**Solicitud del Departamento de Salud y Servicios
Humanos de Carolina del Sur para Healthy
Connections de Carolina del Sur**
Cobertura para niños, mujeres embarazadas y familias

Nota: Sólo debe proporcionarnos el número de Seguro Social y responder la pregunta sobre la ciudadanía estadounidense para las personas para quienes completa la solicitud. Sin embargo, si nos proporciona su número de Seguro Social, aunque no solicite beneficios, quizá podremos procesar su solicitud más rápidamente. Sólo usamos los números de Seguro Social para verificar los ingresos.

1. Infórmenos sobre usted (persona principal)

Nombre (primer nombre, inicial del segundo nombre y apellido):		Número de Seguro Social: (no es obligatorio para servicios de emergencia)			Fecha de nacimiento:
Dirección para correspondencia (incluir n.º de apartamento)				Ciudad	Estado
				Código postal	Condado:
Dirección particular (si no coincide con su dirección postal)				Ciudad	Estado
				Código postal	Número de teléfono: ()
¿Es ciudadano estadounidense? ☐ Sí ☐ No		¿La solicitud es para usted? ☐ Sí ☐ No		¿Necesita cobertura retroactiva por los últimos tres meses? ☐ Sí ☐ No Mencione los meses:	
Si presenta la solicitud y no es elegible para Medicaid común, ¿desea que probemos con Planificación familiar? ☐ Incluir Planificación familiar Planificación familiar es un programa de beneficios limitados que sólo brinda servicios de Planificación familiar. Los servicios de Planificación familiar incluyen métodos anticonceptivos, procedimientos de esterilización permanentes (vasectomía y ligadura de trompas), pruebas de laboratorio, exámenes, recetas, visitas a consultorios médicos y asesoramiento relacionado con la planificación familiar.					
Nombre completo al nacer: Esto nos ayuda a verificar la ciudadanía.			Condado/Estado donde nació:		Nombre completo de su madre al nacer (ella):
Sexo: ☐ Femenino ☐ Masculino	Estado civil: ☐ Soltero ☐ Viudo ☐ Casado ☐ Separado ☐ Divorciado		¿Es discapacitado? ☐ Sí ☐ No ¿Está embarazada? ☐ Sí ☐ No Si lo está, ¿cuál es la fecha de parto?:		¿Actualmente asiste al colegio? ☐ Sí ¿A qué grado o curso? ☐ No
¿Tiene ahora seguro de salud? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es afirmativa, nombre de la compañía					
N.º de identificación de la póliza					
¿Es usted el padre, padrastro o tutor de los niños enumerados en la solicitud? ☐ Sí ☐ No					
¿Qué idioma usa más? ☐ Inglés ☐ Español ☐ Chino ☐ Ruso ☐ Lenguaje de señas ☐ Vietnamita ☐ Otro:			Etnia	☐ Blanco/Caucásico ☐ Negro/Afroamericano ☐ Hispano ☐ Asiático ☐ Nativo de Alaska ☐ Multiétnico ☐ Indio estadounidense reconocido federalmente* ☐ Otro indio estadounidense ☐ Nativo de Hawái u otro isleño del Pacífico ☐ Otra etnia/Etnia desconocida	

*Se requiere evidencia de la membresía a la tribu.

