DOH/61BOA-sp 01/08

Enviar este formulario a:
DWS/CIU
PO Box 143245
SLC, UT 84114-3245
Fax: 801-526-9500

Utah's Job Connection

Solicitud

CHIP • PCN • UPP

Date Received

Case #: _____

1 ¿Qué debo hacer?

- ☐ Llenar esta solicitud y enviarla.
- ☐ Solicitar a su empleador o representante de Recursos Humanos que llene el "Employer's Health Insurance Form" (adjunto) y lo envíe.
- ☐ Espere a ser contactado por la oficina de admisión de su zona en las próximas dos semanas. **Usted será considerado para todos los programas que tengan inscripciones abiertas ahora.**
- ☐ Esté preparado para presentar comprobantes de ingresos.

2 Información Personal

Nombre:_____
primer nombre segundo (inicial) apellido (de soltera) apellido (de casada)

Domicilio: _____
calle apto. ciudad estado código postal

Domicilio de Correo: _____
calle apto. ciudad estado código postal

Número de Teléfono: (_____)_____ Durante el Día/Celular: (_____)_____

Correo-electrónico:(opcional)_____

3 Información de La Familia

Detalle las personas que viven con usted en su hogar, comenzando con usted mismo. (Espacio libre extra disponible en la parte de atrás del formulario.)

Nombre (completo)	Parentesco (cónyuge, hijo)	*Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento mes/día/año	Sexo (m/f)	Raza **	Étnica **	Estado Civil **	*Ciudadano EEUU o Extranjero Legal "ID"
(Empiece con usted mismo.)	Yo mismo							☐Ciudadano ☐EL #_____
								☐Ciudadano ☐EL #_____
								☐Ciudadano ☐EL #_____
								☐Ciudadano ☐EL #_____
								☐Ciudadano ☐EL #_____
								☐Ciudadano ☐EL #_____
								☐Ciudadano ☐EL #_____

*El Número de Seguro Social y ciudadanía son necesarios sólo para las personas que están solicitando beneficios. Es opcional para los niños.

Códigos de raza: **AI-Indio Americano/Nativo de Alaska, **AS**-Asiático, **BL**-Negro o Afro-Americano, **PI**-Islas Pacíficas, **WH**-Blanco. (Se puede elegir más de uno.)

Códigos de etnicidad: **H**-Hispano o Latino, **N**-No Hispano o Latino

Estado civil: Soltero, Casado, Divorciado, Viudo, etc

4 Ingresos

Detalle cualquier ingreso recibido por todos los miembros de su núcleo familiar. Algunos ejemplos incluyen ingresos por pensión alimenticia, subsidio de menores, desempleo, seguridad social, beneficios VA, pensiones, etc. (Espacio libre extra en la parte de atrás del formulario.)

Persona que recibe dinero (nombre)	Nombre del empleador u Otro tipo de ingreso	Indice de ingresos antes de pagar los impuestos ($900/mensual, $6/por hora, etc.)	Horas trabajadas por semana	Frecuencia de pago (por semana, por quincena, bimensual, por mes, etc.)
		/		
		/		

5 Otra Información

☐Sí ☐No A. ¿Todos los miembros de su núcleo familiar son residentes de Utah?

☐Sí ☐No B. ¿Usted o su cónyuge tienen acceso a un plan de seguro de salud del empleador?

☐Sí ☐No C. ¿Alguno de los miembros de su núcleo familiar está afiliado actualmente a un plan de seguro de salud? En caso de ser así: Nombre(s)_____
¿Cuándo comenzó la cobertura del plan? (mes/ día/ año)_____

☐Sí ☐No D. ¿Alguno de los miembros de su núcleo familiar canceló/ cambió el seguro de salud en los últimos seis meses? En caso de ser así: Nombre(s) _____
¿Cuándo fue cancelado/ cambiado el seguro? (mes/día/año) _____
¿Por qué motivo fue cancelado/ cambiado el seguro? _____
Nombre de la compañía de seguros: _____Teléfono:_____

☐Sí ☐No E. ¿Usted o su cónyuge han servido en algún momento al servicio militar de los Estados Unidos?
Si la respuesta es sí: Nombre(s)_____Fecha de servicio: _____

☐Sí ☐No F. ¿Alguno de los adultos (de 19 años o más) de su núcleo familiar es estudiante de tiempo completo?
En caso de ser así: Nombre(s) _____Escuela(s)_____

☐Sí ☐No G. ¿Algún miembro de su núcleo familiar está embarazada o planeando adoptar un niño en los próximos 60 días?
En caso de ser así: Nombre(s) _____Fecha de parto/ adopción _____

☐Sí ☐No H. ¿Algún miembro de su núcleo familiar es discapacitado(a)?
En caso de ser así: Nombre(s) _____

☐Sí ☐No I. ¿Hay más de $3,000 en bienes en su casa?

