?**	**¿ES ESTA PERSONA UN VETERANO O SE ENCUENTRA EN SERVICIO ACTIVO EN EL EJÉRCITO DE EE. UU.?**
Usted	❑ Sí			❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No
Persona n.º 2	❑ Sí			❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No
Persona n.º 3	❑ Sí			❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No
Persona n.º 4	❑ Sí			❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No
Persona n.º 5	❑ Sí			❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No
Persona n.º 6	❑ Sí			❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No

Esta tabla es una continuación de la tabla de la página anterior (página 4).

¿ES ESTA PERSONA UN ESTUDIANTE DE TIEMPO COMPLETO MENOR DE 22 AÑOS?	**¿VIVE ESTA PERSONA CON USTED?**	**¿QUÉ RELACIÓN TIENE ESTA PERSONA CON USTED?** • Hijo/a • Hijastro/a • Cónyuge • Otro	**RAZA (OPCIONAL)**							**ETNIA (OPCIONAL)**	
			Afroamericano	Asiático (subcontinente indio)	Nativo de Alaska/ Indio americano†	Asiático	Caucásico	Otro (agréguelo)	Nativo de Hawái/ Isleño del Pacífico	Hispano	No hispano
❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No	Suscriptor									
❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No										
❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No										
❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No										
❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No										
❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No										

† *Complete el anexo B.*

Si necesita más espacio, adjunte una hoja de papel por separado.

3. Impuestos, ingresos y deducciones

3a. Estado de declaración de impuestos

Complete esta información con respecto a su cónyuge/pareja e hijos que vivan con usted, o bien con respecto a cualquier persona que incluya en sus declaraciones del impuesto federal sobre la renta, si las presenta. Consulte la página 2 para obtener información sobre a quién incluir.

¿Planea alguna de las personas enumeradas en el plan de la solicitud presentar una declaración del impuesto federal sobre la renta EL PRÓXIMO AÑO? ❑ Sí ❑ No
Si la respuesta es "Sí", enumere a cada declarante de impuestos **si presentarán una declaración** de impuestos conjunta.

NOMBRE DEL DECLARANTE DE IMPUESTOS	SI PRESENTARÁN UNA DECLARACIÓN CONJUNTA: NOMBRE DEL CÓNYUGE

¿Informará alguna de las personas enumeradas en la solicitud algún dependiente en su declaración de impuestos? ❑ Sí ❑ No
Si la respuesta es "Sí", indique al declarante y enumere los dependientes.

Un dependiente puede ser incluido por un único declarante de impuestos. En el caso de los declarantes conjuntos, deben enumerar a los dependientes con el declarante que firmará el formulario impositivo.

NOMBRE DEL DECLARANTE DE IMPUESTOS	NOMBRE Y FECHA DE NACIMIENTO DE LOS DEPENDIENTES

No es necesario que complete la información en la tabla a continuación si el dependiente ya está enumerado más arriba.

¿Se informará a alguna de las personas enumeradas en la solicitud como dependiente en la declaración de ingresos de otra persona? ❑ Sí ❑ No
Si la respuesta es "Sí", indique el dependiente y el declarante que lo informará como tal.

NOMBRE DEL DEPENDIENTE	NOMBRE Y FECHA DE NACIMIENTO DEL DECLARANTE DE IMPUESTOS	RELACIÓN CON EL DECLARANTE DE IMPUESTOS

3. Impuestos, ingresos y deducciones (continuación)

3b. Ingresos

Los ingresos incluyen, entre otros:

- Remuneraciones, salarios, propinas, bonos, comisiones, etc.
- Pensión alimenticia recibida
- Inmuebles de alquiler, derechos de autor, fideicomisos y REMIC
- Ingresos/pérdidas agrícolas
- Reembolsos, créditos o compensaciones imponibles de los impuestos sobre la renta estatal y local
- Intereses
- Ganancias/pérdidas netas del empleo autónomo
- Asignaciones de la IRA
- Compensación por desempleo
- Beneficios del Seguro Social
- Dividendos
- Ganancias/pérdidas netas de capital/otro tipo
- Pensiones y anualidades
- Indemnización para trabajadores
- Otros ingresos

¿Tiene ingresos algún miembro de su hogar? ❑ Sí ❑ No
Si la respuesta es "Sí", indique cualquier ingreso que ya haya recibido, o que espere recibir, este año.

NOMBRE	FUENTE DE LOS INGRESOS (empleo, seguro por desempleo, seguro social, etc.)	FRECUENCIA Semanal, quincenal, anual, mensual, única vez, etc.	MONTO ANTES DE IMPUESTOS	FECHA DE INICIO Mes/día/año

El último año, algún miembro del hogar (seleccione todo lo que corresponda):

❑ ¿Cambió de trabajo? Si la respuesta es "Sí", indique quién: _____
❑ ¿Dejó de trabajar? Si la respuesta es "Sí", indique quién: _____
❑ ¿Comenzó a trabajar menos horas? Si la respuesta es "Sí", indique quién: _____

¿Cambian de mes a mes los ingresos de algún miembro del hogar? (Por ejemplo, empleo estacional) ❑ Sí ❑ No
Si la respuesta es "Sí", indique cuál es la persona cuyos ingresos cambian y el monto total de ingresos que espera tener este año y el próximo.

