




Solicitud de Rite Care/Rite Share

Por favor complete esta solicitud. La Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos/ El Departamento de Servicios Humanos (EOHHS/DHS, por sus siglas en inglés) determinará si usted califica para Rite Care o Rite Share. Dependiendo de sus ingresos, usted podría tener que pagar una prima mensual. Le notificaremos si usted es elegible o no.

Rite Care es el programa de seguro de salud para familias de Rhode Island donde usted recibe cuidado de salud a través de un plan de salud de Rite Care participante (Neighborhood Health Plan o United Healthcare)

Rite Share es el programa de ayuda de premium de Rhode Island donde usted se inscribe en el plan de salud de su empleador (o en el del empleador de su esposo(a)). Rite Share paga todo o parte de la porción que le corresponde pagar a usted del costo de la prima de la cobertura familiar. Usted también recibirá una tarjeta de Ayuda Médica para servicios no cubiertos por el plan de salud de su empleador.

 El sobre indica que usted debe enviar información adicional con su solicitud completada. Si usted necesita ayuda para llenar la solicitud, por favor llame al 462-5300.

1. NOMBRE DEL SOLICITANTE (Jefe[a] de Familia)		Numero de seguro social*	
Apellido	Nombre	Inicial	
SU NÚMERO DE TELÉFONO		<input type="checkbox"/> Casado(a)	<input type="checkbox"/> Divorciado(a)
		<input type="checkbox"/> Separado(a)	<input type="checkbox"/> Viudo(a)
DOMICILIO	Calle y número	Ciudad o pueblo	Estado
			Código postal
DIRECCIÓN POSTAL (si es distinta)			

*Si usted no tiene un número de seguro social, usted debe conseguir uno. Esto no atrasará su solicitud.

2. ¿Hay un adulto (incluyendo usted) que habla inglés en su casa? Sí No

Si respondió "no", ¿Qué idioma hablan en su casa? _____

Usted debe decirnos acerca de la ciudadanía y el status migratorio de cualquiera que esté solicitando Rite Care/Rite Share. Usted también debe darnos su número de seguro social si tiene uno. Usted puede darnos esta información voluntariamente para cada uno de los miembros de su hogar que no estén solicitando los beneficios de salud. Si usted lo hace así, nosotros podemos solamente usar esta información para verificar el ingreso familiar y ayudarnos a decidir la mejor manera de suministrar beneficios de salud a los miembros elegibles de su familia.

El Departamento de Servicios Humanos intentará confirmar su ciudadanía e identidad a través del Sistema de Verificación e Intercambio Estatal (SVES, por sus siglas en inglés) de la Administración del Seguro Social. Si durante la búsqueda surge un problema o es imposible confirmar su ciudadanía y/o identidad, usted será responsable de presentar la prueba de su ciudadanía e identidad.

- 3.** Escriba más abajo las personas que viven con usted, en su casa: • **USTED** • **SU ESPOSO(A)** • **NIÑOS**
- Incluya los padres de los niños que solicitan Rite Care o Rite Share a pesar de no ser casados
 - Incluya al padrastro y a la madrastra de los niños que solicitan Rite Care o Rite Share
 - Incluya a aquellos parientes que cuidan de los niños si es que los padres no viven con ellos

NOMBRE Apellido	Nombre	Inicial	¿QUÉ ES DE USTED? MISMO(A)/ JEFA(A) DE FAMILIA	MUJER U HOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO mes / día / año	¿ESTÁ USTED SOLICITANDO PARA ESTA PERSONA?	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (Si tiene)	¿ES CIUDADANO DE LOS ESTADO UNIDOS?	RAZA O ETNIA (Voluntario)
				<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
				<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
				<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
				<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
				<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
				<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
				<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
				<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
				<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
				<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

4. Por favor escriba más abajo el nombre y la situación con respecto a inmigración de cada persona que solicita Rlte Care o Rlte Share que o es ciudadano(a) de los Estados Unidos. Rlte Care está disponible para mujeres embarazadas elegibles sin importar la ciudadanía y el status migratorio.

