

SOLICITUD DE MEDICAID PARA EL PROYECTO SOBRE CÁNCER DE SENO Y CERVICAL (BCCP) DE OHIO

BCCP de Medicaid ofrece cobertura de atención médica gratuita a ciertas mujeres que se realizaron la prueba de detección a través del Proyecto sobre Cáncer de Seno y Cervical (Breast & Cervical Cancer Program, BCCP) del Departamento de Salud de Ohio (Ohio Department of Health, ODH) y requieren tratamiento para cáncer de seno o cervical o para afecciones precancerosas. Si usted se realizó la prueba de detección a través del BCCP del ODH y desea solicitar Medicaid de BCCP, siga los siguientes pasos:

- 1. Complete, firme y feche esta solicitud de Medicaid.** Si hay alguna pregunta que no entiende, su gerente de caso del BCCP puede ayudarle. Si se requiere, use páginas adicionales. Asegúrese de firmar y fechar la solicitud y de adjuntar las copias de documentos importantes.
- 2. Devuelva estos formularios completados** a su gerente de caso del BCCP. Si requiere tratamiento para cáncer de seno o cervical o para afecciones precancerosas, su gerente de caso del BCCP presentará esta solicitud al Departamento de Ohio de Medicaid (Ohio Department of Medicaid, ODM) El ODM se pondrá en contacto con usted al respecto de su elegibilidad para los beneficios de atención médica.

| SOLICITUD DE REGISTRO DE VOTANTE ADJUNTA – ASISTENCIA DISPONIBLE | | | | |
|--|--|---|--|--|
| Si no está registrado para votar donde vive ahora, ¿le gustaría solicitar el registro para votar hoy? | | | | |
| <input type="checkbox"/> SÍ , deseo registrarme para votar. | | <input type="checkbox"/> NO , no deseo registrarme para votar. | | |
| Si no marca ninguna casilla, se considera que ha decidido no registrarse para votar en este momento. | | | | |
| Nombre de la persona que presenta la solicitud | | Segundo nombre | Apellido | |
| Dirección | | | Ciudad | Estado OH |
| Código postal | Condado | Número de teléfono | Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) | Número de Seguro Social (SSN) |
| ¿Hispana/Latina? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Raza (Opcional: marque todas las que correspondan) <input type="checkbox"/> Indoamericana/Nativa de Alaska <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Negra/Afroamericana <input type="checkbox"/> Nativa Hawaiana/otra isleña del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanca | | ¿Es ciudadana de EE. UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Idioma principal <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Otro (<i>especificar</i>) _____ |
| ¿Alguien en su hogar paga cuidado infantil? En caso afirmativo, ¿cuánto por semana (total)? \$ _____ ¿Para cuántos niños? _____ | | ¿Alguien en su hogar paga manutención infantil? En caso afirmativo, ¿cuánto al mes (total)? \$ _____ ¿Para cuántos niños? _____ | | |

Hogar: Enumere a todas las personas, incluso usted, que viven en su hogar. (Si alguien en su hogar está embarazada, podría solicitarse información adicional).

| Nombre (Primer nombre, segundo nombre, apellido) | Fecha de nacimiento | Relación con usted | ¿Discapacitado? | ¿Embarazada? |
|--|---------------------|--------------------|--|--|
| 1. | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 2. | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 3. | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 4. | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

Ingreso: Proporcione información a continuación para cada persona en su hogar que reciba ingresos de cualquier fuente, incluso, de manera enunciativa mas no limitativa, anualidades, salarios, autoempleo, Seguro Social, Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI), pensión de VA, compensación para los trabajadores, pensión alimenticia, manutención infantil o apoyo médico.

| Nombre de la persona que recibe los ingresos | Empleador o fuente de los ingresos | Ingreso bruto | ¿Con qué frecuencia se recibe? |
|--|------------------------------------|---------------|--------------------------------|
| | | \$ | |
| | | \$ | |
| | | \$ | |
| | | \$ | |

Health Coverage. Indique cualquier cobertura médica con la que cuente actualmente. Marque todas las que correspondan. (Nota: Esta es una cobertura médica para usted, no para otros miembros del hogar.)

