CHIP

CHILDREN'S HEALTH INSURANCE PROGRAM

La información en esta solicitud ayudará al Deparmento de Salud de Utah a determinar si sus niños califican para CHIP.

La solicitud se acepta solamente durante el periodo de matriculación.

Solicitud

La solicitud pueda ser eniviada solamente por correo durante el periodo de matriculación.
CHIP, P.O. Box 144102, Salt Lake City, Utah 84114-4102.

1 Información Personal

Padre/madre o Encargado legal _____
Nombre Segundo (inicial) Apellido (de soltera) Apellido(de casada)

Dirección _____
Calle Apto. Ciudad Estado Código Postal

Dirección de Correo _____
(Si es diferente a la dirección ya proveída) Calle Apto. Ciudad Estado Código Postal

Teléfono de la Casa (_____) _____ Otro teléfono (Trabajo o celular) (____) _____

Alguno de los niños aplicando para CHIP ha tenido gastos médicos los últimos 90 días? [ ] Si [ ] No

Alguna persona en su hogar está embarazada o planea de adoptar a un niño en los próximos 60 días? [ ] Si [ ] No Fecha de parto: _____

2 Información de La Familia

Anote su información primero y después provea la información de miembros de su familia.

Nombre *(Nombre, segundo (inicial), apellido)*	Número de Seguro Social *(Opcional)*	Edad	Fecha de nacimiento *(Mes, Día, Año)*	Sexo *(Hombre o Mujer)*	Relación familiar	Raza *	Etnicidad *

Los niños aplicando a CHIP son: [ ] Ciudadanos de EE.UU. [ ] Inmigrantes Legales [ ] Otro

Si los niños son inmigrantes legales, por favor provea los números de las tarjetas de residencia (Green Card): _____

*Opcional – **Códigos de raza:** AI=Indio Americano o Nativo de Alaska; AS=Asiatico; BL=Negro o Africano Americano; PI=Nativo Hawaiano o de las Islas Pacificas; WH=Blanco **Códigos de Etnicidad:** H=Hispáno o Latino; N=No Hispáno o Latino (*Se puede elegir mas que uno.)*

3 Seguros

Las preguntas que continúan son acerca del seguro médico que miembros de su familia tienen en este momento:

A. ¿Algún miembro de su familia incluído en la sección número 2 (Información de la Familia) tiene seguro médico? [ ] Si [ ] No Si es así, por favor complete la lista:

Nombre del miembro de su familia	Nombre de la compañía de seguro médico	¿Es el seguro médico proveído a través del trabajo o es comprado privadamente a través de una compañía de seguro médico (Por favor circule uno)
		A través del trabajo / Comprado privadamente
		A través del trabajo / Comprado privadamente
		A través del trabajo / Comprado privadamente

B. ¿Tiene seguro médico a través de su trabajo? [ ] Si [ ] No Si es así, por favor complete la lista:

Nombre del miembro de su familia	Nombre del jefe / empleador	Número de teléfono del jefe / empleador	Costo del seguro médico a través de su trabajo	Frecuencia de pago del seguro médico

C. ¿Algún miembro de su familia que está aplicando para CHIP, ha tenido seguro médico en los últimos 90 días? [ ] Si [ ] No
¿Si es así, cuando termino el seguro médico y cual es la razón que el seguro médico fue cancelado? _____

4 Ingresos

Por favor provea los ingresos de todos los miembros de su familia los cuales viven en su casa. (Incluya ingresos de trabajo, pensión, seguro social, desempleo, etc.)

Nombre de la persona que recibió el ingreso	Origen del ingreso y nombre del jefe / empleador	Cantidad de ingreso antes de impuestos por cada periodo de pago	¿Cuantas veces le pagan a usted al mes? O con cual frecuencia le pagan a usted? (Por ejemplo, cada dos semanas, cada quince días, una vez al mes, etc.)	Horas trabajada por cada periodo de pago

Yo entiendo que...

toda la información includia en esta solicitud será verificada por el Departmento de Salud de Utah. Cuando yo complete la solicitud y reciba el seguro médico mi información será comprobada por un sistema de verificación computarizada. Después de la verificación de información que proveo puede resultar que el seguro médico sea negado o quitado de acuerdo con la información que ha sido incluida en esta solicitud.

