

Departamento de Salud de Maryland
Maryland Medicaid
Solicitud para el
Programa de Planificación Familiar

El **Programa de Planificación Familiar del Medicaid de Maryland (FP)** ofrece beneficios de planificación familiar para ciertas mujeres y hombres elegibles de bajos ingresos. Solicitantes pueden ser de cualquier edad. Los solicitantes deben ser residentes de Maryland, y ciudadano estadounidense o extranjero calificado que cumpla con todos los requisitos para obtener beneficios.

- **El programa FP no cubre ningún otro servicio de atención médica excepto los servicios de planificación familiar.** Los servicios de planificación familiar incluyen: consejos sobre métodos anticonceptivos; exámenes físicos, incluyendo exámenes pélvicos y de mamas; exámenes de detección, tales como citologías vaginales y para las infecciones de transmisión sexual, cuando se hacen como parte de la visita de planificación familiar; píldoras anticonceptivas y dispositivos, como los DIU; anticoncepción de emergencia; y esterilización permanente (deben tener 21 años o más).
- El programa FP no cubre los servicios suficientes para ser un plan de seguro de salud. Visitar www.MarylandHealthConnection.gov O Llame 1-855-642-8572 para averiguar si califica para Medicaid beneficios o para obtener ayuda para pagar un plan de seguro de salud.
- **Este programa no cubre los servicios relacionados con el aborto y la infertilidad.**
- Si actualmente está inscrito en Medicaid O el programa de salud infantil de Maryland, usted ya tiene beneficios de planificación familiar y se considera inelegible para este programa. Llame a su organización de atención administrada (MCO) si necesita ayuda para encontrar un proveedor de planificación familiar.
- Si actualmente tiene Medicare, no es elegible para inscribirse en este programa.
- Las personas que han tenido un procedimiento de esterilización permanente o una histerectomía no están cubiertas para los servicios/suministros de planificación familiar proporcionados a través de este programa.
- Si desea una esterilización permanente y es elegible, estará cubierto (debe tener 21 años o más).
- El programa FP no cubre los servicios prenatales. Si está embarazada y necesita cobertura de atención médica para la atención prenatal, inscribese en Medicaid con la conexión de salud de Maryland (MHC) o en su Departamento de salud local. Para obtener más información, llame a MHC al 1-855-642-8572 o al programa de FP al 1-855-692-4993.

No hay cuotas para inscribirse, no hay deducibles, ni prima mensual o límite anual de beneficios. No hay copagos para las prescripciones anticonceptivas (control de la natalidad). Si reúne los requisitos para el programa FP y aún no tiene una tarjeta de programa FP, recibirá una que le permitirá elegir cualquier proveedor de planificación familiar que acepte Medicaid. No se le pedirá que se inscriba a una organización de atención administrada (MCO). Si tiene un proveedor de atención primaria, comuníquese con ellos para ver si participan. La mayoría de los departamentos de salud locales, centros de salud comunitarios, centros de salud calificados por el gobierno federal y Planned Parenthood también aceptan la tarjeta. Si tiene preguntas acerca de la cobertura o necesita ayuda para encontrar un proveedor, llame al 1-800-456-8900.

Si tiene preguntas, visite nuestro sitio web, <https://mmcp.health.maryland.gov/familyplanning/Pages/Home.aspx>. Si tiene preguntas sobre la solicitud, llame gratis al 1-855-692-4993. Si no habla inglés, los servicios de interpretación están disponibles sin costo alguno. La aplicación también está disponible en español. Maryland Relay Service está disponible en 1-800-735-2258 para personas con discapacidades.

Información importante de la solicitud e instrucciones generales:

- **Lea todas las instrucciones antes de llenar la solicitud.**
- **Escriba en letra de imprenta** claramente con tinta azul o negra, o utilice una computadora para llenar información requerida. Toda la información debe ser legible.
- **Los solicitantes que están casados deben hacer la solicitud utilizando formularios de solicitud por separado.**
- El proceso para determinar la elegibilidad tarda hasta 45 días. La notificación de la determinación de elegibilidad será enviada por correo postal.
- Los solicitantes que se determinen elegibles se inscribirán durante 12 meses.
- Antes de que finalice el período de elegibilidad, se le enviará a un aviso y un paquete para re-aplicar a la dirección indicada en la solicitud original.

