

Solicitud de Cobertura de Los Costos de Prueba de Coronavirus (COVID-19) NC Medicaid

Complete esta solicitud para obtener ayuda para pagar ciertos costos de prueba del coronavirus (COVID-19). No incluya a personas en esta solicitud que no estén buscando cobertura para las pruebas del COVID 19. Para ser elegible para la Asistencia Médica de Pruebas de COVID-19 necesita:

- Vivir en Carolina del Norte
- Ser ciudadano de USA o nacional de USA. o tener un estatus de inmigración elegible
- No estar cubierto por Medicaid, Medicare, o seguro de salud (health insurance)

La cobertura de salud que obtendrá si se le encuentra elegible solo pagará por pruebas médicas del coronavirus llevadas a cabo no antes del 1 de junio, 2020 y terminará cuando termine la emergencia pública. No le ayudará a pagar por otros costos médicos, incluyendo visitas al médico, atención hospitalaria o recetas.

Para ver si usted es elegible para otros beneficios y servicios de atención médica a través de Medicaid, CHIP o en el Mercado de Salud (Marketplace), debe completar una solicitud en <https://medicaid.ncdhs.gov/beneficiaries/get-started/apply-medicaid-or-health-choice>, en el Servicio Social de su condado (DSS), o en línea en <https://epass.nc.gov/> o ir a [Healthcare.gov](https://healthcare.gov).

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Un adulto de la familia debe ser la persona de contacto. La persona de contacto no tiene que estar solicitando cobertura. Si no tiene una dirección, su correo irá a su Departamento de Servicios Sociales local.

1. Primer Nombre	2. Segundo Nombre	3. Apellido		4. Sufijo
5. Dirección (Si no tiene déjelo en blanco)		6. Ciudad	7. Estado	8. Zip Postal
9. Dirección Postal (Si es diferente a su dirección física)		10. Ciudad	11. Estado	12. Zip Postal
13. Condado donde vive	14. Teléfono	15. Correo electrónico		
16. ¿Esta es la dirección del solicitante? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Si respondió NO, vaya al # 18		17. Lenguaje de preferencia	18. Nació (fecha)	19. Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
20. Dirección del solicitante, si es diferente en 5		21. Ciudad	Estado	Zip Postal
22. Dirección postal del solicitante, si es diferente en 9		23. Ciudad	Estado	Zip Postal

INFORMACION DE LOS SOLICITANTES

Persona # 1: (Usted, si esta haciendo esta solicitud para usted)

24. Primer nombre	25. Segundo nombre	26. Apellidos	27. Sufijo	28. Nació (fecha)	29. Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
30. Número de Seguro Social (SSN) _____ Necesitamos su Número de Seguro Social si desea solicitar cobertura para las pruebas del COVID-19 (si tiene SSN o puede obtenerlo). Usamos su SSN para revisar quien es elegible para ayuda de cobertura de salud. Para más información en cómo obtener un SSN, llame al 1-800-772-1213 o visite socialsecurity.gov; Los usuarios de TTY llamen al 1-800-325-0778					
31. ¿Es usted un ciudadano o nacional de USA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Si respondió SI, vaya al # 36. Si respondió NO, vaya al # 33					
32. ¿Naturalizado o Derivado Ciudadano? Si respondió SI, complete a y b Si respondió NO vaya al # 33..... <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO a. Numero de Visitante (Alien Number) _____ b. Certificado _____					
33. ¿Si NO es ciudadano a nacional de USA, su estatus de inmigración lo hace elegible?..... <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Si respondió SI, entre el tipo de documento y Numero de Identificación abajo. Si respondió NO vaya al # 34.					

NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Llámenos al 1-888-245-0179. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame 1-888-245-0179. Si necesita ayuda en otro idioma, dígame al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le ayudaremos de forma gratuita. Las personas que usan el Sistema TTY deben marcar el 1-800-452-2514.

