

# Solicitud para Acceso para bebés y madres

## SECCIÓN 1

**INFORMACIÓN DE LA MUJER EMBARAZADA:** Esta sección nos da la información básica acerca de la mujer embarazada. Si alguna pregunta no es aplicable, escriba "N/A". Si usted no tiene un Número de Seguro Social o Número de identificación de contribuyente individual todavía puede ser elegible para los beneficios. Si contesta "SÍ" a las preguntas sobre si usted fuma no afectará la inscripción de ninguna manera.

|  |                        |   |                     |
|--|------------------------|---|---------------------|
| Apellido                               | Nombre, inicial        | Nº de SS o Nº de contribuyente individual (si lo tiene) | Fecha de nacimiento |
| Domicilio (No aceptamos P.O. Box)      |                        | Nº de unidad o apto.                                    | Teléfono<br>( )     |
| Ciudad                                 | Condado                | Estado  | Código postal       |
| Fecha esperada del parto (obligatoria) | ¿Cuántos bebés espera? | ¿Usted o alguien en su hogar fuma? SÍ/NO                |                     |

**ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE SUS DIRECCIONES DE FACTURACIÓN Y POSTAL SI NO SON LAS MISMAS DE ARRIBA:**

|                      |                            |        |               |
|----------------------|----------------------------|--------|---------------|
| Apellido             | Nombre                     |        |               |
| Dirección o P.O. Box | Nº de unidad o apartamento |        |               |
| Ciudad               | Condado                    | Estado | Código postal |

**Raza o etnicidad:** (Opcional: Marque la que mejor se aplique)

|  |   |   |                                     |
|--|---|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Blanca                    | <input type="checkbox"/> Nativa de Alaska | <input type="checkbox"/> Japonesa       | <input type="checkbox"/> Guameña    |
| <input type="checkbox"/> Hispana                   | <input type="checkbox"/> Filipina         | <input type="checkbox"/> Coreana        | <input type="checkbox"/> Laosiana   |
| <input type="checkbox"/> Negra o afroamericana     | <input type="checkbox"/> Amerasiática     | <input type="checkbox"/> Samoana        | <input type="checkbox"/> Vietnamita |
| <input type="checkbox"/> Asiática                  | <input type="checkbox"/> China            | <input type="checkbox"/> India asiática | <input type="checkbox"/> Otra       |
| <input type="checkbox"/> Indígena nativa americana | <input type="checkbox"/> Camboyana        | <input type="checkbox"/> Hawaiana       |                                     |
| ¿Qué idioma habla mejor? _____                     |   | ¿Qué idioma lee mejor? _____            |                                     |

## SECCIÓN 2

|  |                                     |
|--|-------------------------------------|
| <b>Información de la mujer embarazada</b>  |                                     |
| ¿Tiene usted seguro médico en el momento de la solicitud? SÍ/NO  | ¿El seguro cubre su embarazo? SÍ/NO |
| Si es aplicable ¿cuál es la cantidad en dólares de su deducible o copago sólo por maternidad? \$ _____ |                                     |

\*Es posible que las solicitantes puedan tener otro plan de seguro médico y sigan siendo elegibles para AIM, si el otro plan tiene un deducible o copago sólo por maternidad mayor de \$500 o no cubre maternidad.

**SELECCIÓN DE PLAN DE SEGURO MÉDICO:** (La solicitante debe llenar esta sección)

|  |                       |
|--|-----------------------|
| Instrucciones: Vaya a la página 21 de esta solicitud para ver cuáles planes de salud de AIM están disponibles en su condado. A partir de la página 25 encontrará una descripción de cada plan de seguro médico para que la revise. |                       |
| <b>Plan de seguro médico seleccionado:</b>   |                       |
| Grupo médico o proveedor seleccionados:  | Código del proveedor: |



# Solicitud para Acceso para bebés y madres

## SECCIÓN 3

**TAMAÑO DE LA FAMILIA e INGRESOS FAMILIARES:** Esta sección nos dará información sobre el tamaño e ingresos de la familia de la mujer embarazada.

