



Wes Moore, Governor · Aruna Miller, Lt. Governor · Meena Seshamani, M.D., Ph.D., Secretary

El Servicio de Atención al Cliente debe volver a certificar su derecho a recibir beneficios cada año para cumplir con la normativa federal. Complete la información solicitada en el formulario de recertificación anual adjunto, firme, feche y devuelva el formulario con los documentos de respaldo para garantizar que no se interrumpan sus beneficios del Servicio de Atención al Cliente. Si no proporciona toda la documentación necesaria al final de su período de elegibilidad actual, será responsable del costo de sus medicamentos y de cualquier costo de prima de seguro no pagado incurrido.

Puede devolver el formulario y los documentos por correo electrónico:

client.services@maryland.gov, fax, correo postal o llevándolo a la oficina del Servicio de Atención al Cliente.

Para la verificación de ingresos y residencia, debe presentar la documentación como se indica a continuación. Consulte el Anexo para ver opciones de documentos adicionales en caso de que los enumerados no le sean convenientes:

Para verificación de residencia o cambio de dirección, puede enviar uno de los siguientes documentos:

- o Factura con fecha dentro de los últimos 60 días con la dirección actual
- o Sobre matasellado con su nombre y dirección con fecha dentro de los últimos 60 días
- o Declaración actual de arrendamiento/hipoteca

Para la verificación de ingresos o el cambio de ingresos, puede enviar uno de los siguientes documentos:

- o Un mes de talones de cheque actuales para un cliente y su cónyuge, si corresponde, con fecha dentro de los últimos 60 días
- o Carta de adjudicación actual del Seguro Social/pensión/otras cartas de adjudicación
- o Aviso de desempleo con el saldo actual de dinero restante o una carta de apoyo/formulario de Verificación de Ausencia de Ingresos
- o Escriba Cero si no tiene ingresos y envíe un formulario de Verificación de Ausencia de Ingresos **(No es necesario para su cónyuge)**

Para la cobertura de seguro o el cambio de su cobertura de seguro, presentar:

- o Una copia del anverso y reverso de su tarjeta de seguro y de receta médica

Si tiene alguna pregunta, llámenos al (410) 767-6535.

Firme, feche y envíe por correo, fax o correo electrónico este aviso con la documentación de respaldo al:

Departamento de Salud de Maryland

1223 W. Pratt Street

Baltimore, MD 21223

client.services@maryland.gov

MDH, Servicio de Atención al Cliente

Llamada gratuita: 1-800-205-6308 - Fax: 410-333-2608 - Servicio de Retransmisión de Maryland: 1-800-735-2258

Correo electrónico: Client.services@maryland.gov

Formulario de recertificación anual

El Servicio de Atención al Cliente requiere que vuelva a certificar su elegibilidad cada año. La recertificación de elegibilidad anual ocurre al final del mes 12 de su período de inscripción

El formulario de recertificación anual vence al final del mes 11 de elegibilidad y se le enviará antes del final del mes 11 de su inscripción.

- Debe renovar la elegibilidad enviando un formulario de recertificación anual completo y firmado junto con la documentación de respaldo necesaria para la residencia y los ingresos.
- Si estuvo inscrito al Servicio de Atención al Cliente en el pasado y tiene una solicitud de inscripción archivada, puede volver a inscribirse completando este formulario para la determinación de elegibilidad.
- **Los puntos marcados con un asterisco (*) se deben rellenar para que este formulario se considere completo. Los formularios incompletos retrasarán el procesamiento de su solicitud.**

Debe informar al Servicio de Atención al Cliente de cualquier cambio en la cobertura de su seguro médico y de recetas médicas en el momento del cambio.

*** ¿Tiene cobertura de seguro?** ☐ **Sí** (adjunte copia de la(s) tarjeta(s)) ☐ **No** (llame para solicitar asistencia)

Nombre de la compañía de seguros: _____

*** ¿Necesita ayuda con la prima del seguro?** ☐ **Sí** (Facilite una copia de su factura) ☐ **No**

*Nombre de pila:	Inicial del segundo nombre:	* Apellido:	Sufijo:

*** ¿Ha cambiado su nombre?** ☐ **Sí** ☐ **No** En caso afirmativo, indique su nombre anterior: _____

*Fecha de nacimiento:	Identificación del cliente:	Período de elegibilidad del cliente:

Nombre del administrador del caso:	Número de teléfono del administrador del caso:	Organismo administrador del caso:
	()	

***Ciudadanía/Estado de inmigración:** ☐ Ciudadano de los EE.UU. ☐ No es ciudadano o residente permanente de los EE. UU.

☐ Tarjeta de residencia (Green Card) (adjuntar copia de la tarjeta) ☐ Asilado (adjuntar documentación)

Raza: ☐ Negro o afroamericano ☐ Blanco ☐ Indio americano/nativo de Alaska

☐ Nativo de Hawái/Islands del Pacífico ☐ Asiático ☐ Otro: _____

Origen étnico: ☐ No hispano ☐ Hispano/latino

Si su información ha cambiado, complete las secciones a continuación y adjunte prueba de cambio(s) con este formulario.