Yo entiendo que si proveo información falsa puede resultar en acciones criminales, civiles o administrativas en contra mía.

Ségun sea necesario, la información en esta solicitud podrá ser usada para determinar si la persona que esta aplicando reúne los requisitos para Medicaid.

Personas que están aplicado para CHIP tienen que ser ciudadonos de los Estados Unidos o Residente Legales de los Estados Unidos. La persona completando la solicitud no tiene que dar información acerca de la ciudadanía o residencia legal de los miembros de la familia. CHIP verificara los números otorgados de residencia legal con los servicios de ciuadadanía y inmigración de los Estados Unidos (USCIS). CHIP no dará los nombres de miembros indocumentados a USCIS.

Los beneficios son limitados a los que se han incluido en el manual del proveedor del programa. También entiendo que estos manuales pueden ser cambiados sin mi consentimiento.

Yo entiendo que tengo derecho a una audiencia, si no estoy de acuerdo con la decisión tomado acera de solicitud que someto.

El sistema de información de vacunas del estado de Utah, (Utah Statewide Immunization Information System (USIIS)), es un registro de archivo de vacunas de todos los niños. Para mas información, o para sacar el nombre de su niño del USIIS, llame al Immunization Hotline, al 1-800-275-0659.

También entiendo que tengo que avisar a CHIP cualquier de domicilio, miembro de mi familia, y si obtengo otro seguro médico.

CHIP no discrimina ya sea la raza, origen énico, religión, sexo o impedimento de la persona sometiendo esta solicitud.

Yo, _____ juro que la información dada en esta solicitud es la verdad y exacta.

_____
Firma del Solicitante Fecha

No Complete Esta Sección [ ] A [ ] B [ ] M [ ] Denied

_____
Authorized Signature Date

DEPARTAMENTO DE SALUD DE UTAH
DIVISIÓN DE FINANCIAMIENTO DE ASISTENCIA medica

AVISO DE NORMAS DE PRIVACIDAD

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE COMO SU INFORMACIÓN medica PUEDE SER USADA, REVELADA Y COMO UD. PUEDE OBTENERLA. POR FAVOR, LÉALA CON CUIDADO. Efectivo 14 abril 2003.

El Departamento de Salud, División de Financiamiento de Asistencia Medica (Division of Health Care Financing - DHCF) se compromete a proteger su información medica. La ley requiere que DHCF mantenga la privacidad de su información medica, proveerle de este Aviso de Normas de Privacidad y aceptar los términos de la misma.

PRÁCTICAS CONFIDENCIALES Y SUS USOS

El DHCF puede usar su información medica para llevar acabo nuestro trabajo. Ejemplos:

Tratamiento - determinar apropiadamente la aprobación o negación de su tratamiento médico. Por ejemplo, los administradores del DHCF pueden revisar el plan de tratamiento de su proveedor de asistencia medica para la necesidad medica si se trata de un cliente de Medicaid o para servicios cubiertos si se trata de un cliente de PCN o de CHIP.

Pagos - determinar su elegibilidad con Medicaid, PCN o CHIP y pagar a su proveedor de asistencia medica. Por ejemplo, su proveedor médico puede enviar los cobros al DHCF por los servicios médicos que Ud. obtuvo.

Gestiones de Atención Medica - evaluar el desempeño del plan de salud o su proveedor médico. Por ejemplo, DHCF hace contratos con terceros quienes revisan archivos de hospitales y otras organizaciones para determinar la calidad del cuidado que Ud. recibió.

Propósitos de Información - darle buena información tales como planes alternativos de salud, programas de beneficios actuales, exámenes médicos gratis, e información de la protección al consumidor.

SUS DERECHOS INDIVIDUALES

Ud. tiene derecho a:

Solicitar restricciones en como podemos usar y compartir su información medica. Consideraremos toda solicitud de restricciones cuidadosamente pero no estamos sujetos a aceptar ninguna de ellas.

