Joe Lombardo
Governor

Laura Rich
Director

DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES

DIVISION OF SOCIAL SERVICES

Serving Nevada. Supporting Community. Building Futures.

Robert H. Thompson
Administrator

Solicitud de Elegibilidad Presunta de Medicaid

Usted puede utilizar esta solicitud para:

- solicitar para la elegibilidad presunta de Medicaid para usted y su familia.
- solicitar para la elegibilidad presunta por un proveedor calificado u hospital.
- recibir cuidado prenatal por un nuevo embarazo.
- recibir servicios de salud de un hospital calificado.
- recibir acceso inmediato a cuidado de salud por un periodo temporal de hasta 60 días para usted y su familia.

¿Quién puede calificar para la Elegibilidad Presunta (PE) de Medicaid?	**Usted puede calificar para la elegibilidad presunta de Medicaid si cumples con todas estas reglas:**
	• Su ingreso es menos del nivel federal de pobreza para una familia de su tamaño
	• Eres un ciudadano de los EE.UU., nacional de los EE.UU., o inmigrante elegible
	• No tiene ya Medicaid
	• No ha tenido elegibilidad presunta para Medicaid en Nevada en los últimos 24 meses o no ha recibido ya la elegibilidad presunta para su embarazo actual
	• Usted esta en uno de los grupos que califica para Medicaid de elegibilidad presunta:
	  ◦ Niños menores de 19 años
	  ◦ Padres y parientes cuidadores
	  ◦ Mujeres embarazadas
	  ◦ Otros adultos 19 a 64 años de edad
	  ◦ Las personas menores de 26 años quien estaban en el cuidado temporal a los 18 años
	  ◦ Las personas en tratamiento para el cáncer cervical y de mama será referido al programa Conexión de Salud para las Mujeres.

¿Necesita ayuda con su solicitud?	Pídale a su representante que nos llame al 1-800-992-0900 (voz), para asistir en solicitar por teléfono el Medicaid completo. Necesita ayuda en un idioma distinto al inglés, llame 1-800-992-0900 e informele al representante de servicio al cliente lo que necesita. Usuarios TTY deben llamar 1-800-326-6888. Puede recibir asistencia personal en completando su solicitud por socios comunitarios o personal local de la división. Encontrar una ubicación cercana a su domicilio: Visite dss.nv.gov y escoge contacto, o llame 1-800-992-0900 (voz) 1-800-326-6888 (TTY)

1 Solicitante 1

(Esta información fue utilizada para registrar su solicitud.)

Primer nombre, Segundo nombre, Apellido, (Sufijo)		**Género** ☐ Masculino ☐ Femenino
Fecha de Nacimiento	**Número de Seguro Social (Opcional):**	**¿Ciudadano de los EE.UU., Nacional o inmigrante elegible?** ☐ Sí ☐ No

¿Está embarazada?
☐ Sí ☐ No

¿Cuántos bebés espera?_____

Si la respuesta es sí, ¿ha recibido anteriormente PE para este embarazo?
☐ Sí ☐ No

Todos los solicitantes de PE son elegible para recibir PE en Nevada solo una vez dentro de 24 meses del periodo por cualquier motivo no relacionado con el embarazo.	**¿Ha recibido PE en los últimos 24 meses por un motivo no relacionado con el embarazo?** ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es sí, cuándo recibió PE? _/ _____/ _____

2 Información de contacto

(Esta información es utilizado para poder estar en contacto con usted sobre esta solicitud, si es necesario.)

¿Es usted una persona sin hogar? ☐ Sí ☐ No *(Si la respuesta es sí, todavía tiene que proporcionar una dirección de correo para recibir su correo)*

¿Tiene la intención de vivir en Nevada? ☐ Sí ☐ No

Dirección de Residencia: *(Dejar en blanco si no tiene uno)*

Número	Dirección	Calle	Tipo	Apt#
Ciudad		Estado/Territorio	Código postal	Otro

¿Su dirección de correo es la misma que la dirección de domicilio? ☐ Sí ☐ No

Dirección de correo: (Dejar en blanco si su dirección de correo es el mismo a su dirección de residencia)

