



SOLICITUD PARA COBERTURA RETROACTIVA DE MEDICAID

Responsabilidades del Solicitante

Como solicitante de cobertura retroactiva de Medicaid, me comprometo a:

- Presentar una solicitud firmada, completa y correcta, con copias de todos los documentos como comprobantes. Esto incluye todo el historial de ingresos [laborales u otras fuentes] y gastos reclamados.
- Ayudar a OHCA a verificar la información en esta solicitud y permitir que obtengan la información necesaria de las agencias gubernamentales, empleadores, proveedores médicos y otras fuentes necesarias.
- Entiendo que si OHCA tiene registros existentes o recibe información que no coincide razonablemente con la información que proporciono en esta solicitud, es posible que se me pida que proporcione documentación adicional para verificar la información, incluyendo, entre otros, información sobre identidad, ingresos y residencia o ciudadanía, y estoy de acuerdo en proporcionar rápidamente la documentación adicional que se solicite.
- Notificar a OHCA en un plazo de 10 días naturales si hay algún cambio en los ingresos, las personas que viven en el hogar, el lugar donde recibe su correspondencia o cambios en la cobertura del seguro médico.
- Transferir, autorizar y asignar pagos a OHCA de todas las reclamaciones que tenga o pueda tener contra las compañías de seguros de salud o de responsabilidad civil u otras terceras partes. Esto incluyen todos los pagos por servicios médicos realizados por OHCA para mí o para mis dependientes
- Ayudar al Departamento de Servicios Humanos de Oklahoma o a OHCA a identificar y encontrar a los padres ausentes que podrían ser responsables de los costos de la atención médica para mí o para otros miembros de mi familia que reciben SoonerCare o Insure Oklahoma.
- Los adultos que buscan beneficios de salud o servicios de planificación familiar están obligados por ley federal a cooperar con la oficina de manutención infantil para establecer la manutención médica de cualquiera



ADDRESS

4345 N. Lincoln Blvd.
Oklahoma City, OK 73105



WEBSITES

okhca.org
mysoonerCare.org



PHONE

Admin: 405-522-7300
Helpline: 800-987-7767



de sus hijos cuyo otro padre/madre no esté en el hogar. Estoy de acuerdo en cooperar para establecer la manutención médica. Entiendo que, si considero que tengo una buena causa para no cooperar, puedo ponerme en contacto con la oficina local de manutención infantil (OKDHS) para pedir que no se divulgue la dirección de mi casa o su ubicación si hay temor de violencia intrafamiliar.

- Acepto que, al presentar esta solicitud de cobertura retroactiva, doy explícitamente mi consentimiento para que OHCA divulgue información a las agencias estatales o federales correspondientes, a los proveedores médicos o a una persona designada por OHCA cuando sea necesario proporcionar la información para, supervisar o aprobar servicios médicos u obtener el pago de dichos servicios.
- Si soy aprobado/a para Insure Oklahoma, entiendo que seré responsable de pagar las primas y los gastos de bolsillo apropiados, incluyendo, pero no limitándose a los copagos

Permitiré que OHCA:

- Cobrar los pagos de cualquier persona que deba pagar por la atención médica mía o de mi familia proporcionada por OHCA.
- Compartir cualquier información necesaria que OHCA mantenga con cualquier compañía de seguros, persona o entidad que sea responsable de pagar la factura médica.
- Acceder y recibir mi historial médico de cualquiera de mis proveedores médicos.
- Compartir información importante relacionada con la salud y los beneficios a través de mensajes electrónicos.

Permitiré que cualquiera de mis proveedores médicos:

- Proporcionar cualquier información sobre mi persona que tengan a OKDHS u OHCA para tomar decisiones de pago o de sobrepago.

La elegibilidad retro es para las mujeres embarazadas y niños menores de 19 años, y los miembros adultos en expansión solamente.



ADDRESS

4345 N. Lincoln Blvd.
Oklahoma City, OK 73105



WEBSITES

okhca.org
mysoonercare.org



PHONE

Admin: 405-522-7300
Helpline: 800-987-7767



Una vez que haya solicitado SoonerCare, puede solicitar la cobertura retro hasta tres meses antes de su solicitud actual de inscripción en línea con SoonerCare. No es necesario estar aprobado para la cobertura actual para solicitar la elegibilidad retro.

¿Hay miembros en su hogar que tienen una o varias facturas médicas dentro de los 90 días anteriores a la presentación de su solicitud de inscripción en línea? Indique el nombre del jefe de familia y sólo aquellos miembros que necesiten una retroactividad y el mes o meses de cobertura solicitados.