Por favor envíe su Completado aplicación a:

Departamento de salud de Maryland
Familia Programa de planificación
P.O. Box 296
Baltimore, MD 21298-9795
O por fax a: 410-333-0134

Instrucciones para completar la solicitud de planificación familiar de Medicaid de Maryland
Importante: Escriba en letra de imprenta con tinta negra o azul o utilice una computadora para completar información requerida

Sección 1:

- A. Escriba su primer nombre, la inicial del segundo nombre, el apellido y el sufijo.
- B. Escriba su dirección domiciliar completa. **Debe ser residente de Maryland.** Compruebe si el Programa FP puede enviar correo a esa dirección. Si no tiene hogar, por favor escriba "Homeless" en la línea de domicilio y escriba el estado y el condado. Llene la sección de su casa, celda, o el número de teléfono del trabajo incluyendo el código de área. Si no desea que le envíen correo a su domicilio debe: (1) proporcionar una dirección o un número de teléfono alternativo como buzón de mensajes en la sección C, y (2) marque que no desea que le envíen correo a su casa. el Programa FP se comunicará con usted a la dirección alternativa y al número de buzón de mensajes.
- C. Si desea que un representante u otra persona reciba su correo, incluya el nombre y la dirección de esa persona en la casilla. Si indica que no tiene hogar "homeless" en la sección B, debe introducir una dirección postal en Sección C. Si usted tiene una casilla postal para recibir su correo, inclúyala aquí. Puede incluir un número de buzón de mensajes en la casilla correspondiente para número de teléfono.
- D. Escriba su fecha de nacimiento y número de Seguro Social. Los números de Seguro Social son necesarios. Seleccione si es hombre o mujer. (Tanto hombres como mujeres pueden solicitar).
- E. Marque la casilla de ciudadanía estadounidense YES o "No". Si marca "No", escriba su número de registro de extranjero en la casilla.
- F. Marque la casilla junto a su estado civil actual.
- G. Marque la casilla para indicar si actualmente está embarazada. Si está embarazada, usted no califica. Las personas que han tenido un procedimiento de esterilización permanente o una histerectomía no están cubiertas para los servicios/suministros de planificación familiar proporcionados a través de este programa.

Sección 2:

- H. Marque si tiene alguna otra forma de seguro de salud, como Medicaid, Medicare, seguro a través de su empleador, o como un beneficio de jubilación. En caso afirmativo, incluya el nombre de la compañía de seguros o programa a través del cual usted tiene cobertura. También deberá proporcionar el número de póliza o de identificación. **Si actualmente tiene Medicaid Medicare, usted no calificaría para este programa.** Sin embargo, si pierde sus beneficios de Medicaid Medicare, usted puede calificar.

Sección 3:

- I. Si el programa de FP puede comunicarse con usted por correo electrónico, proporcione su dirección de correo electrónico. Marque si su etnia es hispana o Latina.
- J. Marque su raza. Puede marcar más de una raza.
- K. La información de idioma primario y secundario es opcional. Indique si es necesario un servicio de traducción para hablar con usted.
- L. Marque la casilla para indicar si tiene discapacidades visuales. En caso afirmativo, indique si necesita avisos con impresión de gran tamaño.
- M. Marque la casilla para indicar si tiene problemas auditivos. Si es así, indique si se necesitan los servicios de Relay de Maryland.

Sección 4:

- N. Marque si recibe algún ingreso de un empleo. En caso afirmativo, escriba el nombre y la dirección del empleador. Luego enumere el monto bruto (antes de cualquier deducción) y la frecuencia de todos los ingresos recibidos. Debe proporcionar información sobre sus ingresos. Usted puede ser contactado para proporcionar comprobantes de sus ingresos. Si está casado, no es necesario que proporcione información de los ingresos de su cónyuge.

Instrucciones para completar la solicitud de planificación familiar de Medicaid de Maryland (continuación)

- O. Marque si recibe algún ingreso que no sea por empleo. En caso afirmativo, indique el origen, la cantidad y la frecuencia de los demás ingresos.
- P. Marque si ha tenido facturas médicas en los últimos (3) meses que quisiera ayuda para pagar. En caso afirmativo, indique el tipo de gasto médico y la cantidad de las facturas.
- Q. Marque si es de origen indígena estadounidense o nativo de Alaska (AI/AN). Si no, continúe con la sección R. Si es así, por favor llene esta sección.

Marque si pertenece a una tribu reconocida federalmente. Si es así, proporcione el nombre de la tribu y el estado dónde la tribu está ubicada.

Marque si alguna vez ha recibido o si es elegible para recibir servicios del servicio de salud indígena, del programa de salud tribal, o un programa de salud de indígena urbano, o a través de una derivación de estos programas.

Si su origen es AI/AN, parte del dinero recibido puede estar exento de la consideración de Medicaid. Es más, usted puede estar exento de copagos por recetas. Marque si ha recibido ingresos por concepto de: pagos per cápita de una tribu que provienen de recursos naturales, derechos de uso, arrendamientos o regalías; pagos por recursos naturales, agricultura, ganadería, pesca, arrendamientos o regalías de tierras designadas como tierras designadas como propiedad indígena por el Departamento del interior (incluidas reservas y reservas anteriores); dinero por venta de cosas que tienen significado cultural. En caso afirmativo, indique la cantidad recibida y la frecuencia con la que recibe el pago.

