

# Solicitud para Acceso para bebés y madres (AIM)

## SECCIÓN 1

**INFORMACIÓN SOBRE LA EMBARAZADA:** Esta sección nos da la información básica acerca de la embarazada. Si alguna pregunta no es aplicable, escriba "N/A". Es opcional que dé su número de Seguro Social. Si contesta "SÍ" a las preguntas sobre si usted fuma, esto no afectará la inscripción de ninguna manera.

Apellido	Nombre, inicial.	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento
Dirección (No aceptamos P.O. Box)		Número de unidad/apto	Teléfono ( )
Ciudad	Condado	Estado	Código postal
Primer día de su última regla - (obligatorio)	¿Fuma? SÍ/NO	¿Fuma alguien de su casa? SÍ/NO	
<b>ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE SUS DIRECCIONES PARA FACTURACIÓN Y POSTAL SI NO SON LAS MISMAS DE ARRIBA:</b>			
Apellido		Nombre	
Dirección o P.O. Box		Número de unidad/apto.	
Ciudad	Condado	Estado	Código postal

**Raza o etnicidad :** (Opcional: Marque la que mejor se aplique)

<input type="checkbox"/> 1 Blanca	<input type="checkbox"/> 5b Nativa de Alaska	<input type="checkbox"/> J Japonesa	<input type="checkbox"/> R Guameña
<input type="checkbox"/> 2 Hispana	<input type="checkbox"/> 7 Filipina	<input type="checkbox"/> K Coreana	<input type="checkbox"/> T Laosiana
<input type="checkbox"/> 3 Negra/Afroamericana	<input type="checkbox"/> A Amerasiática	<input type="checkbox"/> M Samoana	<input type="checkbox"/> V Vietnamita
<input type="checkbox"/> 4 Asiática	<input type="checkbox"/> C China	<input type="checkbox"/> N India asiática	<input type="checkbox"/> Z Otra
<input type="checkbox"/> 5a Indígena nativa americana	<input type="checkbox"/> H Camboyana	<input type="checkbox"/> P Hawaiana	
¿Qué idioma habla mejor? _____		¿Qué idioma lee mejor? _____	

## SECCIÓN 2

**1ª OPCIÓN DE PLAN DE SALUD:** (La solicitante debe llenar esta sección)

Instrucciones: Lea en la página 22 de esta solicitud qué planes de salud de AIM hay disponibles en su condado. A partir de la página 27 usted encontrará una descripción de cada plan de salud para que los revise.

**1ª opción de plan de salud:**

Opciones de grupo médico y proveedor (si se solicita):

Código del proveedor (si se solicita):

**2ª OPCIÓN DE PLAN DE SALUD:** (La solicitante debe llenar esta sección)

**2ª opción de plan de salud: (si la 1ª opción no está disponible)**

Opciones de grupo médico y proveedor (si se solicita):

Código del proveedor (si se solicita):



# Solicitud para Acceso para bebés y madres (AIM)

## SECCIÓN 3

**INFORMACIÓN ACERCA DEL TAMAÑO DE LA FAMILIA, INGRESOS y SEGUROS:** Esta sección nos da la información sobre el tamaño de la familia de la embarazada, ingresos y si la embarazada o el bebé por nacer tienen seguro disponible.

Parte A: Información de la embarazada	
Nombre	¿Trabaja en este momento? SÍ/NO
Nombre del patrón (si trabaja)	Teléfono del patrón ( ) Ext.
Dirección del patrón	Ciudad Estado Código postal
¿Tiene seguro médico en el momento de hacer la solicitud? SÍ/NO	Sí contesta "Sí" a cualquiera de las preguntas, se le REQUIERE que nos dé la siguiente información:  Nombre de la póliza de seguros o plan de salud:  Dirección:  Número de póliza:
¿El seguro cubre su embarazo? SÍ/NO	
Si es aplicable ¿cuánto es su deducible o copago específico por servicios de maternidad? \$ _____	

Parte B: Para que la llene el esposo o padre del bebé por nacer, si él y la embarazada viven juntos Y tienen por lo menos otro hijo juntos. Es opcional dar el número de seguro social.		
Nombre del padre del bebé (si vive con la embarazada)	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social
¿Está casado con la embarazada? SÍ/NO		
Nombre del patrón (si trabaja)	Teléfono del patrón ( ) Ext.	
Dirección del patrón	Estado	Código postal
¿Tiene seguro médico, usted, el padre del bebé, en el momento de hacer la solicitud? SÍ/NO	Sí contesta "Sí" a cualquiera de las preguntas, se le REQUIERE que nos dé la siguiente información:  Nombre de la póliza de seguros o plan de salud:  Dirección:  Número de póliza:	
¿El seguro cubre el embarazo? SÍ/NO		
Si es aplicable ¿cuánto es su deducible o copago específico por servicios de maternidad? \$ _____		

# Solicitud para Acceso para bebés y madres (AIM)

## Parte C: Lea en la página 11 más información acerca de las deducciones de ingresos y la documentación que tiene que enviar la embarazada.

