



¿Qué es COVERKIDS?

CoverKids es un programa de cobertura completa de salud para niños y mujeres embarazadas que no pueden pagar un seguro de salud patrocinado por un empleador o un seguro de salud individual o que ganan mucho dinero para ser elegibles para TennCare. CoverKids provee beneficios médicos y visuales gratuitos. ¡El cuidado de salud preventivo es gratis! Las visitas médicas y los medicamentos tienen un co-pago muy bajo.

Niños(as) pueden obtener esta cobertura si:

- Son menores de 19 años de edad el fecha de la solicitud.
- Son residentes de Tennessee.
- No han tenido ningún tipo de cobertura en los últimos tres meses.
- No tienen acceso a un seguro de salud patrocinado por el estado.
- No son elegibles o no están inscritos en TennCare. Esto no es TennCare. Las solicitudes se revisarán primeramente para la posibilidad de elegibilidad para TennCare. Si resulta que el niño es elegible para TennCare, se le pedirá a la persona que complete una solicitud para TennCare. Las familias pueden recibir asistencia para completar la solicitud de TennCare.
- Son ciudadanos de los Estados Unidos o extranjero calificados. Ejemplos de los documentos que prueban el estado de calificación de extranjero incluyen: formulario I-551 o formulario I-94.
- **CoverKids debe ser su único plan de salud. Para obtener beneficios, su niño o niña no puede ser parte de cualquier otro plan. Usted no puede utilizar a CoverKids como un plan de salud secundario.**

Mujeres embarazadas pueden obtener esta cobertura si:

- No han tenido cobertura con beneficios de maternidad en los últimos tres meses.
- Son residentes de Tennessee.
- No tienen acceso a un seguro de salud patrocinado por el estado.
- No son elegibles o no están inscritas en TennCare.
- Están en o por debajo del 250% de Nivel de Pobreza Federal (FPL).
- **CoverKids HealthyTNBabies cubre a las mujeres embarazadas que no tienen beneficios de maternidad de salud. Si usted tiene otro plan de salud, usted no puede ser parte de CoverKids HealthTNBabies. Usted no puede utilizar a CoverKids HealthyTNBabies como un plan de salud secundario.**

Si su familia está **bajo** ciertas pautas de ingresos (por debajo del 250% del FPL) y reúne los requisitos de elegibilidad, **no existen pagos de prima mensuales.**

Número de personas en la familia	250% del FPL
1	\$27,925
2	\$37,825
3	\$47,725
4	\$57,625
5	\$67,525
6	\$77,425
7	\$87,325
8	\$97,225
9	\$101,185
10	\$105,145

Su familia todavía puede solicitar para niños que se encuentren **por encima del 250% del FPL**, pero se deben pagar primas mensuales por cada niño que se encuentre **por encima del 250% del FPL.**

¿Necesita Ayuda?

- Si usted es una persona con incapacidad de hablar y oído y necesita asistencia con la lectura y escritura para poder completar esta solicitud, bajo el Acta de Americanos con Incapacidades, le invitamos que llame al 1-866-620-8864. TTY 1-866-447-0272 (Fax 1-866-913-1046) para que nos informe de sus necesidades.
- Si usted tiene alguna pregunta o necesita asistencia para completar este formulario, por favor llamar a CoverKids al 1-866-620-8864 (llamada gratuita). El horario es de lunes a viernes, 7 a.m. a 6 p.m. (Hora Central).
- Disponibles servicio de intérpretes de lenguaje sin costo alguno.

LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SOLICITUD

Antes de enviarla, asegúrese de...