- R. Marque si paga por ciertas cosas que se pueden ser deducidas como una declaración federal de impuestos sobre la renta, incluyendo intereses de préstamos estudiantiles. En caso afirmativo, indique la frecuencia del pago de la deducción y la cantidad. Si tiene otros tipos de deducciones que se puedan deducir en la declaración federal de impuestos, por favor especifique el tipo de deducción, enumere la frecuencia que pagó la deducción y la cantidad pagada.

Sección 5:

- S. Por favor, lea los Derechos y Responsabilidades de Planificación Familiar de Maryland en la última página de este paquete antes de firmar la aplicación.
- T. Si un representante autorizado llenó la solicitud en su nombre, esta persona debe escribir su nombre, firmar y fechar la solicitud.

Por favor recuerde firmar y fechar su solicitud. Una solicitud sin firma no es válida y será devuelta.

Enviar la solicitudes a:

**Maryland Departamento of Health
Family Planning Program
P.O. Box 296
Baltimore, MD 21298-9795**

O por fax al: 410-333-0134

Maryland Medicaid Programa de planificación familiar (Programa FP)
DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

Lea y guarde estos derechos y responsabilidades para sus registros.

- Entiendo que esta solicitud es sólo para servicios de planificación Familiar. (Tanto hombres como mujeres pueden solicitar.)
- Entiendo que este programa no cubre los servicios de atención primaria para el tratamiento de cualquier enfermedad o infección que pueda ser identificada durante una visita de servicio de planificación familiar excepto aquellas expresamente cubiertas. Si necesita ayuda para obtener servicios de atención primaria, vaya a su Centro de Salud Calificado Federalmente más cercano; las direcciones se pueden encontrar en la Administración de Recursos y Servicios de Salud, http://findahealthcenter.hrsa.gov/Search_HCC.aspx, o llame 1-800-456-8900.
- Entiendo que este programa no puede proporcionar cobertura si ya estoy embarazada.
- Entiendo que si he tenido un procedimiento de esterilización permanente o una histerectomía, no estoy cubierto por los servicios/suministros de planificación familiar proporcionados a través de este programa.
- **Entiendo que este programa no proporciona cobertura para los servicios relacionados con el aborto y la infertilidad.**
- Certifico que soy un ciudadano estadounidense o un extranjero calificado. Entiendo que mi número de seguro social se utilizará para verificar mi elegibilidad. Mi número de seguridad social también se puede utilizar para comparar la información en los archivos federales, estatales y locales del gobierno. Entiendo que la información suministrada en este formulario de solicitud es confidencial y sólo se utilizará con el propósito de la administración del programa, excepto según lo permita la ley estatal y federal.
- Entiendo que el Departamento de salud de Maryland puede llevar a cabo una verificación independiente de las declaraciones hechas por mí en esta solicitud y aceptar la divulgación de información personal y financiera de cualquier institución financiera, compañía de seguros, presente o un empleador, una agencia gubernamental federal, estatal o local, una organización privada o pública al Departamento para la determinación de la elegibilidad.
- Entiendo que si tengo otro seguro, debo usar el otro seguro antes de acceder a los beneficios del Programa de planificación familiar de Medicaid de Maryland.
- Debo notificar al departamento dentro de 10 días hábiles si se produce cualquiera de los siguientes cambios: cambio de dirección, información de contacto, cobertura de seguro de salud; cualquier cambio en mis ingresos.
- Acepto que mis proveedores de servicios de planificación familiar puedan divulgar información médica relacionada con los servicios que he recibido a los administradores del Programa FP. Tanto los proveedores de servicios de planificación familiar como el departamento, garantizarán la confidencialidad de mi información de salud protegida según lo requiera la ley estatal y federal.
- Entiendo que si el Programa de planificación familiar de Medicaid de Maryland paga por mis servicios de planificación familiar y más tarde identifica que otro seguro debe haber pagado por los servicios, el Programa FP tiene el derecho de recuperar los costos de la tercera parte responsable. Entiendo que si obtengo más beneficios de los que tengo derecho, por mi culpa, es posible que tenga que volver a pagar el Programa FP por los beneficios adicionales recibidos.
- Entiendo que tengo derecho a apelar a una decisión tomada por los administradores del Programa FP relacionada con mi elegibilidad para participar o el alcance de los servicios que tengo derecho a recibir.
- Mi firma certifica que entiendo mis derechos y las responsabilidades relacionadas con la inscripción en el Programa de planificación familiar de Medicaid de Maryland.

