



Maryland Health Insurance Plan

Administrado por CareFirst BlueCross BlueShield y CareFirst BlueChoice, Inc. 10455 Mill Run Circle, RR-291 Owings Mills, MD 21117- 9685



Formulario de Solicitud de Inscripción

www.marylandhealthinsuranceplan.state.md.us

1. Información completa del solicitante (debe completar la sección en su totalidad). La persona de más edad es el titular de la póliza.

(El solicitante es la persona de más edad que será cubierta por MHIP)

Apellido: _____
Primer nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____
Domicilio particular: _____
Ciudad: _____ Condado: _____
Estado: _____ Código postal: _____
Teléfono particular: () _____ Correo electrónico: (si está disponible) _____

Número de Seguro Social
____ / ____ / _____
Sexo: Masculino
 Femenino
Fecha de nacimiento:
____ / ____ / _____

Estado civil: Casado Divorciado Soltero Separado Viudo

Si está casado, ¿su cónyuge está empleado? Sí No

Si hará los pagos un representante autorizado o un tercero pagador:

Nombre: _____ Teléfono: _____
Dirección postal: _____ Ciudad, Código Postal: _____

2. Indique cada programa que desea solicitar y su elección de opciones en cada programa que eligió.

Si eligió más de un plan, lo siguiente determinará en qué plan se inscribe:

- Si es elegible para MHIP+, se inscribirá en MHIP+.
• Si su ingreso es demasiado alto para MHIP+ pero es elegible para MHIP Federal y desea sólo cobertura individual, se inscribirá en MHIP Federal.
• Si no es elegible para MHIP+ ni MHIP Federal (o no los eligió), se inscribirá en MHIP, siempre que califique para ello.

Table with 3 columns: MHIP+, MHIP Federal, MHIP. Rows include requirements for principal application, plan selection options (HDP, PPO, HMO), and coverage type selection (Individual, Family, etc.).

3. Complete la información sobre cónyuge/dependiente/hijo.

(Complete SÓLO si desea cobertura para un cónyuge y/o dependientes. De ser necesario, adjunte una hoja de papel adicional.)

Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento	Núm. de Seguro Social	Sexo	Cónyuge/Hijo	Incapacitado
					M / F	C / H	S / N
			/ /		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
			/ /		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
			/ /		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
			/ /		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
			/ /		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N

4. Indique su condición laboral (debe completar la sección en su totalidad).

- Empleado
 Trabajador autónomo
 Beneficiario o solicitando beneficios de desempleo
 Jubilado
 Incapacitado
 Sin empleo

Si no está empleado, fecha de su último empleo: / /

Número de teléfono laboral:

Si está incapacitado, ¿recibe beneficios de Seguro Social? Sí No

() _____

Si la respuesta es sí, fecha en que comenzaron sus beneficios de Seguro Social: / /

Nombre del empleador: _____

Ocupación:

Domicilio particular: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

¿Su empleador actual o anterior ofrece un plan de salud? Sí No

Si es elegible para el plan, ¿por qué no está inscripto? _____

Si no es elegible para el plan, ¿por qué no? _____

¿El empleador actual o anterior del cónyuge o padre/madre ofrece un plan de salud?

Sí Si es elegible para el plan, ¿por qué no está inscripto? _____

No Si no es elegible para el plan, ¿por qué no? _____

5. Debe completar UNA de las 5 secciones que siguen (A, B, C, D o E) que representa su categoría de elegibilidad.

(Marque TODAS LAS CASILLAS que correspondan dentro de la categoría). Consulte el folleto para ver cuál es la elegibilidad REQUERIDA y la documentación de residencia que debe acompañar su solicitud.

A. Rechazo, Cobertura Exclusionista, Diferencial de Costo de los Seguros de Salud (Marque uno que corresponda)
Además de su prueba de residencia en Maryland, DEBE adjuntar una carta de la compañía de seguros que demuestre rechazo, la cláusula adicional exclusionista o declaración que denote una prima más alta que la de MHIP por una afección con fecha dentro de los últimos seis meses.

- Me han rechazado para un seguro de salud individual en los últimos seis meses.
- Tengo, o me han ofrecido, seguro de salud individual que excluye la cobertura de una afección médica específica.
- Tengo, o me han ofrecido, cobertura de seguro de salud individual con una tarifa de prima que supera la prima de MHIP para cobertura similar debido a mi afección médica.