NOMBRE			SITUACIÓN CON RESPECTO A INMIGRACIÓN
Apellido	Nombre	Inicial	

SITUACIÓN CON RESPECTO A INMIGRACIÓN

1. Residente legal permanente
2. Refugiado
3. Asilado
4. Se le ha otorgado un alto o prórroga a su deportación
5. Entrada condicional
6. Entrada condicional bajo promesa por lo menos por 1 año
7. Entró como cubano o haitiano
8. Visa de Visitante Temporal (escriba el tipo de Visa si lo sabe)
9. Otra (incluye cualquier otra situación con respecto a inmigración, ya sea documentada o sin documentar)



Es necesario presentar un comprobante de la situación con respecto a inmigración. Por favor envíe una copia de su tarjeta de residencia (green card), el permiso para trabajar (work permit), el pasaporte y cualesquiera otros documentos de inmigración junto con su solicitud. Por favor, copie ambos lados de la tarjeta. Las mujeres embarazadas sin documentar no necesitan enviar comprobante de situación con respecto a inmigración.

5. ¿Hay alguien de 17 a 19 años de edad que estudia en la escuela secundaria y que solicita Rlte Care/ Rlte Share? Los padres de adolescentes de 18 años de edad (si el adolescente aún va a la escuela) pueden ser elegibles para Rlte Care/Rlte Share. Sí No

NOMBRE			¿EN QUÉ FECHA ESPERA RECIBIRSE O GRADUARSE?
Apellido	Nombre	Inicial	
ESCUELA			<input type="checkbox"/> Todo el día <input type="checkbox"/> Medio día <input type="checkbox"/> Menos de medio día

6. ¿Hay alguna persona embarazada en su casa? Sí No

NOMBRE DE LA PERSONA		¿Está este embarazo cubierto por algún seguro médico?	¿En qué fecha espera el bebé?
Apellido	Nombre		
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	



Por favor, envíe con esta solicitud una copia de un certificado de un médico, o de quien le suministra servicio médico, indicando si está embarazada y la fecha de su parto.

8. ¿Está usted o cualquier adulto en su hogar empleado? Sí No

Si es sí la respuesta, escriba en la solicitud el ingreso que su hogar recibe del empleo. Marque si el empleador ofrece seguro de salud y si el adulto empleado es un ciudadano Americano o uno que reside legalmente en los Estados Unidos. Nosotros utilizaremos esta información para verificar el ingreso y para decidir si ponernos en contacto con el empleador para ver si el plan de salud del empleador puede ser aprobado para el Programa de Ayuda Rlte Share Premium. La cobertura a través de un plan de empleador aprobado de Rlte Share puede solamente ser requerido si el solicitante empleado padre de familia o pariente que suministra el cuidado de un niño son ciudadanos Americanos o uno que reside legalmente en los Estados Unidos. No estableceremos contacto con el empleador si el adulto empleado no es un ciudadano Americano o que no reside legalmente en los Estados Unidos.

Si un padre de familia empleado es elegible para inscribir a la familia en el plan de salud del empleador aprobado de Rlte Share y no quiere hacerlo así, cualquier niño elegible solicitante será inscrito en Rlte Care. Cualquier adulto en el hogar solicitando para beneficio de salud le será negada la elegibilidad por seis meses.

