

Solicitud para la cobertura de los costos de pruebas de Coronavirus (COVID-19)

Complete esta solicitud para obtener ayuda para pagar ciertas pruebas, costos relativos a las pruebas y tratamiento de Coronavirus (COVID-19).

La cobertura de salud que usted recibirá si se determina que usted es elegible usando esta solicitud solamente pagará las pruebas médicas para el Coronavirus.

Para ver si usted es elegible para otros beneficios y servicios de cuidados de salud a través de Medi-Cal o Covered California, usted deberá completar una solicitud completa en www.coveredca.com.

1. Nombre		2. Segundo nombre		3. Apellido		4. Sufijo (Si es aplicable)	
5. Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino				6. Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA):			
7. ¿Vive en California? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				8. ¿En qué condado vive?			
9. <input type="checkbox"/> Si no tiene hogar, marque la casilla y díganos dónde podemos comunicarnos con usted en el campo para la dirección postal de abajo							
10. Dirección de su casa (Número y calle)						Nº de Apt.	
Ciudad			Estado			Código postal	
11. Dirección postal (si no es la misma que la de su casa)						Nº de Apt.	
Ciudad			Estado			Código postal	
12. Mejor número de contacto		13. Otro número de teléfono		14. Dirección electrónica			
15. ¿Qué idioma habla mejor?				16. ¿En qué idioma lee mejor?			
17. Número de Social Security (SSN): _____ <i>Si usted tiene un número de Social Security (SSN), usted debe proporcionarlo cuando solicite cobertura de salud para usted mismo. Usamos los números de Social Security (SSN) para verificar su ingreso y otra información, para ver si usted es elegible para obtener ayuda para pagar la cobertura de salud. Si usted está solicitando cobertura y no tiene un SSN y quiere ayuda para obtener uno, visite www.ssa.gov. Usted podría ser elegible para alguna cobertura incluso si no tiene un SSN. Para obtener más información, llame a la línea de ayuda de Medi-Cal al (800) 541-5555.</i>							
18. ¿Usted es ciudadano o nacional de EE. UU.? Si es Sí vaya a 19. Si es No, pase a 20. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							
19. ¿Usted es ciudadano naturalizado o derivado? Si es Sí, complete a o b y pase a 21. Si es No, pase a 21. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							
a. Alien Number/USCIS Number:				b. Número de naturalización o de ciudadanía:			

20. Si usted no es ciudadano o nacional de EE.UU., ¿usted tiene alguna situación migratoria elegible? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Si es Sí, ingrese el tipo de documento y cualquier de la información de abajo aplicable a usted.</i>	
a. Tipo de documento de inmigración:	b. Situación migratoria (Opcional):
c. Nombre como aparece en su documento de inmigración:	
d. Alien Number/USCIS Number:	e. Número de I-94:
f. Número de pasaporte:	g. País de emisión:
h. SEVIS ID:	i. Otros (Número de tarjeta o Número de visa):
21. ¿Tiene usted Medicare actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	22. ¿Actualmente tiene algún otro seguro de salud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

- Sé que de acuerdo con la ley federal, DHCS no discrimina ilícitamente con motivo de sexo, raza, color, religión, ascendencia, origen nacional, identificación con un grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física, padecimiento médico, información genética, estado civil, sexo, identidad sexual, orientación sexual, o cualquier otra base protegida por las leyes de derechos civiles del estado y federales.
- Usted puede presentar quejas llamando a Office of Civil Rights, Department of Health Care Services al (916) 440-7370 o por correspondencia escrita al P.O. Box 997413, MS 0009, Sacramento, CA 95899-7413 o por mensaje electrónico a CivilRights@dhcs.ca.gov.
- Sé que la información en este formulario se usará para determinar la elegibilidad para la cobertura de salud, ayuda para pagar la cobertura y para los fines legítimos de los programas que ayudan a pagar la cobertura.
- Si alguna persona en esta solicitud es elegible para Medi-Cal, otorgo a California Department of Health Care Services el derecho a proseguir y obtener todo dinero de otros seguros de salud, liquidaciones legales, u otros terceros.
- Necesitamos la información en esta solicitud para averiguar su elegibilidad para la ayuda para pagar la cobertura de los costos relacionados con la detección de la COVID-19, pruebas relativas y costos de tratamiento. Comprobaremos sus respuestas usando información de nuestras bases de datos electrónicos y bases de datos de Social Security y de Department of Homeland Security. Si la información no coincide, podríamos pedirle a usted que nos envíe más información.
- Tengo derecho a saber cómo mi información médica protegida podría usarse y revelarse y cuáles son mis derechos de privacidad. El Aviso de prácticas de privacidad (NPP) da esta información y está disponible en <https://www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/laws/priv/Pages/NoticeofPrivacyPractices.aspx>