Indique el jefe/a de Familia aquí.

Su Nombre *(Primer nombre, segundo nombre, apellido)*

Número de Seguro Social

Fecha de Nacimiento (mm/dd/aa)

Dirección de Domicilio (marque aquí si es una persona desamparada)

Ciudad

Estado

Código Postal

Número de Teléfono

Correo Electrónico

COBERTURA DE EMBARAZO- Si está solicitando elegibilidad retro para el embarazo, indique a continuación el nombre del miembro y la fecha de parto. Esta fecha puede estar en el pasado y puede representar una fecha de aborto involuntario.

Nombre *(Primer nombre, segundo nombre, apellido)*

Fecha de Parto/Fecha de aborto involuntario



ADDRESS

4345 N. Lincoln Blvd.
Oklahoma City, OK 73105



WEBSITES

okhca.org
mysoonerca.org



PHONE

Admin: 405-522-7300
Helpline: 800-987-7767



COBERTURA RETRO - Indique a continuación sólo los miembros del hogar que solicitan cobertura retroactiva de Medicaid. Esto es sólo para los miembros del hogar que tienen una factura médica durante los tres meses anteriores a su solicitud de inscripción en línea. Si hay más de 3 miembros que tienen una factura médica y que le gustaría solicitar la cobertura retroactiva para ellos, indíquelo en una hoja por separado.

Persona #1 que necesita cobertura de Elegibilidad Retroactiva

Nombre (<i>Primer, segundo, apellido</i>)	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento (mm/dd/aa)
---	-------------------------	--------------------------------

Mes(es) en que se realizaron los gastos médicos:

Persona #2 que necesita cobertura de Elegibilidad Retroactiva

Nombre (<i>Primer, segundo, apellido</i>)	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento (mm/dd/aa)
---	-------------------------	--------------------------------

Mes(es) en que se realizaron los gastos médicos:

Persona #3 que necesita cobertura de Elegibilidad Retroactiva

Nombre (<i>Primer, segundo, apellido</i>)	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento (mm/dd/aa)
---	-------------------------	--------------------------------

Mes(es) en que se realizaron los gastos médicos:

Historial de Residencia

¿El solicitante de elegibilidad retro ha sido residente de Oklahoma durante los últimos 6 meses o más?

Sí No



Si la respuesta es no, indique los miembros del hogar que solicitan la elegibilidad retro y que no hayan vivido en Oklahoma durante los últimos 6 meses. Por favor indique el estado y los meses en que el miembro vivió fuera de Oklahoma durante los últimos seis meses.

Nombre (<i>Primer, segundo, apellido</i>)	Estado (<i>no Oklahoma</i>)	Mes o Meses (<i>mm/aaaa</i>)
Nombre (<i>Primer, segundo, apellido</i>)	Estado (<i>no Oklahoma</i>)	Mes o Meses (<i>mm/aaaa</i>)

Información Sobre Ciudadanía/ Estado Migratorio Elegible

Si alguien que solicita la elegibilidad retro tuvo un cambio en la ciudadanía estadounidense o en el estado migratorio elegible en los últimos 6 meses, por favor indique los cambios a continuación. Si no hay cambios, omita esta sección. Por favor proporcione una copia de su estado de ciudadanía.

Nombre (<i>Primer, segundo, apellido</i>)	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Mes del Cambio (<i>mm/aaaa</i>)
---	-------------------------	---------------------	-----------------------------------

Información Tributaria del Hogar

Si su hogar tributario ha cambiado en los últimos 6 meses, por favor indique cualquier cambio de miembro a continuación. Si no ha habido ningún cambio en su hogar, omita esta sección.

Nombre (<i>Primer, segundo, apellido</i>)	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Mes del Cambio (<i>mm/aaaa</i>)
---	-------------------------	---------------------	-----------------------------------

Si no tuvo ingresos durante la totalidad o parte de los meses solicitados para la Elegibilidad retro, por favor indíquelo a continuación.



Marque esta casilla si toda su familia del hogar declara que no tuvo ingresos en su hogar durante el periodo de solicitud de elegibilidad retro solicitada.

Indique a continuación los miembros del hogar mayores de 16 años que no tuvieron ingresos durante parte del período de solicitud retroactiva solicitado con el nombre y los meses sin ingresos.

El miembro que firma la solicitud debe dar fe de que esto es correcto.