2. Infórmenos sobre su cónyuge u otro adulto del grupo familiar que sea el padre o tutor de los niños.

Nombre (primer nombre, inicial del segundo nombre y apellido):		Número de Seguro Social: (no es obligatorio para servicios de emergencia)		Fecha de nacimiento:
¿Es ciudadano estadounidense? ☐ Sí ☐ No		¿Solicita cobertura? ☐ Sí ☐ No		¿Necesita cobertura retroactiva por los últimos tres meses? ☐ Sí ☐ No Meses solicitados:
Si esta persona no es elegible para Medicaid común, ¿desea que probemos con Planificación familiar? ☐ Incluir Planificación familiar				
Nombre completo al nacer: Esto nos ayuda a verificar la ciudadanía.		Condado/Estado donde nació:		Nombre completo de la madre al nacer (ella):
Sexo: ☐ Femenino ☐ Masculino	Estado civil: ☐ Soltero ☐ Viudo ☐ Casado ☐ Separado ☐ Divorciado	¿Es discapacitado? ☐ Sí ☐ No ¿Está embarazada? ☐ Sí ☐ No Si lo está, ¿cuál es la fecha de parto?:	¿Asiste actualmente al colegio? ☐ Sí ¿A qué grado o curso? ☐ No	
¿Esta persona tiene seguro de salud actualmente? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es afirmativa, nombre de la compañía				
N.º de identificación de la póliza				
¿Es esta persona el padre, padrastro o tutor de los niños enumerados en la solicitud? ☐ Sí ☐ No				
Relación con usted: ☐ Cónyuge ☐ Novio/Novia ☐ Otro:		Etnia ☐ Blanco/Caucásico ☐ Negro/Afroamericano ☐ Hispano ☐ Asiático ☐ Nativo de Alaska ☐ Indio estadounidense reconocido federalmente* ☐ Otro indio estadounidense ☐ Nativo de Hawái u otro isleño del Pacífico ☐ Multiétnico ☐ Otra etnia/Etnia desconocida		

*Se requiere evidencia de la membresía a la tribu.

3. Infórmenos sobre los hijos que viven con usted. No se requiere un número de Seguro Social si sólo se solicitan los servicios de emergencia.

	Hijo 1	Hijo 2	Hijo 3
Nombre completo (Primer nombre, segundo nombre y apellido)			
Ciudadano estadounidense	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Número de Seguro Social			
Número de reclamo de Medicare o del Seguro Social			
Fecha de nacimiento del niño			
Ciudad, condado y estado donde nació el niño			
Sexo	☐ Femenino ☐ Masculino	☐ Femenino ☐ Masculino	☐ Femenino ☐ Masculino
¿Solicita cobertura?	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Nombre completo de la madre al nacer (ella)			
Marque todo lo que corresponda	☐ Discapacitado ☐ Embarazada. Fecha de parto:	☐ Discapacitado ☐ Embarazada. Fecha de parto:	☐ Discapacitado ☐ Embarazada. Fecha de parto:
Etnia * Se requiere evidencia de la membresía a la tribu.	☐ Blanco/Caucásico ☐ Hispano ☐ Negro/Afroamericano ☐ Indio estadounidense reconocido federalmente* ☐ Otro indio estadounidense ☐ Asiático ☐ Nativo de Alaska ☐ Nativo de Hawái u otro isleño del Pacífico ☐ Multiétnico ☐ Otra etnia/Etnia desconocida	☐ Blanco/Caucásico ☐ Hispano ☐ Negro/Afroamericano ☐ Indio estadounidense reconocido federalmente* ☐ Otro indio estadounidense ☐ Asiático ☐ Nativo de Alaska ☐ Nativo de Hawái u otro isleño del Pacífico ☐ Multiétnico ☐ Otra etnia/Etnia desconocida	☐ Blanco/Caucásico ☐ Hispano ☐ Negro/Afroamericano ☐ Indio estadounidense reconocido federalmente* ☐ Otro indio estadounidense ☐ Asiático ☐ Nativo de Alaska ☐ Nativo de Hawái u otro isleño del Pacífico ☐ Multiétnico ☐ Otra etnia/Etnia desconocida
¿El niño asiste al colegio actualmente?	☐ Sí. Nombre del colegio y grado o curso ☐ No	☐ Sí. Nombre del colegio y grado o curso ☐ No	☐ Sí. Nombre del colegio y grado o curso ☐ No
Relación del niño con la persona principal	☐ Hijo ☐ Hijastro ☐ Nieto ☐ Otro:	☐ Hijo ☐ Hijastro ☐ Nieto ☐ Otro:	☐ Hijo ☐ Hijastro ☐ Nieto ☐ Otro:
Relación del niño con el cónyuge/otro adulto del grupo familiar	☐ Hijo ☐ Hijastro ☐ Nieto ☐ Otro:	☐ Hijo ☐ Hijastro ☐ Nieto ☐ Otro:	☐ Hijo ☐ Hijastro ☐ Nieto ☐ Otro:
¿El niño recibe pagos de sustento de menores?	☐ Sí ☐ No Importe: Pagado por: ¿Por orden judicial? ☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No Importe: Pagado por: ¿Por orden judicial? ☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No Importe: Pagado por: ¿Por orden judicial? ☐ Sí ☐ No
¿Le paga a alguien por el cuidado infantil para este niño mientras usted trabaja o asiste al colegio?	Nombre del proveedor o centro de atención diurna Número de teléfono: Importe pagado: Con qué frecuencia: ¿Cupones de ABC? ☐ Sí ☐ No	Nombre del proveedor o centro de atención diurna Número de teléfono: Importe pagado: Con qué frecuencia: ¿Cupones de ABC? ☐ Sí ☐ No	Nombre del proveedor o centro de atención diurna Número de teléfono: Importe pagado: Con qué frecuencia: ¿Cupones de ABC? ☐ Sí ☐ No

