

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

El **programa de Planificación Familiar (PF) de Medicaid de Maryland** ofrece beneficios de planificación familiar a determinados hombres y mujeres elegibles que perciben bajos ingresos. Los solicitantes pueden tener cualquier edad. Los solicitantes deben ser residentes de Maryland y ciudadanos de Estados Unidos o extranjeros calificados que cumplan todos los requisitos para los beneficios.

- **El programa de PF no cubre otros servicios de atención médica; solamente cubre servicios de planificación familiar.** Los servicios de planificación familiar incluyen: consejos sobre métodos anticonceptivos; exámenes físicos, incluyendo exámenes pélvicos y de mamas; pruebas de detección, entre ellas, citologías y pruebas de infecciones de transmisión sexual, si se realizan como parte de la consulta de planificación familiar; píldoras anticonceptivas y dispositivos, como DIU; métodos anticonceptivos de emergencia y esterilización definitiva (debe tener 21 años o más).
- El programa de PF no cubre suficientes servicios para ser un plan de seguro de salud. Visite www.MarylandHealthConnection.gov o llame al 1-855-642-8572 para consultar si reúne los requisitos para obtener todos los beneficios de Medicaid u obtener ayuda para pagar un plan de seguro de salud.
- **Este programa no cubre servicios relacionados con el aborto y la infertilidad.**
- Si actualmente está inscrito en Medicaid, en el Programa de Salud Infantil de Maryland, ya cuenta con beneficios de planificación familiar y no se le considera elegible para este programa. Llame a su Organización de Servicios Médicos Administrados (Managed Care Organization, MCO) si necesita ayuda para buscar un proveedor de planificación familiar.
- Si tiene Medicare, no es elegible para inscribirse en este programa.
- Si ya se ha sometido a una esterilización definitiva, no es elegible para inscribirse en este programa.
- Si quiere una esterilización definitiva y reúne los requisitos para ella, tendrá cobertura (debe tener 21 años o más).
- El programa de PF no cubre servicios prenatales. Si está embarazada y necesita cobertura de atención médica para atención prenatal, solicite Medicaid en Maryland Health Connection (MHC) o en su departamento de salud local. Si desea mayor información, llame a MHC al 1-855-642-8572 o al programa de PF al 1-855-692-4993.

No se cobran tarifas por inscripción, ni hay deducibles, primas mensuales ni un límite anual de beneficios. Las recetas de anticonceptivos (control de la natalidad) no tienen copago. Si califica para el programa de PF y aún no tiene una tarjeta del programa, recibirá una, que le permitirá elegir cualquier proveedor de planificación familiar que acepte Medicaid. No tendrá que unirse a una Organización de Servicios Médicos Administrados (MCO). Si tiene un proveedor de atención primaria, póngase en contacto con este para consultar si participa. La mayoría de los departamentos de salud locales, centros de salud de la comunidad, centros de salud calificados a nivel federal y *Planned Parenthood* también aceptan la tarjeta. Si tiene preguntas acerca de lo que se cubre o si necesita ayuda para buscar un proveedor, llame al 1-800-456-8900.

Si tiene alguna pregunta, visite nuestro sitio web, <https://mmcp.health.maryland.gov/familyplanning/Pages/Home.aspx>. Si tiene preguntas acerca de la solicitud, llame gratis al 1-855-692-4993. Si no habla inglés, contamos con servicios de interpretación sin costo alguno. La solicitud también está disponible en español. El Servicio de Retransmisión de Maryland está disponible en el 1-800-735-2258 para personas con discapacidades.