NOMBRE	INGRESOS TOTALES PREVISTOS Y CANTIDAD DE MESES QUE TRABAJÓ ESTE AÑO	INGRESOS TOTALES PREVISTOS Y CANTIDAD DE MESES QUE TRABAJARÁ EL PRÓXIMO AÑO

3. Impuestos, ingresos y deducciones (continuación)

3c. Deducciones de impuestos

Estas son las deducciones de impuestos elegibles:

- Gastos del educador
- Determinados gastos comerciales de reservistas, artistas escénicos y funcionarios del gobierno contratados por honorarios
- Deducción de la cuenta de ahorros para gastos médicos
- Gastos de mudanza para miembros de las Fuerzas Armadas
- Parte deducible del impuesto por empleo autónomo
- SEP, SIMPLE y planes que reúnen los requisitos para los empleados autónomos
- Deducción del seguro médico de los empleados autónomos
- Multa por retiro anticipado de los ahorros
- Pensión alimenticia pagada
- Deducción del IRA
- Deducción de los intereses de un préstamo estudiantil

Si alguna persona paga determinados conceptos que pueden deducirse en una declaración del impuesto federal sobre la renta, informarnos al respecto puede reducir el costo de su seguro médico. **Debe enviarnos pruebas de las deducciones.**

Nota: *No debe incluir un costo que ya incluyó en su respuesta sobre los montos netos de su empleo autónomo.*

¿Se le realizan deducciones de los impuestos a algún miembro de su hogar? ❑ Sí ❑ No

Si la respuesta es "Sí", indique cualquier deducción que ya se haya realizado, o que prevé realizar.

NOMBRE	TIPO DE DEDUCCIÓN	CANTIDAD	FRECUENCIA Única vez, mensual, trimestral, etc.	FECHA DE INICIO Mes/día/año

4. Seguro médico

4a. Seguro médico de su empleador

A veces, Asistencia Médica puede comprarle a su empleador un seguro médico para usted o sus hijos. Ayúdenos a decidir si eso es posible para completar esta sección.

¿Le ofrecen cobertura médica en el trabajo? (Marque "Sí" incluso si la cobertura es del trabajo de otra persona, como su padre/madre o cónyuge). ❑ Sí ❑ No

Si la respuesta es "Sí", complete esta sección y proporcione la mayor cantidad de información que pueda en el **anexo A.**

¿Es este un plan de beneficios del estado? ❑ Sí ❑ No

¿Es la cobertura conforme a la COBRA? ❑ Sí ❑ No

¿Es este un plan de jubilación? ❑ Sí ❑ No

Si su empleador le ofrece cobertura médica, ¿debe (o tendría que) pagar por la cobertura? ❑ Sí ❑ No

¿Debe (o tendría que) pagar por la cobertura de sus hijos? ❑ Sí ❑ No

¿Cuál es el costo para el empleado de la cobertura familiar a través del plan de salud grupal del empleador? _____

¿Cuál es la frecuencia? _____ (Semanal, quincenal, mensual, trimestral, anual)

¿Dejó su empleador de ofrecer cobertura, por lo que su hijo perdió el seguro médico? ❑ Sí ❑ No

4. Seguro médico (continuación)

4b. Seguro médico

Si usted o una de las personas que está incluyendo en la solicitud tiene una cobertura de seguro médico, o bien la tuvo recientemente, **complete esta sección**. *Complete un cuadro por cada póliza.*

- ¿Alguna de las personas incluida en la solicitud tiene otro seguro médico actualmente? ❑ Sí ❑ No
- ¿Alguna de las personas incluida en la solicitud tuvo seguro médico en los últimos 90 días? ❑ Sí ❑ No

  Si respondió "Sí" a alguna de las preguntas anteriores, complete la siguiente sección y proporcione toda la información que tenga sobre el seguro.

  Si la respuesta es "No", omita esta sección.

Póliza n.º 1

Tipos de cobertura de atención médica:

❑ Empleador ❑ Asistencia Médica ❑ Plan individual
❑ Medicare *(marque A, B o D)* ❑ TRICARE ❑ Programas de atención médica de VA
❑ Cuerpo de Paz ❑ CHIP ❑ Otro

Enumere las personas cubiertas:

		Nombre:	Apellido:
Nombre de la compañía de seguros:		Nombre:	Apellido:
Número de póliza:	Nombre del titular de la póliza:	Nombre:	Apellido:
Número del grupo:		Nombre:	Apellido:

¿Qué está cubierto? ❑ Atención hospitalaria ❑ Visitas al médico ❑ Recetas ❑ Atención de la visión ❑ Atención dental

¿Es (o era) este un plan de beneficios limitado (como una póliza por accidentes escolares)? ❑ Sí ❑ No

¿Cuándo comenzó el seguro? (Mes/día/año)

¿Cuándo finalizará este seguro? (Mes/día/año) (Si el seguro no finalizará, deje en blanco).