NOMBRE DEL TRABAJADOR	Apellido	Nombre	Inicial	SUELDO O SALARIO
NOMBRE Y DIRECCIÓN DE SU EMPLEADOR				\$ _____
¿El empleador ofrece seguro de salud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				<input type="checkbox"/> por semana <input type="checkbox"/> cada 2 semanas
¿Es el trabajador un ciudadano Americanos o uno que reside legalmente en los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				<input type="checkbox"/> por mes <input type="checkbox"/> otro: _____

NOMBRE DEL TRABAJADOR	Apellido	Nombre	Inicial	SUELDO O SALARIO
NOMBRE Y DIRECCIÓN DE SU EMPLEADOR				\$ _____
¿El empleador ofrece seguro de salud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				<input type="checkbox"/> por semana <input type="checkbox"/> cada 2 semanas
¿Es el trabajador un ciudadano Americanos o uno que reside legalmente en los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				<input type="checkbox"/> por mes <input type="checkbox"/> otro: _____

NOMBRE DEL TRABAJADOR	Apellido	Nombre	Inicial	SUELDO O SALARIO
NOMBRE Y DIRECCIÓN DE SU EMPLEADOR				\$ _____
¿El empleador ofrece seguro de salud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				<input type="checkbox"/> por semana <input type="checkbox"/> cada 2 semanas
¿Es el trabajador un ciudadano Americanos o uno que reside legalmente en los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				<input type="checkbox"/> por mes <input type="checkbox"/> otro: _____

 Por favor incluya copias de comprobantes de su sueldo o salario recibido durante las últimas cuatro semanas (un mes).

9. ¿Tiene alguien de su casa un reclamo o juicio pendiente relacionado con alguna enfermedad, o heridas como resultado de un accidente, compensación obrera (workers' compensation), o alguna otra causa? Sí No

Si responde "sí", indique el nombre de la persona: _____

10. Escriba el monto total de ingresos que usted u otro adulto reciben como dueño(a) de su propio negocio, ingresos por el cuidado de niños, o por alquilar una propiedad.

BUSI

DCIN

RINC

TIPO DE INGRESO	INGRESO BRUTO	FRECUENCIA	GASTOS	¿CONTINUARÁ RECIBIENDO ESTOS INGRESOS?	NOMBRE DE LA PERSONA QUE RECIBE ESTOS INGRESOS
DE SU PROPIO NEGOCIO	\$		\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé	
POR CUIDAR NIÑOS	\$		\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé	
POR ALQUILAR PROPIEDAD	\$		\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé	



Para cada categoría de ingresos, suministre comprobante de éstos y de los gastos, si los tuvo.

UNEA

11. ¿Tiene usted, u otro adulto en su casa, alguna otra clase de ingresos? Sí No
Complete la lista a continuación, indicando cualquier otro tipo de ingresos. Use la categoría "otros" para incluir otro tipo de ingreso no identificado en la lista.

INGRESOS	MONTO	FRECUENCIA	¿CONTINUARÁ RECIBIENDO ESTOS INGRESOS?	NOMBRE DE LA PERSONA QUE RECIBE ESTOS INGRESOS
COMPENSACIÓN POR DESEMPLEO	\$		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé	
SEGURO DE INCAPACIDAD TEMPORARIA	\$		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé	
MANTENIMIENTO DE NIÑO(S)	\$		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé	
MANTENIMIENTO DE EX ESPOSO(A)	\$		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé	
COMPENSACIÓN AL TRABAJADOR	\$		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé	
BENEFICIOS DE LA ADMINISTRACIÓN DE VETERANOS DE GUERRA	\$		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé	
PAGOS DEL SEGURO SOCIAL	\$		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé	
PAGOS DEL SEGURO SOCIAL	\$		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé	
INTERESES	\$		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé	
OTROS (por favor describa)	\$		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé	



Envíe una copia de un comprobante de sus ingresos (por ejemplo, de un cheque o de un certificado de adjudicación monetaria).