Información importante sobre la solicitud e instrucciones generales:

- **Lea todas las instrucciones antes de llenar la solicitud.**
- **Escriba claramente** en letra de molde con tinta azul o negra la información requerida. Toda la información debe ser legible.
- **En el caso de los solicitantes que sean casados, ambos cónyuges deben presentar juntos una solicitud al programa de PF usando esta solicitud.**
- **Las parejas que no están casadas o las parejas casadas que viven separadas, deben presentar formularios de solicitud separados. No llene la Sección 4.1(O) y las Secciones 1.2-3.2.**
- El proceso para determinar la elegibilidad puede tardar hasta 45 días. La notificación de la determinación de elegibilidad se enviará por correo.
- Los solicitantes que se consideren elegibles estarán inscritos durante 12 meses.
- Antes de que termine el período de elegibilidad, se enviará por correo, a la dirección indicada en la solicitud original, una notificación y un paquete para presentar una nueva solicitud.

Envíe por correo su solicitud completa a:

Maryland Department of Health, Family Planning Program
P.O. Box 296 Baltimore,
MD 21298-9795
O envíela por fax al: 410-333-0134

Instrucciones para llenar la solicitud de planificación familiar de Medicaid de Maryland
Importante: escriba en letra de molde con tinta azul o negra la información requerida.

Llene la Sección 1.1-4.1 para el Solicitante principal. Si el cónyuge del Solicitante principal también está solicitando beneficios del programa de PF, también llene la Sección 4.1(O) y las Secciones 1.2-3.2. Si el cónyuge del Solicitante principal no solicita beneficios del programa de PF, llene solo la Sección 4.1(N).

Sección 1.1 y Sección 1.2:

- A. Escriba en letra de molde su nombre, inicial del segundo nombre, apellido y sufijo.
- B. Ingrese la dirección completa del lugar donde vive. **Debe ser residente de Maryland.** Marque si el programa de PF puede enviar correspondencia a esta dirección. Si no tiene hogar, escriba "sin hogar" en la línea de dirección e ingrese el estado y condado. Escriba el número de teléfono particular, celular y del trabajo, incluido el código de área. Si no quiere que se envíe correspondencia a su dirección, debe: (1) proporcionar una dirección o número de teléfono alternativo para mensajes en la sección C, y (2) marcar que no desea que se envíe correo a su domicilio. El programa de PF entonces se contactará con usted en la dirección alternativa y el número para mensajes solamente.
- C. Si quiere que un representante u otra persona reciba su correo, escriba el nombre y la dirección de esa persona en el cuadro. Si escribe "sin hogar" en la Sección B, debe escribir una dirección postal en la Sección C. Si tiene una casilla postal para recibir el correo, indíquela aquí. Puede incluir un número de teléfono para mensajes en el cuadro destinado para ello.
- D. Escriba su fecha de nacimiento y número de Seguro Social. Los números de Seguro Social son obligatorios. Seleccione si es hombre o mujer. (Tanto hombres como mujeres pueden presentar una solicitud.)
- E. Marque "SÍ" o "NO" en estado de ciudadanía estadounidense. Si marca "NO", escriba su número de registro de extranjero en el cuadro.
- F. Marque el cuadro al lado de su estado civil actual. Los solicitantes que no están casados o las parejas casadas que viven separadas deben presentar formularios de solicitud separados. No llene la Sección 4.1(O) y las Secciones 1.2-3.2.
- G. Marque el cuadro para indicar si actualmente está embarazada. Si no lo está, marque el cuadro para indicar si se ha sometido a una esterilización definitiva (por ejemplo, para mujeres: "trompas ligadas", ESSURE; para hombres: vasectomía, etc.). **Si está embarazada o se ha sometido a una esterilización definitiva, no es elegible.**

Sección 2.1 y Sección 2.2:

- 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 del programa a través del cual tiene cobertura. También tendrá que indicar el número de Póliza o ID. **Si actualmente tiene Medicaid o Medicare, no se considera elegible para este programa.** Sin embargo, si pierde Medicaid o Medicare, puede ser elegible.

