



Pennsylvania's Children's
Health Insurance Program

Cubrimos a todos los niños.

Estado de Pennsylvania

Donde los niños pertenecen.



Formulario de renovación

UPMC *for Kids*TM

Un Producto de UPMC Health Plan



Formulario de renovación de UPMC for Kids

Hay tres formas sencillas de renovar la cobertura CHIP. Para mantener la cobertura CHIP, usted puede:

1. RENOVARLA EN LÍNEA UTILIZANDO EL COMPASS:

(Si presenta su solicitud en línea, encontrará que la mayor parte de la información ha sido completada para usted, lo cual le ahorrará tiempo).

- Visite www.compass.state.pa.us y haga clic en “Renew your benefits” (Renueve sus beneficios);
- Elija “A Pennsylvania Insurance Department benefit(s) (Uno de los beneficios del Departamento de Seguros de Pennsylvania): Programa de Seguro Médico para Niños (Children’s Health Insurance Program, CHIP) o AdultBasic” y haga clic en “Continue” (continuar).
- Ingrese su UFI, ID de miembro y el mes de renovación; luego haga clic en “Continue”.
- Actualice o agregue cualquier información necesaria siguiendo las instrucciones en línea.
- Haga clic en “Submit” (enviar) cuando termine: además,
- Tiene que enviar una constancia de sus ingresos actuales por correo postal o fax. Escriba el **E-form number** (número de formulario electrónico) que le proporcionó COMPASS en la solicitud.
- Envíe las copias de su constancia de ingresos por correo postal a UPMC for Kids, P.O.Box 2875, Pittsburgh, PA 15230 o por fax al 412-454-5937
- Si necesita ayuda cuando esté utilizando COMPASS, haga clic en el enlace “Help” (ayuda), o llame al 1-800-986-KIDS (5437).

2. RENOVARLA POR TELÉFONO:

- Llame a UPMC for Kids al 1-800-978-8762 para renovar su cobertura por teléfono. Deberá presentar la misma información mencionada líneas arriba.
- Deberá firmar la última página de este formulario y enviárnosla por correo postal o fax, junto con las copias de su constancia de ingresos. Asegúrese de escribir su **número de formulario electrónico** (que le dio el representante por teléfono) en todos sus documentos.
- Envíe la página en la que aparece su firma junto con las copias de su constancia de ingresos por correo postal a UPMC for Kids, P.O.Box 2875, Pittsburgh, PA 15230 o por fax al 412-454-5937.

3. RENOVARLA USANDO ESTE FORMULARIO IMPRESO:

- Complete este formulario, firme la página 4 y, proporcione copias de su constancia de ingresos actuales.
- Envíe su formulario de renovación completo con las copias de su constancia de ingresos actuales por correo postal a UPMC for Kids, P.O.Box 2875, Pittsburgh, PA 15230 o por fax al 412-454-5937.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda con su renovación, llame a UPMC for Kids al 1-800-978-8762. Nuestro personal le ayudará complacido. El personal de UPMC for Kids está disponible de lunes a viernes de 8 a.m. a 5:30 p.m. Los usuarios de equipo teleescritor (TTY) deben llamar al 1-800-361-2629.

Atentamente,

UPMC for Kids

Si necesita ayuda para traducir esta información, por favor comuníquese con el departamento de Ventas del UPMC for Kids al 1-800-978-8762. Estos servicios están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:30 p.m. Los usuarios del de equipo teleescritor (TTY) deben llamar al 1-800-361-2629.

Formulario de renovación de UPMC *for Kids*

1. Información del grupo familiar:				
Nombre del Jefe de familia:	Nombre:	Apellido:	Inic. seg. nombre	Sr./Sra./Srta./Jr.
Dirección:	Calle:		Fecha Nac.:	
	Ciudad:	Estado:	Código postal:	Condado:
Teléfono/Contacto:	Teléfono principal:		Teléfono alternativo:	
	Mejor horario para llamar:		Correo electrónico (opcional):	

2. Miembros del grupo familiar. Enumere todas las personas que viven en su hogar. [†]							
Nombre	¿Presenta una solicitud nueva o está renovando beneficios en nombre de esta persona?	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Número de Seguro Social**	Estado de ciudadanía	Estado civil	¿Es esta persona estudiante?	¿Cuál es el parentesco con el jefe de familia?
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

* Debe incluir la fecha de nacimiento de todas las personas que viven en el hogar. ** Si no está renovando en nombre de esta persona, no complete el espacio.
[†] Si hay otras personas que viven en el hogar que no aparecen en esta lista, utilice los espacios adicionales o adjunte otra hoja de papel.