Número	Dirección	Calle	Tipo	Apt#
Ciudad		Estado/Territorio	Código postal	Otro

Número de teléfono de día# Ext. Teléfono de celular# Teléfono de mensajes#

Dirección de correo electrónico: _____

Opción de Mensaje de Texto optar por participar/optar por no participar

La información proporcionado en esta solicitud, incluyendo su número(s) de teléfono, serán compartidos con la División de Departamento de Servicios Humanos (DHS), y la Organización de Atención Administrado (MCO), por lo cual se le asigna. Consentimiento autoriza llamadas y/o textos de DHS, MCO, o cualquier contratista actuando en su nombre, en cualquier número(s) de teléfono que proporcionó en su solicitud, ahora o en el futuro, incluyendo información sobre sus necesidades de salud o tratamientos, servicios de bienestar, planes de beneficios, elegibilidad, renovar y/o redeterminación, y para cualquier otra comunicación relacionado con DHS o MCO sobre su cobertura de salud. Estas llamadas/textos se pueden hacer usando la tecnología automática, como con un sistema de marcación telefónica automática o artificial o mensaje de voz grabado antemano. Tarifas de mensajes y datos estándares pueden aplicar.

☐ **Doy mi consentimiento para recibir mensaje de texto**	☐ **No doy mi consentimiento para recibir mensajes de texto**

Información del hogar

Sus ingresos y el tamaño de la familia nos ayudan a decidir para cuales programas califica. Con esta información, podemos asegurarnos de que todos reciban la más amplia cobertura posible.

Quién debe ser contado como parte de su hogar en esta solicitud:

- su cónyuge, si es casado
- sus niños que viven con usted menor de 19 años
- su pareja que vive con usted (pero sólo si tiene niños en común que necesitan seguro de salud)
- cualquier persona que incluya en su declaración de impuestos federal, **sin importar que viven con usted o no**
- **Si usted no presenta una declaración de impuestos, debe aún incluir los miembros de la familia que viven con usted.**

Si algún miembro de su hogar esta solicitando PE, complete la sección "Miembros Adicionales en el Hogar" para cada persona. Si tiene más de 3 personas en su familia solicitando PE, tendrá que hacer una copia de las páginas "Miembros adicionales del hogar" y completarlas por cada miembro adicional.

¿Cuántas personas están en su hogar?	
¿Miembros adicionales en el hogar están solicitando PE?	☐ Sí *(Si la respuesta es sí, complete sección 3)* ☐ No *(Si no, pase a sección 4)*
¿Cuántos miembros adicionales están solicitando PE con usted?	

3 Miembros adicionales en el hogar

(Complete una sección por cada miembro adicional en el hogar, utilizar hojas de papel adicionales si necesita agregar más de 3 miembros adicionales)

+1

Primer nombre, Segundo nombre, Apellido, (Sufijo)	**Parentesco con Solicitante 1**	**Género** ☐ Masculino ☐ Femenino	**Fecha de nacimiento**
Número de Seguro Social (Opcional):		**¿Ciudadano de los EE.UU., Nacional o inmigrante elegible?** ☐ Sí ☐ No	
¿Está embarazada? ☐ Sí ☐ No **¿Cuántos bebés espera?**_____		**Si la respuesta es sí, ¿ha recibido anteriormente PE para este embarazo?** ☐ Sí ☐ No	
Todos los solicitantes de PE son elegible para recibir PE en Nevada solo una vez dentro de 24 meses del periodo por cualquier motivo no relacionado con el embarazo	**¿Ha recibido PE en los últimos 24 meses por un motivo no relacionado con el embarazo?** ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es sí, cuándo recibió PE? _____/_____/_____		

+2	**Primer nombre, Segundo nombre, Apellido, (Sufijo)**	**Parentesco con Solicitante 1**	**Género** ☐ Masculino ☐ Femenino	**Fecha de nacimiento**
	Número de Seguro Social (Opcional):		**¿Ciudadano de los EE.UU., Nacional o inmigrante elegible?** ☐ Sí ☐ No	
	¿Está embarazada? ☐ Sí ☐ No **¿Cuántos bebés espera?**_____		**Si la respuesta es sí, ¿ha recibido anteriormente PE para este embarazo?** ☐ Sí ☐ No	
	Todos los solicitantes de PE son elegible para recibir PE en Nevada solo una vez dentro de 24 meses del periodo por cualquier motivo no relacionado con el embarazo	**¿Ha recibido PE en los últimos 24 meses por un motivo no relacionado con el embarazo?** ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es sí, cuándo recibió PE? _____/_____/_____		
+3	**Primer nombre, Segundo nombre, Apellido, (Sufijo)**	**Parentesco con Solicitante 1**	**Género** ☐ Masculino ☐ Femenino	**Fecha de nacimiento**
	Número de Seguro Social (Opcional):		**¿Ciudadano de los EE.UU., Nacional o inmigrante elegible?** ☐ Sí ☐ No	
	¿Está embarazada? ☐ Sí ☐ No **¿Cuántos bebés espera?**_____		**Si la respuesta es sí, ¿ha recibido anteriormente PE para este embarazo?** ☐ Sí ☐ No	
	Todos los solicitantes de PE son elegible para recibir PE en Nevada solo una vez dentro de 24 meses del periodo por cualquier motivo no relacionado con el embarazo	**¿Ha recibido PE en los últimos 24 meses por un motivo no relacionado con el embarazo?** ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es sí, cuándo recibió PE? _____/_____/_____		