¿Finalizó/finalizará este seguro médico porque el titular de la póliza perdió el empleo o cambió de trabajo? ❑ Sí ❑ No

Si la respuesta es "Sí", ¿quién perdió o perderá la cobertura?

Póliza n.º 2

Tipos de cobertura de atención médica:

❑ Empleador ❑ Asistencia Médica ❑ Plan individual
❑ Medicare *(marque A, B o D)* ❑ TRICARE ❑ Programas de atención médica de VA
❑ Cuerpo de Paz ❑ CHIP ❑ Otro

Enumere las personas cubiertas:

		Nombre:	Apellido:
Nombre de la compañía de seguros:		Nombre:	Apellido:
Número de póliza:	Nombre del titular de la póliza:	Nombre:	Apellido:
Número del grupo:		Nombre:	Apellido:

¿Qué está cubierto? ❑ Atención hospitalaria ❑ Visitas al médico ❑ Recetas ❑ Atención de la visión ❑ Atención dental

¿Es (o era) este un plan de beneficios limitado (como una póliza por accidentes escolares)? ❑ Sí ❑ No

¿Cuándo comenzó el seguro? (Mes/día/año)

¿Cuándo finalizará este seguro? (Mes/día/año) (Si el seguro no finalizará, deje en blanco).

¿Finalizó/finalizará este seguro médico porque el titular de la póliza perdió el empleo o cambió de trabajo? ❑ Sí ❑ No

Si la respuesta es "Sí", ¿quién perdió o perderá la cobertura?

5. Información especial para reunir los requisitos

Si una de las personas de esta solicitud tiene una discapacidad o una necesidad médica especial, puede usarse un límite de ingresos superior cuando su familia envíe una solicitud para Asistencia Médica. Hay servicios adicionales disponibles. Ayúdenos a descubrir si alguna de las personas incluidas en esta solicitud es elegible para estos programas.

¿Necesita alguna persona ayuda para pagar las facturas médicas de los últimos tres meses? ❑ Sí ❑ No
Si la respuesta es "Sí", ¿quién?

¿Vive alguna persona en un centro médico o de cuidado a largo plazo, o tiene alguna afección física, mental o emocional que produce limitaciones en las actividades (como bañarse, vestirse, hacer las tareas diarias, etc.)? ❑ Sí ❑ No

Embarazo

¿Está usted o alguna de las personas que viven con usted embarazada? ❑ Sí ❑ No (Si la respuesta es "Sí", indique quién a continuación).	¿Cuál es la fecha de parto prevista?	¿Cuántos bebés espera?
Nombre:	Fecha de parto:	
Nombre:	Fecha de parto:	

Discapacidad

¿Tiene usted o alguna de las personas incluidas en esta solicitud una discapacidad permanente, una afección crónica o una necesidad de atención médica constante? ❑ Sí ❑ No **Si la respuesta es "Sí"**, indíquenos quién y cuáles son las necesidades.

Nombre: _____ ¿Cuál es la discapacidad o afección? _____ Fecha en que se diagnosticó la afección o discapacidad: _____	¿Ha solicitado esta persona beneficios por discapacidad? (¿Beneficios por discapacidad del Seguro Social, ingreso suplementario del Seguro Social, indemnización para trabajadores, seguro privado por discapacidad o asistencia especial con las facturas médicas?) ❑ Sí ❑ No
Nombre: _____ ¿Cuál es la discapacidad o afección? _____ Fecha en que se diagnosticó la afección o discapacidad: _____	¿Ha solicitado esta persona beneficios por discapacidad? (¿Beneficios por discapacidad del Seguro Social, ingreso suplementario del Seguro Social, indemnización para trabajadores, seguro privado por discapacidad o asistencia especial con las facturas médicas?) ❑ Sí ❑ No
Nombre: _____ ¿Cuál es la discapacidad o afección? _____ Fecha en que se diagnosticó la afección o discapacidad: _____	¿Ha solicitado esta persona beneficios por discapacidad? (¿Beneficios por discapacidad del Seguro Social, ingreso suplementario del Seguro Social, indemnización para trabajadores, seguro privado por discapacidad o asistencia especial con las facturas médicas?) ❑ Sí ❑ No

Cuidado de acogida

¿Estaba alguna persona de 18 años bajo cuidado de acogida? ❑ Sí ❑ No (Si la respuesta es "Sí", indique quién a continuación).
Si la respuesta es "Sí", ¿finalizó el cuidado de acogida por su edad? ❑ Sí ❑ No

NOMBRE:	EN QUÉ ESTADO:	A QUÉ EDAD:

6. Información opcional (Ninguna parte de esta información afectará su solicitud de cobertura de atención médica, y no se compartirá en el Mercado de Seguros Médicos).