12. ¿Hay alguien en su casa que paga por el cuidado de niños? ¿Hay alguien en su casa que paga por el cuidado de una persona discapacitada (minusválida)? Sí No

NOMBRE DE LA PERSONA QUE PAGA POR EL CUIDADO	NOMBRE DEL NIÑO O ADULTO QUE RECIBE EL CUIDADO	¿CONTINUARÁ TENIENDO ESTOS GASTOS?	¿CUÁNTO PAGA? *	FRECUENCIA
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	

* incluyendo subsidio del DHS para el cuidado del niño

13. ¿Alguna de las personas en su casa tienen algún otro seguro médico o seguro dental? (Incluiría también seguro médico o dental provisto a través de un padre o madre ausente.) Si respondió "SÍ" escriba el nombre de la persona y la información sobre el seguro que se solicita a continuación. Sí No

NOMBRE DE LA PERSONA A QUIEN SE LE EMITIÓ LA PÓLIZA			NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS MÉDICO O DENTAL		
NÚMERO DE PÓLIZA		NÚMERO DE GRUPO		¿ES ESTE SEGURO AUSPICIADO POR EL EMPLEADOR? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
TIPO DE COBERTURA <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Individual	SI USTED PAGA LA CUOTA, \$ POR	FECHA EN QUE COMENZÓ LA PÓLIZA		SI RESPONDE "SÍ", INDIQUE EL NOMBRE DE LA EMPRESA QUE PROVEE EL SEGURO:	
NOMBRES DE TODAS LAS PERSONAS INCLUIDAS EN ESTA PÓLIZA					

NOMBRE DE LA PERSONA A QUIEN SE LE EMITIÓ LA PÓLIZA			NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS MÉDICO O DENTAL		
NÚMERO DE PÓLIZA		NÚMERO DE GRUPO		¿ES ESTE SEGURO AUSPICIADO POR EL EMPLEADOR? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
TIPO DE COBERTURA <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Individual	SI USTED PAGA LA CUOTA, \$ POR	FECHA EN QUE COMENZÓ LA PÓLIZA		SI RESPONDE "SÍ", INDIQUE EL NOMBRE DE LA EMPRESA QUE PROVEE EL SEGURO:	
NOMBRES DE TODAS LAS PERSONAS INCLUIDAS EN ESTA PÓLIZA					

Si usted necesita más espacio para contestar algunas preguntas, escriba en otro papel. No olvide escribir el número de la pregunta antes de comenzar a escribir la respuesta.

DECLARACIONES DE QUIEN PRESENTA ESTA SOLICITUD

AYUDA MÉDICA Y EL ESTABLECIMIENTO DE PATERNIDAD—Transferencia de derechos:Yo reconozco y acepto que al firmar al final, transfiero a EOHHS/DHS y a la Oficina de Servicios de Manutención de Menores los derechos a obtener y recibir ayuda médica ordenada por la Corte procedente del padre o de la madre de un(a) niño(a) menor de 18 años. Cooperación:Yo reconozco y acepto que debo cooperar con la Oficina de para obtener la mencionada ayuda, pero tengo el derecho de declarar causa suficiente si es que me niego a cooperar. (no se puede negar RItCare o RItShare a niños que son elegibles si es que sus padres se niegan a establecer la paternidad, o si se niegan a obtener ayuda de padres ausentes).Yo reconozco y acepto que las mujeres embarazadas no tienen obligación de cooperar en el establecimiento de paternidad y en obtener ayuda médica para un niño antes que nazca.

MONTOS A RECUPERAR DE TERCEROS—Yo reconozco y acepto que RItCare o RItShare no paga los gastos médicos que deben ser pagados por terceros, como ser, una compañía privada de seguro médico.Yo reconozco y acepto que al firmar al pie, cedo a EOHHS/DHS mis derechos a cobrar pagos por terceros. Estos pagos incluyen pagos por pólizas de seguros hospitalarios y seguros de salud, o pagos que resultan de un juicio o de cualquier otra demanda.

EMBARGO DE LA HERENCIA DE UN BENEFICIARIO FALLECIDO—Yo reconozco y acepto que los pagos de ayuda médica que se efectúan por medio de RItCare o RItShare a un beneficiario de 55 o más años de edad constituye una deuda al Estado sujeta a embargo de la herencia del beneficiario a favor del EOHHS/DHS (sin embargo, este embargo a la herencia de un beneficiario no se hará efectiva si el beneficiario tiene como sobrevivientes a un cónyuge, a un niño o joven de menos de 21 años de edad, o a un niño ciego o discapacitado total y permanentemente).