Sección 3.1 y Sección 3.2:

- I. Si el programa de PF puede contactarse con usted por correo electrónico, indique su dirección. Marque si su etnia es Hispana o Latina.
- J. Marque su raza. Puede marcar más de una raza.
- K. La información sobre el primer y segundo idioma es opcional. Indique si es necesario contar con un servicio de traducción para hablar con usted.
- L. Marque el cuadro para indicar si tiene una discapacidad visual. En caso afirmativo, indique si necesita notificaciones en letra grande.
- M. Marque el cuadro para indicar si tiene una discapacidad auditiva. En caso afirmativo, indique si necesita Servicios de Retransmisión de Maryland.

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

Sección 4.1:

- N. Si estas casado y vives con su cónyuge, escribe el primer nombre, inicial de su segundo nombre, apellido, sufijo, fecha de nacimiento, y el número de seguridad social de su cónyuge. Números de seguridad social son requerido.
- O. Si está casado y vives con su cónyuge, indique si su cónyuge también solicitará beneficios del programa de PF marcando "SÍ" o "NO". Si responde "SÍ", complete las Secciones 1.2-3.2.

Nota: Las parejas que no están casadas o las parejas casadas que viven separadas deben presentar formularios de solicitud separados. No llene la Sección 4.1(O) y las Secciones 1.2-3.2.

Sección 5:

- P. Escriba en letra de molde el número de niños menores de 19 años que viven en su hogar. Escriba en letra de molde el nombre, inicial del segundo nombre, apellido, fecha de nacimiento y número de Seguro Social de todos los niños menores de 19 años que vivan con usted. Los números de Seguro Social son obligatorios. Si necesita más espacio, llene el **Adjunto 1 (pág. 8)**.

Sección 6:

La Sección 6 se aplica para usted y su cónyuge, si están casados y viven juntos.

- Q. Marque si usted o su cónyuge reciben ingresos por trabajo. En caso afirmativo, escriba el nombre y la dirección del empleador. Luego, indique el monto BRUTO (antes de deducciones) y la frecuencia de todos los ingresos recibidos. Debe proporcionar información acerca de sus ingresos. Si está casado y vive con su cónyuge, también debe proporcionar información sobre los ingresos de su cónyuge. Es posible que lo contactemos para solicitar comprobantes de ingresos. Si es menor de 19 años y no está casado, el programa de PF recopila información acerca de sus ingresos, pero estos no se considerarán.
- R. Marque si usted o su cónyuge reciben ingresos además de su trabajo. En caso afirmativo, indique la fuente, el monto y la frecuencia de todos los otros ingresos.
- S. Marque si usted o su cónyuge pagan cuidado infantil o de dependientes. En caso afirmativo, indique el nombre del proveedor, el número de teléfono, el nombre de la persona que recibe cuidado y el monto que paga cada mes.
- T. Marque si usted o su cónyuge pagan manutención infantil o pensión alimenticia. En caso afirmativo, indique el nombre de la persona que hace los pagos, el nombre de la persona que recibe los pagos y el monto que paga cada mes.

Sección 7:

- U. Lea los Derechos y responsabilidades de Planificación Familiar de Medicaid de Maryland en la última página de este paquete antes de firmar y fechar la solicitud.
- V. Si un Representante autorizado llenó la solicitud en su nombre, este debe escribir su nombre en letra de molde, firmar y fechar la solicitud.

Recuerde firmar y fechar su solicitud. Las solicitudes que no estén firmadas no serán válidas y se devolverán.

Envíe las solicitudes por correo a:

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

O envíelas por fax al:

410-333-0134

Programa de Planificación Familiar de Medicaid de Maryland (Programa de PF)

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

Lea y guarde estos derechos y responsabilidades para consultarlos en el futuro.