Información del médico de cuidados primarios o de su consultorio:
Si conoce algún médico o proveedor que desea tener como médico de cuidados primarios de su hijo, indíquelo a continuación. Si ese médico o proveedor participa en nuestra compañía de seguros, podría designarse como médico de cuidados primarios de su hijo.

Si desea comprobar si su médico participa, llámenos.

¿Es el médico de cuidados primarios el mismo para todos los niños? ❑ Sí ❑ No **Si la respuesta es "No"**, indique cuál es el médico de cada niño.

NOMBRE(S)	¿PACIENTE ACTUAL?	NOMBRE DEL MÉDICO/ CONSULTORIO	DIRECCIÓN DEL MÉDICO/ CONSULTORIO	NÚMERO DE TELÉFONO DEL MÉDICO/ CONSULTORIO
	❑ Sí ❑ No			
	❑ Sí ❑ No			
	❑ Sí ❑ No			
	❑ Sí ❑ No			
	❑ Sí ❑ No			

7. Representante autorizado

Puede darle permiso a una persona en quien confíe para que hable con nosotros sobre esta solicitud, vea sus datos y actúe en su nombre para los asuntos relacionados con esta solicitud, lo que incluye obtener información sobre la solicitud y firmarla en su nombre.
Esta persona se considera un "representante autorizado". Si alguna vez necesita cambiar su representante autorizado, comuníquese con la compañía del seguro que brinda su CHIP. Si usted es un representante legalmente designado para alguien en esta solicitud, presente evidencia con la solicitud.

¿Desea nombrar a alguien como representante autorizado? ❑ Sí ❑ No

Nombre del representante autorizado:	Número de teléfono:	Tipo de teléfono: ❑ Particular ❑ Laboral ❑ Celular

Rol del representante autorizado:
❑ Cuidador ❑ Tutor legal ❑ Contacto principal ❑ Representante
❑ Albacea del testamento en vida ❑ Apoderado ❑ Miembro del equipo de apoyo

Dirección *(incluya la calle, el número de departamento, la ciudad, el estado y el código postal + 4* dígitos):

Al firmar a continuación, permite que esta persona firme su solicitud, obtenga información oficial sobre esta y actúe en su nombre en todos los asuntos futuros relativos a esta póliza.

_____ *Su firma* _____ *Fecha*

No olvide **firmar y fechar la página 13** para que su solicitud pueda procesarse.

8. Tiene determinados derechos y responsabilidades. Estos son los siguientes:

CHIP:

- Confidencialidad: toda la información de esta solicitud se mantendrá confidencial. Esta solicitud se compartirá solo con los programas para los cuales envíe una solicitud o para los cuales podría ser elegible, como el programa de Asistencia Médica.
- Designación de un representante personal: puede seleccionar a otra persona para que reciba información médica en relación con usted o sus hijos menores de edad completando un formulario de designación de representante personal.
- Certificado de cobertura válida: cuando abandone el programa, recibirá un certificado de cobertura válida para comprobar la cobertura médica, si es elegible.
- Aviso por escrito: recibirá un aviso por escrito en el cual se le explicará su elegibilidad.
- Apelación: puede solicitar una revisión imparcial si no acepta alguna de las decisiones que tomemos en relación con esta solicitud, siempre que la solicite dentro de los 30 días luego de que hayamos tomado la decisión.

Tiene las siguientes responsabilidades:

- Leer y entender completamente esta solicitud.
- Proporcionar información verdadera, correcta y completa, con el entendimiento de que existen multas por proporcionar información falsa a sabiendas, ya que es un delito grave y se considera un fraude penal contra la compañía del seguro.
- Ayudar con la revisión de esta solicitud, lo cual podría incluir participar en entrevistas y revisiones de historias clínicas.
- Tener en cuenta que determinada información podría estar sujeta a verificación por parte de empleadores, fuentes financieras y otros terceros.
- Proporcionar una prueba de identidad y de ciudadanía estadounidense o de situación legal de inmigración si esa información no se obtiene a través del proceso de solicitud.
- Proporcionar una prueba de ingresos y de las deducciones fiscales si esa información no se obtiene a través del proceso de solicitud.
- Informar todos los cambios relacionados con su hogar, incluidos los ingresos, los miembros de la familia, la dirección y el número de teléfono, tan pronto como se produzcan.

