



STATE OF NEVADA
Department of Health and Human Services
Division of Health Care Financing and Policy

Solicitud Para el Programa Pago de Primas De Seguro De Salud (HIPP)

INFORMACION DE LA FAMILIA

| | | | |
|---|--|--------------------------------|--|
| Nombre del Jefe de Familia (<i>apellido, nombre</i>) | Fecha de Nacimiento | Número de Seguro Social | Tiene Usted Medicaid? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Número de Medicaid: |
| Dirección | Apt./Espacio | Ciudad /Estado | Teléfono Casa / Celular |
| Estado Civil <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> Se divorciaron Si está casado(a), proporcione el nombre: Ultimo Primero: | Fecha de Nacimiento : Cónyuge / pareja | Número de Seguro Social | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Número de Medicaid: |

INFORMACION DEL EMPLEADOR

| | | | |
|---|--|--------------------------------------|---------------------------------------|
| Nombre y direccion del empleador | Impuesto del patron: Numero de identification | Contacto con Recursos Humanos | Fechas de inscripcion abiertas |
| | | | |

INFORMACION DEL SEGURO MEDICO

| | | | |
|---|--------------------------------|---|-------------------------------|
| A nombre de quien está la Póliza de Seguro Medico? | Número de Seguro Social | Nombre de la Compañía | Número de Póliza/Grupo |
| | | | |
| Cuotas de Seguro y Deducibles | | | |
| Qué Tipo de Seguro Medico está Disponible: | | <input type="checkbox"/> Pagado por el asegurado por medio de deducción de cheque <input type="checkbox"/> Pagado por el asegurado directamente a la compañía de Seguro <input type="checkbox"/> Pagado totalmente por el empleador <input type="checkbox"/> Otro _____ | |
| <input type="checkbox"/> Seguro Medico de gasto Mayores (incluyendo hospital, Doctores, etc) <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Visión <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Recetas Médicas <input type="checkbox"/> Organización de Mantenimiento de Salud (HMO) otro: _____ _____ | | Frecuencia: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Cada tres meses <input type="checkbox"/> Otro Cantidad: \$ _____ Deducibles Anual: Individual \$ _____ Familiar \$ _____ | |



STATE OF NEVADA
Department of Health and Human Services
Division of Health Care Financing and Policy

MIEMBROS DEL HOGAR *(actualmente cubiertos o elegibles para ser cubiertos por su Seguro Médico)*

| Nombre <i>(apellido, nombre)</i> | Fecha de Nac. | Relación hacia el asegurado | Tiene Medicaid? | Condición catastrófica de salud? |
|----------------------------------|---------------|-----------------------------|--|---|
| | | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Número de Medicaid: | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Por favor especifique: |
| | | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Número de Medicaid: | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Por favor especifique: |
| | | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Número de Medicaid: | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Por favor especifique: |

Documentos requeridos:

- Copia de los cuatro (4) recibos de pago mas recientes.**
- Copia del frente parte posterior de la(s) tarjetas comerciales de seguro de salud (empleador).**
- Copia del frente y la parte posterior de la tarjeta de Medicaid.**
- Copias de explicación de beneficios (EOB) / facturas médicas durante los últimos doce (12) meses para el inscrito.**

Por favor conteste todas las preguntas de la mejor manera posible y firme la aplicación. Adjunto esta la forma de HIPAA que también tiene que ser firmada para poder verificar la información que contiene esta forma. Si usted tiene preguntas o necesita ayuda para completar esta forma, por favor llame gratis al **1 (888) 346-1380**.

El Departamento de Salud y Servicios Humanos, División de Cuidado de Financiamiento de Salud y Póliza, provee servicios sin discriminación de cualquier tipo debido a raza, origen nacional, color, sexo, religión, edad o discapacidad (incluyendo SIDA y condiciones relacionadas) como requiere la ley federal.

Enviar por Fax gratis a: 1-877-640-3414
Correo electrónico: customerservice@mynvhipp.com
Enviar por correo a: HMS
P.O. Box 12610
Reno, Nevada 89510

 Firma

 Fecha



STATE OF NEVADA
Department of Health and Human Services
Division of Health Care Financing and Policy

HIPAA RELEASE AUTHORITY

**AUTORIZACION PARA EL USO Y REVELACION DE
INFORMACION DE SALUD PROTEJIDA**

Nombre del Recipiente: _____

Número de Medicaid: _____ **Fecha de Efecto de HIPP:** _____

[Esta autorización aplica para cualquier información gobernada por Health Insurance Portability y Accountability Act de 1996 (“HIPAA”)]

1. Yo por medio de la presente autorizo a la compañía de seguro medico de mi empleador o al representante de beneficios de mi empleador a que proporcione o revele mi Información de Salud Protegida (PHI) como se describe abajo. Yo entiendo que la información puede ser revelada otra vez y dejar de ser protegida por regulaciones de privacidad federal.
2. La información obtenida será usada para el siguiente propósito(s): Pre-calificación para el registro en el programa de Health Insurance Premium Payment (HIPP), y la re-evaluación para registro continuo. HIPP es administrado por Health Management Systems (HMS) de parte del Estado de Nevada, División de Cuidado de Financiamiento de Salud y Póliza (DHCFP). La pre-calificación requiere contactarse con su seguro medico o el representante de beneficios de su empleo para verificar información de seguro medico tales como número de póliza, cobertura, cuotas y pagos.
3. Personas o entidades autorizadas para recibir y usar la información incluyen DHCFP y su Agente Fiscal, DXC Technology (DXC) y HMS.
4. Ninguna persona y/o entidad autorizada para usar/revelar la información recibirá compensación por hacerlo.
5. Yo entiendo que esta autorización es voluntaria y que yo puedo negarme a firmar esta autorización. Mi negación para firmar no afectará mi pago para o cobertura de servicios, o la habilidad para obtener tratamiento; no obstante, esto puede o no puede afectar mi elegibilidad para servicios futuros como se especifican bajo el número (6) de esta forma.
6. El propósito de esta autorización es para que DHCFP determine elegibilidad de HIPP antes de registrar a alguien; la solicitud de uso o revelación no es para notes psicoterapeutas. Si yo me reúso a firmar esta autorización, DHCFP reserva el derecho de negar el enrolamiento o elegibilidad para beneficios.
7. Yo entiendo que yo puedo revocar esta autorización a cualquier hora notificando a DHCFP por escrito, excepto al extremo que:
 - a) Ya se ha tomado acción como resultado de esta autorización; o
 - b) Si está autorización es obtenida como una condición para obtener cobertura médica, otra ley provee al asegurado con el derecho de impugnar un reclamo bajo la póliza o la póliza en sí.
8. Yo entiendo que yo puedo inspeccionar o copiar la información usada o revelada.
9. Yo entiendo que tengo el derecho de solicitar y recibir una Forma de Noticia de Practica de Privacidad de DHCFP.

Firma del Recipiente o Representante Personal

Fecha

Escriba el Nombre del Recipiente o Representante Personal

Parentesco con el Recipiente o Representante Personal

*El program de HIPP es administrada por HMS, bajo contrato con
el Departamento de Salud y Servicios Humanos, División de Cuidado de Financiamiento de Salud y Póliza.*