

4 Ingresos

Por favor detalle cualquier ingreso recibido por las personas que habitan en su hogar.
Incluya ingresos por salarios, pensiones, seguro social, compensación por desempleo, etc.

Nombre de la persona que recieve el dinero	Nombre del empleador o fuente de ingreso	Cantidad antes de impuestos por período de pago	Frecuencia de pago (cada dos semanas, cada quince días, etc.)	# de horas por período de pago

5 Seguros

- a. ¿Su empleador ofrece seguro de salud? Sí No
- b. ¿Tiene un plan de seguro de salud? Sí No
Si la respuesta es Sí, en qué fecha comenzó la cobertura? (mes/día/año) _____
- c. ¿Canceló/ cambió su seguro de salud en los últimos 90 días? Sí No
Si la respuesta es Sí, cuándo lo canceló? _____ ¿Cuándo lo cambió? _____
- d. ¿Usted o su cónyuge han servido al servicio militar en algún momento? Sí No
Si la respuesta es Sí, quién? _____ Fecha de Servicio _____

Acepto:

- Aseguro que todos los miembros del núcleo familiar solicitando UPP son ciudadanos estadounidenses o extranjeros en estado migratorio legal. Entiendo que no debo proporcionar información sobre la ciudadanía de los miembros del grupo familiar que no están solicitando UPP. UPP verificará los números de registros de los extranjeros con los Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS.) UPP no reportará al USCIS a miembros del grupo familiar indocumentados.
- Acepto seguir las reglas de UPP. Mi cónyuge y niños, en caso de corresponder, también aceptan seguir dichas reglas. Si recibo beneficios que no me corresponden, seré responsable del pago a UPP por los mismos.
- Doy autorización para que la información detallada en este formulario sea verificada. UPP puede intercambiar información con mi proveedor de seguro de salud y/ o mi empleador durante el período en que reciba beneficios del programa.
- 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. Entiendo que puedo solicitar una audiencia justa si estoy en desacuerdo con la decisión tomada sobre esta solicitud.

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

Información para el Registro de Votantes

Si usted no está registrado para votar donde vive ahora, le gustaría solicitar su registro para votar aquí hoy? Sí No
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.

Aviso de Prácticas de Privacidad

Este aviso describe como puede ser utilizada y divulgada su información médica y como puede usted acceder a dicha información. Por favor, revise con atención. Efectivo: 04/ 14/ 2003

El Departamento de Salud de Utah, División de Financiamiento de Atención Médica (DHCF) está comprometido a proteger su información médica. DHCF tiene la obligación, por ley, de mantener la privacidad de su información médica, de hacerle llegar este aviso, y de respetar los términos de este aviso.

Prácticas y Usos de Confidencialidad/ Privacidad

DHCF puede utilizar su información médica para el manejo de nuestro negocio. Ejemplos:

Tratamiento – para determinar apropiadamente la aprobación o denegación de su tratamiento médico. Por ejemplo, los profesionales de la salud de DHCF pueden revisar el plan de tratamiento de su proveedor de atención médica por necesidades médicas si usted es receptor de Medicaid, o por servicios enumerados en el programa si usted es receptor de Primary Care Network (PCN) o receptor del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) or receptor de UPP.

Pago – para determinar su elegibilidad en los programas Medicaid, PCN, CHIP o UPP y realizar pagos a su proveedor de atención médica. Por ejemplo, su proveedor de atención médica puede enviar reclamos de pago al DHCF por servicios médicos prestados a usted, en caso de ser correspondientes.

Operaciones de Atención Médica – para evaluar el desempeño de un plan de salud o de un proveedor de atención médica. Por ejemplo, los contratos de DHCF con consultores que revisan los registros de hospitales y otras organizaciones para determinar la calidad de servicio que usted ha recibido.

Finalidad Informativa – para darle a usted información útil tal como opciones de planes de salud, actualización de los beneficios del programa, exámenes médicos gratis e información de protección al consumidor.

Sus Derechos Individuales

Usted tiene derecho a:

Solicitar restricciones en el uso y divulgación de su información médica. Consideraremos cuidadosamente todas las solicitudes de restricción, pero no tenemos la obligación de aceptar ninguna restricción.

Solicitar que utilicemos un número de teléfono o domicilio específico para comunicarnos con usted.

Inspeccionar y copiar su información médica, incluyendo registros médicos y de cuentas. Pueden existir costos. Bajo circunstancias limitadas, podemos negarle el acceso a una parte de su información médica y usted puede solicitar una revisión de la negación*

Solicitar un detalle de ciertas divulgaciones de su información médica hechas por nosotros. El detalle no incluye divulgaciones hechas para tratamientos, pagos, y operaciones de atención médica y algunas divulgaciones requeridas por la ley. Su solicitud debe detallar el período de tiempo deseado para el detalle que debe ser dentro de los seis años previos a su solicitud y excluir fechas previas al 14 de Abril de 2003. El primer detalle es gratis pero se recargará un costo si se realiza más de una solicitud en un período de 12 meses*

Solicitar una copia en papel de este aviso, aun si usted aceptó recibirlo en forma electrónica.

* Las solicitudes marcadas con un asterisco (*) deben ser hechas por escrito. Contacte al Oficial de Privacidad de DHCF para recibir el formulario correcto para su solicitud.