PENALIDADES POR FALSO JURAMENTO—Yo reconozco y acepto que si suministro información falsa, estoy desacatando a la ley federal y/o estatal y que, por lo tanto, puedo estar sujeto a penalidades.

SUS DERECHOS

BENEFICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD

Yo reconozco y acepto que tengo el derecho de solicitar y recibir beneficios de Ayuda Médica (RItCare o RItShare) si es que soy elegible de acuerdo con los reglamentos y normas establecidas por la ley de Rhode Island.

CONFIDENCIALIDAD

Yo reconozco y acepto que la información que he suministrado es confidencial. EOHHS/DHS utiliza información sobre mí y mi familia solamente con el propósito relacionado directamente con la administración de RItCare o RItShare. El uso de esta información incluye enviarla a mi Plan de Seguro Médico de RItCare y, si es que solicito un pase para transporte, al Departamento de Transportes Públicos de Rhode Island.Yo estoy de acuerdo con que mi Plan de Seguro Médico de RItCare puede suministrar al EOHHS/DHS información relacionada con la atención médica que ha recibido mi familia con motivos relacionados con la administración del programa RItCare y también reconozco y acepto que esta información es confidencial. EOHHS/DHS no suministrará ninguna información sobre afiliados o solicitantes que no sea la que se ha mencionado anteriormente sin autorización previa, a menos que lo demande la ley.

EOHHS/DHS cuenta con mi autorización para usar o divulgar informaciones de salud privadas para los fines de tratamiento, pago y operaciones necesarias para el cuidado de la salud, de conformidad con el aviso sobre las prácticas de privacidad del EOHHS/DHS.

DERECHO A APELAR

Yo acepto y reconozco que si no estoy satisfecho con una decisión del EOHHS/DHS, o si el EOHHS/DHS se demora en tomar una decisión, tengo el derecho a apelar y recibir sin demora una audiencia ante el Oficial de Apelaciones (Appeals Officer) del EOHHS/DHS. Un abogado, o cualquier otra persona que yo elija, puede ser mi representante .Yo debo solicitar la audiencia por escrito dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que recibo la notificación respecto a mi elegibilidad bajo RItCare o RItShare.

QUEJAS SOBRE EL PLAN DE SEGURO MÉDICO

Yo reconozco y acepto que yo tengo el derecho a presentar una queja ya sea sobre el tratamiento médico, o debido a que se me ha negado tratamiento médico por parte de mi Plan de Seguro Médico de RItE Care. Cada Plan de Seguro Médico tiene un procedimiento para quejas y apelaciones. Si no estoy satisfecho con la decisión tomada por mi Plan de Seguro de Salud después de haber apelado, yo puedo comunicarme con RItE Care o RItE Share por medio de su línea telefónica informativa (RItE Care/RItE Share Info Line). Si aún no estoy satisfecho, puedo registrar una queja con la Division of Facilities Regulation, RI Department of Health, 3 Capitol Hill, Providence, RI 02908, (401)222-2566.

REGLAMENTACIÓN ANTIDISCRIMINATORIA

Yo acepto y reconozco que mi elegibilidad no depende de mi raza, color, nacionalidad de origen, discapacidad, género, edad, religión u orientación sexual, excepto si hay restricciones que impone la ley. Yo acepto y reconozco que tengo el derecho de negarme a suministrar información relacionada con mis antecedentes raciales y/o étnicos y que el hacerlo no afectará mi elegibilidad en RItE Care o RItE Share.