4 Joven Bajo Cuidado Temporal Estatal

(Contestar esta pregunta para cualquiera solicitando PE.)

¿Alguien solicitado elegibilidad presunta de Medicaid, si es menor de 26 años, ha estado bajo el cuidado temporal estatal? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es sí, ¿quién? Edad cuando salieron del programa:

5 Medicare

(Contestar esta pregunta para cualquiera solicitando para Elegibilidad Presunta del Hospital.)

¿Alguien solicitando elegibilidad presunta del hospital califica o tiene derecho a Medicare? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es sí, ¿quién?

6 Díganos Sobre el Ingreso de Su Familia

(Incluir el ingreso total antes de impuestos, recibido por usted y todos los miembros del hogar.)

⇩ Ingresos por Empleo Por ejemplo, sueldos, salarios, e ingreso de cuenta propia.

Cantidad $ _____ ¿Frecuencia? (Marque uno) ☐ Semanal ☐ Quincenal ☐ Mensual ☐ Anual

Cantidad $ _____ ¿Frecuencia? (Marque uno) ☐ Semanal ☐ Quincenal ☐ Mensual ☐ Anual

⇩ Otros ingresos: Por ejemplo, cheques del desempleo, pensión alimenticia, o pagos de discapacidad de la Administración del Seguro Social (SSDI). *No incluir Seguridad de Ingreso Suplementario (pagos del SSI) o cualquier manutención de niños que recibe.*

Cantidad $ _____ ¿Frecuencia? (Marque uno) ☐ Semanal ☐ Quincenal ☐ Mensual ☐ Anual

Cantidad $ _____ ¿Frecuencia? (Marque uno) ☐ Semanal ☐ Quincenal ☐ Mensual ☐ Anual

Petición alimenticia recibido como resultado de un decreto de divorcio finalizado en o después del 1-1-2019 no es ingreso contable para PE.

7 Firmar su solicitud

Estoy firmando esta solicitud y proporcionando respuestas verdaderas a todas las preguntas a lo mejor de mi consentimiento. Sé que puedo ser sujeto a penalidades bajo la ley federal si doy información intencionalmente falsa o incorrecta.

Yo juro que he reportado honestamente la ciudadanía mía y de cualquier persona por la cual también solicito servicios.

Su firma: **Fecha:**

8 Selección del Plan de Salud / Organizaciones de Preferencia de Atención Administrada

(Los hogares de Nevada están cubiertos por una organización de atención administrada (MCO). Se le pide que elija uno de los siguientes planes de salud. Si usted no indica una preferencia, se le asignará un plan de azar. Su selección de plan de salud no garantiza la aceptación en los programas Medicaid de Nevada o Nevada Check-Up. Si usted o algún miembro de la familia ya está inscribido en una de las organizaciones de atención administradas (MCO) actualizadas, no podrá cambiarlo en este momento. Las familias inscritas recibirán un manual explicándoles los beneficios del plan de salud.)

¿Cuál Opción de Atención Administrada le Gustaría?	Regiones Disponibles	Número de Contacto	Sitio web (Visite para más información)
☐ Anthem Blue Cross and Blue Shield Healthcare Solutions	Urban Clark Urban Washoe	1-844-396-2329	mss.anthem.com/nevada-medicaid/home.html
☐ CareSource	Rurales Urban Clark Urban Washoe	1-833-230-2058	caresource.com/nv/plans/medicaid/
☐ Health Plan of Nevada	Urban Clark	1-844-962-8074	myHPNmedicaid.com/Member
☐ Molina Healthcare	Urban Clark Urban Washoe	1-33-685-2102	meetmolina.com/nv-medicaid
☐ SilverSummit Healthplan	Rurales Urban Clark Urban Washoe	1-844-366-2880	silversummithealthplan.com

☐ Ninguna Preferencia (Nota: Si no escoge una opción de Atención Administrada, usted será asignado uno por Medicaid)

Para más información en los planes diferentes de MCO, visite https://dhcfp.nv.gov/Members/BLU/MCOMain/.