¿Necesita cobertura retroactiva por los últimos tres meses?	☐ Sí ☐ No Mencione los meses:	☐ Sí ☐ No Mencione los meses:	☐ Sí ☐ No Mencione los meses:
¿El niño tiene seguro de salud	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
	<i>Si la respuesta es afirmativa, proporcione una copia del anverso y reverso de todas las tarjetas de seguro de salud.</i>		
	Si la respuesta es afirmativa, responda lo siguiente: Tipo de póliza Nombre de la compañía N.º de identificación de póliza	Si la respuesta es afirmativa, responda lo siguiente: Tipo de póliza Nombre de la compañía N.º de identificación de póliza	Si la respuesta es afirmativa, responda lo siguiente: Tipo de póliza Nombre de la compañía N.º de identificación de póliza
Para cada niño que se menciona anteriormente, si no es elegible para Medicaid común, ¿desea que probemos con Planificación familiar?			
	☐ Incluir Planificación familiar	☐ Incluir Planificación familiar	☐ Incluir Planificación familiar

	Hijo 4	Hijo 5	Hijo 6
Nombre completo (Primer nombre, segundo nombre y apellido)			
Ciudadano estadounidense	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Número de Seguro Social			
Número de reclamo de Medicare o del Seguro Social			
Fecha de nacimiento del niño			
Ciudad, condado y estado donde nació el niño			
Sexo	☐ Femenino ☐ Masculino	☐ Femenino ☐ Masculino	☐ Femenino ☐ Masculino
¿Solicita cobertura?	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Nombre completo de la madre al nacer (ella)			
Marque todo lo que corresponda	☐ Discapacitado ☐ Embarazada. Fecha de parto:	☐ Discapacitado ☐ Embarazada. Fecha de parto:	☐ Discapacitado ☐ Embarazada. Fecha de parto:
Etnia * Se requiere evidencia de la membresía a la tribu.	☐ Blanco/Caucásico ☐ Hispano ☐ Negro/Afroamericano ☐ Indio estadounidense reconocido federalmente* ☐ Otro indio estadounidense ☐ Asiático ☐ Nativo de Alaska ☐ Nativo de Hawái u otro isleño del Pacífico ☐ Multiétnico ☐ Otra etnia/Etnia desconocida	☐ Blanco/Caucásico ☐ Hispano ☐ Negro/Afroamericano ☐ Indio estadounidense reconocido federalmente* ☐ Otro indio estadounidense ☐ Asiático ☐ Nativo de Alaska ☐ Nativo de Hawái u otro isleño del Pacífico ☐ Multiétnico ☐ Otra etnia/Etnia desconocida	☐ Blanco/Caucásico ☐ Hispano ☐ Negro/Afroamericano ☐ Indio estadounidense reconocido federalmente* ☐ Otro indio estadounidense ☐ Asiático ☐ Nativo de Alaska ☐ Nativo de Hawái u otro isleño del Pacífico ☐ Multiétnico ☐ Otra etnia/Etnia desconocida
¿El niño asiste al colegio actualmente?	☐ Sí. Nombre del colegio y grado o curso ☐ No	☐ Sí. Nombre del colegio y grado o curso ☐ No	☐ Sí. Nombre del colegio y grado o curso ☐ No
Relación del niño con la persona principal	☐ Hijo ☐ Hijastro ☐ Nieto ☐ Otro:	☐ Hijo ☐ Hijastro ☐ Nieto ☐ Otro:	☐ Hijo ☐ Hijastro ☐ Nieto ☐ Otro:
Relación del niño con el cónyuge/otro adulto del grupo familiar	☐ Hijo ☐ Hijastro ☐ Nieto ☐ Otro:	☐ Hijo ☐ Hijastro ☐ Nieto ☐ Otro:	☐ Hijo ☐ Hijastro ☐ Nieto ☐ Otro:
¿El niño recibe pagos de sustento de menores?	☐ Sí ☐ No Importe: Pagado por: ¿Por orden judicial? ☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No Importe: Pagado por: ¿Por orden judicial? ☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No Importe: Pagado por: ¿Por orden judicial? ☐ Sí ☐ No
¿Le paga a alguien por el cuidado infantil para este niño mientras usted trabaja o asiste al colegio?	Nombre del proveedor o centro de atención diurna Número de teléfono: Importe pagado: Con qué frecuencia: ¿Cupones de ABC? ☐ Sí ☐ No	Nombre del proveedor o centro de atención diurna Número de teléfono: Importe pagado: Con qué frecuencia: ¿Cupones de ABC? ☐ Sí ☐ No	Nombre del proveedor o centro de atención diurna Número de teléfono: Importe pagado: Con qué frecuencia: ¿Cupones de ABC? ☐ Sí ☐ No