- Entiendo que esta solicitud es solo para servicios de planificación familiar. (Tanto hombres como mujeres pueden presentar una solicitud.)
- Entiendo que este programa no cubre servicios de atención primaria para el tratamiento de enfermedades o infecciones que puedan identificarse durante una consulta de servicio de planificación familiar, excepto aquellas cubiertas expresamente. Si necesita asistencia para obtener servicios de atención primaria, acuda al Centro de salud calificado a nivel federal más cercano; puede buscar las ubicaciones en la Administración de recursos y servicios de salud, http://findahealthcenter.hrsa.gov/Search_HCC.aspx, o llamar al 1-800-456-8900.
- Entiendo que este programa no puede proporcionar cobertura si ya estoy embarazada o me he sometido a una esterilización definitiva.
- **Entiendo que este programa no ofrece cobertura para servicios relacionados con el aborto y la infertilidad.**
- Certifico que soy ciudadano estadounidense o un extranjero calificado. Entiendo que mi número de Seguro Social se usará para verificar mi elegibilidad. Mi número de Seguro Social también se puede usar para comparar información en archivos del gobierno federal, estatal y local. Entiendo que la información proporcionada en este formulario de solicitud es confidencial y solo se utilizará para la administración del programa, salvo lo permitido por las leyes estatales y federales.
- Entiendo que el Departamento de salud de Maryland puede realizar una verificación independiente de las declaraciones hechas por mí en esta solicitud y acepto la divulgación de información personal y financiera de cualquier institución financiera, compañía de seguros, empleador actual o anterior, organismo gubernamental local, estatal o federal, organización privada o pública al Departamento para la determinación de elegibilidad.
- Entiendo que si tengo otro seguro, debo usarlo antes de acceder al beneficio del Programa de Planificación Familiar de Medicaid de Maryland.
- Debo notificar al Departamento en un plazo de 10 días hábiles si se produce alguno de los siguientes cambios: cambio de dirección, información de contacto, cobertura de seguro de salud; cualquier cambio en mis ingresos o los ingresos de mi cónyuge si estoy casado y vivimos juntos o cualquier otro cambio en mi grupo familiar.
- Acepto que mis proveedores de servicios de planificación familiar pueden divulgar información médica relacionada con los servicios que he recibido a los administradores del programa de PF. Tanto los proveedores de servicios de planificación familiar como el Departamento garantizarán la confidencialidad de mi información de salud protegida según lo exijan las leyes estatales y federales.
- Entiendo que si el Programa de Planificación Familiar de Medicaid de Maryland paga mis servicios de planificación familiar y luego identifica que otro seguro debería haber pagado los servicios, el programa de PF tendrá derecho a recuperar los costos del tercero responsable. Entiendo que si recibo más beneficios de aquellos a los cuales tengo derecho, por mi culpa, es posible que deba devolver al programa de PF todos los beneficios adicionales recibidos.
- Entiendo que tengo el derecho de apelar una decisión tomada por los administradores del programa de PF 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 responsabilidades relacionados con la inscripción en el Programa de Planificación Familiar de Medicaid de Maryland.