B. Elegibilidad Médica

Además de su prueba de residencia en Maryland, DEBE incluir una carta de su médico que confirme que le han diagnosticado una de las afecciones que califican mencionadas en el folleto, o lo han tratado por ella.

Escriba a continuación la afección de la lista en la página 4 del folleto que se aplique a usted. La condición que usted indica DEBE aparecer en la lista Y ADEMÁS coincidir exactamente con la carta del médico que confirma la afección.

C. Pérdida de Cobertura Grupal-HIPAA (Las cuatro declaraciones que siguen DEBEN aplicar y deben marcarse)

Los solicitantes aprobados de HIPAA no están sujetos al período de espera de 6 meses por afecciones preexistente. Además de su prueba de residencia en Maryland, DEBE incluir un Certificado de Cobertura Acreditable que demuestre 18 meses de cobertura continua de su compañía de seguros o consulte en la página 20 del folleto una lista de documentos alternativos.

- Si está disponible, he elegido y agotado los beneficios de COBRA o un plan similar de continuación estatal o federal.
- Tengo 18 meses de cobertura acreditable reciente con un plan de salud y mi más reciente cobertura es de un plan patrocinado por el empleador, un plan de gobierno o un plan de la iglesia.
- No tengo más de 63 días de interrupción de cobertura.
- No he sufrido una terminación de la cobertura de COBRA a causa de falta de pago de mi prima o por fraude.

D. Transferencia de otro fondo de alto riesgo (Las dos declaraciones que siguen DEBEN aplicar y se deben marcar)

Además de su prueba de residencia en Maryland, DEBE incluir un Certificado de Cobertura Acreditable de su compañía de seguros o consulte en la página 21 del folleto una lista de documentos alternativos, para no estar sujeto a los 6 meses de período de espera por afecciones preexistentes.

- Me he mudado a Maryland en forma permanente.
- Me han transferido del fondo de alto riesgo de otro estado con no más de 63 días de interrupción de cobertura.

E. Cobertura de TAA o PBGC: Crédito de Impuestos por Cobertura Médica (HCTC) (Marque todas las que correspondan)

Además de su prueba de residencia en Maryland, adjunte una copia de su Notificación de Elegibilidad para HCTC o Declaración de Beneficios de PBGC reciente.

- Soy una persona jubilada de entre 55 y 64 años que recibe pagos de pensión de la Corporación de Garantía de Beneficios de Pensión (PBGC).

O

- Yo, o mi empleador anterior, hemos recibido certificación del Departamento de Trabajo de los EE. UU. de que me ha afectado la competencia del comercio exterior y soy beneficiario de una Asignación por Reajuste de Comercio por el programa de Asistencia por Ajuste del Comercio o beneficios de seguro de desempleo.

Complete los siguientes puntos SÓLO si está solicitando la categoría E e incluye un cónyuge o dependientes en su póliza.

- Ni mi cónyuge ni mis dependientes están en prisión.

Y

- Ni mi cónyuge ni yo estamos cubiertos por un plan de salud de empleador que pague el 50% o más del costo de la cobertura de salud.

6. Complete otra información de seguro médico (OBLIGATORIO).

¿Está inscrito en Medicare Parte A o B, Asistencia Médica de Medicaid o el Programa de Salud Infantil de Maryland (MCHP), o es elegible para alguno de ellos (aunque no esté inscrito)? Sí No

¿Su cónyuge o dependiente/s están inscritos en Medicare Parte A or B, Asistencia Médica de Medicaid o el Programa de Salud Infantil de Maryland (MCHP), o son elegibles para alguno de ellos (aunque no estén inscritos)? Sí No

¿Ud., su cónyuge o dependiente/s están inscritos en algún otro plan de salud individual o de empleado, incluido COBRA, o son elegibles para alguno de ellos (aunque no estén inscritos)? Sí No

Plan: _____ N.º de Póliza _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Desde la fecha: _____ Hasta la fecha: _____

DEBE completar la siguiente sección si respondió "Sí" a las preguntas anteriores sobre otra información de seguros para usted, su cónyuge o sus dependiente/s.