Solicitar que nosotros usemos un numero de teléfono y dirección específicos para comunicarnos con Ud.

Revisar y copiar su información medica incluyendo archivos y cuentas medicas. Posibles cobros. Bajo limitadas circunstancias podríamos negarle acceso a una parte de su información medica y Ud. podría solicitar una revisión de esta negación. *

Solicitar correcciones o agregar nueva información a su archivo. *

Solicitar un resumen de cierta información de salud entregada por nosotros. El resumen no incluye información entregada por tratamiento, pagos, gestiones medicas y alguna información requerida por la ley. Su solicitud debe indicar el periodo de tiempo indicado para este resumen el cual no debe exceder los seis años precedentes a su solicitud y excluye las fechas antes del 14 de abril del 2003. El primer resumen es gratis pero un cobro se aplicará si más de una petición es hecha durante un periodo de doce meses. *

Solicitar copia de este aviso aunque Ud. esté de acuerdo de recibirlo en forma electrónica.

Todas las solicitudes marcadas con asterisco (*) deben ser hechas por escrito. Comuníquese con el Oficial de Privacidad de DHCF para obtener los formularios apropiados de su solicitud.

COMPARTIENDO SU INFORMACIÓN MEDICA

Existen limitadas situaciones donde se nos permite o requiere revelar información medica sin su firma de autorización. Estas situaciones incluyen actividades necesarias para administrar los programas de Medicaid, PCN, CHIP y los siguientes:

Para propósitos de salud pública tales como el reportar enfermedades contagiosas, enfermedades relacionadas con el trabajo, u otras enfermedades y accidentes que la ley permite reportar; reportar nacimientos y defunciones; y reportar reacciones a medicamentos y problemas con aparatos médicos

Proteger a las víctimas de abuso, negligencia, o violencia doméstica

Para supervisar actividades de salud tales como investigaciones, auditorias, e inspecciones

Por demandas o procedimientos similares

Cuando es requerido por la ley

Cuando es solicitado por oficiales de la ley u orden judicial

A médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias

Para donación de órganos y tejidos

Para investigación aprobadas por nuestro proceso de revisión bajo estrictas guías federales

Para disminuir o prevenir una serie de amenaza a la salud pública y seguridad

Para compensación al trabajador u otros programas similares si Ud. fue accidentado en el trabajo

Para funciones especializadas del gobierno tales como inteligencia y seguridad nacional

Otros usos e informaciones no descritas en este informe requiere su autorización firmada. Ud. puede revocar su autorización en cualquier momento con una nota por escrito.

NUESTRAS RESPONSABILIDADES DE PRIVACIDAD

DHCF es requerido por ley:

Mantener la privacidad de su información medica

Proveer esta información que describe las maneras en que nosotros podemos usar y compartir su información medica

Continuar los términos de esta información actualmente en efecto
Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso en cualquier momento y hacer un nuevo Aviso de Normas de Privacidad de toda la información que tenemos. Avisos actuales serán publicados en las oficinas de DHCF y en nuestra página electrónica, http://health.utah.gov/hipaa. También puede solicitar copia de cualquier aviso contactando a su Oficial de Privacidad de DHCF a continuación:

PARA CONTACTARNOS

Si Ud. desea más información respecto a sus derechos de privacidad, o piensa que sus derechos de privacidad fueron violados, o no está de acuerdo con una decisión que nosotros tomamos para obtener su información medica, clientes del Medicaid, PCN y CHIP deben contactar al Oficial de Privacidad de DHCF, Craig Devashrayee, 801-538-6641; 288 North 1460 West, 3rd floor, PO Box 143102, Salt Lake City, Utah, 84114-3102; cdevashrayee@utah.gov.

Investigaremos todos los reclamos y no tomaremos en su contra por dichos reclamos.

Ud también puede enviar un reclamo por escrito a la Oficina de los Derechos Civiles:

Office of Civil Rights, 200 Independence Ave, S.W. Room 509F HHH Bldg., Washington, DC 20201.