☐Sí ☐No J. ¿Su familia posee más de 500 dólares en ingresos por intereses sujetos a impuestos anuales?

☐Sí ☐No K. Yo tengo el formulario para el seguro de salud del empleador (última página) y se lo llevaré a mi empleador.

L. ¿Cuál es el idioma de preferencia de su familia? _____

Información para el Registro de Votantes

☐Sí ☐No Si usted no está registrado para votar donde vive ahora, le gustaría solicitar su registro para votar aquí hoy? Si no elige ninguna de las dos opciones, asumiremos que ha decidido no registrarse para votar en este momento. Puede llenar la solicitud en privado. Si desea asistencia para llenar la solicitud para el registro de votantes, lo ayudaremos. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Escoger, registrarse o negarse a registrarse para votar no afectará la cantidad de asistencia que le brindará ésta agencia. Si usted cree que alguien ha interferido con su derecho a registrarse, su derecho a negarse a registrarse para votar, su derecho a privacidad en la decisión de registrarse o solicitar registrarse para votar, o su derecho a escoger el partido político de su preferencia u otras preferencias políticas, puede presentar una queja con el Lt. Governor, State of Utah, PO Box 142220, SLC, UT 84114.

6 Entiendo que:

- ☐ Aseguro que todos los miembros del núcleo familiar solicitando covertura médica o reembolso son ciudadanos estadounidenses o extranjeros en estado migratorio legal a no ser que este solicitando solamente asistencia médica urgente. Entiendo que no debo proporcionar información sobre la ciudadanía de los miembros del grupo familiar que no están solicitando covertura médica o reembolso. El Departamento de Workforce Services (DWS) verificará los números de registros de los extranjeros con los Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS.) DWS no reportará al USCIS a miembros del grupo familiar indocumentados.
- ☐ DWS no discrimina basándose en la raza, grupo étnico, religión, sexo o discapacidad.
- ☐ Autorizo que se verifique la información presentada en este formulario cuando aplico y luego de haber recibido los beneficios. DWS puede intercambiar información con mi proveedor de seguro de salud y/ o mi empleador durante el período en que recibo los beneficios del programa.
- ☐ Autorizo a cualquier persona u organización a entregar informes médicos o información sobre mi salud o la salud de mis dependientes a DWS o designada. El Departamento de Salud de Utah (UDOH) y DWS pueden brindarle a mi médico información sobre mi elegibilidad para beneficios médicos.
- ☐ Debo informar de cualquier cambio en mi domicilio, número de teléfono, tamaño familiar y acceso a cobertura a través de otro plan de seguro de salud.
- ☐ Los beneficios médicos que recibo están limitados a los beneficios que se describen en el manual del proveedor establecido para el programa, en caso de ser aplicable. Acepto que estos manuales pueden ser modificados sin mi consentimiento o consideración.
- ☐ Los beneficios que tengo derecho a recibir pueden ser cambiados sin mi conocimiento o consentimiento. Acepto la responsabilidad de cualquier co-pago a los proveedores en el momento del servicio médico a menos que yo esté exento de dichos co-pagos.
- ☐ Si recibo una tarjeta médica, permitiré su uso sólo a las personas cuyo nombre está en la tarjeta médica.
- ☐ Acepto colaborar con el estado de Utah para establecer apoyo médico para mi familia y en la persecución de terceras partes responsables por gastos médicos. Acepto cooperar con el estado de Utah para establecer y recaudar pensión alimenticia y subsidio de menores para mi familia a menos que tenga una buena causa.
- ☐ En caso de ser necesario, la información en esta solicitud puede ser utilizada para determinar elegibilidad para Medicaid.
- ☐ Mis beneficios pueden ser reducidos, denegados, o cancelados a causa de información reportada. Entiendo que otorgar cualquier tipo de información falsa o no reportar cambios puede resultar en acción legal por fraude.
- ☐ Si recibo beneficios que no me corresponden, seré responsable por el pago de los mismos. Si UDOH paga por mi asistencia médico, le asigno mis derechos a pagos de terceras partes y beneficios por servicios médicos. Le daré a UDOH cualquier suma de dinero que cobre de una póliza de seguros o de alguien con la obligación de pagar por mis gastos médicos. Autorizo el pago directo a DWS o la Oficina de Servicios de Recaudación y no hago responsables a terceros que realizan los pagos.
- ☐ Puedo solicitar una audiencia justa si estoy en desacuerdo con la decisión tomada sobre esta solicitud.
- ☐ El sistema estatal de Utah de información de inmunización (USIIS) es un registro que guarda informes completos y actualizados de la historia de inmunización de sus hijos. Para más información, o para retirar a su hijo de USIIS, llame a la línea telefónica gratuita de Inmunización al 1-800-275-0659.
- ☐ Si fallecemos mi esposo y yo, el estado tiene derecho a recaudar de mi patrimonio todo el dinero gastado para pagar mis cuentas médicas si recibo PCN o Medicaid en cualquier momento mientras tengo 55 años de edad o más.
- ☐ Acepto seguir las reglas de UDOH. Mi cónyuge y/ o niños, en caso de ser aplicable, también aceptan estas reglas.