	Apellido	Primer nombre	Plan de seguros	Número de póliza	Ciudad	Estado	Desde la fecha	Hasta la fecha
Solicitante	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Cónyuge	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Dependiente 2	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Dependiente 3	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Dependiente 4	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

7. SÓLO solicitantes de HMO: Indique sus elecciones de Médico de Atención Primaria (PCP) para usted, su cónyuge y sus dependientes (si corresponde).

	Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Listado de Proveedores de Médicos de Atención Primaria (PCP, por sus siglas en inglés)	¿Es paciente existente del PCP?
Solicitante	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cónyuge	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dependiente 2	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dependiente 3	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dependiente 4	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

8. Cuestionario de salud

TODOS los solicitantes deben completar el siguiente cuestionario de salud.

Si estuvo sin cobertura previamente durante más de 63 días, es posible que tenga que esperar un cierto período antes de que se le brinde cobertura por cargos asociados con una o más afecciones preexistentes. El embarazo no está sujeto al período de espera por afección preexistente. Usted será responsable de pagar las primas del plan durante este período.

Si tenía cobertura previa de salud dentro de los 63 días de solicitar MHIP, el período de espera de seis meses por afección preexistente se reducirá para el período de tiempo que estuvo cubierto por el seguro anterior. Para que se le acredite su cobertura anterior, debe presentar un certificado de cobertura de su plan o compañía de seguros anterior que documente la cobertura previa para usted y/o sus dependientes cubiertos. Si no puede obtener un certificado de cobertura de su plan de salud anterior, puede demostrar que tuvo cobertura proporcionando uno de los siguientes:

- Correspondencia de su plan de salud anterior
- Talones de pago o cheques que demuestren pagos de seguro médico
- Tarjeta de identificación de seguro médico que demuestre fechas de entrada en vigencia y terminación
- Registros médicos que demuestren cobertura de salud, o
- Declaraciones de terceros que confirmen la cobertura

COMPLETE LAS SECCIONES "A", "B" y "C" A CONTINUACIÓN . MARQUE CADA ÍTEM CON "SÍ" O "NO". DEBE RESPONDER TODAS LAS PREGUNTAS.

SECCIÓN A: Si cualquier persona incluida en esta solicitud está actualmente usando medicación o medicamentos recetados, proporcione la siguiente información.

Nombre del miembro de la familia	Enfermedad o afección	Fecha de último tratamiento	Operación (Sí o No)	Medicamentos recetados	Médico a cargo Nombre y dirección

SECCIÓN B: A su leal saber y entender, alguna de las personas nombradas en esta solicitud de MHIP ha tenido en los últimos seis meses, o tiene ahora, algunas de las siguientes afecciones:

- | | SÍ | NO |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Cáncer, tumor u otro bulto (maligno o benigno) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o es seropositivo al Virus de Inmunodeficiencia Humana (prueba de VIH positiva)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Cálculos renales, afecciones en los riñones o la vejiga, frecuencia o ardor al orinar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Bocio, afección en la tiroides, diabetes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Trastorno convulsivo, trastorno en el sistema nervioso central, esclerosis múltiple..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Abuso de sustancias (dependencia, abuso o adicción a las drogas o al alcohol) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Consumo de drogas ilícitas..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Afección en la vesícula biliar, hernia, afección estomacal o intestinal, úlceras, hemorroides, afección en el hígado..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Catarata u otra afección en los ojos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Tuberculosis, afección pulmonar, asma, bronquitis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Artritis, reuma, deformidad externa, amputación/es, problema en la espalda o en la columna vertebral, afección en un miembro | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Afección cardíaca, presión arterial anormal (hipertensión o hipotensión), fiebre reumática, accidente cerebrovascular (ataque cerebral)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. (Mujeres) Sangrado menstrual irregular o excesivo, trastornos en el sistema reproductivo, infertilidad, enfermedad de las mamas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. (Hombres) Afección en la próstata, trastornos en el sistema reproductivo, infertilidad..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Asesoramiento para pacientes ambulatorios, algún asesoramiento psiquiátrico o psicológico, o algún trastorno nervioso o mental..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Enfermedades de transmisión sexual | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Anemia, trastornos en la sangre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Además de los exámenes físicos, ¿ha consultado a un médico, proveedor de atención médica u otra persona o centro médico para recibir un tratamiento médico o quirúrgico, asesoramiento, pruebas exploratorias para detectar alguna afección o medicamentos con receta para una afección que NO esté en la lista de los ítems 1 A 17? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. ¿Ha tenido algún problema de salud que no se haya mencionado previamente en este cuestionario y para el cual haya buscado tratamiento o asesoramiento? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