Miembro del hogar sin ingresos	Mes(es) sin ingresos
Miembro del hogar sin ingresos	Mes(es) sin ingresos
Miembro del hogar sin ingresos	Mes(es) sin ingresos
Miembro del hogar sin ingresos	Mes(es) sin ingresos

Si se necesita más espacio, indíquelo en una hoja separada.

¿Cuál es el PRIMER MES de elegibilidad retro que está solicitando? _____

Indique a todos los miembros del hogar que trabajaron durante este mes. Si **no hubo ingresos** durante este mes, consulte la Sección Sin Ingresos anteriormente. **Proporcione todos los talones de cheques recibidos durante este mes de empleo.**

Persona Empleada (<i>primer nombre, segundo nombre, apellido</i>)	Nombre de todos los empleadores
Persona Empleada (<i>primer nombre, segundo nombre, apellido</i>)	Nombre de todos los Empleadores
Persona Empleada (<i>primer nombre, segundo nombre, apellido</i>)	Nombre de todos los Empleadores



Si un miembro de su hogar tuvo **ingresos Por Cuenta Propia** durante este mes, indique todos los negocios por separado. ¿Cuáles fueron sus ingresos netos (ingresos brutos menos los gastos del negocio) de su negocio de trabajo por cuenta propia durante este primer mes de elegibilidad retro solicitada?

Por favor, envíe su Formulario de Ganancias y Pérdidas de este mes con su solicitud. Indique los miembros con negocios de trabajo por cuenta propia durante este mes, indicando el nombre del negocio y los ingresos netos a continuación.

Nombre (<i>Primer, segundo, apellido</i>)	Nombre de todos los negocios de trabajo por cuenta propia	Ingresos Netos para este mes
---	---	------------------------------

Nombre (<i>Primer, segundo, apellido</i>)	Nombre de todos los negocios de trabajo por cuenta propia	Ingresos Netos para este mes
---	---	------------------------------

Si un miembro tiene **otros ingresos** que no se obtienen trabajando, por favor indíquelos aquí, tales como beneficios de seguro social, desempleo, compensación de trabajadores, ingresos de la Administración de Veteranos (VA) ingresos de jubilación. Deberá proporcionar la verificación de estos ingresos para el mes solicitado.

Nombre (<i>Primer, segundo, apellido</i>)	Tipo de ingresos no derivados de empleo	Mes o Meses (mm/aaaa)
---	---	-----------------------

Nombre (<i>Primer, segundo, apellido</i>)	Estado (<i>no Oklahoma</i>)	Mes o Meses (mm/aaaa)
---	-------------------------------	-----------------------

¿Cuál es el SEGUNDO MES de elegibilidad retro que está solicitando?

Indique a todos los miembros del hogar que trabajaron durante este mes. Si **no hubo ingresos** durante este mes, consulte la Sección Sin Ingresos anteriormente. **Proporcione todos los talones de cheques recibidos durante este mes de empleo.**



Persona Empleada (*primer nombre, segundo nombre, apellido*) Nombre de todos los Empleadores

Persona Empleada (*primer nombre, segundo nombre, apellido*) Nombre de todos los Empleadores

Persona Empleada (*primer nombre, segundo nombre, apellido*) Nombre de todos los Empleadores

Si un miembro de su hogar tuvo **ingresos Por Cuenta Propia** durante este mes, indique todos los negocios por separado. ¿Cuáles fueron sus ingresos netos (ingresos brutos menos los gastos del negocio) de su negocio de trabajo por cuenta propia durante este segundo mes de elegibilidad retro solicitada?

Por favor, envíe su Formulario de Ganancias y Pérdidas de este mes con su solicitud. Indique los miembros con negocios de trabajo por cuenta propia durante este mes, indicando el nombre del negocio y los ingresos netos a continuación.

Nombre (*Primer, segundo, apellido*) Nombre de todos los negocios de trabajo por cuenta propia Ingresos Netos para este mes

Nombre (*Primer, segundo, apellido*) Nombre de todos los negocios de trabajo por cuenta propia Ingresos Netos para este mes

Si un miembro tiene **otros ingresos** que no se obtienen trabajando, por favor indíquelos aquí, tales como beneficios de seguro social, desempleo, compensación de trabajadores, ingresos de la Administración de Veteranos (VA) ingresos de jubilación. Deberá proporcionar la verificación de estos ingresos para el mes solicitado.