DECLARACIÓN DE PRIVACIDAD

- Esta solicitud para el programa COVID-19 Uninsured Group administrado por Department of Health Care Services (DHCS). La información personal y médica que usted proporcione en la solicitud es privada y confidencial. DHCS lo necesita para identificarlo y administrar el programa COVID-19 Uninsured Group.

- Compartiremos su información con otras agencias locales, del estado y federales, contratistas, planes de salud y programas, sólo para inscribirle en un plan o programa o para administrar programas y como se describe en el Aviso de prácticas de privacidad.
- Usted debe responder a todas las preguntas de esta solicitud, a menos que estén marcadas como “*opcional*”. Si en su solicitud falta alguna información pedida, nos comunicaremos con usted para obtenerla. Si usted no la proporciona, no podremos tomar una decisión sobre su solicitud. Posiblemente usted tenga que presentar una solicitud nueva, o su solicitud de beneficios de COVID-19 Uninsured Group podría ser rechazada.
- Para obtener más información o para ver los expedientes de Department of Health Care Services, comuníquese con la Unidad de protección de la información en P.O. Box 997413, MS 4721 Sacramento, CA 95899-7413 Teléfono: 1-866-866-0602 (TTY: 1-877-735-2929).
- Estas leyes del estado y federales nos dan el derecho a recoger y conservar la información de la solicitud: DHCS: Bienestar social e instituciones de CA. Código § 14011 y artículo 3, Capítulos 5 y 7, Partes 2 y 3, División 9; Covered CA: 42 U.S.C. § 18031; Código del gobierno de CA §§ 100502(k) y 100503(a).

¿QUÉ DEBO HACER SI ME PARECE QUE MI AVISO DE ELEGIBILIDAD ES ERRÓNEO?

- Si me parece que el Medi-Cal program cometió un error, puedo apelar la decisión. Apelar significa decirle a alguien del programa Medi-Cal que creo que su decisión está equivocada y pedir una revisión imparcial de la medida.
- Sé que puedo averiguar cómo pedir una apelación, incluyendo una apelación acelerada, llamando al 1-800-743-8525 (TTY: 1-800-952-8349) para el programa Medi-Cal.
- Sé que debo presentar una apelación a más tardar a 90 días del aviso de decisión.
- Sé que puedo representarme yo mismo o pedir que alguien más me represente en mi apelación, como un representante autorizado, un amigo, un pariente o un abogado.
- Sé que todas las audiencias se realizarán por teléfono o videoconferencia, a menos que yo pida una audiencia en persona.
- Entiendo que si necesito ayuda, alguien de Medi-Cal puede explicarme mi caso.
- Sé que alguna persona del programa Medi-Cal puede explicarme las circunstancias cuando mi elegibilidad pueda mantenerse o restablecida mientras hay una decisión sobre mi apelación.

FIRMA:

Al firmar, declaro que lo que afirmo abajo es verdadero, completo, y correcto.

- He leído y entendido esta solicitud.
- Entiendo que esta solicitud es sólo para obtener ayuda para pagar ciertas pruebas, costos relativos a las pruebas y tratamiento del coronavirus (COVID-19). Para saber si soy elegible para otros beneficios y servicios de cuidados de salud a través de Medi-Cal o Covered California, debo completar una solicitud completa en www.coveredca.com.

Firma	Fecha
-------	-------