ALTERNATIVAS PARA LA ELEGIBILIDAD

Yo entiendo que esta solicitud se relaciona solamente con RItE Care o RItE Share. Yo entiendo que si yo no resulto elegible para cobertura por RItE Care o RItE Share, es posible que yo pueda recibir Asistencia Médica de alguna otra procedencia. Yo entiendo que puedo ser elegible bajo otros programas administrados por la EOHHS/DHS, como son los cupones para alimentos SNAP, o ayuda en la forma de dinero en efectivo. Yo entiendo que para solicitar otro tipo de asistencia médica o bajo otros programas de la EOHHS/DHS, yo tengo que presentar otra solicitud acompañada por documentos adicionales.

SUS RESPONSABILIDADES

PRECISIÓN Yo me comprometo a suministrar al EOHHS/DHS información precisa como prueba de lo que he manifestado, y doy permiso al EOHHS/DHS para que obtenga las pruebas.

AVISO DE CAMBIOS Yo me comprometo a avisar inmediatamente (dentro de los 10 días) sobre cualquier cambio en la información en esta solicitud.

COOPERACIÓN CON AUDITORES Yo me comprometo a cooperar en pleno con personal del Gobierno Estatal o Federal que pasa revistas de control de calidad o revisan los informes médicos.

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL Yo me comprometo a presentar el número de Seguro Social legítimo, mío y de cada persona en mi familia, o a solicitar un número de Seguro Social si es que tienen derecho a tal.

FIRME AQUÍ

YO CERTIFICO que todas mis respuestas e información en esta solicitud son completas y reflejan la verdad. Yo he leído las Declaraciones, Derechos y Responsabilidades que preceden a esta sección.

FIRMA DEL SOLICITANTE

FECHA

FIRMA DEL ESPOSO(A), SI VIVE EN LA CASA

FECHA

FIRMA DE LA PERSONA QUE LE AYUDÓ A COMPLETAR ESTA SOLICITUD Y
NOMBRE DE LA AGENCIA

FECHA



INFORMACION SOBRE REGLAMENTOS ANTIDISCRIMINATORIOS

La Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Rhode Island (EOHHS) y el Departamento de Servicios Humanos (DHS), no discrimina con base en la raza, color, procedencia nacional, incapacidad, orientación política, edad, religión o género en cuanto a la aceptación o la prestación de servicios, empleo o tratamiento, en sus programas o actividades de carácter educativo u otros. Bajo otras cláusulas de la ley que corresponda, EOHHS/DHS no discrimina sobre la base de la orientación sexual.

Para más información sobre estas leyes, regulaciones y los procedimientos para reclamos por discriminación para la resolución de quejas sobre discriminación, comuníquese con EOHHS/DHS en el N° 57 Howard Avenue, Cranston, RI 02920, número de teléfono 462-2130 (TDD 462-6239 o 711).

NOMBRE DEL SOLICITANTE/ JEFE(A) DE FAMILIA	Apellido	Nombre	Initial	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	NÚMERO DE TELÉFONO
---	----------	--------	---------	--------------------------------	---------------------------

1. ELIJA UN PLAN DE SEGURO MÉDICO Cada familia debe elegir uno de los Planes de Seguro Médico disponibles que se ilustran.

 <p>Neighborhood Health Plan of Rhode Island</p> <p>1-800-963-1001 TDD 459-6105</p>	 <p>UnitedHealthcare A UnitedHealth Group Company</p> <p>1-800-587-5187 TDD 587-5188</p>
---	--

2. ESCRIBA INFORMACIÓN SOBRE LAS PERSONAS DE SU CASA QUE SOLICITAN RITE CARE O RITE SHARE. Si usted tiene un doctor, escriba el nombre en el formulario más abajo. Si usted no tiene un doctor, su seguro médico le ayudará a elegir uno cuando usted se afilie.

NOMBRE	Apellido	Nombre	Initial	FECHA DE NACIMIENTO mes / día / año	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	¿ESTÁ EMBARAZADA?	DOCTOR (médico decabecera)	LOCALIDAD DEL DOCTOR (Ciudad o Pueblo)
Jefe(a) de familiar						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		