NOTA: TODAS LAS PREGUNTAS DEBEN MARCARSE "SÍ" O "NO", O SU SOLICITUD SERÁ DEVUELTA. NO REVELAR UNA ENFERMEDAD O AFECCIÓN PUEDE TENER COMO RESULTADO LA DEMORA EN EL PROCESAMIENTO DE LA RECLAMACIÓN SEGÚN EL PLAN.

SECCIÓN C: Si ha seleccionado "SÍ" en cualquier parte de la SECCIÓN B, por cada casilla marcada, brinde información completa respecto al diagnóstico o afección, tratamiento (incluidos todos los medicamentos, hospitalizaciones, cirugías y resultados de pruebas diagnósticas) y fechas. Si necesita más espacio, adjunte otra hoja de papel.

Nombre del miembro de la familia	Pregunta número	Diagnóstico o afección	Fechas de duración	Explique el tratamiento e incluya todos los medicamentos, hospitalizaciones, cirugías y resultados de pruebas de diagnóstico y el nombre del médico/hospital.	Recuperación (marque sólo una casilla)
			DESDE: HASTA		<input type="checkbox"/> TOTAL <input type="checkbox"/> PARCIAL
			DESDE: HASTA		<input type="checkbox"/> TOTAL <input type="checkbox"/> PARCIAL
			DESDE: HASTA:		<input type="checkbox"/> TOTAL <input type="checkbox"/> PARCIAL
			DESDE: HASTA:		<input type="checkbox"/> TOTAL <input type="checkbox"/> PARCIAL

NOTA: EL NO REVELAR UNA ENFERMEDAD O AFECCIÓN PUEDE DAR COMO RESULTADO LA DEMORA EN EL PROCESAMIENTO DE LA RECLAMACIÓN CUBIERTA POR EL PLAN.

9. Indique el total de ingresos del hogar incluidos salarios, Seguro Social, ingreso por inversiones, pensión alimenticia, etc. (Marque una)

- \$0 A \$12,490
 \$25,001 A \$35,000
 \$45,001 A \$55,000
 \$65,001 A \$75,000
 \$12,491 A \$25,000
 \$35,001 A \$45,000
 \$55,001 A \$65,000
 \$75,001 o más

10. Acuerdo de condiciones y revelación de información

Declaro que, a mi leal saber y entender, las respuestas que se dieron con anterioridad en esta solicitud son verdaderas, precisas, completas y correctas. Comprendo que la cobertura no entrará en vigencia hasta que se haya pagado en su totalidad la prima inicial, después de que MHIP haya aprobado y aceptado esta solicitud. Si la presente solicitud contiene información falsa u omisiones materiales, MHIP podrá tomar cualquiera de las siguientes medidas, o todas ellas, dentro de los 2 años posteriores a la fecha de emisión de esta póliza:

- cancelar el acuerdo como si nunca hubiese entrado en vigencia y reintegrar el monto de las primas, deducidas todas las reclamaciones pagadas;
- denegar en forma retroactiva beneficios por afecciones preexistentes durante el período de exclusión de afecciones preexistentes;
- tomar cualquier otra medida que permita la ley. Este límite de tiempo no se aplica a declaraciones fraudulentas.

Autorizo a mi profesional de la salud, hospital, centro de salud o relacionado con la salud, farmacia, organismo del gobierno, organismo de seguros, plan de salud, otra persona o firma o cualquier organismo gubernamental a revelar mi información de salud o de elegibilidad al Plan de Seguros de Salud de Maryland y su Administrador de Plan, CareFirst BlueCross BlueShield, o a sus agentes. Esto incluye información sobre mi cobertura de seguro de salud, las solicitudes de seguro de salud, Medicaid, Medicare o elegibilidad para seguros comerciales, residencia, información de historia clínica, información genética y tratamientos contra el alcoholismo y la drogadicción. También incluye la información de otros proveedores que figuren en los archivos del beneficiario de esta autorización.