**Parte A:** Para que la solicitante llene por el padre del niño por nacer. **Sólo** llene esta sección si el padre del niño por nacer está viviendo con la mujer embarazada y está casado con ella y es parte del hogar fiscal federal.

|  |  |   |
|--|--|---|
| Nombre del padre del bebé                      |  | Fecha de nacimiento   |
| ¿Está casado con la mujer embarazada?<br>SÍ/NO | ¿Usted es parte de su hogar fiscal federal?<br>SÍ/NO | Número de Seguro Social o Número de identificación de contribuyente individual<br>(si lo tiene) |

| Parte B   | Miembro del hogar 1 | Miembro del hogar 2 | Miembro del hogar 3 | Miembro del hogar 4 | Miembro del hogar 5 |
|---|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| Nombre de la persona del hogar fiscal federal (*F o D y N° de miembro)  | (Nombre, apellido)  |
| Parentesco con la mujer embarazada  |                     |                     |                     |                     |                     |
| N° de Seguro Social o N° de identificación de contribuyente (si lo tiene)   |                     |                     |                     |                     |                     |
| <b>Ingresos actuales</b>  |                     |                     |                     |                     |                     |
| ¿Trabaja actualmente? SÍ/NO   |                     |                     |                     |                     |                     |
| Nombre del empleador  |                     |                     |                     |                     |                     |
| Con qué frecuencia recibe ingresos (semanal, cada dos semanas, dos veces al mes, mensual, anual)  |                     |                     |                     |                     |                     |
| ¿Cuánto recibe de ingresos? (ingresos brutos totales)   |                     |                     |                     |                     |                     |
| <b>Ingresos del trabajo por su cuenta</b>   |                     |                     |                     |                     |                     |
| ¿Trabaja por su cuenta? SÍ/NO   |                     |                     |                     |                     |                     |
| Tipo de negocio del trabajo por su cuenta   |                     |                     |                     |                     |                     |
| Cantidad de ingresos netos del trabajo por su cuenta  |                     |                     |                     |                     |                     |
| Con qué frecuencia recibe ingresos (semanal, cada dos semanas, dos veces al mes, mensual, anual)  |                     |                     |                     |                     |                     |
| <b>Otros ingresos no mencionados arriba</b>   |                     |                     |                     |                     |                     |
| ¿Tiene otros ingresos? Sí/No (ingresos que no son de un trabajo)  |                     |                     |                     |                     |                     |
| Tipo de ingresos  |                     |                     |                     |                     |                     |
| Cantidad de ingresos brutos   |                     |                     |                     |                     |                     |
| Con qué frecuencia recibe ingresos (semanal, cada dos semanas, dos veces al mes, mensual, anual)  |                     |                     |                     |                     |                     |
| <b>Información sobre los ingresos brutos ajustados modificados (MAGI) y la composición del hogar</b>  |                     |                     |                     |                     |                     |
| ¿Declaró impuestos el año anterior? Sí o No   |                     |                     |                     |                     |                     |
| ¿Usted fue el declarante principal? Sí o No   |                     |                     |                     |                     |                     |
| Si declaró impuestos el año anterior, ¿cómo declaró? Jefe de la familia, soltero; casado presentando en forma conjunta o por separado o dependiente |                     |                     |                     |                     |                     |
| ¿Va a declarar impuestos por el año de beneficios? Sí o No  |                     |                     |                     |                     |                     |
| Si es sí, ¿cómo declarará? Jefe de la familia, soltero; casado presentando en forma conjunta o por separado o dependiente                           |                     |                     |                     |                     |                     |

\*Indique si la persona del hogar fiscal es declarante de impuestos o dependiente. F=Declarante de impuesto D=Dependiente. Si anotó una D, indique el número del miembro del hogar que le anotó como dependiente. \*\*Si hay más de 5 personas en el hogar, agregue los nombres un una hoja de papel por separado\*\*



# Solicitud para Acceso para bebés y madres

Lea la página 11 para obtener más información sobre deducciones de impuestos federales