¿Necesita cobertura retroactiva por los últimos tres meses?	☐ Sí ☐ No Mencione los meses:	☐ Sí ☐ No Mencione los meses:	☐ Sí ☐ No Mencione los meses:
¿El niño tiene seguro de salud actualmente? (No incluir Medicaid)	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
<i>Si la respuesta es afirmativa, proporcione una copia del anverso y reverso de todas las tarjetas de seguro de salud.</i>			
	Si la respuesta es afirmativa, responda lo siguiente: Tipo de póliza Nombre de la compañía N.º de identificación de póliza	Si la respuesta es afirmativa, responda lo siguiente: Tipo de póliza Nombre de la compañía N.º de identificación de póliza	Si la respuesta es afirmativa, responda lo siguiente: Tipo de póliza Nombre de la compañía N.º de identificación de póliza
Para cada niño que se menciona anteriormente, si no es elegible para Medicaid común, ¿desea que probemos con Planificación familiar?			
	☐ Incluir Planificación familiar	☐ Incluir Planificación familiar	☐ Incluir Planificación familiar

4. Infórmenos sobre los ingresos de cada miembro de su familia que vive en su casa.

Ingrese el salario BRUTO antes de impuestos y deducciones; no el salario que se lleva a su casa. Ingrese cero ("0") si no está trabajando. **Debe enviarnos un comprobante de ingresos de las últimas cuatro semanas.**

Sus ingresos de empleo		Ingresos de empleo del cónyuge u otro adulto <i>(si vive en su casa)</i>			
Nombre de la persona que trabaja		Nombre de la persona que trabaja			
Nombre del empleador		Nombre del empleador			
Dirección del empleador		Dirección del empleador			
Número de teléfono del empleador (incluir código de área)		Número de teléfono del empleador (incluir código de área)			
Importe bruto ganado por período de pago antes de impuestos \$ _____ ¿Con qué frecuencia se le efectúa el pago? ☐ Semanalmente ☐ Cada dos semanas ☐ Dos veces por mes ☐ Mensualmente		Importe bruto ganado por período de pago antes de impuestos \$ _____ ¿Con qué frecuencia se le efectúa el pago? ☐ Semanalmente ☐ Cada dos semanas ☐ Dos veces por mes ☐ Mensualmente			
<p>¿Alguien del grupo familiar trabaja por cuenta propia? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es afirmativa, debe enviar copias de todos los formularios de impuestos de ingresos comerciales federales y personales presentados más recientemente, incluidos todos los formularios y cronogramas.</p> Nombre la sociedad o empresa que tiene por cuenta propia:					
<p>¿Alguna de las personas en su casa recibe o ha solicitado algún otro ingreso? ☐ Sí ☐ No</p> Si la respuesta es afirmativa, marque todos los casilleros que correspondan y complete la siguiente tabla.					
☐ Beneficios del Seguro Social (RSDI) ☐ Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI) ☐ Beneficios por discapacidad ☐ Beneficios de pensión/retiro ☐ Compensación laboral ☐ Beneficios por desempleo ☐ Beneficios de veteranos ☐ Dinero recibido de amigos o parientes ☐ Ingresos por renta ☐ Pensión militar ☐ Ingresos para alojamiento o comida ☐ Ingresos de intereses o dividendos ☐ Contrato de compraventa de bien inmueble, hipoteca y otros pagarés de un miembro del grupo familiar (proporcione una copia del contrato, hipoteca, pagaré u otro acuerdo) ☐ Otro:					
Persona que recibe o espera el dinero	Origen/Tipo de ingresos	Frecuencia de recepción	Importe recibido	¿Se espera que continúe?	Fecha en que se espera recibir los ingresos, si todavía no se reciben
				☐ Sí ☐ No	
				☐ Sí ☐ No	
				☐ Sí ☐ No	
				☐ Sí ☐ No	

5. ¿En la casa hay algún adulto que actualmente no trabaje?

Sí No

Si la respuesta es afirmativa, infórmenos quién es y cuándo fue la última vez que trabajó:

6. Si su familia no tiene ingresos, explique cómo paga sus facturas:

7. ¿El valor del patrimonio neto de todos sus bienes equivale a más de \$30,000? No incluya el valor de la casa donde vive ni hasta \$20,000 del valor del patrimonio neto por vehículo por cada conductor con licencia.

- Sí, mis bienes tienen un valor superior a \$30,000. No, mis bienes tienen un valor inferior a \$30,000.

Los bienes son las cosas que posee, como automóviles, botes, casas rodantes, propiedades embargables, cuentas de ahorros y cuentas corrientes, efectivo y certificados de depósito. El valor del patrimonio neto hace referencia al valor de algo menos el dinero que se debe por dicho bien. (Por ejemplo, un vehículo que tiene un valor de \$5000, pero se adeudan \$2000 por él, tiene un valor de patrimonio neto de \$3000).

8. ¿Paga sustento de menores por orden judicial para un niño que no vive en su casa?

(Si la respuesta es afirmativa, proporcione evidencia) Sí No

Nombre del niño	¿Cuánto paga?	¿Con qué frecuencia paga este importe?

9. ¿Le paga a alguien para que atienda a un adulto dependiente mientras usted trabaja o asiste al colegio?

- Sí No

Nombre del adulto	¿A quién le paga?	¿Cuánto paga?	¿Con qué frecuencia paga?

IMPORTANTE

- **Para completar la solicitud, debe leer este formulario y firmarlo en la última página. Más abajo se detalla una lista de algunos tipos de datos que podrían ayudarnos a procesar su solicitud más rápidamente. No hace falta que espere hasta tener todo lo necesario para enviar su solicitud, pero esto podría demorarnos para tomar una decisión. Si necesitamos algo de usted, le enviaremos una lista y le diremos exactamente qué necesitamos.**
 - Comprobante de ingresos
 - Copias de comprobantes de pago de las últimas cuatro semanas por cualquier persona adulta nombrada en la solicitud; o una carta del empleador que muestre el salario BRUTO de las últimas cuatro semanas.
 - Una copia de la carta donde conste el importe bruto de cualquier beneficio recibido (Seguro Social, de desempleo, Departamento de Asuntos de los Veteranos, compensación laboral, etc.)
 - Comprobante de otros ingresos recibidos en las últimas cuatro semanas, incluido el sustento de menores. **NOTA:** Es posible que deba solicitar beneficios potenciales adicionales, como beneficios por desempleo o de Seguro Social.
 - Comprobante de ingresos de los últimos tres meses, si recibió servicios médicos y desea averiguar si Medicaid puede ayudarlo con el pago.
 - Si trabaja en forma independiente, presente los formularios de impuestos de ingresos más recientes, incluidos todos los cronogramas.
 - Verificación de los gastos por asistencia infantil o adulto dependiente (declaración de centro de atención diurna, recibo, etc.)
 - Documentos del Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS), como un I-551 (tarjeta verde) o I-94, por cada persona sin ciudadanía que solicite Healthy Connections total.
 - Si solo solicita Servicios de emergencia para alguien que no es ciudadano estadounidense, el solicitante no tiene la obligación de proporcionar la documentación del USCIS o un número de Seguro Social.
 - Documentos originales de ciudadanía e identidad para cada ciudadano estadounidense que solicite cobertura. (Si proporcionó esta información después del 1 de julio de 2006, no debe entregarla nuevamente).

Se pueden utilizar otros documentos para proporcionar evidencia. Si no está seguro sobre lo que debe enviar, llame a nuestro número de teléfono gratuito al 1-888-549-0820 y obtendrá ayuda.

La División de Cumplimiento de Sustento de Menores (CSED) del Departamento de Servicios Sociales de Carolina del Sur presta servicios para establecer paternidad y sustento de menores, modificar órdenes judiciales de sustento de menores y hacer cumplir las cuando así corresponda. Los servicios están disponibles para los beneficiarios de Healthy Connections sin ningún costo. Comprendo que si marco "no" y solicito servicios de sustento de menores posteriormente, deberé pagar una multa de \$25. Deseo solicitar voluntariamente estos servicios:

Sí No

Derechos y responsabilidades

1. Sé que mis hijos menores de 19 años que son elegibles para Medicaid pueden tener controles médicos gratuitos con el programa de prevención especial denominado Control, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT).
2. Comprendo que la información que proporcioné es confidencial. Entiendo que, excepto como se especifica más abajo, la información, incluidos los datos médicos, se puede divulgar sólo con fines directamente relacionados con la administración del programa Healthy Connections. Algunas veces, el Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS) divulgará información a organizaciones que contrate para llevar a cabo fines específicos, pero estas organizaciones acordarán respetar las mismas pautas para la divulgación de información. Además, comprendo que la información de salud personal que proporciono, o que DHHS recopile posteriormente, está contemplada bajo la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA) y recibiré una Notificación de Prácticas Privadas junto con mi(s) tarjeta(s) de Healthy Connections.
 - a. Acepto que, de acuerdo con las normas federales con las que se rige el programa Healthy Connections, el personal de DHHS debe revisar y verificar cualquier información que yo proporcione. Asimismo, comprendo que debo brindar toda mi cooperación a los trabajadores estatales y federales si se revisa mi caso. No debo proporcionar otro permiso para obtener verificación u otra información.
 - b. Reconozco que, según las normas federales con las que se rige el programa Healthy Connections, el personal del DHHS debe proporcionar información sobre mi familia y sobre mí a un sistema computarizado denominado Sistema Estatal de Verificación de Ingresos y Elegibilidad (IEVS). Este sistema computarizado permite que el DHHS compare la información sobre mi familia y sobre mí con la información brindada por otras agencias, y colabora para que otras agencias estatales (incluidas agencias de otros estados) y federales utilicen la información recopilada en esta solicitud para verificar la elegibilidad y determinar los importes de beneficios para sus programas. Otras agencias incluyen, entre otras, el Servicio de Rentas Interno, la Administración del Seguro Social y la Comisión de Seguridad de Empleo, programas de asistencia médica de otros estados y la agencia de los programas de Asistencia Temporal a Familias Necesitadas (TANF) y Estampillas para Alimentos (Departamento de Servicios Sociales (DSS) en este estado). El estado de inmigración se verificará con el Departamento de Seguridad Nacional (DHS).
 - c. Sé que, a menos que especifique lo contrario, DHHS puede compartir la información sobre mi familia y sobre mí a fin de realizar una derivación adecuada de mi caso a otras fuentes de servicios o tratamiento, de acuerdo con la ley federal y estatal. Cuando sea posible, yo, o mi representante responsable, deberemos presentar nuestro acuerdo con respecto a esto. Sin embargo, comprendo también que en el caso de tratarse de una presentación obligatoria de informes, DHHS debe presentar dichos informes y yo podré satisfacer mi requisito en contrario.
 - d. Comprendo que, a menos que solicite específicamente que se me excluya, la información sobre servicios (incluidos servicios médicos) proporcionada a mi familia y a mí se almacenará en un depósito de datos operado por la Oficina de Gerencia y Presupuesto de Carolina del Sur, Oficina de Investigaciones y Estadísticas, y que otras agencias estatales que nos prestan servicios a mi familia o a mí podrán tener acceso a esa información con el objetivo de asegurarse de que dichos servicios son suficientes y necesarios.
3. Sé que mi número de Seguro Social, el cual debo proporcionar, según lo dispuesto por §1137(a) (1) de la Ley de Seguro Social [42 Código de los EE. UU. 1320b-7(a) (1)], se puede usar o divulgar en relación con las excepciones en el Artículo 2 citado anteriormente.
4. Acepto que, de acuerdo con la ley federal y la política del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de los EE. UU., DHHS no puede discriminar por etnia, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad. Para presentar un reclamo sobre discriminación, debo comunicarme con el HHS por escrito a The HHS Director, Office of Civil Rights, Room 506F, 200 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20201, o telefónicamente al (202) 619-0403 (voz) o (202) 619-3257 (TDD). HHS es un empleador y organismo que proporciona la igualdad de oportunidades.