Si sufro de afecciones médicas que se diagnosticaron o trataron en los seis meses inmediatamente anteriores a que haya efectuado la solicitud de cobertura, es posible que se me aplique una limitación por afecciones preexistentes, según la cual mi póliza de MHIP no cubrirá las afecciones médicas específicas que ya existían antes de que solicitara la cobertura. El embarazo no es una afección preexistente. Las afecciones preexistentes no tendrán cobertura hasta que mi póliza de MHIP haya estado en vigencia durante un periodo especificado en el Certificado de Cobertura de MHIP correspondiente al año del plan en el cual me inscribí por primera vez, a menos que no corresponda la aplicación de este período de limitación por afección preexistente.

El propósito de la presente autorización es determinar mi inscripción o elegibilidad. Si firmo la presente autorización, puedo revocarla en cualquier momento, a menos que mi información de salud ya se haya revelado en virtud de esta autorización. Para revocar esta autorización, debo enviar una solicitud por escrito al Director de Privacidad del Administrador del Plan. A menos que revoque esta autorización con anterioridad, su vencimiento será un año después de la fecha de mi firma. Comprendo que, si se divulga esta información a un tercero, es posible que la información ya no cuente con la protección de las regulaciones federales de privacidad y que la persona u organización que reciba la información vuelva a divulgarla. Una fotocopia de esta autorización es igual de válida que el original para la revelación de información médica. A menos que sea elegible por la HIPAA, acepto la fecha de entrada en vigencia que se determina en base a la fecha en la cual MHIP reciba mi solicitud completa de acuerdo con el Certificado de Cobertura.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Si le corresponde la aplicación del período de espera por afecciones preexistentes, ¿desea pagar una prima adicional para reducir el período de espera por afecciones preexistentes (consulte las páginas 12-15 y 17 del folleto)? **NOTA: si no elige pagar para reducir el período de espera por afecciones preexistentes en este momento, no podrá hacerlo más adelante.** Sí No

Firma del cónyuge (si corresponde): _____ Fecha: _____

Firma del representante autorizado, el padre, la madre o el tutor legal (si corresponde): _____ Fecha: _____

Envíe por correo su formulario de solicitud de MHIP y toda la documentación requerida a: MHIP, 10455 Mill Run Circle, RR-291, Owings Mills, MD 21117-9685.

SÓLO PARA AGENTES DE SEGUROS — Yo, Agente de Seguros, he explicado las disposiciones de elegibilidad de MHIP al solicitante.

No he hecho declaraciones de beneficios, condiciones, limitaciones o exclusiones del acuerdo excepto por intermedio de material escrito suministrado por MHIP. Se le ha informado al solicitante que la cobertura no está garantizada y que, de aprobarse, la determina Maryland Health Insurance Plan. Mi firma certifica que he revisado la solicitud después de que se la completase y que la solicitud está completa y la información contenida en ella es precisa. Comprendo que si la solicitud no está completa y si la información que contiene no es precisa, es posible que no se pague la tarifa de derivación. Envíe solicitudes de agentes a: **10455 Mill Run Circle, Owings Mills, MD 21117, Attn: Broker Sales – Mail Stop 01-415**

Nombre del agente se seguros: _____

N.º de identificación fiscal: _____

N.º de licencia: _____ Fecha de vencimiento: _____

Número de teléfono: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre de la empresa: _____ Domicilio: _____

Solicitud de MHIP+

Los afiliados a MHIP que tengan ingresos anuales que no superen ciertos niveles son elegibles para primas reducidas y deducibles iniciales más bajos. El nivel de ahorro anual por primas y deducibles más bajos puede llegar a \$6,500. Para cumplir con los requisitos, el ingreso total del hogar no debe superar los siguientes niveles, que varían según la cantidad de integrantes de la familia:

Cantidad de integrantes de la familia*	Elegibilidad por ingresos para MHIP+	Cantidad de integrantes de la familia*	Elegibilidad por ingresos para MHIP+
1	\$32,490	5	\$77,370
2	\$43,710	6	\$88,590
3	\$54,930	7	\$99,810
4	\$66,150	8	\$111,030
Si son más de ocho, llame al centro de ventas de MHIP al (443) 738-0667 o al (888) 444-9016			

*La cantidad de integrantes de la familia es la cantidad total de exenciones solicitadas en su declaración de impuestos y no está relacionada con la cantidad total de personas que figuran en su póliza o solicitud de MHIP.

