

Medicaid puede ayudar a las personas y familias elegibles a pagar por cobertura de seguro de salud que le ofrece su empleo, COBRA, Seguro de Mineros Unidos o un Plan de Salud para Jubilados. Este programa de Medicaid se llama Programa de Pago de Primas de Seguro de Salud Integrado de Kentucky (KI-HIPP). Complete este formulario si usted (el titular primario de la póliza) tiene acceso o está inscrito en cobertura de seguro de salud.

**Paso 1: Información sobre titular primario de la póliza** (Esta es la persona que tiene el seguro.)

1. Primer nombre		Segundo nombre		Apellido	
2. Número de Seguro Social		3. Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) ____/____/____		4. Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
5. ¿Consumo tabaco?*					
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
6. Dirección del hogar					
7. Ciudad		8. Estado		9. Cód. postal	
10. Dirección postal, si es diferente					
11. Ciudad		12. Estado		13. Cód. postal	
14. Número de teléfono		15. Tipo de teléfono <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro		16. Email	
17. ¿Cómo quiere recibir las noticias? <input type="checkbox"/> Impresas en papel <input type="checkbox"/> Electrónico- correo electrónico solamente <input type="checkbox"/> Electrónico - correo electrónico y mensaje de texto				18. Fecha de comienzo de la cobertura ____/____/____	

\*La pregunta sobre consumo de tabaco es para fines informativos solamente y no afecta la cobertura de Medicaid.

**Paso 2: Información de póliza de seguro de salud**

19. ¿Usted tiene acceso a este plan de seguro o usted ya está inscrito? <input type="checkbox"/> Acceso <input type="checkbox"/> Inscrito					
20. ¿Cuál es la fuente de este plan de seguro de salud? <input type="checkbox"/> Seguro patrocinado por el empleador <input type="checkbox"/> COBRA <input type="checkbox"/> Mineros Unidos <input type="checkbox"/> Plan de Salud para Jubilados					
21. Nombre del empleador			22. Teléfono del empleador		
23. Nombre de la compañía de seguro de salud			24. Número de teléfono de la compañía de seguro de salud		
25. Dirección de la compañía de seguro de salud					
26. Ciudad		27. Estado		28. Cód. postal	
29. Nombre del plan			30. Fecha de inicio del plan (MM/DD/AAAA) ____/____/____		
31. Número de grupo, si está inscrito			32. Número de ID de póliza, si está inscrito		
33. Nivel de cobertura <input type="checkbox"/> Empleado(a) <input type="checkbox"/> Empleado(a) + cónyuge <input type="checkbox"/> Empleado(a) + Dependientes <input type="checkbox"/> Familia		34. Prima por frecuencia \$ _____		35. Frecuencia <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual	

**Paso 3: Personas con cobertura**

Denos información sobre las personas que tienen cobertura en su plan de seguro de salud si usted está inscrito, o las personas para las que usted espera tener cobertura si solo usted tiene cobertura.

<b>Cónyuge</b>				
a. Primer nombre		Segundo nombre		Apellido
b. Número de Seguro Social	c. Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) ____/____/____		d. Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	e. ¿Consume tabaco?* <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
f. Fecha de comienzo de la cobertura ____/____/____		g. ¿Esta persona está en Medicaid? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		h. Número ID de Medicaid, si lo sabe
<b>Dependiente 1</b>				
a. Primer nombre		Segundo nombre		Apellido
b. Número de Seguro Social	c. Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) ____/____/____		d. Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	e. ¿Consume tabaco?* <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
f. Fecha de comienzo de la cobertura ____/____/____		g. ¿Esta persona está en Medicaid? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		h. Número ID de Medicaid, si lo sabe
i. Relación con titular de la póliza <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Hijastro(a) <input type="checkbox"/> Otro _____				
<b>Dependiente 2</b>				
a. Primer nombre		Segundo nombre		Apellido
b. Número de Seguro Social	c. Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) ____/____/____		d. Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	e. ¿Consume tabaco?* <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
f. Fecha de comienzo de la cobertura ____/____/____		g. ¿Esta persona está en Medicaid? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		h. Número ID de Medicaid, si lo sabe
i. Relación con titular de la póliza <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Hijastro(a) <input type="checkbox"/> Otro _____				
<b>Dependiente 3</b>				
a. Primer nombre		Segundo nombre		Apellido
b. Número de Seguro Social	c. Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) ____/____/____		d. Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	e. ¿Consume tabaco?* <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
f. Fecha de comienzo de la cobertura ____/____/____		g. ¿Esta persona está en Medicaid? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		h. Número ID de Medicaid, si lo sabe
i. Relación con titular de la póliza <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Hijastro(a) <input type="checkbox"/> Otro _____				
<b>Dependiente 4</b>				
a. Primer nombre		Segundo nombre		Apellido
b. Número de Seguro Social	c. Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) ____/____/____		d. Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	e. ¿Consume tabaco?* <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
f. Fecha de comienzo de la cobertura ____/____/____		g. ¿Esta persona está en Medicaid? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		h. Número ID de Medicaid, si lo sabe
i. Relación con titular de la póliza <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Hijastro(a) <input type="checkbox"/> Otro _____				

\*La pregunta sobre consumo de tabaco es para fines informativos solamente y no afecta la cobertura de Medicaid.