¿Alguna de las personas mencionadas antes ya no vive en el hogar? Si responde sí, escriba los nombres en este espacio:

3. Información del nivel de ingresos. En las dos secciones siguientes, proporcione los ingresos devengados y no devengados de su grupo familiar. Debe enviarnos constancias de sus ingresos.

Una constancia de ingresos devengados y no devengados es:

- Un talón de pago de los últimos 60 días (envíe más talones, si su paga cambia regularmente) O una nota de su empleador en la que se estipula su ingreso bruto y con qué frecuencia recibe su paga
- Si usted es trabajador autónomo: declaraciones de impuestos del año pasado con todos sus cronogramas O una lista de sus ingresos y gastos
- Talones de pago por desempleo y carta de adjudicación
- Seguro social, cheques por seguro por accidentes de trabajo o pensión, carta de adjudicación o estado de cuentas bancario que muestre la cantidad bruta
- Copias de la orden judicial de manutención o cheques, si recibe pensión alimenticia regular

3a. Ingresos devengados. Los ingresos devengados incluyen ingresos de un empleo o trabajo autónomo. Debe enviarnos constancias de sus ingresos (tal como se menciona líneas arriba). Envíe copias, porque no podemos devolverle los originales. Añada una hoja de papel para incluir otros ingresos devengados.

Ingreso N° 1

¿De quién son estos ingresos?	Fuente de ingresos:	¿Todavía cuenta con estos ingresos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre del empleador/negocio:	¿Cuánto recibe de ingresos (antes de la deducción de impuestos)?	¿Con qué frecuencia recibe esta cantidad (semanal, quincenal, mensual o anualmente)?

Ingreso N° 2

¿De quién son estos ingresos?	Fuente de ingresos:	¿Todavía cuenta con estos ingresos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre del empleador/negocio:	¿Cuánto recibe de ingresos (antes de la deducción de impuestos)?	¿Con qué frecuencia recibe esta cantidad (semanal, quincenal, mensual o anualmente)?

Ingreso N° 3

¿De quién son estos ingresos?	Fuente de ingresos:	¿Todavía cuenta con estos ingresos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre del empleador/negocio:	¿Cuánto recibe de ingresos (antes de la deducción de impuestos)?	¿Con qué frecuencia recibe esta cantidad (semanal, quincenal, mensual o anualmente)?

Ingreso N° 4

¿De quién son estos ingresos?	Fuente de ingresos:	¿Todavía cuenta con estos ingresos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre del empleador/negocio:	¿Cuánto recibe de ingresos (antes de la deducción de impuestos)?	¿Con qué frecuencia recibe esta cantidad (semanal, quincenal, mensual o anualmente)?

Ingreso N° 5

¿De quién son estos ingresos?	Fuente de ingresos:	¿Todavía cuenta con estos ingresos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre del empleador/negocio:	¿Cuánto recibe de ingresos (antes de la deducción de impuestos)?	¿Con qué frecuencia recibe esta cantidad (semanal, quincenal, mensual o anualmente)?

3b. Ingresos no devengados. Los ingresos no devengados incluyen ingresos de planes de jubilación o pensión, Seguro por accidentes de trabajo, Seguro Social, pagos de manutención de niños y beneficios por desempleo. Debe enviarnos constancias de sus ingresos (tal como se menciona líneas arriba). Envíe copias, porque no podemos devolverle los originales. Añada una hoja de papel adicional para incluir otros ingresos no devengados.

¿De quién son estos ingresos?	Fuente de ingresos:	¿Todavía cuenta con estos ingresos?	¿Cuánto recibe de ingresos? (importe antes de los impuestos)	¿Con qué frecuencia recibe el ingreso? (semanal, quincenal, mensual o anualmente)
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

4. ¿Paga alguien por el cuidado de algún niño o adulto miembro de su grupo familiar?

Sí No (Si responde sí, enumérelas a continuación)

¿Quiénes reciben atención en un centro de día o una guardería?	¿Cuánto se paga por mes?	¿Cuántos meses al año?	¿Qué integrante del hogar paga los gastos de esta atención?	¿Tiene todavía estos ingresos?
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

5. ¿Tiene alguno una tarjeta de seguro médico que no sea CHIP y que utilizan para atención médica?