ASISTENCIA MÉDICA:

- Entiendo que Pensilvania recibe información de otras agencias estatales y federales para verificar la información que le proporciono. Si hago una declaración falsa u oculto o retengo datos que podrían afectar mi elegibilidad para los beneficios, se me podría solicitar que devolviera los beneficios y se me podría demandar e inhabilitar para recibir ciertos beneficios en el futuro.
- Entiendo que puedo designar a un representante autorizado completando la sección "Representante autorizado" y enviándola con esta solicitud.
- Entiendo que la información ingresada en esta solicitud se mantendrá confidencial y se usará solo para administrar los beneficios. Autorizo la divulgación de información personal, financiera y médica para los fines de determinar mi elegibilidad.
- Entiendo que debo informar cualquier cambio que deba comunicarse dentro de los primeros 10 días del mes siguiente al cual se produjo el cambio.
- Entiendo que recibiré un aviso por escrito en el que se explicarán los beneficios. Si los beneficios se rechazan, cambian, suspenden o cancelan, en el aviso se explicará por qué.
- Entiendo que tendré 30 días a partir de la fecha del aviso para solicitar una audiencia si no acepto la decisión tomada con respecto a esta solicitud.
- Entiendo que mi situación está sujeta a verificación por parte de empleadores, fuentes financieras y otros terceros.
- Entiendo que los solicitantes deben proporcionar su número de seguro social o solicitar uno si no lo tienen. Este número podría usarse para verificar la información de esta solicitud.
- Entiendo que debo usar la tarjeta de transferencia electrónica de beneficios (EBT) o la tarjeta PA ACCESS solo durante el período en que soy elegible. Debo usar la tarjeta EBT o PA ACCESS solo para la persona que es elegible y obtener solo los beneficios necesarios y razonables. Entiendo que no tengo que proporcionar el número de seguro social de ninguna persona que no esté solicitando Asistencia Médica. Si lo hago, este número podría usarse para verificar la información de esta solicitud.
- Certifico que toda la información ingresada es verdadera, bajo pena de perjurio.
- Entiendo que tengo derecho a recibir un certificado de cobertura acreditable para verificar mi cobertura médica. Las leyes federales restringen los casos en que puede denegarse o limitarse la cobertura por una afección preexistente. Si me inscribo en un plan de salud grupal que tiene una cláusula de afección preexistente, puedo obtener crédito por la ocasión en que recibí Asistencia Médica.
- Entiendo que si algunas de las personas incluidas en esta solicitud no reúnen los requisitos para Asistencia Médica, o bien ninguna de ellas los reúnen, podrían ser elegibles para el CHIP. Si este es el caso, autorizo al Departamento de Servicios Humanos a procesar mi solicitud para Asistencia Médica y, una vez aprobada, a proporcionarle mi nombre y la información de esta solicitud al contratista del CHIP.
- Entiendo que si algunas de las personas incluidas en esta solicitud no reúnen los requisitos para Asistencia Médica, o bien ninguna de ellas los reúnen, podrían ser elegibles para los beneficios federales, o bien podrían explorar las opciones de atención médica privada a través del Mercado de Seguros Médicos. Si este es el caso, autorizo al departamento a proporcionarle mi nombre y la información de esta solicitud a dicho mercado. Entiendo mis derechos y responsabilidades conforme al Mercado de Seguros Médicos.

MERCADO DE SEGUROS MÉDICOS:

- Sé que debo informarle al Mercado de Seguros Médicos si cambia la información que proporcioné en esta solicitud (por lo cual es diferente). Puedo visitar healthcare.gov o llamar al 1-800-318-2596 para informar cualquier cambio. Entiendo que un cambio en mi información podría afectar la elegibilidad de los miembros de mi hogar.
- Sé que las leyes federales no permiten la discriminación sobre la base de la raza, el color, la nacionalidad, el sexo, la edad, la orientación sexual, la identidad de género o una incapacidad. Puedo presentar una queja de discriminación visitando hhs.gov/ocr/office/file.
- Renovación de la cobertura en los próximos años: *a fin de facilitar la determinación de mi elegibilidad para obtener ayuda con el pago de la cobertura médica en los próximos años, acepto permitirle al Mercado de Seguros usar los datos de mis ingresos, incluida la información de mis declaraciones fiscales. El Mercado de Seguros me enviará un aviso y me permitirá realizar cambios o excluirme en cualquier momento.*
- Sí, renovar automáticamente mi elegibilidad para el Mercado de Seguros durante el siguiente tiempo:
  - ❑ 5 años (la cantidad máxima de años permitida)
  - ❑ 4 años
  - ❑ 3 años
  - ❑ 2 años
  - ❑ 1 año

No olvide firmar y fechar la solicitud a continuación; de lo contrario, no podrá procesarse.

Entiendo que puedo designar a un representante autorizado completando la sección "Representante autorizado" y enviándola con esta solicitud.