Escriba los nombres de todos los hijos o hijastros menores de 21 años de personas casadas o sin casar, que tengan un hijo en común, que vivan en la casa o que asistan a la escuela en otra población y que sean declarados como dependientes para fines fiscales. Incluya a los dependientes incapacitados que vivan en la casa de la embarazada y los gastos mensuales aplicables de cuidado infantil o de cuidado del dependiente incapacitado, pagados por la embarazada o por el padre del bebé (si vive con la embarazada). Si no hay gastos, escriba "N/A" o "cero". Si necesita más espacio, escriba en una hoja de papel por separado y envíela por correo con la solicitud.

Nombre del niño o del dependiente incapacitado	Fecha de nacimiento	Parentesco con la embarazada	Cantidad mensual pagada

¿La embarazada paga mantenimiento infantil o mantenimiento conyugal mensual ordenado por un juez?  
SÍ/NO

Si es así ¿Cuánto paga por mantenimiento conyugal? \$ \_\_\_\_\_  
¿Cuánto paga por pensión por separación o divorcio? \$ \_\_\_\_\_

**Documentación solicitada**

¿El padre del bebé, anotado en la parte B, paga mantenimiento infantil o mantenimiento conyugal mensual ordenado por un juez?  
SÍ/NO

Si es así ¿Cuánto paga por mantenimiento conyugal? \$ \_\_\_\_\_  
¿Cuánto paga por pensión por separación o divorcio? \$ \_\_\_\_\_

**Documentación solicitada**

## Lea en la página 11 más información acerca de las deducciones de ingresos y la documentación que tiene que enviar la embarazada.

¿Dónde supo acerca del Programa AIM? (haga un círculo alrededor de uno)

- |                        |                         |                                       |
|------------------------|-------------------------|---------------------------------------|
| 1. Consultorio médico  | 6. Oficina del gobierno | 11. TV/radio                          |
| 2. Clínica comunitaria | 7. 1-800-BABY-999       | 12. Feria de salud/evento comunitario |
| 3. Periódico           | 8. Patrón               | 13. Agente de seguros                 |
| 4. Internet            | 9. Escuela/iglesia      | 14. Otro (especifique) _____          |
| 5. Hospital            | 10. Amigo/pariente      |                                       |

## SECCIÓN 4

### DECLARACIONES DE LA EMBARAZADA

Por favor lea cuidadosamente cada una de las declaraciones siguientes y **escriba sus iniciales** en cada declaración. Cualquier respuesta falsa o inexacta será motivo de cancelación de la inscripción o la aplicación de otras sanciones.

Por ejemplo, si usted es Rosa Martín, escriba "RM".

#### Iniciales de la embarazada

- \_\_\_\_ Declaro que, creo de buena fe que no tengo más de 30 semanas de embarazo a la fecha de la solicitud y que he incluido un documento que certifica que estoy embarazada.
- \_\_\_\_ Declaro que soy residente del estado de California y he vivido aquí por lo menos durante seis meses consecutivos antes de la fecha de la firma de esta solicitud de inscripción.
- \_\_\_\_ Declaro que no se me ha reembolsado y que ningún proveedor de atención médica o entidad del gobierno me reembolsará los pagos de mi cuota de inscripción, con excepción de un gobierno indígena tribal de California, si es aplicable.
- \_\_\_\_ Declaro que no tengo seguro médico que cubra mi embarazo o tengo un deducible o copago específico por servicios de maternidad de más de \$500 a través de mi póliza de seguro de salud.
- \_\_\_\_ Declaro que no estoy inscrito en Medi-Cal sin costo, ni en Medicare Parte A y Parte B en el momento de la solicitud.
- \_\_\_\_ Declaro que doy permiso al Programa AIM para verificar mis ingresos familiares, situación de seguro médico, residencia y cualquier otra información presentada en la solicitud.
- \_\_\_\_ Declaro que obedeceré las reglas de participación, el proceso de revisión de utilización y el proceso de resolución de disputas de cualquier plan de salud en el que esté inscrito.
- \_\_\_\_ Declaro que he revisado los beneficios ofrecidos por los planes de salud que participan en el programa.
- \_\_\_\_ Declaro que entiendo y que obedeceré las reglas y reglamentos del Programa AIM.
- \_\_\_\_ Declaro que acepto pagar la contribución de inscrita solicitada, aún si no aprovecho completamente la cobertura o los servicios que ofrece AIM y reconozco que el Programa AIM dará los pasos necesarios para cobrar la contribución de inscrita.
- \_\_\_\_ Declaro que la información y documentación presentada es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento.