Si cree que sus ingresos no superan los montos que figuran arriba, le recomendamos que complete este formulario. Para ello debe responder las preguntas que se indican a continuación, adjuntar la documentación adicional requerida de MHIP+ y enviarla con su solicitud de MHIP.

1. Enumere la cantidad total de exenciones solicitadas en la declaración de impuestos de 2009 para su familia: _____
2. Enumere la cantidad total de personas de la que se compone en la actualidad su familia: _____
3. Díganos cuáles son los ingresos anuales del hogar según lo indicado en su declaración de impuestos de 2009. Si está casado, su cónyuge vive en su hogar y no hicieron una declaración de impuestos conjunta ese año, complete las columnas A, B y C.

	A. Su declaración	B Declaración del cónyuge	C. Total
<input type="checkbox"/> Si presentó un 1040, indique el ingreso total del hogar que figura en la línea 22:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
<input type="checkbox"/> Si presentó un 1040, indique el ingreso de Seguro Social sin deducción de impuestos que figura en la línea 20A menos 20B:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
<input type="checkbox"/> Si presentó un 1040EZ, indique el ingreso bruto ajustado de la línea 4:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
<input type="checkbox"/> Si presentó un 1040A, indique el ingreso total del hogar que figura en la línea 15:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
<input type="checkbox"/> Si presentó un 1040A, indique el ingreso de Seguro Social sin deducción de impuestos que figura en la línea 14A menos 14B:	\$ _____	\$ _____	\$ _____

4. Ingresos totales combinados del hogar indicados arriba* (monto indicado en el punto número 3, Columna C, de arriba): \$ _____

5. Díganos cuáles cree que serán los ingresos de su hogar este año: \$ _____

6. Verifique el plan solicitado (consulte el folleto para obtener información sobre tarifas, beneficios y requisitos):

PPO \$200: Plan 1 Plan 2 **PPO \$500:** Plan 3 Plan 5 **HMO:** Plan 4 Plan 6

Cuadro de opciones del Plan MHIP+ (consulte las páginas 6, 13-15 del folleto si desea conocer información de primas y beneficios)				
Cantidad de integrantes de la familia	Plan 1	Plan 2	Plan 3 ó 4	Plan 5 ó 6
1	\$0 - \$16,245	\$16,246 - \$21,660	\$21,661 - \$27,075	\$27,076 - \$32,490
2	\$0 - \$21,855	\$21,856 - \$29,140	\$29,141 - \$36,425	\$36,426 - \$43,710
3	\$0 - \$27,465	\$27,466 - \$36,620	\$36,621 - \$45,775	\$45,776 - \$54,930
4	\$0 - \$33,075	\$33,076 - \$44,100	\$44,101 - \$55,125	\$55,126 - \$66,150
5	\$0 - \$38,685	\$38,686 - \$51,580	\$51,581 - \$64,475	\$64,476 - \$77,370
6	\$0 - \$44,295	\$44,296 - \$59,060	\$59,061 - \$73,825	\$73,826 - \$88,590
7	\$0 - \$49,905	\$49,906 - \$66,540	\$66,541 - \$83,175	\$83,176 - \$99,810
8	\$0 - \$55,515	\$55,516 - \$74,020	\$74,021 - \$92,525	\$92,526 - \$111,030

Certifico que la información precedente y la documentación adjunta son verdaderas y precisas, y están completas a mi leal saber y entender y doy mi permiso a MHIP para que se comunique con las personas necesarias con el fin de verificar la información declarada sobre ingresos en esta solicitud y adjuntada a ella. Autorizo a los organismos estatales de Maryland a revelar la información más reciente sobre mis ingresos a MHIP para la verificación de elegibilidad. Esta información se utilizará con el fin de confirmar la elegibilidad del solicitante para MHIP+ y no se la puede revelar fuera de MHIP u organismos estatales de Maryland. Tengo conocimiento de que me pueden sancionar si doy información falsa con conocimiento de causa y comprendo que me pueden pedir que proporcione información adicional. Al firmar la presente solicitud y pedir la afiliación a MHIP, doy mi consentimiento para la revelación de la información de mi declaración de impuestos a MHIP por parte de autoridades fiscales estatales o federales con el único propósito de verificar los requisitos de ingresos a los fines de la elegibilidad para el Plan MHIP.