Si una de las personas incluidas en esta solicitud o todas ellas no reúnen los requisitos para la cobertura del CHIP, podrían ser elegibles para los beneficios federales, o bien podrían explorar las opciones de atención médica privada a través del Mercado de Seguros Médicos. Si este es el caso, autorizo al departamento a proporcionarle toda la información de esta solicitud a dicho mercado. Entiendo mis derechos y responsabilidades conforme al Mercado de Seguros Médicos.

Si se determina que mi hijo es elegible para los beneficios de atención médica para empleados del estado de una agencia pública, o que está inscrito en ellos, y la agencia pagaría incluso una pequeña parte del costo del beneficio o de la prima, entonces mi hijo no es elegible para la cobertura del CHIP. Si este es el caso y mi hijo ha estado recibiendo beneficios del CHIP, dichos beneficios se cancelarán de forma retroactiva.

Certifico que, a mi leal saber y entender, comprendo mis derechos y responsabilidades, y que la información incluida en esta solicitud está completa y es verdadera, bajo pena de perjurio. También certifico que proporcionar información falsa o incompleta a sabiendas en esta solicitud es un fraude contra la compañía de seguros.

Entiendo que todas las personas incluidas en esta solicitud recibirán acceso a la cobertura conforme al programa para el cual sean elegibles, si se las considera elegibles para la Asistencia Médica o el CHIP. Si se determina que soy elegible para el CHIP y considero que podría ser elegible para la Asistencia Médica, podría comunicarme con mi proveedor del CHIP y pedirle a la agencia de Asistencia Médica una revisión completa de mi solicitud.

Autorizo la divulgación de información personal, financiera y médica para los fines de determinar mi elegibilidad y para que la revisen los programas CHIP y Asistencia Médica.

Certifico que las personas incluidas en esta solicitud son ciudadanas estadounidenses o extranjeras en una situación de inmigración legal. (Entiendo que esta certificación no se aplica a un extranjero que solo está solicitando los beneficios de atención de emergencia de Asistencia Médica).

Autorizo la divulgación de información personal, financiera y médica para los fines de determinar mi elegibilidad y para que la revisen los programas que estoy solicitando.

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

→ X _____ Fecha: _____

QUÉ SUCEDE A CONTINUACIÓN

Una vez que recibamos su solicitud, revisaremos su elegibilidad y nos comunicaremos con usted dentro de los 30 días.

Si necesitamos más información:

Le enviaremos una carta para solicitar la información adicional correspondiente. Envíenos la información de inmediato para que podamos procesar su solicitud.

Si su hijo es elegible para la cobertura del CHIP:

- Luego de que hayamos comprobado sus ingresos y otra información, le notificaremos sobre la fecha de inscripción de su hijo.
- Si su hijo es elegible para la cobertura *de bajo costo* del CHIP, recibirá una factura que debe pagar para que comience la cobertura del programa.
- Recibirá la tarjeta de identificación de su hijo aproximadamente 10 días después de la fecha en que se vuelva elegible.
- Puede comenzar a usar la cobertura del CHIP de su hijo a partir de la "fecha de entrada en vigencia" indicada en la carta de inscripción.

Si su hijo no es elegible para la cobertura del CHIP:

- Le notificaremos por escrito para informarle por qué su hijo no es elegible.
- Si su hijo parece ser elegible para obtener Asistencia Médica, le enviaremos la solicitud a la Oficina de Asistencia del Condado.

RENOVACIÓN

Si su hijo está inscrito en la cobertura del CHIP:

- Una vez al año, en el aniversario de la inscripción de su hijo, se revisará la elegibilidad. Este proceso se llama "renovación". Cada año, antes de la fecha de renovación de su familia, se enviarán cartas para solicitar la verificación de ingresos y otra información familiar. Si no proporciona la información necesaria, se finalizará la cobertura del CHIP de su hijo.

Es posible que este plan de atención médica administrada cubra todos los gastos de su atención médica. Lea cuidadosamente todos los materiales para determinar qué servicios de atención médica están cubiertos.

Cobertura médica laboral — Anexo A

Cuéntenos sobre el trabajo que ofrece cobertura. Escriba el nombre de la persona que es elegible para la cobertura y su número de seguro social en la sección "Información del empleado", y pídale a su empleador que complete el resto de este formulario. Adjunte una copia de esta página para cada trabajo que ofrezca cobertura. NO es necesario que responda a todas estas preguntas, a menos que una persona del hogar sea elegible para obtener cobertura médica de un trabajo.

Información del EMPLEADO: El empleado debe completar esta sección.

Nombre del empleado:	Número de seguro social:

Información del EMPLEADOR: Pídale al empleador esta información.

Nombre del empleado:		
Dirección del empleador *(incluya la calle, el número, la ciudad, el estado, el código postal + 4 dígitos):*	Número de identificación patronal:	
	Número de teléfono del empleador:	
¿Con quién podemos comunicarnos sobre la cobertura médica del empleado en este trabajo?	Número de teléfono (si es diferente al anterior):	Dirección de correo electrónico:

¿Es el empleado elegible actualmente para la cobertura ofrecida por este empleador, o lo será en los próximos tres meses?