***Su dirección actual en Maryland**

Dirección:		Número de apartamento/unidad:
Ciudad:	Estado:	Código postal:

Su dirección postal (si es diferente de la anterior)

Dirección:		Número de apartamento/unidad:
Ciudad:	Estado:	Código postal:

*** ¿Cuál es la mejor manera de ponerse en contacto con usted?** ☐ Llamada telefónica ☐ Correo electrónico

*** Teléfono principal:** _____ *** ¿Podemos dejar un mensaje?** ☐ **Sí** ☐ **No**

Contactos alternativos:

Autorizo al Servicio de Atención al Cliente a hablar con la(s) siguiente(s) persona(s) sobre mi solicitud o servicios (por ejemplo: miembro de la familia):

Nombre	Organización	Relación	Número de teléfono

Dirección de correo electrónico: _____

Sus ingresos: \$ _____	
Cónyuge: \$ _____	
Dependiente(s): \$ _____	
Total: \$ _____	
Tamaño de la unidad familiar: ____ [Número de dependientes menores de 19 años: ____]	
* Número de Seguro Social: _____ -O- Número de identificación personal del contribuyente (ITIN, en inglés): _____ -O- Número de autorización de trabajo/permiso de trabajo (adjuntar copia de la tarjeta): _____	
* Estado civil: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Separado ☐ Divorciado ☐ Viudo <i>(Si está casado, complete la información sobre el cónyuge a continuación. Si está separado, la información sobre el cónyuge no es necesaria)</i>	
* Nombre del cónyuge: _____ * Número de Seguro Social del cónyuge: _____ * Fecha de nacimiento del cónyuge: _____	
Divulgación e intercambio de información: - Entiendo que, con el fin de determinar mi elegibilidad para los servicios, el Departamento de Salud de Maryland (MDH, en inglés) puede solicitar documentación adicional. - Autorizo a mi médico, administrador del caso/trabajador social y proveedor(es) de atención médica a intercambiar información con el MDH para documentar mi diagnóstico/necesidad de servicios. - Autorizo al MDH a intercambiar información con mi médico, administrador del caso/trabajador social, proveedor(es) de atención médica, compañía(s) de seguros o proveedor(es) farmacéutico(s) para facilitar la prestación de los servicios proporcionados por el Servicio de Atención al Cliente del MDH según sea necesario. - Entiendo que debo dar fe de la elegibilidad continua a solicitud del MDH y proporcionar la documentación de respaldo dentro del plazo especificado dado. Entiendo que el incumplimiento de la verificación de mi elegibilidad continua puede resultar en la suspensión o terminación de los servicios. - Acepto notificar al MDH a la dirección que figura en este formulario dentro de los 10 días si cambia mi dirección, ingresos u otra información que afecte mi elegibilidad para recibir los servicios (Código de Regulaciones de Maryland (COMAR, en inglés) 10.18.05.04A). - Autorizo al MDH a ponerse en contacto conmigo por teléfono, correo electrónico o correo postal para intercambiar información relacionada con mi caso. Si se realiza una llamada telefónica, le informaré al MDH si está autorizado a dejar un mensaje de voz o hablar con un contacto alternativo en mi nombre.	
Regla de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA, en inglés) /Confidencialidad/Reconocimiento de la política de privacidad del MDH - El MDH cumple con la regla de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) [45 CFR, Sección 160.102]. Los datos a nivel de cliente relacionados con mi inscripción se informarán solo según lo exija la ley. - Tengo derecho a la confidencialidad de toda la información y registros compilados, obtenidos y mantenidos en el curso de la solicitud o recepción de servicios. - Las direcciones de correo electrónico no se venderán a ningún proveedor externo. - Mi firma en este documento acusa recibo de las Prácticas de privacidad del MDH https://health.maryland.gov/phpa/OIDPCS/MADAP/MADAP Application and forms/Notice of MDH Privacy Practices.pdf y la Política de no discriminación del MDH.	
Derechos del consumidor: - Si se deniega mi solicitud, tengo derecho a solicitar una reconsideración (COMAR 10.18.05.05A). Si no estoy satisfecho con la reconsideración, puedo solicitar una audiencia de apelación (COMAR 10.18.05.05C). - Esta divulgación seguirá siendo válida hasta que informe al Servicio de Atención al Cliente, por escrito, mi deseo de terminar los servicios o hasta que ya no califique para estos servicios, lo que ocurra primero.	
Certifico que la información que he proporcionado en esta solicitud es completa y precisa, según mi leal saber y entender. Acepto proporcionar la documentación que me solicite el MDH. Estoy de acuerdo con la Divulgación y el Intercambio de Información y reconozco haber recibido las políticas de Prácticas de Privacidad y Derechos del Consumidor del MDH.	
*Firma del cliente: _____ *Fecha: ____/____/____	
* Firma del cónyuge/tutor legal: _____ *Fecha: ____/____/____	