DHB-5200CV SPANISH

a. Tipo de Documento de Inmigración	b. Tipo de Estatus (opcional)	c. Nombre como aparece en el documento de inmigración
d. Numero de Visitante (Alien) o I-94	e. Número de tarjeta o pasaporte	
f. SEVIS ID o fecha de expiración (opcional)	g. Otro (Código de categoría o país de expedición)	
34. ¿Ha vivido usted en USA desde 1996? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
35. Usted, su conyugue o sus padres, han tenido una descarga honorable de veteranos o son miembros activos militares de USA?		
36. Es Hispano/Latino, etnicidad (OPCIONAL – Marque lo que aplique) <input type="checkbox"/> Mexicano <input type="checkbox"/> Mexican-American <input type="checkbox"/> Puerto Rican <input type="checkbox"/> Cuban <input type="checkbox"/> Otro _____		
37. Raza (OPCIONAL – Marque lo que aplique) <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Afro-Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano <input type="checkbox"/> Isleño del Pacifico <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Otro: _____		
38. ¿Le han hecho una prueba del COVID 19 en los últimos 3 meses? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Si respondió SI indique en que mes o meses. Mes pasado _____ Hace 2 meses _____ Hace 3 Meses _____		
39. ¿Tenía Seguro Médico en los 3 últimos meses? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Si respondió SI, indique el mes o meses. Mes Pasado _____ Hace 2 meses _____ Hace 3 Meses _____		

QUIEN MAS QUIERE HACER UNA SOLICITUD?

Persona 2: Alguien más en su familia desea hacer solicitud para cobertura de costos de prueba del coronavirus. Agregue copia de esta solicitud para solicitantes adicionales.

40. Primer Nombre	41. Segunda Nombre	42. Apellido	43. Sufijo	44. Nació (fecha)	45. Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
46. Número de Seguro Social (SSN) _____ <i>Necesitamos su Número de Seguro Social si desea solicitar cobertura para las pruebas del COVID-19 (si tiene SSN o puede obtenerlo). Usamos su SSN para revisar quien es elegible para ayuda de cobertura de salud. Para más información en cómo obtener un SSN, llame al 1-800-772-1213 o visite socialsecurity.gov; Los usuarios de TTY llamen al 1-800-325-0778</i>					
47. ¿Esta persona es un Ciudadano o Nacional de USA? Si respondió SI, vaya al # 52, si respondió NO, vaya al # 48 <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					
48. Esta persona es naturalizado o derivado ciudadano? Si respondió SI, complete a y b. Si respondió NO, vaya a 49. <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO					
a. Numero de Visitante (Alien):			b. Numero de Certificado:		
49. Si la persona no es ciudadana o nacional de USA, es elegible por su estatus de inmigración?..... <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <i>Si respondió SI, entre el tipo de documento y numero de identificación. Si respondió NO, vaya al # 50</i>					
a. Tipo de Documento de inmigración	b. Tipo de estatus (opcional)	c. Nombre como aparece en documento de inmigración			
d. Numero de Visitante (Alien) o I-94	e. Número de tarjeta o pasaporte				
f. SEVIS ID o fecha de expiración (opcional)	g. Otro (Código de Categoría o país de expedición)				
50. ¿Esta persona ha vivido en USA desde 1996?..... <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					
51. ¿Esta persona, su conyugue o sus padres han sido veteranos descargados con honor o son miembros activos militares de USA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					
52. Hispano/Latino, etnicidad (OPCIONAL – marque los que aplican) <input type="checkbox"/> Mexicano <input type="checkbox"/> Mexican-American <input type="checkbox"/> Puerto Rican <input type="checkbox"/> Cuban <input type="checkbox"/> Otro _____					
53. Raza (OPCIONAL – Marque los que apliquen) <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Afro-Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano <input type="checkbox"/> Isleño del Pacifico <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Otro: _____					
54. ¿Esta persona se ha hecho pruebas del COVID-19 en los 3 últimos meses? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Si respondió SI, indique cual mes o meses. Mes Anterior _____ Hace 2 meses _____ Hace 3 Meses _____					
55. ¿Esta persona tenía Seguro Médico en los últimos 3 meses? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Si respondió SI, indique cual mes o meses. Mes Anterior _____ Hace 2 Meses _____ Hace 3 Meses _____					

NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Llámenos al 1-888-245-0179. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame 1-888-245-0179. Si necesita ayuda en otro idioma, dígame al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le ayudaremos de forma gratuita. Las personas que usan el Sistema TTY deben marcar el 1-800-452-2514.

DIGANOS ACERCA DE OTRA COVERTURA DE SALUD

¿Alguna de las personas en esta solicitud tiene cobertura médica? SI NO NO SE SABE
Si respondió SI, escriba el nombre.

- Medicaid/NC Health Choice para niños _____
- Medicare (tradicional Medicare o Medicare Advantage) _____
- Seguro de salud con empleador u otro seguro _____

REGISTRO DE VOTANTE

¿Si NO está registrado para votar donde vive ahora, ¿le gustaría registrarse para votar aquí hoy? SI NO

Si desea registrarse para votar, puede completar un formulario de registro de elector en www.ncsbe.gov. El registrarse o declinar el registrarse para votar no afectará la cantidad de asistencia que le proporcionará esta agencia. Si necesita ayuda para llenar el formulario de solicitud de registro de elector, le ayudaremos. La decisión de aceptar ayuda la es suya. Puede llenar el formulario de solicitud en privado. Si usted cree que alguien ha interferido con su derecho a registrarse o de declinar su derecho a registrarse para votar, su derecho a la privacidad al decidir si registrarse o solicitar el registrarse para votar, o su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar una queja ante la Junta Electoral.

SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

- Sé que bajo la ley federal, la discriminación no está permitida por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad, orientación sexual, identidad de género o discapacidad. Puedo presentar una queja de discriminación visitando hhs.gov/ocr/office/file.
- Si alguien en esta solicitud es elegible para Medicaid, concedo a la agencia estatal de Medicaid nuestros derechos para perseguir y obtener dinero de otro seguro de salud, acuerdos legales u otros terceros.
- Necesitamos la información sobre esta solicitud para verificar su elegibilidad para ayudar a pagar la cobertura de los costos de prueba COVID-19. Revisaremos sus respuestas utilizando información en nuestras bases de datos electrónicas y bases de datos del Seguro Social y el Departamento de Seguridad Nacional. Si la información no coincide, es posible que le pidamos que nos envíe más información.

¿QUÉ DEBO HACER SI CREO QUE MI AVISO DE ELEGIBILIDAD ES INCORRECTO?

Si no está de acuerdo con lo que califica, puede solicitar una apelación. Revise su aviso de elegibilidad para encontrar instrucciones de apelaciones específicas para cada persona en su hogar que solicite cobertura, incluyendo cuántos días tiene para solicitar una apelación. Esta es la información importante a tener en cuenta al solicitar una apelación:

- Puede hacer que alguien solicite o participe en su apelación si lo desea. Esa persona puede ser un amigo, pariente, abogado u otra persona. O bien, puede solicitar y participar en su apelación por su cuenta.
- Si solicita una apelación, es posible que pueda mantener su elegibilidad para la cobertura mientras su apelación está pendiente.
- Si necesita servicios de salud de inmediato y un retraso podría poner en serio peligro su salud, puede solicitar una apelación rápida (acelerada).

FIRMA:

*Al firmar, usted está jurando que todo lo que escribió en este formulario es cierto hasta donde usted sabe.
Mantendremos su información segura y privada.*

Firma	Fecha
-------	-------

Envíe por correo la solicitud completada y firmada a:

DHHS/DHB
2501 Mail Service Center
ATTN: COVID Medicaid Application
Raleigh, NC 27699

NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Llámenos al 1-888-245-0179. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame 1-888-245-0179. Si necesita ayuda en otro idioma, dígame al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le ayudaremos de forma gratuita. Las personas que usan el Sistema TTY deben marcar el 1-800-452-2514.

DHB-5200CV SPANISH

Solicitud de Medicaid de Carolina del Norte para (COVID-19) Asistencia Médica

Complete esta solicitud para obtener ayuda para pagar ciertos costos de pruebas de coronavirus (COVID-19), vacunas y cobertura para el tratamiento de COVID-19. No incluya a personas en esta solicitud que no estén buscando cobertura para las pruebas de COVID-19. Para ser elegible para la Asistencia Médica para la Prueba de COVID-19, usted necesita:

Vivir en Carolina del Norte

Ser ciudadano de USA o nacional de USA. o tener un estatus de inmigración elegible

No estar cubierto por Medicaid, Medicare, o seguro de salud (health insurance)

La cobertura de salud que obtendrá si se determina que es elegible usando esta solicitud terminará cuando termine la Emergencia de Salud Pública Federal. A partir del 11 de marzo de 2021, la cobertura de salud también pagará las vacunas y el tratamiento de COVID-19 (incluido el tratamiento de una afección que pueda complicar gravemente el tratamiento de COVID-19).

Para ver si usted es elegible para otros beneficios y servicios de atención médica a través de Medicaid, CHIP o en el Mercado de Salud (Marketplace), debe completar una solicitud en <https://medicaid.ncdhhs.gov/beneficiaries/get-started/apply-medicaid-or-health-choice>, en el Departamento de Servicios Sociales de su condado, o en línea en <https://epass.nc.gov/> o ir a [Healthcare.gov](https://healthcare.gov).

NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Llámenos al 1-888-245-0179. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame 1-888-245-0179. Si necesita ayuda en otro idioma, dígame al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le ayudaremos de forma gratuita. Las personas que usan el Sistema TTY deben marcar el 1-800-452-2514.

DHB-5200CV SPANISH