Sí No (Si responde sí, enumérelas a continuación)

Compañía aseguradora	Nombre que figura en la póliza:	¿Quiénes tienen cobertura? (enumere a todos aquellos con cobertura)		
Número de la póliza	Nombre/Número de grupo	¿Cuándo entró en vigencia la cobertura?	¿Cuándo finalizó o finalizará esta cobertura?	
¿Qué cubre la póliza? (marque todas las opciones que correspondan) <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Visitas al médico/Servicios ambulatorios <input type="checkbox"/> Medicamentos (recetados) <input type="checkbox"/> Servicios para la visión <input type="checkbox"/> Hospital/Residencia de ancianos <input type="checkbox"/> Medicare Parte A <input type="checkbox"/> Medicare Parte B <input type="checkbox"/> Medicare Parte D <input type="checkbox"/> Medicaid				

6. ¿Hay alguna mujer embarazada en la familia?

Sí No (Si responde sí, enumérelas a continuación)

Nombre:	Fecha prevista de parto:

7. Hay algún miembro de la familia con una discapacidad permanente?

Sí No (Si responde sí, enumérelas a continuación)

Nombre:	Tipo de discapacidad

Formulario de renovación de UPMC *for Kids* – Hoja para firmar

Debe **firmar abajo** si está utilizando este formulario impreso para renovar los beneficios CHIP de su hijo o hijos. Recuerde enviar también copias de su constancia de ingresos.

Si realiza la renovación por teléfono o en línea con COMPASS, debe enviarnos copias de su constancia de ingresos antes de la fecha de renovación que aparece impresa en su aviso recordatorio de la renovación. Escriba su **número de formulario electrónico** (que le dio el representante por teléfono o por COMPASS) en todos sus documentos.

Por el presente documento certifico que he leído y entiendo completamente este formulario, y que he respondido las preguntas con la verdad. Entiendo que si alguno o ninguno de mis hijos reúnen los requisitos para afiliarse al programa CHIP, aún pueden calificar para el programa Medical Assistance. Si ocurre esto, autorizo a CHIP a proporcionar mi nombre y toda la información que figura en esta solicitud al Departamento de Bienestar Público.

FIRMA: X _____

FECHA: _____

NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA: X _____

Recuerde enviarnos constancias de sus ingresos.

(Debe enviarnos constancias de todas sus fuentes de ingreso para que su solicitud de renovación sea considerada completa)

Una constancia de ingresos es:

- Una copia de un talón de pago de los últimos 60 días O una nota de su empleador en la que se estipula su ingreso bruto y con qué frecuencia recibe su paga.
- Copias de órdenes judiciales de manutención, cheques o estados de cuenta bancarios que muestren pagos de manutención claramente identificados Visite www.childsupport.state.pa.us para ver un historial de pagos computarizado.
- Si es un empleado autónomo, una copia de su última declaración de impuestos (Formulario 1040 y Cronograma C) O, si recientemente pasó a ser empleado autónomo, una lista de sus gastos e ingresos (estado de pérdidas y ganancias).
- Una carta de adjudicación de desempleo o talones de cheques donde figuren los ingresos salariales brutos.
- Seguro social, carta de adjudicación por accidentes de trabajo o pensión, o cheques o estado de cuentas bancario que muestre la cantidad bruta.

Envíe la solicitud de renovación y las constancias de ingresos a:

UPMC *for Kids*
P.O. Box 2875
Pittsburgh, PA 15230

O por fax al **412-454-5937**

Si desea una copia de esta solicitud en español, llámenos al 1-800-978-8762, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5:30 p.m. Los usuarios de equipo teleescritor (TTY) deben llamar al 1-800-361-2629.

¿Tiene alguna pregunta? Llame al 1-800-978-8762, o al 1-800-361-2699 para usuarios de equipo teleescritor, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5:30 p.m. La llamada es gratuita.

Es posible que este plan de atención médica administrada no cubra todos sus gastos médicos. Lea cuidadosamente todos los materiales de UPMC *for Kids* para saber qué servicios de atención médica están cubiertos.



Pennsylvania's Children's
Health Insurance Program

Cubrimos a todos los niños.

Estado de Pennsylvania

www.chipcoverspakids.com

UPMC *for Kids*[™]

Un Producto de UPMC Health Plan



UPMC *for Kids*[™]
PO Box 2876
Pittsburgh, PA 15230

Departamento de Servicios para los
Miembros: 1-800-650-8762
Servicios por equipo teleescritor:
1-800-361-2629
Visite nuestro sitio Web en:
www.upmchealthplan.com/upmcforkids

Puede ser que este plan de atención
administrada no cubra todos sus gastos de
atención médica.

Lea todo el material de UPMC *for Kids*[™]
atentamente para determinar qué servicios
de atención médica están cubiertos.