**Si tiene más de 4 dependientes, use el Apéndice A para dar más información sobre su hogar.**

## Paso 4: Autorización

- Firmo este formulario bajo pena de perjurio, lo que significa que he dado respuestas verdaderas a todas las preguntas en este formulario, incluido el apéndice, según mi leal saber y entender. Sé que puedo estar sujeto a sanciones según la ley federal si doy información falsa y/o incorrecta.
  - Sé que tengo que informar al Departamento de Servicios de Medicaid (DMS) si la información que ingresé en este formulario cambia, en un plazo de 30 días a partir del cambio. Puedo visitar [kynect.ky.gov](http://kynect.ky.gov) o llamar al 855-459-6328 para informar sobre cualquier cambio.
- Sé que, según la ley federal, no está permitida la discriminación en base a raza, color, nacionalidad, sexo, edad, orientación sexual, identidad de género o discapacidad. Puedo presentar una queja por discriminación en [www.hhs.gov/ocr/office/file](http://www.hhs.gov/ocr/office/file). Entiendo que mi elegibilidad para Medicaid no se verá afectada por mi estatus de consumo de tabaco. Si mi plan no es elegible para KI-HIPP, puedo recibir Medicaid.
- Entiendo que el Departamento de Servicios de Medicaid (DMS) comprobará mis respuestas usando información en bases de datos del Servicio de Rentas Internas (IRS), Administración del Seguro Social, el Departamento de Seguridad Nacional y/u otras fuentes confiables. Si la información no coincide, se me puede pedir que envíe comprobantes.

### Si soy elegible para Pago de Primas de Seguro de Salud Integrado de Kentucky:

- Entiendo que si el Programa de Pago de Pago de Primas de Seguro de Salud Integrado de Kentucky paga por un gasto médico, cualquier pago de otro seguro de salud o acuerdos legales será para Medicaid, según corresponda, para reembolso por el gasto.
- Entiendo que se puede revisar mi formulario de cobertura de salud para asegurar que la elegibilidad se haya determinado correctamente. Si se revisa mi formulario, debo cooperar con la revisión.

Firma

Fecha (MM/DD/AAAA)

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Si necesita ayuda con su formulario o para completarlo más rápidamente en internet, vaya a [kynect.ky.gov](http://kynect.ky.gov) o llame al 855-459-6328. Puede cargar los documentos requeridos en el paso 5 en [kynect.ky.gov](http://kynect.ky.gov) o enviarlos a:

Dirección de KI-HIPP: CHFS KI-HIPP Unit  
275 E. Main St., 6C-A  
Frankfort, KY 40621

Email de KI-HIPP: [kihipp.program@ky.gov](mailto:kihipp.program@ky.gov)

## Paso 5: Verificación

### Debe enviar los documentos requeridos:

- Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC), incluidos todos los deducibles, montos de coseguro, copagos y servicios cubiertos;
- Planilla de tarifas de primas;
- Tarjeta de seguro de salud, adelante y atrás, si está inscrito y
- Talón de cheque de pago reciente, mostrando deducción del seguro, si está inscrito.

## Apéndice A: Personas con cobertura adicionales

Denos información sobre las personas que tienen cobertura en su plan de seguro de salud si usted está inscrito, o las personas para las que usted espera tener cobertura si solo usted tiene cobertura. Solo complete el Apéndice A si se le terminó el espacio en el Paso 3. Puede usar todas las páginas del Apéndice A que necesite para indicar sus dependientes.

Dependiente ____				
a. Primer nombre		Segundo nombre		Apellido
b. Número de Seguro Social	c. Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) ____/____/____	d. Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	e. ¿Consume tabaco?*	
f. Fecha de comienzo de la cobertura ____/____/____		g. ¿Esta persona está en Medicaid? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	h. Número ID de Medicaid, si lo sabe	
i. Relación con titular de la póliza <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Hijastro(a) <input type="checkbox"/> Otro _____				
Dependiente ____				
a. Primer nombre		Segundo nombre		Apellido
b. Número de Seguro Social	c. Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) ____/____/____	d. Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	e. ¿Consume tabaco?*	
f. Fecha de comienzo de la cobertura ____/____/____		g. ¿Esta persona está en Medicaid? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	h. Número ID de Medicaid, si lo sabe	
i. Relación con titular de la póliza <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Hijastro(a) <input type="checkbox"/> Otro _____				
Dependiente ____				
a. Primer nombre		Segundo nombre		Apellido
b. Número de Seguro Social	c. Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) ____/____/____	d. Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	e. ¿Consume tabaco?*	
f. Fecha de comienzo de la cobertura ____/____/____		g. ¿Esta persona está en Medicaid? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	h. Número ID de Medicaid, si lo sabe	
i. Relación con titular de la póliza <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Hijastro(a) <input type="checkbox"/> Otro _____				
Dependiente ____				
a. Primer nombre		Segundo nombre		Apellido
b. Número de Seguro Social	c. Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) ____/____/____	d. Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	e. ¿Consume tabaco?*	
f. Fecha de comienzo de la cobertura ____/____/____		g. ¿Esta persona está en Medicaid? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	h. Número ID de Medicaid, si lo sabe	
i. Relación con titular de la póliza <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Hijastro(a) <input type="checkbox"/> Otro _____				
Dependiente ____				
a. Primer nombre		Segundo nombre		Apellido
b. Número de Seguro Social	c. Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) ____/____/____	d. Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	e. ¿Consume tabaco?*	
f. Fecha de comienzo de la cobertura ____/____/____		g. ¿Esta persona está en Medicaid? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	h. Número ID de Medicaid, si lo sabe	
i. Relación con titular de la póliza <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Hijastro(a) <input type="checkbox"/> Otro _____				