Nombre (*Primer, segundo, apellido*) Tipo de ingresos no derivados de empleo Mes o Meses (mm/aaaa)

Nombre (*Primer, segundo, apellido*) Estado (*no Oklahoma*) Mes o Meses (mm/aaaa)



ADDRESS

4345 N. Lincoln Blvd.
Oklahoma City, OK 73105



WEBSITES

okhca.org
mysoonerca.org



PHONE

Admin: 405-522-7300
Helpline: 800-987-7767



¿Cuál es el TERCER MES de Elegibilidad retro que usted está solicitando? _____

Indique a todos los miembros del hogar que trabajaron durante este mes. Si **no hubo ingresos** durante este mes, consulte la Sección Sin Ingresos anteriormente. **Proporcione todos los talones de cheques recibidos durante este mes de empleo.**

Persona Empleada (*primer nombre, segundo nombre, apellido*) Nombre de todos los Empleadores

Persona Empleada (*primer nombre, segundo nombre, apellido*) Nombre de todos los Empleadores

Persona Empleada (*primer nombre, segundo nombre, apellido*) Nombre de todos los Empleadores

Si un miembro de su hogar tuvo **ingresos Por Cuenta Propia** durante este mes, indique todos los negocios por separado. ¿Cuáles fueron sus ingresos netos (ingresos brutos menos los gastos del negocio) de su negocio de trabajo por cuenta propia durante este primer mes de elegibilidad retro solicitada?

Por favor envíe su Formulario de Ganancias y Pérdidas de este mes con su solicitud. Indique los miembros con negocios de trabajo por cuenta propia durante este mes, indicando el nombre del negocio y los ingresos netos a continuación.

Nombre (*Primer, segundo, apellido*) Nombre de todos los negocios de trabajo por cuenta propia Ingresos Netos para este mes

Nombre (*Primer, segundo, apellido*) Nombre de todos los negocios de trabajo por cuenta propia Ingresos Netos para este mes

Si un miembro tiene **otros ingresos** que no se obtienen trabajando, por favor indíquelos aquí, tales como beneficios de seguro social, desempleo,



ADDRESS

4345 N. Lincoln Blvd.
Oklahoma City, OK 73105



WEBSITES

okhca.org
mysoonerCare.org



PHONE

Admin: 405-522-7300
Helpline: 800-987-7767



compensación de trabajadores, ingresos de la Administración de Veteranos (VA) ingresos de jubilación. Deberá proporcionar la verificación de estos ingresos para el mes solicitado.

Nombre (<i>Primer, segundo, apellido</i>)	Tipo de ingresos no derivados de un empleo	Mes o Meses (mm/aaaa)
---	--	-----------------------

Nombre (<i>Primer, segundo, apellido</i>)	Estado (<i>no Oklahoma</i>)	Mes o Meses (mm/aaaa)
---	-------------------------------	-----------------------

Representante Autorizado

Usted puede dar permiso a una persona de confianza para que hable sobre esta solicitud de cobertura retroactiva de Medicaid con OHCA, vea su información y actúe en su nombre en asuntos relacionados con esta solicitud. Tales asuntos pueden incluir la obtención de información sobre su formulario de solicitud y la firma de su solicitud en su nombre. También puede incluir que OHCA le dé a su representante autorizado acceso a su información de salud protegida.

Esta persona se conoce como representante autorizado. La elección de un representante autorizado para ayudar con esta solicitud es opcional y no afectará su elegibilidad para los beneficios. Si desea designar a un representante autorizado para que le ayude con esta solicitud de cobertura retroactiva, complete la siguiente información y firme. Su representante autorizado también debe completar la sección de afirmación de representante autorizado a continuación. Puede cambiar o cancelar su representante autorizado en cualquier momento. Si alguna vez necesita cambiar o cancelar su representante autorizado, comuníquese con OHCA. Un cambio o cancelación no será efectivo hasta que OHCA lo reciba.

Nota para los tutores legales o agentes que posean un poder notarial válido: Los tutores legales o el poder notarial ya se consideran representantes autorizados en la medida en que se describe en la documentación legal que usted proporcione a OHCA. Si usted es el tutor legal de un miembro o solicitante o si tiene un poder notarial válido, no es necesario que llene la sección de representante autorizado, a menos que esté nombrando a otra



persona aparte de usted para que actúe en su lugar como el representante autorizado del miembro o solicitante.

Al firmar a continuación, doy expresamente mi consentimiento para que OHCA divulgue mi información médica protegida a mi representante autorizado para los fines de esta solicitud. Esto incluye, pero no se limita a, información sobre trastornos o tratamiento de drogas o alcohol, trastornos o tratamiento de salud mental y enfermedades transmisibles o no transmisibles que puedan estar contenidas en mis registros. También permito que esta persona firme y presente mi solicitud de cobertura retroactiva de Medicaid, obtenga información oficial sobre esta solicitud, reciba copias de avisos y otras comunicaciones de OHCA y actúe en mi nombre en todos los asuntos futuros con la OHCA para los fines de esta solicitud.