Nombre del solicitante en letra de imprenta _____

Firma del solicitante _____

Fecha _____

Firma del padre, la madre o el tutor legal _____

Si el solicitante tiene menos de 18 años de edad o es incompetente desde el punto de vista legal

Pasos finales

1. Adjunte copias de su formulario de impuestos federales de 2009 o la prórroga de presentación del formulario 4868. (No incluya anexos ni otra documentación adjunta.)

Si los ingresos del año pasado de su hogar fueron superiores a los montos enumerados en la página 8 pero se han reducido este año o si no presentó declaración de impuestos el año pasado, proporcione una de las siguientes pruebas de ingreso para el trimestre más reciente:

- copia de los dos talones de pago más recientes junto con una declaración o nota para explicar con qué frecuencia cobra el sueldo. Si no tiene talones a disposición, obtenga una declaración firmada de su empleador. El ingreso bruto mensual y las fechas de cobro deben figurar en la declaración, o
- si trabaja en forma independiente, envíe las declaraciones de ganancias y pérdidas de los últimos 3 meses junto con un Anexo C de la declaración del impuesto federal sobre la renta del año pasado o
- si tiene ingresos por incapacidad o jubilación, envíe copias de cartas de concesión o estados de cuenta bancarios en los que se muestren depósitos directos por incapacidad o jubilación.

2. Envíe por correo su solicitud para MHIP+ junto con la solicitud de MHIP y toda la documentación necesaria a:

MHIP
10455 Mill Run Circle, RR-291
Owings Mills, MD 21117-9685

Haga copias de toda su documentación antes de realizar el envío, para su registro personal.

Solicitud para MHIP Federal

Sección 1. Introducción

Si reúne los requisitos para MHIP porque le han denegado el seguro de salud, le han ofrecido cobertura de exclusión, le han ofrecido un seguro de salud con una prima superior a la de MHIP por razones médicas o tiene una afección médica que lo hace elegible, es posible que también reúna los requisitos para un programa federal temporal para grupos de alto riesgo administrado por MHIP, que se llama MHIP Federal. MHIP Federal ofrece el mismo paquete de beneficios que las otras opciones de planes de MHIP, pero tiene primas y distribuciones de costos diferentes. Este plan ofrece SÓLO cobertura individual.

Para poder acceder a MHIP Federal:

- deben haberle denegado el seguro, haberle ofrecido un seguro que excluye cobertura, haberle ofrecido un seguro con una prima superior a la de MHIP por razones médicas o tener una afección médica que lo haga elegible para el plan. (Consulte los puntos 5A y 5B de la página 3 de la solicitud de MHIP).
- Debe residir actualmente en Maryland.
- Debe satisfacer todos los demás requisitos de elegibilidad para MHIP.
- Debe tener la ciudadanía o la nacionalidad estadounidenses o ser residente legal de los Estados Unidos.
- No debe haber tenido seguro de salud durante un período de seis meses consecutivos previo a la fecha de solicitud de MHIP Federal.

Sección 2. Verificación de ciudadanía o residencia legal

Marque uno de los siguientes:

- Soy ciudadano de los Estados Unidos
 Soy residente legal de los Estados Unidos

Como prueba de ciudadanía, envíe uno de los siguientes documentos junto con su solicitud:

- Copia certificada de partida de nacimiento presentada ante la Oficina de Estadísticas Vitales del Estado u organismo equivalente en su estado natal dentro de los Estados Unidos (incluidos el Distrito de Columbia y posesiones, territorios y estados asociados de los Estados Unidos)
- Copia de pasaporte estadounidense válido y vigente
- Copia de parte consular de nacimiento en el extranjero (CRBA, por sus siglas en inglés) emitido por el Ministerio de Asuntos Exteriores de los EE. UU.
- Copia de certificado de naturalización emitido por el Ministerio de Seguridad Nacional de los EE. UU. o un organismo anterior equivalente.

Como prueba de residencia legal, envíe uno de los siguientes documentos junto con su solicitud:

- Copia de tarjeta de residencia permanente válida emitida por el Ministerio de Seguridad Nacional de los EE. UU.
- Copia de documentos de autorización de empleo (EAD, por sus siglas en inglés) vigentes emitidos por el Ministerio de Seguridad Nacional de los EE. UU.
- Copia de pasaporte extranjero vigente con una visa estadounidense válida y no vencida, acompañado por el formulario I-94 aprobado que documente su entrada más reciente en los EE. UU.