- Sin cobertura médica Medicaid
 Medicare: Parte A Parte B Otra. Identifique cada póliza a continuación.

| Compañía de seguros | Número de póliza | MARQUE los servicios que cubre la póliza | | |
|---------------------|------------------|--|---|---|
| | | <input type="checkbox"/> Paciente hospitalizado <input type="checkbox"/> Ambulancia | <input type="checkbox"/> Citas médicas <input type="checkbox"/> Dental | <input type="checkbox"/> Recetas <input type="checkbox"/> Visión |
| | | <input type="checkbox"/> Paciente hospitalizado <input type="checkbox"/> Ambulancia | <input type="checkbox"/> Citas médicas <input type="checkbox"/> Dental | <input type="checkbox"/> Recetas <input type="checkbox"/> Visión |
| | | <input type="checkbox"/> Paciente hospitalizado <input type="checkbox"/> Ambulancia | <input type="checkbox"/> Citas médicas <input type="checkbox"/> Dental | <input type="checkbox"/> Recetas <input type="checkbox"/> Visión |

Cobertura retroactiva. Medicaid podría pagar algunos o todos los gastos médicos en los que haya incurrido hasta 3 meses antes de presentar esta solicitud. Si ha tenido gastos médicos en los últimos tres meses, ¿le gustaría explorar su elegibilidad para esta cobertura? Yes No

En caso afirmativo, por favor enumere cualquier información o respuesta en esta solicitud que haya cambiado en los últimos tres meses:

AL FIRMAR ESTA SOLICITUD, ACEPTO proporcionar documentación y verificación de la información incluida en esta solicitud.

Comprendo que esta solicitud para Medicaid se considerará únicamente en caso de que me haya realizado la prueba de detección para cáncer de seno y/o cervical según el Programa Nacional de Detección Temprana de Cáncer de Seno y Cervical (National Breast and Cervical Cancer Early Detection Program, NBCCEDP) de los Centros para la Prevención y Control de las Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, CDC), se haya encontrado que tengo cáncer de seno o cervical (o afecciones precancerosas) y requiero tratamiento. Comprendo que se me podría pedir que otorgue mi consentimiento al Departamento de Medicaid de Ohio (ODM) y al Departamento de Trabajo y Servicios Familiares del Condado (County Department of Job and Family Services, CDJFS) para establecer los contactos necesarios para determinar mi elegibilidad.

Autorizo a cualquier persona que proporcione atención médica o suministros médico a brindarle a ODM o al Departamento de Salud de Ohio (Ohio Department of Health (ODH) cualquier información relacionada con el grado, la duración y el alcance de los servicios brindados bajo el Programa de Cáncer de Seno y Cervical (BCCP) de Medicaid y del programa de detección del BCCP. También autorizo a ODM y ODH a intercambiar cualquier información que haya brindado en este formulario para permitir que los departamentos determinen mi elegibilidad. Comprendo que esta solicitud será considerada sin perjuicio de raza, color, sexo, edad, discapacidad, religión, nacionalidad o creencia política.

Comprendo que debo informarle a ODM si cualquier cosa cambia (y es diferente) respecto de lo que escribí en esta solicitud. Puedo llamar al 1-844-640-6446 para informar de cualquier cambio en el término de 10 días. Comprendo que un cambio en mi información podría afectar mi elegibilidad.

Comprendo que si recibo Medicaid después de cumplir 55 años o mientras se me considera permanentemente institucionalizada, después de mi defunción Medicaid buscará recibir reembolso por parte de mi estado por los costos de los servicios brindados y/o de las primas de atención administrada.

Si soy elegible para asistencia médica, estoy otorgando a ODM mis derechos para buscar y recibir cualquier dinero de otras aseguradoras de salud, acuerdos legales u otros terceros. También otorgo a ODM mis derechos para buscar y obtener apoyos médicos de un excónyuge o padre.

NOTA: Su Número de Seguro Social (SSN) se requiere para recibir Medicaid.