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

Solicitud para el Programa de Planificación Familiar de Medicaid de Maryland				
Solicitante principal				
Sección 1.1	Escriba su información			
A	Nombre	Inicial 2º nombre	Apellido	Sufijo
B	Dirección (Incluir apto.)		Teléfono <input type="checkbox"/> Particular: <input type="checkbox"/> Celular: <input type="checkbox"/> Trabajo:	
	Ciudad	Estado	Código postal	Condado
	¿Quiere que el correo se envíe a esta dirección? Sí o No o			
C	Nombre (contacto alternativo o representante autorizado)		Apellido	
	Dirección postal (incluir apto.) o casilla (P.O. Box)			Teléfono para mensajes
	Ciudad	Estado	Código postal	Condado
D	Fecha de nacimiento:	Número de Seguro Social:	Sexo: M o F o	
E	¿Es usted ciudadano de EE.UU.? Sí o No o		Si no es ciudadano, indique su número de identificación de inmigrante:	
F	¿Cuál es su estado civil? Soltero o Casado o Separado o Divorciado o Viudo o			
G	(Si es mujer) ¿Está embarazada? Sí o No o		¿Se ha sometido a una esterilización definitiva? Sí o No o	
Sección 2.1	Otro seguro incluido Medicaid o Medicare			
H	¿Tiene otro seguro, incluido Medicaid o Medicare , que pague su atención médica? Sí o No o 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 3.1	Información opcional			
I	Dirección de correo electrónico:		¿Es hispano/latino? Sí o No o	
J	¿Cuál es su raza? Amerindio o nativo de Alaska o Asiático o Negro o afroamericano o Nativo de Hawái/Islas del Pacífico o Blanco o			
K	¿Cuál es su idioma principal?	¿Cuál es su segundo idioma, si lo hay?	¿Necesita servicios traducción? Sí o No o	
L	¿Tiene una discapacidad visual? Sí o No o		En caso afirmativo, ¿necesita notificaciones en letra grande? Sí o No o	
M	¿Tiene una discapacidad auditiva? Sí o No o		En caso afirmativo, ¿debemos usar Servicios de retransmisión de Maryland? Sí o No o	
Sección 4.1	Llene si corresponde. Escriba la información de su cónyuge, si vive con usted			
N	Nombre del cónyuge	Inicial 2º nombre	Apellido del cónyuge	Sufijo
	Fecha de nacimiento del cónyuge:		Número de Seguro Social del cónyuge:	
O	¿Está su cónyuge solicitando beneficios del programa de PF? Sí o No o En caso afirmativo, llene las Secciones 1.2, 2.2 y 3.2.			

Solicitud para el Programa de Planificación Familiar de Medicaid de Maryland			
Solicitante secundario – Cónyuge del solicitante principal, si viven juntos, puede solicitar beneficios del programa de PF mediante este formulario. Llene las Secciones 1.2, 2.2 y 3.2. Indique —Sí— en respuesta a la Sección 4.1 (O)			
Sección 1.2	Escriba la información de su cónyuge		
A	Nombre	Inicial 2º nombre	Apellido Sufijo
B y C	La información ingresada en la Sección 1.1 (B) y (C) se usará para los Solicitantes principales y secundarios.		
D	Fecha de nacimiento:	Número de Seguro Social:	Sexo: M o F o
E	¿Es usted ciudadano de EE.UU.? Sí o No o	Si no es ciudadano, indique su número de identificación de inmigrante:	
F	¿Cuál es su estado civil?	Casado o	<i>Solo los cónyuges casados pueden presentar una solicitud juntos usando este formulario.</i>
G	(Si es mujer) ¿Está embarazada? Sí o No o	¿Se ha sometido a una esterilización definitiva? Sí o No o	
Sección 2.2	Otro seguro del cónyuge incluido Medicaid o Medicare de Maryland		
H	¿Tiene otro seguro, incluido Medicaid o Medicare , que pague su atención médica? Sí o No o 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 3.2	Información opcional del cónyuge		
I	Dirección de correo electrónico:	¿Es hispano/latino? Sí o No o	
J	¿Cuál es su raza? Amerindio o nativo de Alaska o Asiático o Negro o afroamericano o Nativo de Hawái/Islands del Pacífico o Blanco o		
K	¿Cuál es su idioma principal?	¿Cuál es su segundo idioma, si lo hay?	¿Necesita servicios traducción? Sí o No o
L	¿Tiene una discapacidad visual? Sí o No o	En caso afirmativo, ¿necesita notificaciones en letra grande? Sí o No o	
M	¿Tiene una discapacidad auditiva? Sí o No o	En caso afirmativo, ¿debemos usar Servicios de Retransmisión de Maryland? Sí o No o	

Sección 5.1	Llene si corresponde. Indique los nombres de niños menores de 19 años que viven con usted. Si es necesario, use el Adjunto 1 en la página 8.		
P	¿Cuántos niños menores de 19 años viven en su hogar? _____		
	Nombre del menor	Inicial 2.º nombre	Apellido del menor
	Fecha de nacimiento del menor:	Número de Seguro Social del menor:	

