

FORMULARIO DE SOLICITUD DE FIRMA

Con el fin de completar el requisito de la firma de su solicitud, por favor complete las respuestas a continuación en los espacios de abajo, firme, ponga la fecha y envíela de vuelta.

Nombre completo del niño	Fecha de nacimiento del niño	Lugar de nacimiento del niño (ciudad, estado, condado)

Enumere los nombres de los hijos de los que desea beneficios de salud.

- Yo estoy firmando este formulario bajo pena de perjurio, lo que significa que he proporcionado respuestas verdaderas a todas las preguntas de este formulario según mi mejor entendimiento. Sé que puedo estar sujeto a sanciones bajo la ley federal si proporciono información falsa y/o fraudulenta.
- Sé que debo reportar cualquier cambio dentro de los 10 días calendario, siguientes a la fecha de que se produzca el cambio. Puedo visitar PeachCare.org o llamar 877 GA PEACH (427-3224) para reportar cualquier cambio. Entiendo que un cambio en mi información podría afectar la elegibilidad para el miembro(s) de mi hogar.
- Sé que bajo la ley federal, la discriminación no está permitida sobre la base de raza, edad, orientación sexual, identidad de género o discapacidad. Puedo presentar una queja por discriminación, llamando al Departamento de Salud Comunitaria de Georgia, la Oficina del Inspector General de la Sección de Integridad del Programa (OIG) al 404-463-7590 o al número gratuito 800-533-0686.

Confirmando que nadie aplicando en este formulario está encarcelado (detenido o encarcelada). Si está encarcelado, _____.
(Nombre de la persona)

Necesitamos esta información para verificar su elegibilidad para recibir ayuda con sus pagos de cobertura de salud, si decide aplicar. Vamos a comprobar sus respuestas utilizando la información de nuestras bases de datos electrónicas y bases de datos de Servicio de Rentas Internas (IRS), el Seguro Social, el Departamento de Trabajo (DOL), TALX (numero de trabajo), el Departamento de Seguridad Nacional y/o un informe de la agencia del consumidor. Si la información no coincide, es posible que le pidamos que nos envíe comprobantes.

Renovación de la cobertura en los próximos años

Para que sea más fácil determinar mi elegibilidad para recibir ayuda con mis pagos de cobertura de salud en los próximos años, estoy de acuerdo en permitir que las Agencias de Seguros de Salud, DFCS, PeachCare for Kids y el Mercado de Seguros de Salud FFM puedan utilizar los datos de ingresos, incluyendo la información de las declaraciones de impuestos. Las Agencias de Salud Seguros, DFS, PeachCare for Kids, y el Mercado de Seguros de Salud FFM me enviarán un aviso, se me permitirá hacer cambios, y puedo decidir terminar mi participación en cualquier momento.

Si, renuevo mi elegibilidad automáticamente para los siguientes

- 5 años (el número máximo de años permitidos), o por un número menor de 2 años:
 4 años 3 años 2 años 1 año No utilice la información de las declaraciones de impuestos para renovar mi cobertura.

Si alguien en esta solicitud es elegible para Medicaid

Yo le otorgo a la agencia de Medicaid nuestros derechos para buscar y conseguir dinero de otro seguro de salud, acuerdos legales, o de terceros. También le otorgo los derechos a la agencia de Medicaid para buscar y obtener manutención médica de un esposo(a) o padre.

¿Hay algún niño en su solicitud que tenga un padre/madre viviendo afuera del hogar? Si No

Si es así, sé que me será requerido cooperar con la agencia que cobra la manutención médica de un padre ausente. Si pienso que la cooperar para cobrar la manutención médica puede causar daño a mí o a mis hijos, le puedo decir a Medicaid y puede que no tenga que cooperar.

(Por favor, certificar uno de los siguientes)

- Si estoy solicitando Medicaid para mí, certifico bajo pena de perjurio que soy un ciudadano de los EE.UU. y/o estoy legalmente en los Estados Unidos. Si soy un padre legal o tutor legal, certifico que el solicitante(s) es un ciudadano de los EE.UU. y/o están legalmente en los Estados Unidos.
 Si estoy solicitando para otra persona, yo certifico que es mi conocimiento leal saber y entender que la persona(s) para quien estoy solicitando Medicaid es/son ciudadano(s) de EE.UU. o están legalmente en los Estados Unidos. Yo certifico que toda la información proporcionada en la solicitud es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento.

Mi derecho para apelar

Si creo que las Agencias de Seguros de Salud, DFCS, PeachCare for Kids y el Marketplace FFM Seguro de Salud han cometido un error, yo puedo apelar la decisión. Apelar significa decirle a alguien en las Agencias de Seguros de Salud, DFCS, PeachCare for Kids y el Mercado Seguro de Salud FFM que creo que la acción es incorrecta y pedir una justa revisión. Sé que puedo averiguar cómo apelar poniéndome en contacto con la Division de Servicios para Familias y Niños (DFCS) al 877-423-4746. Sé que puedo ser representado en el proceso por alguien que no sea yo mismo. Mi elegibilidad y otra información importante me serán explicadas.

Firme este formulario de solicitud. La persona que completa el primer paso de la solicitud debe de firmar.

Firma	Fecha (Mes/Día/Año)
-------	---------------------

COMPLETAR ESTA FORMA CON ASISTENCIA

Usted puede elegir a un representante autorizado

Usted puede darle permiso a una persona de confianza para hablar de esta aplicación con nosotros, ver su información, y actuar en su nombre en asuntos relacionados con esta solicitud, incluyendo la obtención de información acerca de su solicitud y el firmar su solicitud en nombre suyo. Esta persona se llama un "representante autorizado". Si alguna vez tiene que cambiar a su representante autorizado, contacte a la División de Servicios para Familias y Niños (DFCS) al 877-423-4746. Si usted es un representante legalmente designado para alguien en esta solicitud, presente una prueba con la aplicación.

1. Nombre de el representante autorizado (Primer nombre, Segundo nombre, Apellidos)		
2. Dirección:		3. Número de apartamento:
4. Ciudad	5. Estado	6. Código postal (ZIP)
7. Número de teléfono () --		
8. Nombre de la Organización		9. Número de Identificación (si aplica):
Firmando usted le da permiso a esta persona para firmar su aplicación, recibir información oficial sobre esta aplicación, y para actuar usted en el futuro en cualquier asunto con esta agencia.		
10. Su firma		11. Fecha (Mes/Día/Año)