|   |   |
|---|---|
| <p>¿La mujer embarazada paga manutención infantil?<br/>SÍ o NO</p> <p>Si es sí, ¿cuánto de manutención infantil? \$ _____</p> <p>¿Con qué frecuencia la mujer embarazada recibe o paga esta deducción?</p> <p><input type="checkbox"/> Por hora: ¿Cuántas horas por semana? _____</p> <p><input type="checkbox"/> Diario: ¿Cuántos días por semana? _____</p> <p><input type="checkbox"/> Semanal                      <input type="checkbox"/> Cada dos semanas</p> <p><input type="checkbox"/> Mensual                      <input type="checkbox"/> Dos veces al mes</p> <p><input type="checkbox"/> Pago único</p> <p>¿La mujer embarazada paga intereses por préstamos estudiantiles?<br/>SÍ o NO</p> <p>Si es sí ¿cuánto paga? \$ _____</p> <p>¿Con qué frecuencia la mujer embarazada recibe o paga esta deducción?</p> <p><input type="checkbox"/> Por hora: ¿Cuántas horas por semana? _____</p> <p><input type="checkbox"/> Diario: ¿Cuántos días por semana? _____</p> <p><input type="checkbox"/> Semanal                      <input type="checkbox"/> Cada dos semanas</p> <p><input type="checkbox"/> Mensual                      <input type="checkbox"/> Dos veces al mes</p> <p><input type="checkbox"/> Pago único</p> <p>¿La mujer embarazada tiene alguna otra deducción federal?<br/>SÍ o NO \$ _____</p> <p>Si es sí, indique la frecuencia</p> | <p>¿El padre del bebé, anotado en la parte B, paga manutención infantil?<br/>SÍ o NO</p> <p>Si es sí, ¿cuánto de manutención infantil? \$ _____</p> <p>¿Con qué frecuencia el padre del bebé recibe o paga esta deducción?</p> <p><input type="checkbox"/> Por hora: ¿Cuántas horas por semana? _____</p> <p><input type="checkbox"/> Diario: ¿Cuántos días por semana? _____</p> <p><input type="checkbox"/> Semanal                      <input type="checkbox"/> Cada dos semanas</p> <p><input type="checkbox"/> Mensual                      <input type="checkbox"/> Dos veces al mes</p> <p><input type="checkbox"/> Pago único</p> <p>¿El padre del bebé, anotado en la parte B, paga intereses por préstamos estudiantiles?<br/>SÍ o NO</p> <p>Si es sí ¿cuánto paga? \$ _____</p> <p>¿Con qué frecuencia el padre del bebé recibe o paga esta deducción?</p> <p><input type="checkbox"/> Por hora: ¿Cuántas horas por semana? _____</p> <p><input type="checkbox"/> Diario: ¿Cuántos días por semana? _____</p> <p><input type="checkbox"/> Semanal                      <input type="checkbox"/> Cada dos semanas</p> <p><input type="checkbox"/> Mensual                      <input type="checkbox"/> Dos veces al mes</p> <p><input type="checkbox"/> Pago único</p> <p>¿El padre del bebé tiene alguna otra deducción federal?<br/>SÍ o NO \$ _____</p> <p>Si es sí, indique la frecuencia</p> |
|---|---|

¿Dónde se enteró del Programa AIM? (haga un círculo alrededor de uno)

|                        |                         |   |
|------------------------|-------------------------|---|
| 1. Consultorio médico  | 6. Oficina del gobierno | 11. TV o Radio                          |
| 2. Clínica comunitaria | 7. 1-800-BABY-999       | 12. Feria de salud o evento comunitario |
| 3. Periódico           | 8. Empleador            | 13. Agente de seguros                   |
| 4. Internet            | 9. Escuela o iglesia    | 14. Covered CA                          |
| 5. Hospital            | 10. Amigo o pariente    | 15. Otro (especifique) _____            |

## SECCIÓN 4

### DECLARACIONES DE LA MUJER EMBARAZADA

Declaro que:

- Si mi solicitud no es elegible para AIM, entiendo que enviarán mi solicitud al condado para una determinación de Medi-Cal o a Covered CA para una determinación.
- Entiendo que mi cobertura del Programa AIM terminará el último día del mes en que se cumplan 60 días del final del embarazo.
- Creo de buena fe que no tengo más de 30 semanas de embarazo a la fecha de la solicitud.
- Vivo en el estado de California y tengo la intención de quedarme.
- No se me ha reembolsado y ningún proveedor de atención médica o entidad del gobierno me reembolsará los pagos de mi contribución de la afiliada, a excepción de un gobierno indígena tribal de California, si es aplicable.
- No tengo seguro médico que cubra mi embarazo o tengo un deducible o copago **sólo por maternidad** de más de \$500 a través de mi otro plan de seguro.
- No estoy inscrita en Medi-Cal sin costo ni a Medicare Parte A y Parte B al momento de la solicitud.
- Doy permiso al Programa AIM para verificar mis ingresos familiares, situación de seguro médico, residencia y cualquier otra información presentada en la solicitud.
- Obedeceré las reglas de participación, el proceso de revisión de utilización y el proceso de resolución de disputas de AIM de cualquier plan de seguro médico participante en AIM en el que esté inscrita.
- Obedeceré las reglas y reglamentos del Programa AIM.
- Acepto pagar la contribución de la afiliada requerida, aún si no aprovecho completamente la cobertura o los servicios que ofrece AIM y reconozco que el Programa AIM dará los pasos necesarios para cobrar la contribución de la afiliada.



