

Solicitud de Cobertura de Los Costos de Prueba de Coronavirus (COVID-19) NC Medicaid

Complete esta solicitud para obtener ayuda para pagar ciertos costos de prueba del coronavirus (COVID-19). No incluya a personas en esta solicitud que no estén buscando cobertura para las pruebas del COVID 19. Para ser elegible para la Asistencia Médica de Pruebas de COVID-19 necesita:

- Vivir en Carolina del Norte
- Ser ciudadano de USA o nacional de USA. o tener un estatus de inmigración elegible
- No estar cubierto por Medicaid, Medicare, o seguro de salud (health insurance)

La cobertura de salud que obtendrá si se le encuentra elegible solo pagará por pruebas médicas del coronavirus llevadas a cabo no antes del 1 de junio, 2020 y terminará cuando termine la emergencia pública. No le ayudará a pagar por otros costos médicos, incluyendo visitas al médico, atención hospitalaria o recetas.

Para ver si usted es elegible para otros beneficios y servicios de atención médica a través de Medicaid, CHIP o en el Mercado de Salud (Marketplace), debe completar una solicitud en <https://medicaid.ncdhhs.gov/beneficiaries/get-started/apply-medicaid-or-health-choice>, en el Servicio Social de su condado (DSS), o en línea en <https://epass.nc.gov/> o ir a Healthcare.gov.

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Un adulto de la familia debe ser la persona de contacto. La persona de contacto no tiene que estar solicitando cobertura. Si no tiene una dirección, su correo irá a su Departamento de Servicios Sociales local.

1. Primer Nombre	2. Segundo Nombre	3. Apellido	4. Sufijo
5. Dirección (Si no tiene déjelo en blanco)		6. Ciudad	7. Estado
9. Dirección Postal (Si es diferente a su dirección física)		10. Ciudad	11. Estado
13. Condado donde vive	14. Teléfono	15. Correo electrónico	
16. ¿Esta es la dirección del solicitante? ☐ SI ☐ NO Si respondió NO, vaya al # 18		17. Lenguaje de preferencia	
18. Dirección del solicitante, si es diferente en 5		19. Ciudad	20. Estado
20. Dirección postal del solicitante, si es diferente en 9		21. Ciudad	22. Estado

INFORMACION DE LOS SOLICITANTES

Persona # 1: (Usted, si esta haciendo esta solicitud para usted)

22. Primer nombre	23. Segundo nombre	24. Apellidos	25. Sufijo	26. Nació (fecha)
27. Número de Seguro Social (SSN) _____ Necesitamos su Número de Seguro Social si desea solicitar cobertura para las pruebas del COVID-19 (si tiene SSN o puede obtenerlo). Usamos su SSN para revisar quien es elegible para ayuda de cobertura de salud. Para más información en cómo obtener un SSN, llame al 1-800-772-1213 o visite socialsecurity.gov ; Los usuarios de TTY llamen al 1-800-325-0778				
28. ¿Es usted un ciudadano o nacional de USA? ☐ SI ☐ NO Si respondió SI, vaya al # 33. Si respondió NO, vaya al # 29				
29. ¿Naturalizado o Derivado Ciudadano? Si respondió SI, complete a y b Si respondió NO vaya al # 30..... ☐ YES ☐ NO				
a. Numero de Visitante (Alien Number) _____		b. Certificado _____		
30. ¿Si NO es ciudadano o nacional de USA, su estatus de inmigración lo hace elegible?..... ☐ SI ☐ NO Si respondió SI, entre el tipo de documento y Numero de Identificación abajo. Si respondió NO vaya al # 31.				

NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Llámenos al 1-888-245-0179. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame 1-888-245-0179. Si necesita ayuda en otro idioma, dígame al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le ayudaremos de forma gratuita. Las personas que usan el Sistema TTY deben marcar el 1-800-452-2514.

DHB-5200CV SPANISH

a. Tipo de Documento de Inmigración	b. Tipo de Estatus (opcional)	c. Nombre como aparece en el documento de inmigración
d. Numero de Visitante (Alien) o I-94	e. Número de tarjeta o pasaporte	
f. SEVIS ID o fecha de expiración (opcional)	g. Otro (Código de categoría o país de expedición)	
31. ¿Ha vivido usted en USA desde 1996? ☐ SI ☐ NO		
32. Usted, su conyugue o sus padres, han tenido una descarga honorable de veteranos o son miembros activos militares de USA?		
33. Es Hispano/Latino, etnicidad (OPCIONAL – Marque lo que aplique) ☐ Mexicano ☐ Mexican-American ☐ Puerto Rican ☐ Cuban ☐ Otro _____		
34. Raza (OPCIONAL – Marque lo que aplique) ☐ Blanco ☐ Afro-Americano ☐ Asiático ☐ Nativo Hawaiano ☐ Isleño del Pacifico ☐ Indio Americano o Nativo de Alaska ☐ Otro: _____		
35. ¿Le han hecho una prueba del COVID 19 en los últimos 3 meses? ☐ SI ☐ NO Si respondió SI indique en que mes o meses. Mes pasado _____ Hace 2 meses _____ Hace 3 Meses _____		
36. ¿Tenía Seguro Médico en los 3 últimos meses? ☐ SI ☐ NO Si respondió SI, indique el mes o meses. Mes Pasado _____ Hace 2 meses _____ Hace 3 Meses _____		

QUIEN MAS QUIERE HACER UNA SOLICITUD?

Persona 2: Alguien más en su familia desea hacer solicitud para cobertura de costos de prueba del coronavirus. Agregue copia de esta solicitud para solicitantes adicionales.

37. Primer Nombre	38. Segunda Nombre	39. Apellido	40. Sufijo	41. Nació (fecha)
42. Número de Seguro Social (SSN) _____ Necesitamos su Número de Seguro Social si desea solicitar cobertura para las pruebas del COVID-19 (si tiene SSN o puede obtenerlo). Usamos su SSN para revisar quien es elegible para ayuda de cobertura de salud. Para más información en cómo obtener un SSN, llame al 1-800-772-1213 o visite socialsecurity.gov ; Los usuarios de TTY llamen al 1-800-325-0778				
43. ¿Esta persona es un Ciudadano o Nacional de USA? Si respondió SI, vaya al # 48, si respondió NO, vaya al # 44 ☐ SI ☐ NO				
44. Esta persona es naturalizado o derivado ciudadano? Si respondió SI, complete a y b. Si respondió NO, vaya a 45. ☐ SI ☒ NO				
a. Numero de Visitante (Alien):		b. Numero de Certificado:		
45. Si la persona no es ciudadana o nacional de USA, es elegible por su estatus de inmigración?..... ☐ SI ☐ NO Si respondió SI, entre el tipo de documento y numero de identificación. Si respondió NO, vaya al # 46				
a. Tipo de Documento de inmigración	b. Tipo de estatus (opcional)	c. Nombre como aparece en documento de inmigración		
d. Numero de Visitante (Alien) o I-94	e. Número de tarjeta o pasaporte			
f. SEVIS ID o fecha de expiración (opcional)	g. Otro (Código de Categoría o país de expedición)			
46. ¿Esta persona ha vivido en USA desde 1996?..... ☐ SI ☐ NO				
47. ¿Esta persona, su conyugue o sus padres han sido veteranos descargados con honor o son miembros activos militares de USA? ☐ SI ☐ NO				
48. Hispano/Latino, etnicidad (OPCIONAL – marque los que aplican) ☐ Mexicano ☐ Mexican-American ☐ Puerto Rican ☐ Cuban ☐ Otro _____				
49. Raza (OPCIONAL – Marque los que apliquen) ☐ Blanco ☐ Afro-Americano ☐ Asiático ☐ Nativo Hawaiano ☐ Isleño del Pacifico ☐ Indio Americano o Nativo de Alaska ☐ Otro: _____				
50. ¿Esta persona se ha hecho pruebas del COVID-19 en los 3 últimos meses? ☐ SI ☐ NO Si respondió SI, indique cual mes o meses. Mes Anterior _____ Hace 2 meses _____ Hace 3 Meses _____				
51. ¿Esta persona tenía Seguro Médico en los últimos 3 meses? ☐ SI ☐ NO Si respondió SI, indique cual mes o meses. Mes Anterior _____ Hace 2 Meses _____ Hace 3 Meses _____				

NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Llámenos al 1-888-245-0179. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame 1-888-245-0179. Si necesita ayuda en otro idioma, dígame al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le ayudaremos de forma gratuita. Las personas que usan el Sistema TTY deben marcar el 1-800-452-2514.

DHB-5200CV SPANISH

DIGANOS ACERCA DE OTRA COVERTURA DE SALUD

¿Alguna de las personas en esta solicitud tiene cobertura médica? ☐ SI ☐ NO ☐ NO SE SABE
Si respondió SI, escriba el nombre.

☐ Medicaid/NC Health Choice para niños _____

☐ Medicare (tradicional Medicare o Medicare Advantage) _____

☐ Seguro de salud con empleador u otro seguro _____

REGISTRO DE VOTANTE

¿Si NO está registrado para votar donde vive ahora, ¿le gustaría registrarse para votar aquí hoy? ☐ SI ☐ NO

Si desea registrarse para votar, puede completar un formulario de registro de elector en www.ncsbe.gov. El registrarse o declinar el registrarse para votar no afectará la cantidad de asistencia que le proporcionará esta agencia. Si necesita ayuda para llenar el formulario de solicitud de registro de elector, le ayudaremos. La decisión de aceptar ayuda la es suya. Puede llenar el formulario de solicitud en privado. Si usted cree que alguien ha interferido con su derecho a registrarse o de declinar su derecho a registrarse para votar, su derecho a la privacidad al decidir si registrarse o solicitar el registrarse para votar, o su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar una queja ante la Junta Electoral.

SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

- Sé que bajo la ley federal, la discriminación no está permitida por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad, orientación sexual, identidad de género o discapacidad. Puedo presentar una queja de discriminación visitando hhs.gov/ocr/office/file.
- Si alguien en esta solicitud es elegible para Medicaid, concedo a la agencia estatal de Medicaid nuestros derechos para perseguir y obtener dinero de otro seguro de salud, acuerdos legales u otros terceros.
- Necesitamos la información sobre esta solicitud para verificar su elegibilidad para ayudar a pagar la cobertura de los costos de prueba COVID-19. Revisaremos sus respuestas utilizando información en nuestras bases de datos electrónicas y bases de datos del Seguro Social y el Departamento de Seguridad Nacional. Si la información no coincide, es posible que le pidamos que nos envíe más información.

¿QUÉ DEBO HACER SI CREO QUE MI AVISO DE ELEGIBILIDAD ES INCORRECTO?

Si no está de acuerdo con lo que califica, puede solicitar una apelación. Revise su aviso de elegibilidad para encontrar instrucciones de apelaciones específicas para cada persona en su hogar que solicite cobertura, incluyendo cuántos días tiene para solicitar una apelación. Esta es la información importante a tener en cuenta al solicitar una apelación:

- Puede hacer que alguien solicite o participe en su apelación si lo desea. Esa persona puede ser un amigo, pariente, abogado u otra persona. O bien, puede solicitar y participar en su apelación por su cuenta.
- Si solicita una apelación, es posible que pueda mantener su elegibilidad para la cobertura mientras su apelación está pendiente.
- Si necesita servicios de salud de inmediato y un retraso podría poner en serio peligro su salud, puede solicitar una apelación rápida (acelerada).

FIRMA:

*Al firmar, usted está jurando que todo lo que escribió en este formulario es cierto hasta donde usted sabe.
Mantendremos su información segura y privada.*

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

Envíe por correo la solicitud completada y firmada a:

DHHS/DHB
2501 Mail Service Center
ATTN: COVID Medicaid Application
Raleigh, NC 27699

NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Llámenos al 1-888-245-0179. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame 1-888-245-0179. Si necesita ayuda en otro idioma, dígame al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le ayudaremos de forma gratuita. Las personas que usan el Sistema TTY deben marcar el 1-800-452-2514.

DHB-5200CV SPANISH