Su solicitud debe estar completa y firmada. Si tiene preguntas puede llamar a nuestra oficina al 1-855-692-4993 antes de enviar la solicitud

Aplicación del Programa de planificación familiar de Medicaid de Maryland			
Sección 1 Completa tu información			
A	Primer nombre	ISN	Apellido
			Sufijo
B	Dirección de la calle principal (incluir aptdo.)		Teléfono
			<input type="checkbox"/> Casa:
			<input type="checkbox"/> Celular:
			<input type="checkbox"/> Trabajo:
	Ciudad	Estado	Código postal
			Condado
	¿Desea enviar correo a esta dirección? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
C	Primer nombre (contacto alternativo o representante autorizado)		Apellido
	Dirección postal (incluir aptdo.) o P.O. Box		Mensaje telefónico
	Ciudad	Estado	Código postal
			Condado
D	Fecha de nacimiento:	Numero seguridad social	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
E	¿Es ciudadano de los EE. UU.? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si usted no es un ciudadano, proporcione su número de documentación de inmigrante:	
F	¿Cuál es su estado civil: Nunca casado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separados <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/>		
G	(Si es mujer) ¿Está embarazada? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Sección 2 Otros seguros incluyendo Medicaid o Medicare			
H	tiene otros seguros, incluyendo Medicaid o Medicare , que paga por su atención médica? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
	En caso afirmativo, escriba el nombre de la compañía de seguros o programa y su número de póliza/ID a continuación: Compañía de seguros: _____ Número de póliza/ID: _____		
Sección 3 Opcional información			
I	Dirección de correo electrónico:	¿Es usted hispano/latino? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
J	¿Cuál es su raza? Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano/isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/>		
K	¿Cuál es su idioma principal?	¿Cuál es su idioma secundario, si lo hubiere?	¿Se necesitan servicios de traducción? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
L	¿Tiene discapacidades visuales? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, ¿desea avisos en letra grande? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
M	¿Tiene problemas auditivos? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, ¿deberíamos usar los servicios de retransmisión de Maryland? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
INFORMACIÓN FINANCIERA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR			
Sección 4 Complete la información financiera por usted mismo.			
N	¿Recibe algún ingreso del empleo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, complete la sección Q.		
	Nombre de empleador		Dirección del empleador
	Registre todos los ingresos brutos antes de impuestos de empleo a tiempo completo o parcial, trabajo por cuenta		
	Ingresos	Monto	¿Con qué frecuencia?
	Salarios	\$	
Autoempleo	\$		
Otro:	\$		

¿Recibe algún otro ingreso que no sea de empleo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, registre cualquier otro ingreso recibido, como el desempleo, manutención de los hijos, SSDI Pensión alimenticia, pensiones, compensación de trabajadores, etc.			
O	Ingresos no devengados - Tipo	Monto	¿Con qué frecuencia?
		\$	
		\$	
¿Ha tenido alguna factura medica que necesite ayuda para pagar en los últimos tres (3) meses Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
P	Gastos médicos	Cantidad	
		\$	
¿Es usted un indio americano o nativo de Alaska (AI/AN)? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si no, continúe con la sección R. Si es así, por favor complete las siguientes preguntas. ¿Es usted miembro de una tribu reconocida a nivel federal? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, proporcione el nombre de la tribu y el estado donde la tribu se encuentra en el			
Nombre de la tribu		Estado	
Q	¿Alguna vez ha recibido un servicio del servicio de salud indígena, un programa de salud tribal o un programa urbano de salud indígena o a través de una derivación de uno de estos programas? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
	Si no, ¿es elegible para recibir servicios del servicio de salud indígena, un programa de salud tribal o programas de urbanos de salud indígena o una derivación de uno de estos programas? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
	Recibe usted ingresos específicos de AI/AN? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
	Monto	¿Con qué frecuencia?	
\$			
\$			
R	¿Paga usted alguno de los siguientes gastos deducibles? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
	Deducción	Cantidad	¿Con qué frecuencia?
	Intereses del préstamo estudiantil	\$	
Otro:	\$		
Sección 5 Sección de firmas.			
S	He leído y acepto los derechos y responsabilidades listados en otra parte de este paquete de solicitud. Juro y afirmo bajo pena de perjurio, que toda la información que di es verdadera, correcta y completa a lo mejor de mi capacidad, creencia y conocimiento.		
	Firma del solicitante:		Fecha:
T	Nombre del representante (molde) y firma:		Fecha:
Envíe la solicitud <u>completa</u> por correo a:			
Departamento de salud de Maryland Programa de planificación familiar P.O. Box 296 Baltimore, MD 21298-9795 o por fax al: 410-333-0134			