Al firmar a continuación, afirmo que, a mi leal saber y entender, las respuestas en esta solicitud están completas y son correctas. Comprendo que las leyes disponen una penalización de multas o prisión (o ambas) para cualquier persona condenada por recibir ayuda para la que no es elegible. **Declaro bajo pena de perjurio que toda la información en la presente solicitud es verdadera y está completa a mi leal saber y entender.**

| | | |
|--|-------|-------|
| Persona que presenta la solicitud (<i>Utilizar letra de molde</i>) | Firma | Fecha |
| Representante autorizado o persona que llenó el formulario | Firma | Fecha |

Se requiere una solicitud separada para recibir asistencia en efectivo, asistencia alimentaria o asistencia para otros familiares. Si le interesa solicitar cualquier otro tipo de asistencia, comuníquese con su Departamento de Trabajo y Servicios Familiares del Condado local.

¿Tiene preguntas? Llame a su Administrado del Caso del BCCP o a la Línea Directa para el Consumidor de Medicaid al 1-800-324-8680 o TDD 1-800-292-3572

Formulario de registro de votante y actualización de información

Lea las instrucciones cuidadosamente. Teclee o escriba con letra de molde claramente con tinta azul o negra. Para obtener más información, puede consultar el sitio web de la Secretaría de Estado en: www.OhioSecretaryofState.gov o llamar al 877-877-877-877.

Elegibilidad

Usted está calificado para registrarse para votar en Ohio si cumple los siguientes requisitos:

1. Es ciudadano de los Estados Unidos.
2. Tendrá al menos 18 años el día de la elección general.
3. Será residente de Ohio durante al menos 30 días inmediatamente antes de la elección en la que desea votar.
4. No está encarcelado (en prisión o cárcel) por una condena por delito grave.
5. No ha sido declarado incompetente para votar por tribunal sucesorio.
6. No ha sido excluido de forma permanente por infracciones a las leyes electorales.

Use este formulario para registrarse para votar o para actualizar su registro vigente en Ohio si cambió de dirección o de nombre.

AVISO: Este formulario debe recibirse o tener un matasellos treinta días antes de la elección en la que tiene intención de votar. Recibirá una notificación por parte de su junta electoral del condado sobre la ubicación en donde vota. Si no recibe una notificación después de haber presentado oportunamente este formulario, comuníquese con su junta electoral del condado.

Los números 1 y 2 más adelante son exigidos por ley. Debe responder ambas preguntas para que se procese su registro.

Registro en persona

Si tiene una licencia para conducir de Ohio válida y actual, debe proporcionar dicho número en el renglón 10. Si no tiene una licencia para conducir de Ohio, debe proporcionar los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social en el renglón 10. Si no tiene ninguno, escriba "Ninguno".

Consulte la información en el reverso de este formulario para saber cómo obtener una papeleta para voto en ausencia.

Registro por correo

Si se registra por correo y no proporciona un número de licencia de conducir de Ohio ni los últimos cuatro dígitos de su número del Seguro Social, debe adjuntar con su solicitud una copia de una de las siguientes formas de identificación:

Identificación con foto vigente y válida, una identificación militar o una factura de servicios públicos vigente (de los últimos 12 meses), estado de cuenta bancario, cheque del gobierno, cheque de pago o documento del gobierno (que no sea un aviso de registro de votante enviado por correo por una junta electoral) que muestre el nombre y domicilio actual del votante.

Requisitos de residencia

Su residencia de votación es la ubicación que considera una residencia permanente, no temporal. Su residencia de votación es el lugar en donde usted habita de manera fija y a la que tiene intención de regresar siempre que está ausente. Si no tiene un lugar para habitar fijo pero es un habitante regular o periódico de un refugio u otra ubicación a la que tiene intención de regresar, puede usar dicho refugio u otra ubicación como su residencia a fin de registrarse para votar. Si tiene preguntas sobre sus circunstancias específicas de residencia, puede comunicarse con su junta electoral local para recibir información adicional.

Su firma

En el área de abajo de la flecha en el cuadro 14, escriba su firma a mano en cursiva o haga su marca legal; tenga cuidado de no tocar las líneas cercanas para que, cuando la junta electoral del condado la convierta a formato digital, se pueda usar para identificar su firma sin problemas.