Yo, (nombre completo)_____, leí o hice que me leyeran las declaraciones en ésta página. Entiendo dichas declaraciones. Bajo pena de perjurio, juro que las respuestas que di en ésta solicitud son completas y correctas. Soy la persona representada por la firma en este documento.

_____ _____

Firma del Solicitante o Representante Fecha

☐Sí ☐No Quisiera que mi representante también reciba información sobre mi caso.

Nombre, dirección, teléfono: _____

_____

Información Adicional de la Familia

Nombre (completo)	Paren-tesco (cónyuge, hijo)	*Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento mes/día/año	Sexo (m/ f)	Raza **	Ét-nica **	Estado Civil **	*Ciudadano EEUU o Extranjero Legal "ID"
								☐Ciudadano ☐EL #_____
								☐Ciudadano ☐EL #_____
								☐Ciudadano ☐EL #_____
								☐Ciudadano ☐EL #_____
								☐Ciudadano ☐EL #_____
								☐Ciudadano ☐EL #_____
								☐Ciudadano ☐EL #_____
								☐Ciudadano ☐EL #_____

Ingresos Adicionales

Persona que recibe dinero (nombre)	Nombre del empleador u Otro tipo de ingreso	Indice de ingresos antes de pagar los impuestos ($900/ mensual, $6/por hora, etc.)	Horas trabajadas por semana	Frecuencia de pago (por semana, por quincena, bimensual, por mes, etc.)
		/		
		/		
		/		
		/		
		/		
		/		

Utah's Job Connection

Employer's Health Insurance Information

Date Received

Case #: _____

- ☐ This form MUST be completed by your employer or your company's Human Resources representative. Any blanks left on this form may delay the process.
- ☐ A form must be completed for each employed household member.

1 General Information

Employee Name : _____ SSN: _____

Company Name: _____ EIN: _____

☐Yes ☐No A. Does your company offer health insurance? If no, skip to section 4. Sign and return the form.

☐Yes ☐No B. Is the employee eligible to enroll in any insurance plan offered?
If no, please explain: _____
If yes, when is/was the employee eligible to enroll? (mm/dd/yy) _____

☐Yes ☐No C. Is the employee or any family member enrolled in any insurance plan offered?
If yes, name(s) of persons enrolled: _____
_____
_____

☐Yes ☐No D. Has this employee or any family member dropped/changed coverage in the last six months?
If yes, name(s): _____
If yes, when did coverage end/change? (mm/dd/yy) _____

2 Least Expensive Plan

Questions below refer to the ***least expensive*** plan offered at your company.

☐Yes ☐No A. Does the employee have to enroll in order to add their dependent(s)?

B. When will/did coverage begin? (mm/dd/yy) _____

C. When does the company's next open enrollment begin? (mm/dd/yy) _____

D. Complete the chart below. **Do not** include the cost of dental, vision or other coverage if it is separate.

Monthly Premium		
	Employee's Portion	Company's Portion
Employee	$	$
Employee + spouse	$	
Employee + child	$	
Family	$	

E. Please list the yearly health plan deductible (not the "out of pocket" cost or hospital deductible).
Individual amount $_____ Family amount $_____

☐Yes ☐No F. Does the plan pay for any services (doctor, pharmacy, etc.) before the employee has met the deductible listed above?

(continued)

3 Employee's Health Plan Choice

Questions below refer to the plan the employee has selected. Questions B-G refer to "in-network" benefits.

A. Insurance company and plan name: _____

☐Yes ☐No B. Is the deductible $1000 or less per individual?

☐Yes ☐No C. Does the plan pay at least 70% of an inpatient stay (after the deductible)?

☐Yes ☐No D. Is the lifetime maximum benefit $1,000,000 or more?

E. What benefits are covered under this plan? (Check all that apply.)

☐ Physician visits ☐ Hospital inpatient services ☐ Pharmacy/Rx
☐ Well child exams ☐ Child immunizations

F. Complete this chart only if it is different from the chart on the front page (section 2). **Do not** include the cost of dental, vision or other coverage if it is separate.

Monthly Premium		
	Employee's Portion	Company's Portion
Employee	$	$
Employee + spouse	$	
Employee + child	$	
Family	$	

☐Yes ☐No G. Are the employee's children currently enrolled or do they plan to enroll in your company's dental plan? If yes, name(s):_____

4 Signature

I certify that I am a representative of the Human Resource Department, or that I am the health insurance contact person. The information on this form is true and correct to the best of my knowledge.

Signature: _____ Date: _____

Name (please print): _____

Title: _____ Phone: _____

Please return completed form to:

DWS/CIU
PO Box 143245
SLC, UT 84114-3245
Fax: 801-526-9500