❑ Sí Si el empleado no es elegible actualmente, lo que incluye esperar a que finalice el período de prueba, ¿cuándo será el empleado elegible para la cobertura? (Mes/día/año) _____

❑ No **DETÉNGASE y devuélvale este formulario al empleado.**

Infórmenos sobre el plan de salud ofrecido por este empleador.

¿Ofrece el empleador un plan de salud que cubre al cónyuge o a los dependientes del empleado?
❑ Sí (cuál) → ❑ Cónyuge ❑ Dependientes ❑ No (Pase a la siguiente pregunta).

¿Ofrece el empleador un plan de salud que cumple el estándar de valor mínimo?*
❑ Sí (Pase a la siguiente pregunta). ❑ No (Deténgase y devuélvale el formulario al empleado).

Para el plan de menor costo que cumple con el estándar de valor mínimo* ofrecido solo al empleado (no incluya los planes familiares):
Si el empleador cuenta con programas de bienestar, proporcione la prima que el empleado debería pagar si recibiera el descuento máximo por cualquier programa para dejar de fumar y no recibiera ningún otro descuento basado en programas de bienestar.

¿Cuánto debería pagar el empleado en concepto de primas por este plan? $_____
¿Con qué frecuencia? ❑ Semanal ❑ Cada dos semanas ❑ Dos veces al mes ❑ Trimestral ❑ Anual

Si el año del plan finalizará pronto y sabe que los planes de salud ofrecidos cambiarán, pase a la siguiente pregunta.
Si no lo sabe, **DETÉNGASE y devuélvale este formulario al empleado.**

¿Qué cambio hará el empleador para el nuevo año del plan?
❑ El empleador no ofrecerá una cobertura médica.
❑ El empleador comenzará a ofrecerles cobertura médica a los empleados o cambiará la prima por el plan de menor costo disponible que cumpla con el estándar de valor mínimo solo para el empleado.* (La prima debe reflejar el descuento para los programas de bienestar. Consulte la pregunta más arriba).

¿Cuánto debería pagar el empleado en concepto de primas por este plan? $_____
¿Con qué frecuencia? ❑ Semanal ❑ Cada dos semanas ❑ Dos veces al mes ❑ Trimestral ❑ Anual
Fecha del cambio (Mes/día/año) _____

* Un plan de salud patrocinado por el empleador cumple con el "estándar de valor mínimo" si la parte que le corresponde al plan de los costos totales de los beneficios permitidos cubiertos por el plan no es inferior al 60 % de dichos costos (sección 36B(C)(2)(C)(ii) del Código de Rentas Internas de 1986).

Cobertura de atención médica — Anexo B

Miembro de la familia indio americano o nativo de Alaska (AI/AN)
Complete este anexo si usted o un miembro de su familia son indios americanos o nativos de Alaska. Envíelo junto con la solicitud de cobertura médica.

Cuéntenos sobre los miembros de su familia de origen indio americano o nativos de Alaska.
Los indios americanos o nativos de Alaska pueden obtener servicios de los Servicios de Salud Indígenas, de los programas de salud tribales o de los programas de salud indígena urbanos. También es posible que no deban pagar el costo compartido, y podrían obtener períodos de inscripción mensuales especiales. Responda a las siguientes preguntas para asegurarnos de que su familia obtenga la mayor ayuda posible.

Nota: Si debe incluir a más personas, haga una copia de esta página y adjúntela.

PERSONA AI/AN 1 (escriba toda la información en letra de imprenta).

Nombre (primero, segundo, apellido):	¿Es miembro de una tribu reconocida a nivel federal? ❑ Sí ❑ No **Si la respuesta es "Sí"**, indique el nombre de la tribu y el estado en el cual se encuentra:
¿Ha obtenido la persona servicios de los Servicios de Salud Indígenas, de un programa de salud tribal o de un programa de salud indígena urbano, o a través de una derivación de uno de estos programas? ❑ Sí ❑ No	**Si la respuesta es "No"**, ¿es esta persona elegible para obtener servicios de los Servicios de Salud Indígenas, de los programas de salud tribales, de los programas de salud indígena urbanos o a través de una derivación de uno de estos programas? ❑ Sí ❑ No
Es posible que determinado dinero recibido no se contabilice para Asistencia Médica del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP). Enumere cualquier ingreso (cantidad y frecuencia) informado en la solicitud que incluya dinero de estas fuentes: • Pagos por cabeza de una tribu que provienen de recursos naturales, derechos de uso, alquileres o regalías. • Pagos de recursos naturales, agricultura, ganadería, pesca, alquileres o regalías de tierras designadas como fideicomiso indígena por el Departamento del Interior (incluidas las reservas y antiguas reservas). • Dinero de la venta de bienes que tienen importancia cultural.	$ _____ ¿Cuál es la frecuencia? _____

PERSONA AI/AN 2 (escriba toda la información en letra de imprenta).