CUALQUIER PERSONA QUE COMETA FALSIFICACIÓN ELECTORAL ES CULPABLE DE UN DELITO DE QUINTO GRADO

Yo: Me estoy registrando como votante de Ohio Estoy actualizando mi dirección Estoy actualizando mi nombre

| |
|--|
| 1. ¿Es ciudadano de EE. UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 2. ¿Tendrá al menos 18 años de edad el día de la próxima elección general? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

Si respondió que NO a cualquiera de las preguntas, no complete este formulario.

| | | | |
|-------------|--------|----------------------|---------------|
| 3. Apellido | Nombre | 2.º nombre o inicial | Jr., II, etc. |
|-------------|--------|----------------------|---------------|

| | | | |
|---|----------------------|----------------------------|------------------|
| 4. Número y calle del domicilio (Ingrese una nueva dirección si cambia) | N.º de depto. o lote | 5. Ciudad u Oficina postal | 6. Código postal |
|---|----------------------|----------------------------|------------------|

| | | |
|---|--|---|
| 7. Dirección postal adicional (si es necesaria) | 8. Condado (donde usted vive) | SOLO PARA USO DE LA JUNTA SEC4010 (rev. 4/15) Ciudad, comuna, pueblo |
| 9. Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) (obligatoria) | 10. Número de licencia de conducir de Ohio O últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social (se debe incluir o proporcionar una forma de identificación) | |

| | |
|--|----------|
| 12. DIRECCIÓN ANTERIOR SI ACTUALIZA EL REGISTRO ACTUAL - Número de casa y calle anterior | Distrito |
|--|----------|

| | | | |
|----------------------------------|------------------|-----------------|----------------|
| Ciudad u Oficina postal anterior | Condado anterior | Estado anterior | Mesa electoral |
|----------------------------------|------------------|-----------------|----------------|

| | | |
|--|----------------|------------------|
| 13. SOLO PARA CAMBIO DE NOMBRE Nombre legal anterior | Firma anterior | Distrito escolar |
|--|----------------|------------------|

| | | | |
|--|---|--------------------|-----------------------|
| 14. Declaro bajo pena de falsificación electoral que soy ciudadano de los Estados Unidos, habré vivido los 30 días inmediatamente anteriores a la elección en este estado y tendré al menos 18 años de edad al momento de la elección general. | Su firma | Fecha (MM/DD/AAAA) | Distrito del Congreso |
| | <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> | | Distrito del Senado |

| |
|-----------------------|
| Distrito de la Cámara |
|-----------------------|

PARA GARANTIZAR QUE SU INFORMACIÓN SE HA RECIBIDO, HAGA LO SIGUIENTE:

1. Imprima este formulario.
2. Asegúrese de haber completado todos los campos obligatorios.
3. Firme y feche su formulario.
4. Doble y coloque su formulario en un sobre.
5. Envíe por correo su formulario a su junta electoral del condado.

Para conocer la dirección de la junta de su condado visite
www.OhioSecretaryofState.gov/boards.htm

Si tiene preguntas adicionales, llame a la oficina de la Secretaría de Estado de Ohio al (877) SOS-OHIO (877-767-6446).

CÓMO OBTENER UNA PAPELETA PARA VOTO EN AUSENCIA DE OHIO

Usted tiene derecho de votar mediante voto en ausencia en Ohio sin tener que dar explicaciones. Las solicitudes de papeletas electorales de persona ausente pueden obtenerse en la junta electoral de su condado o en la Secretaría de Estado en: www.OhioSecretaryofState.gov o llamando al (877) 767-6446.

REQUISITOS DE IDENTIFICACIÓN DEL VOTANTE DE OHIO

Los votantes debe llevar una identificación a las urnas para verificar su identidad. La identificación puede incluir una identificación con fotografía vigente y válida, una identificación militar o una copia de una factura de servicios públicos vigente (dentro de los últimos 12 meses), estado de cuenta bancario, cheque del gobierno, cheque de pago u otro documento del gobierno (que no sea una notificación de registro del votante enviada por la junta electoral) que muestre el nombre del votante y la dirección actual. Los votantes que no proporcionen uno de estos documentos podrán votar de todas formas si proporcionan los últimos cuatro dígitos del número del Seguro Social y al presentar un voto provisorio de acuerdo con el Código Revisado (R.C.). 3505.181. Para obtener más información sobre los requisitos de registro de votantes, consulte el sitio web de la Secretaría de Estado en: www.OhioSecretaryofState.gov o llame al (877) 767-6446.

**CUALQUIER PERSONA QUE COMETA FALSIFICACIÓN ELECTORAL
ES CULPABLE DE UN DELITO DE QUINTO GRADO.**