Afirmación del Representante Autorizado

Al firmar a continuación, me comprometo a mantener y entiendo que estoy legalmente obligado a mantener la confidencialidad de toda la información en relación con el miembro y al solicitante proporcionado por OHCA.

Asimismo, afirmo y certifico que si soy proveedor o miembro del personal o voluntario de una organización, como condición para servir como representante autorizado, la organización y yo nos adheriremos a las regulaciones del 42 CFR parte 431, subparte F, y al 45 CFR § 155.260(f) (relacionado a la confidencialidad de la información), 42 CFR § 447.10 (relativo a la prohibición de reasignación de las reclamaciones de los proveedores), así como a otras leyes estatales y federales pertinentes relacionadas a los conflictos de intereses y la confidencialidad de la información.

Firma del representante: _____ Fecha: _____

Nombre del representante (escrito claramente): _____

Dirección postal: _____

Firma



ADDRESS

4345 N. Lincoln Blvd.
Oklahoma City, OK 73105



WEBSITES

okhca.org
mysoonercaare.org



PHONE

Admin: 405-522-7300
Helpline: 800-987-7767



Para solicitar los beneficios de la cobertura retroactiva de Medicaid, debe aceptar las condiciones que se indican a continuación, así como completar y enviar esta solicitud.

Si no está de acuerdo con una decisión tomada sobre su caso, usted tiene derecho a apelar la decisión y a una audiencia. Para apelar y solicitar una audiencia, debe completar y presentar un formulario LD-1 a Oklahoma Health Care Authority en un plazo de 30 días desde que se tomó la decisión. Puede obtener un formulario LD-1 comunicándose con servicios para miembros llamando al 800-987-7767. Puede representarse a sí mismo en la audiencia, o puede tener un abogado u otro representante.

Entiendo que, si doy información que no es verdadera o si oculto información, puedo ser legalmente castigado por fraude o perjurio. También es posible que tenga que reembolsar a OHCA las facturas médicas no pagadas correctamente.

La persona que llenó esta solicitud debe firmar a continuación. Puede autorizar a una persona de confianza para que se encargue de los asuntos relacionados con esta solicitud para la cobertura retroactiva en su nombre. Si desea nombrar a un representante autorizado, complete la sección de representante autorizado a continuación.

La persona que completó esta solicitud debe firmar a continuación. Puede autorizar a una persona de confianza para que se encargue de los asuntos relacionados con esta solicitud para la cobertura retroactiva en su nombre. Si desea nombrar a un representante autorizado, complete la sección Representante autorizado a continuación. Su representante autorizado también debe completar la sección "Afirmación del Representante Autorizado" de esta solicitud.

Afirmo que soy el solicitante nombrado en este formulario o el representante legal del solicitante. Si es firmado por uno de los padres de un menor o un representante legal, declaro que tengo la autoridad legal para firmar este documento en nombre del solicitante. He adjuntado la documentación de mi autoridad legal (P. ej., la orden de tutela, el poder notarial, etc.).



ADDRESS

4345 N. Lincoln Blvd.
Oklahoma City, OK 73105



WEBSITES

okhca.org
mysoonerCare.org



PHONE

Admin: 405-522-7300
Helpline: 800-987-7767



Firmo esta solicitud bajo pena de perjurio, lo que significa que he dado respuestas verdaderas a todas las preguntas de este formulario según mi mejor conocimiento. Sé que puedo estar sujeto a sanciones bajo la ley estatal o federal si proporciono información falsa. Entiendo que, si doy información que no es verdadera o si retengo información, puedo ser legalmente castigado por fraude o perjurio. También tendré que reembolsar a OHCA cualquier factura médica que no se haya pagado correctamente.

Firma *

Fecha (mm/dd/aa)

Nombre en letra de molde

* Un/a padre/madre o tutor legal puede firmar en nombre de un niño menor de edad. Un tutor legal, un poder notarial u otro representante legal pueden firmar en nombre de un adulto. Se requiere documentación de la autoridad legal.

Teléfono: _____

Teléfono alternativo: _____

Correo electrónico (opcional):

Nombre de la organización: _____

(Si el representante autorizado es una organización en lugar de una persona)



ADDRESS

4345 N. Lincoln Blvd.
Oklahoma City, OK 73105



WEBSITES

okhca.org
mysoonerCare.org



PHONE

Admin: 405-522-7300
Helpline: 800-987-7767