Anexo

Anexo A:

Documentación de residencia aceptable

- Proporcione una forma de prueba aceptable de residencia de la lista a continuación. La documentación debe estar actualizada (por ejemplo, contrato de alquiler en vigor, factura reciente de servicios públicos, etc.). Las pruebas aceptables de residencia pueden incluir, entre otras, las siguientes:
 - o Notificación actual de la decisión de Medicaid
 - o Permiso de conducir válido de Maryland o tarjeta de identificación de Maryland con fecha de los últimos 12 meses
 - o Tarjeta de registro de votante con fecha de los últimos 12 meses
 - o Contrato de arrendamiento actual firmado y fechado (en un plazo de 12 meses) o contrato hipotecario
 - o Recibo de alquiler, fechado en los últimos 60 días
 - o Factura actual de servicios públicos, fechada en los últimos 60 días
 - o Carta de un organismo público, firmada y fechada en los últimos 60 días y enviada por correo al domicilio del cliente
 - o Carta del administrador del caso con membrete del organismo, firmada y fechada en los últimos 60 días y enviada por correo al hogar del cliente
- Los clientes sin hogar pueden presentar una carta en la que conste que no tienen hogar. La carta debe llevar el membrete del organismo y estar firmada y fechada en los últimos 60 días. Puede presentarse el formulario A-2 de verificación de ausencia de ingresos. Las siguientes personas pueden verificar que el cliente no tiene hogar:
 - o Administrador del caso
 - o Gerente de vivienda
 - o Cualquier miembro del personal empleado por un organismo que reciba apoyo *Ryan White*

Anexo B:

Documentación de ingresos aceptable

- Los ingresos incluyen cualquier ingreso obtenido a través del empleo, discapacidad, beneficios públicos, etc. Las formas de ingresos incluyen, entre otras, las siguientes:
 - o Ingresos por empleo
 - o Ingresos por jubilación
 - o Beneficios por desempleo
 - o Seguro de Discapacidad del Seguro Social (SSDI, en inglés)
 - o Ingresos por dependientes
 - o Pensiones alimenticias
 - o Discapacidad privada
 - o Ingresos por alquileres
 - o Ingresos por intereses u otras inversiones
 - o Apoyo económico en efectivo de familiares y amigos
- Se debe recopilar información sobre los ingresos del cliente y de las personas mayores de 18 años que comparten la responsabilidad económica. Todos los ingresos deben estar actualizados, firmados y fechados (p. ej., carta de adjudicación del año actual, talones de cheques recientes, etc.). Las pruebas aceptables de ingresos pueden incluir, entre otras, las siguientes:
 - o Un mes de talones de cheque consecutivos
 - o Formularios de impuestos (Formulario W-2 o 1099)
 - o Carta con membrete del empleador que indique el salario por hora y las horas trabajadas por semana
 - o Carta de beneficios de jubilación
 - o Cheque o carta de beneficios de jubilación
 - o Cheque o carta de ingresos por desempleo
 - o Cheque o carta de beneficios por discapacidad
 - o Cheque o carta de adjudicación del Seguro Social
 - o Depósito directo bancario indicando pago del Seguro Social
 - o Carta de acuerdo de pensión alimenticia
 - o Si recibe apoyo de familiares y amigos, declaración firmada que documente quién brinda apoyo monetario y la frecuencia del apoyo
 - o Si no hay ingresos, se puede presentar el formulario A-2, Verificación de Ausencia de Ingresos