- Completar TODOS los artículos en las secciones 1,2,4,5,6. (La sección 3 se debe completar SOLAMENTE si usted está solicitando beneficios de maternidad para un adulto responsable o niña embarazada)
- Seleccionar “si” por todos los niños por los cuáles está completando la solicitud.
- Suministrarnos con el número de Seguro Social de cada niño por los cuáles está completando la solicitud.
- Incluir copias de documentos que prueben el estado de calificación de extranjero de sus(s) niño, niña o niños si el/ellos no es/son ciudadanos de los Estados Unidos.
- Suministrarnos con toda la información relacionada a sus ingresos.
- Incluir copias de los documentos de tribu reconocidos federalmente si es que el niño(a) o mujer embarazada es Indio Americano/Nativo de Alaska. (Si se reciben estos documentos no habrá un co-pago, de lo contrario, se aplicará un co-pago a bajo costo).
- Incluir copias de las tarjetas de seguro, si es que usted tiene seguro actualmente o si lo ha tenido en los últimos tres meses.
- Incluir copias de las tarjetas de seguro, si es que usted tiene seguro actualmente o si lo ha tenido en los últimos tres meses e incluir una copia de la carta de confirmación si la cobertura fue perdida involuntariamente
- Incluir una carta de negación de DHS (si la solicitud ha sido negada TennCare por DHS) - Envíe la carta de negación de DHS mas reciente con el código o razón.
- Firmar la solicitud.
- Hacerle una copia a esta página para sus archivos.



Sección 3 - Información Acerca del Embarazo y/o Beneficios de Recién Nacido

Sírvase completar esta sección si usted está solicitando beneficios de recién nacido o maternidad para una adulta o niña embarazada. NO la complete si no está embarazada. Continúe a la sección 4. Debe pedirle a su doctor que envíe una carta declarando que está embarazada, cuántos bebés está esperando y la fecha de parto.

Nombre de la persona solicitando beneficios de maternidad:

Primer Nombre	Inicial	Apellido

¿Es usted ciudadana de los Estados Unidos? Sí No (Los bebés nacidos en los Estados Unidos se considerarán ciudadanos).

¿Cuál es la fecha de parto? / / ¿Cuántos bebés está esperando?

¿Tiene usted seguro médico? Sí No
Si contestó que sí, nombre la compañía de seguros _____
(Copie la tarjeta de seguro por delante y por detrás y envíela con su solicitud. Adicionalmente, envíe una copia de la carta de confirmación si la cobertura fue perdida involuntariamente.)

¿Incluye su seguro médico beneficios de maternidad (antes y después del parto)? Sí No

¿Ha tenido usted seguro médico que haya finalizado en los últimos 3 meses? Sí No
(Si contesta que sí, debe enviar una carta con su solicitud, incluyendo el número de póliza, nombre de la compañía de seguros y una explicación por qué finalizó el seguro.)

Si contesta que sí, nombre de la compañía de seguros _____
(Copie la tarjeta de seguro por delante y por detrás y envíela con su solicitud.)

Fecha en que finalizó el seguro: / /

¿Tiene usted el seguro de CoverTN? Sí No

¿Esta usted inscrita en TennCare? Sí No

¿Ha estado usted inscrita en TennCare anteriormente? Sí No Si respondió que si, ¿Cuándo finalizó? / /

Su doctor puede completar la declaración del proveedor ubicada en la siguiente página Web:
http://www.covertn.gov/web/coverkids_app_spanish_provider.pdf



Sección 4 - Ingresos Brutos de la Unidad Familiar (Por favor nombre a todos los que habiten en su casa que reciben ingresos y el origen de los mismos): Sírvase sumar las cantidades de los ingresos mensuales de cada trabajo si tiene más de uno.

Ingresos pueden ser los siguientes:

- | | | | | |
|---|-------------------------------|------------------------------|---|----------------------------------|
| 1. Sueldos pagados | 4. Compensación al trabajador | 8. Ingresos por interés | 12. Efectivo que reciben de lo familiares y amigos | 16. Beneficios del Seguro Social |
| 2. Ingresos de empleado por cuenta propia | 5. Asignación militar | 9. Familias Primero | 13. Ingresos del Suplemento del Seguro Social (SSI) | 17. Otro (sírvase especificar): |
| 3. Beneficios de desempleo | 6. Beneficios de veteranos | 10. Beneficios de huelga | 14. Seguro de Sobrevivientes Retirados Incapacitados (RSDI) | |
| | 7. Beneficios de retiro | 11. Ingresos por inversiones | 15. Ingresos por rentas pagados a usted | |

Nombre de la persona que recibe ingresos	Tipo de Ingresos (Llene con los números de la lista de arriba)	Cantidad Bruta Mensual (Antes de impuestos)	Si es empleado por cuenta propia, cantidad mensual de deducciones de Impuestos Federales. Tales como estimado de impuestos, el cual incluye el impuesto que usted le paga al Gobierno Federal y los impuestos de empleado por cuenta propia.



Sección 5 - Cuidado y Manutención de niños(as)

Si usted paga manutención por niños que no viven con usted, escriba el nombre de cada niño y la cantidad que usted paga por cada uno cada mes.

Nombre del Niño (Primer Nombre y Apellido)	Cantidad PAGADA Mensualmente (El niño que NO habita con usted)
	\$ _____ cantidad pagada ¿Quién paga? Adulto Responsable/Padre 1 <input type="checkbox"/> Adulto Responsable/Padre 2 <input type="checkbox"/>
	\$ _____ cantidad pagada ¿Quién paga? Adulto Responsable/Padre 1 <input type="checkbox"/> Adulto Responsable/Padre 2 <input type="checkbox"/>
	\$ _____ cantidad pagada ¿Quién paga? Adulto Responsable/Padre 1 <input type="checkbox"/> Adulto Responsable/Padre 2 <input type="checkbox"/>
	\$ _____ cantidad pagada ¿Quién paga? Adulto Responsable/Padre 1 <input type="checkbox"/> Adulto Responsable/Padre 2 <input type="checkbox"/>

Queremos saber acerca de el/los niño(s) que vive(n) con usted. Indique abajo si usted esta pagando servicios de guardería (sí o no) y si usted recibe manutención por algún niño nombrado (sírvase indicar la cantidad)

Nombre del Niño (Primer Nombre y Apellido)	Guardería	Cantidad Recibida Mensualmente (El niño que habita CON usted)
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$ _____
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$ _____
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$ _____



Sección 6 - Certificación, Entendimiento, y Autorización

- ◆ Entiendo que la firma de esta autorización es requerida para la matriculación en este plan de salud.
- ◆ Entiendo que si por mi propia falta recibo más beneficios de los cuáles tengo derecho, podría tener que pagar cualquier beneficio adicional.
- ◆ La Administración de Beneficios no apoya ninguna práctica que excluya la participación en los programas o niegue los beneficios de dichos programas basado en la raza, el color, o nacionalidad. Si usted tiene alguna queja en referencia a la discriminación, favor llamar al 1-855-286-9085 *TTY: 1-877-779-3103.
- ◆ Entiendo que la inscripción en CoverKids continuará por 12 meses a menos que ocurra cualquiera de los siguiente: el niño cumpla los 19 años de edad; el niño o la mujer embarazada obtenga acceso a un seguro médico patrocinado por el Estado a través de un miembro de la familia o por ser empleada por una agencia pública; el beneficiario de CoverKids es matriculado en una cobertura individual o de grupo; para mujeres matriculadas debido a embarazo, a los 60 días después que el embarazo finalice; la familia no cumple con los pagos de primas para el programa de CoverKids; una auditoría o entrevista periódica que indique que el beneficiario de CoverKids no es elegible; el beneficiario de CoverKids fallezca; o por alguna otra razón.
- ◆ Entiendo que pueden hacer chequeos computarizados para verificar la información que he suministrado en esta solicitud.
- ◆ Entiendo que puedo reportar cualquier sospecha de fraude o abuso al llamar gratuitamente al 1-866-795-1977 o al (615)253-9955.
- ◆ Al firmar, usted confirma que ha leído y aceptado estas declaraciones y que bajo su conocimiento la información que ha suministrado es la correcta. También al firmar, usted nos da autorización a revelar la información de salud privada tal como está descrita a continuación. Favor leer antes de firmar.

Al firmar, usted confirma que leyó y aceptó estas declaraciones y que bajo su conocimiento la información que suministró es la correcta. También al firmar, usted nos da autorización a revelar la información de salud privada tal como está descrita a continuación:

Sírvase leer antes de firmar.

Permiso para Compartir Información de Salud Privada:

- Estoy de acuerdo que la información, tanto mía como la de de mis hijos, se podrá compartir entre CoverKids, el Departamento de Servicios Humanos de Tennessee, el Inspector General de Tennessee, TennCare y otras agencias federales y estatales y sus contratistas. Se podrá compartir la siguiente información:
 - Números de Seguro Social;
 - Información de sus ingresos;
 - Información de salud; y
 - Información de elegibilidad, que incluye información acerca de mi lugar de domicilio; si tengo seguro médico; si la persona que está solicitando CoverKids es ciudadana de los Estados Unidos; y quién habita en mi casa.
- Esta información se necesita compartir para chequear su elegibilidad para CoverKids y/o negación o elegibilidad para otros programas federales y estatales que incluyen TennCare, Medicaid y otros programas del Título V como el programa de Servicios Especiales para Niños.
- Adicionalmente, esta información se puede utilizar con el propósito de auditorías y para manejar los negocios de CoverKids, que pueden incluir hacer pagos a los proveedores de los servicios de salud y evaluar el desempeño del plan de salud o del proveedor de los servicios de salud.
- Estoy de acuerdo en nombre mío (y de mi hijo (os), si aplica), en compartir la información antes mencionada.
- En el nombre de mis hijos (si aplica) y en el mío propio, estoy de acuerdo en compartir la información antes mencionada.
- Yo entiendo que no tengo que firmar esta formulario, sin embargo, si no firmo este formulario o si retiro mi permiso, puede ser que CoverKids no pueda determinar si mis hijos o yo soy/somos elegible(s) y nos pueden negar la elegibilidad a mis hijos y a mí para recibir los beneficios mencionados.
- He visto la información en este convenio y entiendo que puedo recibir una copia de dicho convenio firmado al solicitarlo al Contratista Administrativo de CoverKids, Policy- Studies, Inc. (PSI) al 1-866-620-8864.
- Yo entiendo que este Permiso es válido a partir de la fecha en que se firme. Esta autorización es válida hasta que todos los miembros de la familia incluidos en esta solicitud finalicen la participación en CoverKids.
- Yo entiendo que si la persona u organización autorizada a recibir esta información no pertenece a un plan de salud o es un proveedor de cuidados de salud, puede ser que la información suministrada deje de estar protegida por las regulaciones federales de privacidad.
- He leído, o alguien me ha leído, la información mencionada anteriormente, y entiendo como se usará mi información privada de salud. Esta autorización es válida hasta que todos los miembros de la familia incluidos en esta solicitud finalicen su participación en CoverKids.

1er Adulto Responsable _____ Día: ____ / ____ / ____
(Requerido)

2do Adulto Responsable _____ Día: ____ / ____ / ____
(Sugerido pero no Requerido.)

Authority: Titles XIX and XXI of the Social Security Act. Completion of this form is required to enroll in a health plan. Policy Studies, Inc. (PSI) is the Administrative Services Contractor for CoverKids, under contract with Benefits Administration.

SOLAMENTE PARA USO OFICIAL

Número de identificación de la entidad certificada: _____

TIEMPO DE PROCESAMIENTO DE LA SOLICITUD

Si su solicitud está completa, su familia debe recibir notificación en el transcurso de 10 días hábiles en la que su aplicación fue recibida y esta siendo tramitada para elegibilidad.

Una vez que la solicitud esté completa y firmada,
envíela con los
documentos requeridos a:

CoverKids
P. O. Box 182261
Chattanooga, TN 37422-7261

Si usted tiene alguna pregunta o necesita ayuda llenando este formulario, por favor llame a CoverKids al 1-866-620-8864 (la llamada es gratis). Las horas son de Lunes a Viernes, de 7 a.m. a 6 p.m. (Hora Central).

✓ **CoverKids debe ser su único plan de salud. Para obtener beneficios, su niño o niña no puede ser parte de cualquier otro plan. Usted no puede utilizar a CoverKids como un plan de salud secundario.**

✓ **CoverKids HealthyTNBabies cubre a las mujeres embarazadas que no tienen beneficios de maternidad de salud. Si usted tiene otro plan de salud, usted no puede ser parte de CoverKids HealthTNBabies. Usted no puede utilizar a CoverKids HealthyTNBabies como un plan de salud secundario.**

COVERKids