Nombre (primero, segundo, apellido):	¿Es miembro de una tribu reconocida a nivel federal? ❑ Sí ❑ No **Si la respuesta es "Sí"**, indique el nombre de la tribu y el estado en el cual se encuentra:
¿Ha obtenido la persona servicios de los Servicios de Salud Indígenas, de un programa de salud tribal o de un programa de salud indígena urbano, o a través de una derivación de uno de estos programas? ❑ Sí ❑ No	**Si la respuesta es "No"**, ¿es esta persona elegible para obtener servicios de los Servicios de Salud Indígenas, de los programas de salud tribales, de los programas de salud indígena urbanos o a través de una derivación de uno de estos programas? ❑ Sí ❑ No
Es posible que determinado dinero recibido no se contabilice para Asistencia Médica del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP). Enumere cualquier ingreso (cantidad y frecuencia) informado en la solicitud que incluya dinero de estas fuentes: • Pagos por cabeza de una tribu que provienen de recursos naturales, derechos de uso, alquileres o regalías. • Pagos de recursos naturales, agricultura, ganadería, pesca, alquileres o regalías de tierras designadas como fideicomiso indígena por el Departamento del Interior (incluidas las reservas y antiguas reservas). • Dinero de la venta de bienes que tienen importancia cultural.	$ _____ ¿Cuál es la frecuencia? _____

Multi-Language Interpreter Services

ATTENTION: If you speak a language other than English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call: 1-888-335-3992 (TTY: 711).

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-888-335-3992 (TTY: 711).

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-888-335-3992 (телетайп: 711).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-888-335-3992 (TTY: 711)。

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-888-335-3992 (TTY: 711).

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-888-335-3992 (رقم هاتف الصم والبكم: TTY: 711).

ध्यान दिनुहोस्: तपाईले नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपाईंको निम्त भाषा सहायता सेवाह निःशुल्क पमा उपलब्ध छ। फोन गनुहोस् 1-888-335-3992 (टिटिवाइ: 711)।

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-888-335-3992 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតឈ្នួល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូ ទូស្ស័ព្ទ 1-888-335-3992 (TTY: 711)។

ATTENTION :Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposes gratuitement. Appelez le 1-888-335-3992 (ATS : 711).

သတိပြုရန် - အကယ်၍ သင်သည် မြန်မာစကား ကို ပြောပါက၊ ဘာသာစကား အကူအညီ၊ အခမဲ့၊ သင့်အတွက် စီစဉ်ဆောင်ရွက်ပေးပါမည်။ ဖုန်းနံပါတ် 1-888-335-3992 (TTY: 711) သို့ ခေါ်ဆိုပါ။

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-888-335-3992 (TTY: 711).

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-888-335-3992 (TTY: 711).

লক্ষ্য করুনঃ যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নিঃখরচায় ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ আছে। ফোন করুন 1-888-335-3992 (TTY: 711).

KUJDES: Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 1-888-335-3992 (TTY: 711).

સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-888-335-3992 (TTY: 711).

Aviso de no discriminación

Independence Blue Cross cumple con las leyes civiles federales aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Independence Blue Cross no excluye ni trata de forma distinta a las personas debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Independence Blue Cross ofrece asistencia y servicios gratuitos a personas discapacitadas para que puedan comunicarse eficazmente con nosotros, como por ejemplo:

- intérpretes de lenguaje de señas debidamente calificados;
- información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles).

Independence Blue Cross ofrece servicios de traducción gratuitos para aquellas personas que no tengan el inglés como lengua materna, como por ejemplo:

- intérpretes debidamente calificados;
- información escrita en otros idiomas.

Si necesita dichos servicios, comuníquese con Independence Blue Cross al 1-888-377-3933 (TTY: 711).

Si cree que Independence Blue Cross no le ha brindado estos servicios o lo ha discriminado con base en su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante el siguiente organismo:

The Bureau of Equal Opportunity
Room 223, Health and Welfare Building
P.O. Box 2675
Harrisburg, PA 17105-2675
Teléfono: (717) 787-1127, TTY (800) 654-5484. Fax: (717) 772-4366
Correo electrónico: RA-PWBEOAO@pa.gov

Puede presentar una queja en persona o enviarla por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, un miembro de la Oficina de Igualdad de Oportunidades puede ayudarlo.

También puede presentar una queja de derechos civiles, de manera electrónica, a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, que se encuentra en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o por correo postal o teléfono ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW.
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Los formularios de quejas se encuentran disponibles en http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Beneficios suscritos o administrados por Keystone Health Plan East, una empresa subsidiaria de Independence Blue Cross, licenciatarias independientes de Blue Cross and Blue Shield Association. Para obtener información adicional sobre el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP), visite www.chipcoverspakids.com.

19871 1274149 (05/21)