Sección 3. Verificación de no haber tenido seguro de salud durante los pasados seis meses

- No he tenido seguro de salud durante un período de seis meses consecutivos inmediatamente anterior a la fecha de esta solicitud.

Sección 4. Certificación y firma

Certifico que la información precedente y la documentación incluida son verdaderas, precisas y están completas a mi leal saber y entender. Doy permiso a MHIP para que se comunique con las personas necesarias con el fin de verificar la información declarada o incluida en esta solicitud. Esta información se utilizará para confirmar mi elegibilidad para el programa MHIP Federal y no se la puede revelar fuera de MHIP. Tengo conocimiento de que me pueden sancionar si doy información falsa con conocimiento de causa y comprendo que me pueden pedir que proporcione información adicional. Al firmar la presente solicitud y solicitar la afiliación al fondo federal temporal para grupos de alto riesgo, doy mi consentimiento para la revelación de información por parte de autoridades estatales o federales con relación a mi ciudadanía o residencia legal en los Estados Unidos y para la liberación de información por parte de compañías de seguros con relación a mis coberturas de seguro de salud anteriores.

Nombre del solicitante en letra de imprenta _____

Firma del solicitante _____

Fecha _____

Nombre del padre, la madre o el tutor legal en letra de imprenta _____

Firma del padre, la madre o el tutor legal _____

Si el solicitante tiene menos de 18 años de edad o es incompetente desde el punto de vista legal

Lista de verificación de la solicitud

(Se explica en la página 22 del folleto de MHIP adjunto)

PLAN MHIP

- ¿Firmó su solicitud para MHIP?
- ¿Incluyó la prueba de residencia en Maryland?
- ¿Incluyó una copia de la partida de nacimiento de su hijo (si corresponde)?
- ¿Incluyó la carta de rechazo de su compañía, la carta de su médico o el certificado de cobertura acreditable?

Adjunte al menos uno de los siguientes documentos como prueba de su elegibilidad para MHIP (consulte las páginas 19-21):

- carta de su compañía de seguros de salud en la que se muestre el rechazo de su solicitud o la cláusula de exclusión o la declaración que indique que está pagando una prima superior a la prima estándar de MHIP debido a una afección médica, o
- carta de su médico en la que se confirme que le han diagnosticado o ha recibido tratamiento por una de las afecciones médicas que lo hacen elegible y que se enumeran en la página 4 del folleto de solicitud, o
- certificados de cobertura acreditables u otra documentación que demuestre que tuvo 18 meses de cobertura de salud previa y que la cobertura más reciente la tuvo con un plan patrocinado por su empleador, o
- prueba de que es elegible para HCTC federal por recibir pagos de la Corporación de Garantía de los Beneficios de Pensión o contar con un certificado del Ministerio de Trabajo de los EE. UU. de que usted o su empleador se vieron perjudicados por la competencia del comercio internacional, o
- prueba de que tuvo cobertura reciente de otro fondo estatal para grupos de alto riesgo.

- ¿Indicó si quiere hacer un pago para reducir el periodo de espera por afecciones preexistentes (si corresponde)?

PLAN OPCIONAL MHIP+

- ¿Completó todos los puntos de la lista de verificación del Plan MHIP+?
- ¿Firmó su solicitud para MHIP+?
- ¿Incluyó la documentación de sus ingresos?

PLAN OPCIONAL MHIP FEDERAL

- ¿Completó todos los puntos de la lista de verificación del Plan MHIP Federal?
- ¿Firmó su solicitud para MHIP Federal?
- ¿Incluyó la prueba de ciudadanía o residencia legal?

MHIP
Maryland Health Insurance Plan

CareFirst 
BlueChoice.

CareFirst 
BlueCross BlueShield

CareFirst BlueCross BlueShield es el nombre comercial de Group Hospitalization and Medical Services, Inc. CareFirst BlueCross BlueShield y CareFirst BlueChoice, Inc. son licenciatarios independientes de Blue Cross and Blue Shield Association. © Marca registrada de Blue Cross and Blue Shield Association. © Marca registrada de CareFirst of Maryland, Inc.