5. Comprendo que el programa Healthy Connections no paga los gastos médicos que se supone que debe pagar un tercero, como una compañía de seguros de salud privada o alguien que me provocó lesiones. Por lo tanto, cedo mis derechos de cobrar cualquier pago a un tercero responsable al DHHS hasta el importe de pago que Healthy Connections haya efectuado por mi atención médica. Esta cesión se aplica a cualquiera de mis hijos menores de edad que puedan sufrir lesiones. Estos pagos pueden incluir pagos de hospital y pólizas de seguro de salud o pagos recibidos como un acuerdo por un accidente.
6. Se requiere que un padre ausente complete el formulario de Derivación de Apoyo Médico si los parientes del padre con custodia o del cuidador desean obtener la cobertura de Healthy Connections.
7. Debo informar sobre todos los cambios que se produzcan en mis ingresos, deducciones, recursos, vivienda, miembros del grupo familiar u otra información que afectarán mi atención médica en un plazo de diez (10) días desde la fecha de los cambios. Comprendo que si no notifico al departamento inmediatamente, podré perder los beneficios y estar sujeto a multas y acciones judiciales.

Si la elegibilidad es sólo para mi(s) hijo(s), no tengo la obligación de informar sobre ningún cambio en mi situación, excepto el cambio de domicilio. Si informo sobre cualquier otro cambio en mi situación, esto no afectará su elegibilidad de beneficios hasta la próxima revisión programada.

8. Entiendo que puedo solicitar una audiencia si creo que se produjo un error en el procesamiento de mi solicitud.
9. He leído (o alguien me ha leído) los Derechos y responsabilidades.
10. Al firmar esta solicitud, certifico que la información que proporciono a DHHS es verdadera y exacta a mi leal saber y entender.
11. Autorizo la divulgación de la información necesaria para establecer la elegibilidad de mi familia. Autorizo que la copia de esta página que contiene mi firma se utilice como un formulario de divulgación para verificar información. Este documento continuará con plena validez y vigencia hasta que ocurra alguna de las siguientes situaciones:
 - o que yo lo revoque por escrito;
 - o que se rechace mi solicitud; o
 - o que mi caso se cierre.

(Si es posible, deben firmar el solicitante y el representante autorizado).

Firma del solicitante:	Fecha:
------------------------	--------

Si un representante autorizado completa esta solicitud, se debe completar también lo siguiente:

Nombre: Número de teléfono:
Dirección: Relación:

Firma del representante autorizado:	Fecha:
-------------------------------------	--------