Si necesita buscar un proveedor, visite https://www.medicaid.nv.gov/hcp/provider/Home/tabid/135/Default.aspx, y buscar un proveedor o puede llamar una de las oficinas del distrito local de Medicaid hacia abajo:

Estatal	TTY	Carson City	Reno	Las Vegas	Elko
(800) 992-0900	(800) 326-6888	(775) 684-3651	(775) 687-1900	(702) 668-4200	(775) 753-1191

9 Si califica para la elegibilidad presunta, ¿qué pasa después?

- Recibirá una notificación del proveedor calificado u hospital diciendo que fue aprobado.
- **Puede empezar el uso de su elegibilidad presunta para la cobertura de Medicaid de inmediato** para servicios como visitas al médico prenatal u otro servicios de salud incluyendo cuidado de hospital y drogas de receta. Puede ir a cualquier proveedor quien acepta Medicaid, empezando el día que es aprobado.
    - Para empezar el uso de su elegibilidad presunta de Medicaid, el proveedor calificado u hospital le dará una notificación diciendo que esta aprobada para una de las programas de elegibilidad presunta. La carta también contiene su nueva numeración de facturación para Medicaid. Usted puede usar la carta como comprobante de elegibilidad de Medicaid para recibir servicios del proveedor de Medicaid dentro del programa de elegibilidad presunta que usted fue aprobado. Si pierde su carta, usted tiene que regresar al hospital o al proveedor donde fue aprobado para recibir un reemplazo si aún sigue elegible. La elegibilidad presunta es temporal y puede terminarse antes del 60 día.
    - Si su notificación dice que calificó para elegibilidad presunta para el cuidado prenatal porque usted esta embarazada, puede recibir cuidado prenatal en clínicas de consulta externa u otras ubicaciones en la comunidad. La Elegibilidad Presunta para el cuidado prenatal proporciona servicios limitados y no cubrirá el gasto si usted es admitido al hospital.

- Si usted no somete una Solicitud de Seguro de Salud a DSS para ver si califica para Medicaid regular u otra cobertura de salud, su elegibilidad presunta para cobertura de Medicaid terminará el último día del mes después del mes en que eres aprobado.
    - Por ejemplo, si calificó para la elegibilidad presunta de Medicaid en enero, se terminará el último día de Febrero.

- **Para ver si califica para Medicaid regular u otra cobertura de salud:**

Para informarse, usted tiene que completar y someter una "Solicitud para Seguro de Salud" con la División de Servicios Sociales (DSS). Mientras que espera saber si califica para Medicaid regular u otra cobertura de salud, usted puede recibir cuidado prenatal u otros servicios de salud temporalmente por el programa de elegibilidad presunta.

Puede solicitar seguro de salud en línea al accessnevada.nv.gov

También puede descargar una solicitud en formato papel para seguro de salud de dss.nv.gov.

Puede someter su solicitud completado por DSS por correo a:

Division of Social Services
PO Box 15400
Las Vegas, NV 89114

Puede enviar por correo electrónico una solicitud completada a welfare@dss.nv.gov

Usted puede completar una Solicitud de Medicaid por teléfono si se comunica con DSS al:

○ **Estatal**	○ (800) 992-0900
○ **Sur de Nevada**	○ (702) 486-1646
○ **Norte de Nevada**	○ (775) 684-7200
○ **Número de idioma**	○ (800) 992-0900

Puede enviar su solicitud a través de facímil (fax) a 702-486-1837.

Puede recibir asistencia personal completando su solicitud de socios comunitarios o personal de la división local.

Encontrar una ubicación cercana a su domicilio:
Visite dss.nv.gov y escoge contacto, o llame 1-800-992-0900 (voice)
1-800-326-6888 (TTY)
Para más información, ir a dss.nv.gov.

10 Si no califica para la elegibilidad presunta, ¿qué pasa después?

Recibirá una notificación del proveedor calificado u hospital diciendo que no fue aprobado.

Usted no puede apelar la decisión. Todavía puede solicitar el Medicaid regular u otra cobertura de salud si completa una Solicitud de Seguro en línea a accessnevada.nv.gov o por teléfono o mediante una solicitud en papel.