Compartiendo Su Información Médica

Existen situaciones limitadas en las cuales tenemos permitido o estamos obligados a divulgar información médica sin su autorización firmada. Estas situaciones incluyen actividades necesarias para la administración de los programas Medicaid, PCN, CHIP y UPP y lo siguiente:

Para propósitos de salud pública tales como el reporte de enfermedades contagiosas, enfermedades relacionadas con el trabajo, u otras enfermedades o lesiones permitidas por ley; informar nacimientos y muertes; e informar reacciones a drogas y problemas con aparatos médicos.

Para proteger a las víctimas de abuso, negligencia, o violencia doméstica.

Para actividades médicas de supervisión tales como investigaciones, auditorías, e inspecciones.

Para juicios y procedimientos similares.

Cuando es requerido por la ley.

Cuando es solicitado por los agentes de la ley por requerimiento de la ley o por orden de la corte.

Para médicos forenses, examinadores médicos, y directores funerarios.

Para donaciones de órganos y tejidos.

Para investigaciones aprobadas por nuestro proceso de revisión bajo estrictas normas federales.

Para reducir o prevenir una seria amenaza a la salud y la seguridad pública.

Para compensaciones a trabajadores u otros programas similares si se lesiona en el trabajo.

Para funciones especiales del gobierno tales como de inteligencia y seguridad nacional.

Todos los demás usos y divulgaciones no mencionados en este aviso, requieren su autorización firmada.

Usted puede revocar su autorización en cualquier momento con una declaración por escrito.

Nuestras Responsabilidades de Privacidad

Por ley, DHCF debe:

Mantener la privacidad de su información médica.

Proveer este aviso que describe las formas en que podemos utilizar y divulgar su información médica.

Respetar los términos del aviso actualmente en efecto.

Nos reservamos el derecho a efectuar cambios a este aviso en cualquier momento y validar las nuevas prácticas de privacidad para toda la información que guardamos. Los avisos actuales serán publicados en las oficinas de DHCF y en el portal de Internet, <http://health.utah.gov/hipaa>. Además, usted puede solicitar una copia de cualquier aviso al Oficial de Privacidad de DHCF que se detalla a continuación.

Contáctenos

Si desea recibir más información acerca de sus derechos de privacidad, le preocupa que sus derechos de privacidad han sido violados, o está en desacuerdo con una decisión que tomamos sobre el acceso a su información médica, los receptores de Medicaid, PCN, CHIP y UPP 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 todas las quejas y no tomaremos represalias contra usted por haber presentado una queja. También puede presentar una queja por escrito en la Oficina de Derechos Civiles, 200 Independence Avenue, S.W. Room 509F HHH Bldg., Washington, DC 20201.



Employer's Health Insurance Information

- This form **MUST** be completed by your employer or your company's Human Resources representative
- This form must be completed for each employed household member

Employee Name : _____ SSN: _____

Company Name: _____ EIN: _____

Yes No 1. Does your company offer health insurance? (If no, please sign the back and return the form.)

Yes No 2. Is the employee able to enroll in any insurance plan offered? If no, please explain:

Yes No 3. Is the employee (or any family member) enrolled in any insurance plan offered?

If yes, please list the names of persons enrolled:

Yes No 4. Has this employee (or any family member) dropped/changed coverage in the last six months? If yes, please list the name(s): _____

Date coverage ended/changed (mm/dd/yy): _____

For questions 5-10, please give information on the LEAST EXPENSIVE plan offered.

Yes No 5. Does the employee have to enroll in order to add their dependents(s)?

6. Date the employee is eligible to sign up for insurance (mm/dd/yy): _____

7. Date coverage will begin (mm/dd/yy): _____

8. Date of next open enrollment, if applicable (mm/dd/yy): _____

9. a) Please complete the chart below regarding the cost of health insurance. **Do NOT include** the cost of dental, vision, or other coverage, if it is separate.

b) Employee's costs are withheld: Monthly Twice a month Every two weeks Weekly

	Employee Cost	Employer Cost (per month)
Employee	\$	\$
Employee + spouse	\$	
Employee + 1 dependent	\$	
Employee + 2 dependents	\$	
Family	\$	

Yes No 10. Is there a yearly deductible that must be met before any claims are paid under this plan?

If yes, amount: \$ _____

For questions 11-17, please give information on the plan the employee has selected. If it is the same plan as in questions 5-11, you do not need to complete the chart in question 16. Questions 12-15 refer to “in-network” benefits.

11. Insurance company and plan name: _____
- Yes No 12. Is the deductible \$1000 or less per person?
- Yes No 13. Does the plan pay at least 70% of an inpatient stay (after the deductible)?
- Yes No 14. Is the lifetime maximum benefit \$1,000,000 or more?
15. What benefits are covered under this plan? (Check all that are covered.)
- Physician visits Hospital inpatient services Pharmacy
- Well child exams Child immunizations
16. a) For this plan, please complete the chart below regarding the cost of health insurance. Do **NOT** include the cost of dental, vision, or other coverage, if it is separate.
- b) Employee’s costs are withheld: Monthly Twice a month Every two weeks Weekly

	Employee Cost	Employer Cost (per month)
Employee	\$	\$
Employee + spouse	\$	
Employee + 1 dependent	\$	
Employee + 2 dependents	\$	
Family	\$	

- Yes No 17. Is dental coverage offered for the employee’s children?
- If yes, please list the names of children enrolled: _____

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: _____

Return completed form to:

UDOH BOA
 PO Box 144102
 Salt Lake City, UT 84114-4102
 Fax: 801-538-6860

Or fax to: _____

If you have questions, contact: _____ at _____