INFORMACIÓN FINANCIERA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR	
Sección 6	Escriba su información financiera personal y la de su cónyuge si vive con usted.
¿Recibe usted o su cónyuge ingresos por trabajo? Sí o No o En caso afirmativo, llene la Sección Q.	
Nombre de su empleador	Dirección de su empleador
Cónyuge: Nombre del empleador	Cónyuge: Dirección del empleador

Indique todos los ingresos brutos antes de impuestos de trabajos a tiempo completo o de tiempo parcial, trabajo independiente, etc.				
Ingresos devengados	Propios	Con qué frecuencia	Cónyuge	Con qué frecuencia
Salarios	\$		\$	
Trabajo independiente	\$		\$	
Otro:	\$		\$	
Otro:	\$		\$	
¿Recibe usted o su cónyuge ingresos de fuentes diferentes al trabajo? Sí o No o En caso afirmativo, indique cualquier otro ingreso que reciba, como desempleo, manutención infantil, SSDI, pensión alimenticia, pensiones, indemnización laboral, etc.				
R	Ingresos no devengados - Tipo	Propios	Con qué frecuencia	Cónyuge
		\$		\$
		\$		\$
¿Paga usted o su cónyuge cuidado infantil o de dependientes? Sí o No o				
S	Nombre del proveedor de cuidado:	Teléfono	¿Quién recibe cuidado?	Monto que paga cada mes
				\$
				\$
¿Paga usted o su cónyuge manutención infantil o pensión alimenticia? Sí o No o				
T	Nombre de la persona que paga	Nombre de la persona que recibe estos pagos		Monto que paga cada mes
				\$
				\$
Sección 7 Sección de firma				
U	He leído y estoy de acuerdo con los derechos y responsabilidades señalados en este paquete de solicitud. Juro y confirmo bajo pena de condena por falso testimonio, que toda la información que proporcioné es verdadera, correcta y completa a mi leal saber y entender.			
	Firma del solicitante principal:			Fecha:
	¿Está su cónyuge solicitando también beneficios del programa de PF como Solicitante secundario? Sí o No o			
V	Firma del solicitante secundario:			Fecha:
	Nombre del representante (en letra de molde) y firma:			Fecha:
Envíe por correo su solicitud completa a: Maryland Department of Health Family Planning Program P.O. Box 296 Baltimore, MD 21298-9795 O envíela por fax al: 410-333-0134				

Solicitud para el Programa de Planificación Familiar de Medicaid de Maryland - Adjunto 1

Sección 5 (continuación) Indique los nombres de niños menores de 19 años que viven con usted.		
Menor 2		
Nombre del menor	Inicial 2º nombre	Apellido del menor
Fecha de nacimiento del menor:		Número de Seguro Social del menor:
Menor 3		
Nombre del menor	Inicial 2º nombre	Apellido del menor
Fecha de nacimiento del menor:		Número de Seguro Social del menor:
Menor 4		
Nombre del menor	Inicial 2º nombre	Apellido del menor
Fecha de nacimiento del menor:		Número de Seguro Social del menor:
Menor 5		
Nombre del menor	Inicial 2º nombre	Apellido del menor
Fecha de nacimiento del menor:		Número de Seguro Social del menor:
Menor 6		
Nombre del menor	Inicial 2º nombre	Apellido del menor
Fecha de nacimiento del menor:		Número de Seguro Social del menor:
Menor 7		
Nombre del menor	Inicial 2º nombre	Apellido del menor
Fecha de nacimiento del menor:		Número de Seguro Social del menor:
Menor 8		
Nombre del menor	Inicial 2º nombre	Apellido del menor
Fecha de nacimiento del menor:		Número de Seguro Social del menor:
Menor 9		
Nombre del menor	Inicial 2º nombre	Apellido del menor
Fecha de nacimiento del menor:		Número de Seguro Social del menor:
Menor 10		
Nombre del menor	Inicial 2º nombre	Apellido del menor
Fecha de nacimiento del menor:		Número de Seguro Social del menor: