



¿Qué es COVERKIDS?

CoverKids es un programa de cobertura completa de salud para niños y mujeres embarazadas que no pueden pagar un seguro de salud patrocinado por un empleador o un seguro de salud individual o que ganan mucho dinero para ser elegibles para TennCare. CoverKids provee beneficios médicos y visuales gratuitos. ¡El cuidado de salud preventivo es gratis! Las visitas médicas y los medicamentos tienen un co-pago muy bajo.

Niños(as) pueden obtener esta cobertura si:

- Son menores de 19 años de edad el fecha de la solicitud.
- Son residentes de Tennessee.
- No tienen otro tipo de seguro de salud y no han tenido ningún tipo de cobertura en los últimos tres meses.
- No tienen acceso a un seguro de salud patrocinado por el estado.
- No son elegibles o no están inscritos en TennCare. Esto no es TennCare. Las solicitudes se revisarán primeramente para la posibilidad de elegibilidad para TennCare. Si resulta que el niño es elegible para TennCare, se le pedirá a la persona que complete una solicitud para TennCare. Las familias pueden recibir asistencia para completar la solicitud de TennCare.
- Son ciudadanos de los Estados Unidos o extranjero calificados. Ejemplos de los documentos que prueban el estado de calificación de extranjero incluyen: formulario I-551 o formulario I-94.

Mujeres embarazadas pueden obtener esta cobertura si:

- No tienen otro tipo de seguro de salud que incluya beneficios de maternidad y no han tenido cobertura con beneficios de maternidad en los últimos tres meses.
- Son residentes de Tennessee.
- No tienen acceso a un seguro de salud patrocinado por el estado.
- No son elegibles o no están inscritas en TennCare.
- Están en o por debajo del 250% de Nivel de Pobreza Federal (FPL).

Si su familia está **bajo** ciertas pautas de ingresos (por debajo del 250% del FPL) y reúne los requisitos de elegibilidad, **no existen pagos de prima mensuales.**

Número de personas en la familia	250% del FPL
1	\$27,075
2	\$36,425
3	\$45,775
4	\$55,125
5	\$64,475
6	\$73,825
7	\$83,175
8	\$92,525
9	\$101,875
10	\$111,225

Su familia todavía puede solicitar para niños que se encuentren **por encima del 250% del FPL**, pero se deben pagar primas mensuales por cada niño que se encuentre **por encima del 250% del FPL.**

Si su solicitud está completa, su familia debería recibir notificación en el transcurso de 10 días hábiles que su aplicación fue recibida y esta siendo tramitada para elegibilidad.

¿Necesita Ayuda?

- Si usted es una persona con incapacidad de hablar y oído y necesita asistencia con la lectura y escritura para poder completar esta solicitud, bajo el Acta de Americanos con Incapacidades, le invitamos que llame al 1-866-620-8864. TTY 1-866-447-0272 (Fax 1-866-913-1046) para que nos informe de sus necesidades.
- Si usted tiene alguna pregunta o necesita asistencia para completar este formulario, por favor llamar a CoverKids al 1-866-620-8864 (llamada gratuita). El horario es de lunes a viernes, 7 a.m. a 6 p.m. (Hora Central).
- Disponibles servicio de intérpretes de lenguaje sin costo alguno.

Amharic

አማርኛ

ይህንን ማመልከቻ ለመሙላት እርዳታ ካስፈለገች በዚህ ስልክ ይደውሉልን 1-866-579-4156 ወይም (615) 313-9975 ናሽቪል ። በተጨማሪም የትርጉም አገልግሎት በተለያዩ ቅንቆዎች ፣ እንዲሁም በአማርኛ እንሰጣለን ። ይደውሉልን አገልግሎታችን ነጻ ነው ።

Arabic

العربية

إذا كنت تحتاج الى مساعدة لفهم هذه الاستمارة أو اية رسائل بخصوص كوفر كدز (CoverKids) بالعربية، رجاءً اتصل بـ 313-9906 من داخل ناشفل أو بـ 1-866-626-3411 من خارج ناشفل. هذه المكالمات مجانية.

Bosnian

Bosanski

Ako vam treba pomoć u razumjevanju ove molbe ili bilo kojeg CoverKids pisma na Bosanskom/Srpskom/Hrvatskom molimo zovite 313-9382 ili 1-877-652-3069 izvan Nashville. Ovaj poziv se ne plaća.

French

Français

Si vous avez besoin de l'aide avec la demande, appelons-nous à 1-866-579-4241 ou (615) 244-0479 à Nashville. L'appel est gratuit. Les services de l'interprétation de langues sont disponible dans beaucoup de langues, y compris le français.

Kurdish - Badinani

کوردی - بادینانی

ئەگەر تو پێتھی هاریکاری بی بو تیگههشتنا فی فۆرمی یان هەر نامەکی دەربارەوی (که‌فه‌ر کیدن) (CoverKids) بـ کوردی، په‌یه‌ه‌ندیی بکه بـ 313 - 9906 ل ناشفل یان بـ 1-866-626-3413 ل دەر‌فه‌ی ناشفل. ئە‌وه‌ ته‌له‌فۆنه‌ خۆراییه‌.

Russian

Русский

Если Вам необходима помощь в заполнении формы, звоните нам по бесплатному номеру 1-866-579-4243 или по местному (615) 244-0472. Мы говорим на многих языках включая русский.

Somali

Soomaali

Hadii aad rabtid inaad ku fahamtid af Soomaali waraaqahan CoverKids, fadlan la xidhiidh (615) 313-9894 Nashville gudaheeda, dibadeedana 1-877-652-3054 oo bilaash ah.

Spanish

Español

Si Ud. necesita ayuda con la aplicación, llámenos al 1-866-626-3409. La llamada es gratis. Los servicios del intérprete del idioma están disponibles en muchos idiomas incluyendo Español.

Vietnamese

Tiếng Việt

Nếu quý vị cần giúp đỡ để hiểu thêm chi tiết về lá đơn hoặc lá thư về chương trình của CoverKids bằng Việt Ngữ, thì xin gọi số (615) 313-9899 trong vùng Nashville, hoặc gọi số miễn phí 1-800-269-4901.



Sección 6 - Certificación, Entendimiento, y Autorización

- ◆ Entiendo que la firma de esta autorización es requerida para la matriculación en este plan de salud.
- ◆ Entiendo que si por mi propia falta recibo más beneficios de los cuáles tengo derecho, podría tener que pagar cualquier beneficio adicional.
- ◆ La Administración de Beneficios no apoya ninguna práctica que excluya la participación en los programas o niegue los beneficios de dichos programas basado en la raza, el color, o nacionalidad. Si usted tiene alguna queja en referencia a la discriminación, favor llamar al 1-800-253-9981 ó 615-741-4517.
- ◆ Entiendo que la inscripción en CoverKids continuará por 12 meses a menos que ocurra cualquiera de los siguiente: el niño cumpla los 19 años de edad; el niño o la mujer embarazada obtenga acceso a un seguro médico patrocinado por el Estado a través de un miembro de la familia o por ser empleada por una agencia pública; el beneficiario de CoverKids es matriculado en una cobertura individual o de grupo; para mujeres matriculadas debido a embarazo, a los 60 días después que el embarazo finalice; la familia no cumple con los pagos de primas para el programa de CoverKids; una auditoría o entrevista periódica que indique que el beneficiario de CoverKids no es elegible; el beneficiario de CoverKids fallezca; o por alguna otra razón.
- ◆ Entiendo que pueden hacer chequeos computarizados para verificar la información que he suministrado en esta solicitud.
- ◆ Entiendo que puedo reportar cualquier sospecha de fraude o abuso al llamar gratuitamente al 1-866-795-1977 o al (615)253-9955.
- ◆ Al firmar, usted confirma que ha leído y aceptado estas declaraciones y que bajo su conocimiento la información que ha suministrado es la correcta. También al firmar, usted nos da autorización a revelar la información de salud privada tal como está descrita a continuación. Favor leer antes de firmar.

Al firmar, usted confirma que leyó y aceptó estas declaraciones y que bajo su conocimiento la información que suministró es la correcta. También al firmar, usted nos da autorización a revelar la información de salud privada tal como está descrita a continuación:
Sírvase leer antes de firmar.

Permiso para Compartir Información de Salud Privada:

- Estoy de acuerdo que la información, tanto mía como la de de mis hijos, se podrá compartir entre CoverKids, el Departamento de Servicios Humanos de Tennessee, el Inspector General de Tennessee, TennCare y otras agencias federales y estatales y sus contratistas. Se podrá compartir la siguiente información:
 - Números de Seguro Social;
 - Información de sus ingresos;
 - Información de salud; y
 - Información de elegibilidad, que incluye información acerca de mi lugar de domicilio; si tengo seguro médico; si la persona que está solicitando CoverKids es ciudadana de los Estados Unidos; y quién habita en mi casa.
- Esta información se necesita compartir para chequear su elegibilidad para CoverKids y/o negación o elegibilidad para otros programas federales y estatales que incluyen TennCare, Medicaid y otros programas del Título V como el programa de Servicios Especiales para Niños.
- Adicionalmente, esta información se puede utilizar con el propósito de auditorías y para manejar los negocios de CoverKids, que pueden incluir hacer pagos a los proveedores de los servicios de salud y evaluar el desempeño del plan de salud o del proveedor de los servicios de salud.
- Estoy de acuerdo en nombre mío (y de mi hijo (os), si aplica), en compartir la información antes mencionada.
- En el nombre de mis hijos (si aplica) y en el mío propio, estoy de acuerdo en compartir la información antes mencionada.
- Yo entiendo que no tengo que firmar esta formulario, sin embargo, si no firmo este formulario o si retiro mi permiso, puede ser que CoverKids no pueda determinar si mis hijos o yo soy/somos elegible(s) y nos pueden negar la elegibilidad a mis hijos y a mí para recibir los beneficios mencionados.
- He visto la información en este convenio y entiendo que puedo recibir una copia de dicho convenio firmado al solicitarlo al Contratista Administrativo de CoverKids, Policy- Studies, Inc. (PSI) al 1-866-620-8864.
- Yo entiendo que este Permiso es válido a partir de la fecha en que se firme. Esta autorización es válida hasta que todos los miembros de la familia incluidos en esta solicitud finalicen la participación en CoverKids.
- Yo entiendo que si la persona u organización autorizada a recibir esta información no pertenece a un plan de salud o es un proveedor de cuidados de salud, puede ser que la información suministrada deje de estar protegida por las regulaciones federales de privacidad.
- He leído, o alguien me ha leído, la información mencionada anteriormente, y entiendo como se usará mi información privada de salud. Esta autorización es válida hasta que todos los miembros de la familia incluidos en esta solicitud finalicen su participación en CoverKids.

1er Adulto Responsable _____ Día: _____ / _____ / _____
(Requerido)

2do Adulto Responsable _____ Día: _____ / _____ / _____
(Sugerido pero no Requerido.)

Authority: Titles XIX and XXI of the Social Security Act. Completion of this form is required to enroll in a health plan.
Policy Studies, Inc. (PSI) is the Administrative Services Contractor for CoverKids,
under contract with Benefits Administration.

SOLAMENTE PARA USO OFICIAL

Nombre de la entidad certificada asistiendo con la solicitud: _____

Número de identificación de la entidad certificada: _____

Nombre de la persona a contactar: _____ Numero de teléfono de la persona a contactar: _____

LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SOLICITUD

Antes de enviarla, asegúrese de...

- Completar TODOS los artículos en las secciones 1,2,4,5,6. (La sección 3 se debe completar SOLAMENTE si usted está solicitando beneficios de maternidad para un adulto responsable o niña embarazada)
- Seleccionar “si” por todos los niños por los cuáles está completando la solicitud.
- Suministrarnos con el número de Seguro Social de cada niño por los cuáles está completando la solicitud.
- Incluir copias de documentos que prueben el estado de calificación de extranjero de sus(s) niño, niña o niños si el/ellos no es/son ciudadanos de los Estados Unidos.
- Suministrarnos con toda la información relacionada a sus ingresos.
- Incluir copias de los documentos de tribu reconocidos federalmente si es que el niño(a) o mujer embarazada es Indio Americano/Nativo de Alaska. (Si se reciben estos documentos no habrá un co-pago, de lo contrario, se aplicará un co-pago a bajo costo).
- Incluir copias de las tarjetas de seguro, si es que usted tiene seguro actualmente o si lo ha tenido en los últimos tres meses.
- Incluir copias de las tarjetas de seguro, si es que usted tiene seguro actualmente o si lo ha tenido en los últimos tres meses e incluir una copia de la carta de confirmación si la cobertura fue perdida involuntariamente
- Incluir una carta de negación de DHS (si la solicitud ha sido negada TennCare por DHS) - Envíe la carta de negación de DHS mas reciente con el código o razón.
- Firmar la solicitud.
- Hacerle una copia a esta página para sus archivos.

Una vez que la solicitud esté completa y firmada, envíela con los

documentos requeridos a:

CoverKids

P. O. Box 182261

Chattanooga, TN 37422-7261

COVERKids