# Solicitud para Acceso para bebés y madres

## SECCIÓN 5

### AUTORIZACIONES Y CONDICIONES DE INSCRIPCIÓN

Aviso requerido por la ley de Confidencialidad e información médica de 1/1/80, Sección 56 y siguientes, del Código civil de California para todas las solicitantes de 18 años de edad y mayores: Autorizo que cualquier compañía de seguros, médico, hospital, clínica o proveedor de atención médica proporcione al administrador del programa Acceso para bebés y madres, todos y cada uno de los expedientes relativos a mi historial médico, servicios o tratamientos proporcionados a la solicitante y al bebé nacido producto del embarazo de la solicitante, anotada en esta solicitud, con fines de revisión, investigación o evaluación. Esta autorización tiene efecto inmediatamente y seguirá en efecto por tanto tiempo como el administrador lo necesite. Una fotocopia de esta autorización es tan válida como el original.

#### Aviso de privacidad

La Ley de prácticas de información de 1977 y la Ley federal de privacidad exige que este programa proporcione lo siguiente a las personas a quienes el programa Acceso para bebés y madres pida que den información (establecido por la Parte 6.3 de la División 2 del Código de seguros): El motivo principal por el que pedimos la información personal es el de identificar a la afiliada y para la administración del programa. Los reglamentos del programa requieren que todas las personas presenten la información apropiada para la solicitud para el programa Acceso para bebés y madres. De no proporcionarse esta información, será motivo de ser considerada como no elegible. La siguiente información de la solicitud es voluntaria: Los números de seguro social, la información de raza o etnia y quién le recomendó el programa.

Toda persona tiene derecho a los expedientes que contengan su información personal y conservados por la Junta de seguros médicos de riesgos administrados (Managed Risk Medical Insurance Board). El funcionario responsable de conservar la información es: Deputy Director, Eligibility, Enrollment and Marketing Division, Managed Risk Medical Insurance Board, P.O. Box 2769, Sacramento, CA 95812-2769. La Junta puede cobrar una pequeña cantidad para cubrir el costo de las copias de esta información.

Entiendo que éste es un programa estatal y federal y mis derechos y obligaciones bajo el programa se determinarán según la Parte 6.3 de la División 2 del Código de seguros de California y el Título 10, Parte 5.6 del Código de reglamentos de California.

**Cada plan de AIM tiene sus propias reglas para resolver disputas sobre la prestación de servicios y otros asuntos. Algunos planes de AIM dicen que usted debe usar arbitraje obligatorio para resolver disputas; otros no. Algunos planes de AIM dicen que las reclamaciones por negligencia deben decidirse con arbitraje obligatorio; otros no. Si el plan de AIM que usted elija requiere arbitraje obligatorio, usted renuncia a su derecho a un juicio por jurado y no podrá exigir que la disputa se resuelva ante un tribunal. Para averiguar acerca de cómo un plan de AIM resuelve disputas, puede llamar al plan de AIM y solicitar un folleto de Prueba de cobertura (EOC).**

Entiendo que la cobertura de AIM es secundaria a mi otro seguro médico, lo que significa que AIM sólo pagará por beneficios que no estén cubiertos por mi otro seguro médico. **Avisare inmediatamente a mi plan de seguro médico de AIM que tengo otro seguro médico, para que el plan de AIM coordine mis beneficios.**

Yo, la solicitante, certifico que he leído y entendido la declaración jurada y las declaraciones anteriores. También certifico que la información que he proporcionado en este formulario es verdadera y correcta a lo mejor de mi saber y entender. Yo, la solicitante, acepto pagar la contribución de la afiliada requerida y entiendo que el estado dará los pasos apropiados para cobrar el total de las contribuciones de la afiliada como se describe en este contrato.

**Declaro bajo pena de perjurio que la información de este formulario es verdadera y correcta a lo mejor de mi saber y entender.**

X \_\_\_\_\_  
Firma de la solicitante (requerida) Fecha

**Nota: Si usted es inscrita, la cobertura de AIM terminará el último día del mes en que se cumplan 60 días después del final del embarazo.**

Envíe por correo su solicitud y los demás materiales a:

|  |  |
|--|--|
| Dirección postal:<br>Access for Infants and Mothers Program<br>P.O. Box 15559<br>Sacramento, CA 95852-0559 | Dirección para envíos por servicios de mensajería: (Fed-Ex, etc.)<br>Access for Infants and Mothers Program<br>625 Coolidge Drive<br>Suite 100<br>Folsom, CA 95630 |
|--|--|

**Si necesita ayuda para llenar la solicitud, llame a AIM Program al 1-800-433-2611. Toda la ayuda es gratuita.**

**Nota: El Programa AIM debe recibir su solicitud completa antes de cumplir las 30 semanas de embarazo, para que se le considere para el programa de AIM. Si se acerca el final de su semana 30 de embarazo, usted puede enviar su solicitud de un día para otro a través de Fed-Ex, el Servicio postal nacional, etc.**