# Solicitud para Acceso para bebés y madres (AIM)

## SECCIÓN 5

### AUTORIZACIONES Y CONDICIONES DE INSCRIPCIÓN

Aviso requerido por la ley de Confidencialidad e información médica de 1/1/80, Sección 56 y siguientes del Código civil de California para todas las solicitantes de 18 años de edad y mayores: Autorizo que cualquier compañía de seguros, médico, hospital, clínica o proveedor de atención médica proporcione a la administración del programa Acceso para bebés y madres (AIM), todos y cada uno de los expedientes relativos a cualquier historial médico, servicios o tratamientos proporcionados a la solicitante y al bebé nacido producto del embarazo de la solicitante, anotado en esta solicitud, con fines de revisión, investigación o evaluación. Esta autorización tiene efecto inmediatamente y seguirá en efecto por tanto tiempo como el administrador lo necesite. Una fotocopia de esta autorización es tan válida como el original.

### Aviso de privacidad

La Ley de prácticas de información de 1977 y la Ley federal de privacidad exigen que este programa informe lo siguiente a las personas a quienes el programa Acceso para bebés y madres (AIM) pida que den información (establecido por la Parte 6.3 de la División 2 del Código de seguros): El motivo principal por el que pedimos la información personal es identificación de la inscrita y administración del programa. Los reglamentos del programa requieren que cada persona presente la información apropiada para la solicitud para el programa Acceso para bebés y madres (AIM). La falta de esta información puede ser motivo para considerar que usted no reúne los requisitos. La siguiente información de la solicitud es voluntaria: los números de seguro social, la información de raza o etnicidad y la fuente de la recomendación.

Toda persona tiene derecho a los expedientes que contengan su información personal y conservados por la Junta de seguros médicos de riesgos administrados (Managed Risk Medical Insurance Board). El funcionario responsable de conservar la información es: Deputy Director, Eligibility, Enrollment and Marketing Division, Managed Risk Medical Insurance Board, P.O. Box 2769, Sacramento, CA 95812-2769. La Junta puede cobrar una pequeña cantidad para cubrir el costo de las copias de esta información.

Entiendo que éste es un programa estatal y que mis derechos y obligaciones bajo el programa serán determinados bajo la Parte 6.3 de la División 2 del Código de seguros de California y el Título 10, Parte 5.6 del Código de reglamentos de California.

Si se inscribe en ciertos planes, usted acepta que ciertos reclamos (que pueden incluir reclamos por negligencia médica) sean decididos por arbitraje neutral obligatorio. Las inscritas ceden su derecho a juicio por jurado o en un tribunal. La página 27 tiene la información acerca de los planes y sus requisitos de arbitraje. Usted puede llamar al plan que usted elija para averiguar más.

Yo, la solicitante, he leído la presente declaración jurada y certifico que ésta es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento. Yo, la solicitante, acepto pagar la contribución de inscrita requerida y entiendo que el estado dará los pasos apropiados para cobrar el total de las contribuciones de inscrita como se describe en este contrato.

X

Firma de la solicitante \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

### Opcional. Autorización para enviar la solicitud de AIM a Medi-Cal.

Si mi solicitud no reúne los requisitos para AIM, pido que esta solicitud sea enviada al condado y tratada como una solicitud de Medi-Cal. Declaro bajo pena de perjurio que la información de este formulario es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento y entendimiento.

X

Firma de la solicitante (requerida) \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

### Después que usted:

- |  |   |
|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> haya llenado la solicitud  | <input checked="" type="checkbox"/> haya hecho su cheque certificado o giro postal por \$50 firmado (no aceptamos cheque personales, ni efectivo) a nombre de <b>Access for Infants and Mothers Program</b> |
| <input checked="" type="checkbox"/> haya firmado la solicitud  | <input checked="" type="checkbox"/> haya hecho fotocopias de todos los documentos presentados para su expediente- si usted así lo desea   |
| <input checked="" type="checkbox"/> haya reunido todos los documentos de ingresos y embarazo <ul style="list-style-type: none"><li>• Certificado de embarazo</li><li>• Documentos de verificación de ingresos</li><li>• Prueba de deducciones de ingresos</li><li>• Cheque certificado o giro postal (firmado)</li></ul> |   |

### envíe por correo su solicitud y los demás materiales a:

**Dirección postal:**  
**Access for Infants and Mothers Program**  
**P.O. Box 15559**  
**Sacramento, CA 95852-0559**  
*Por favor no envíe por fax su solicitud*

**Dirección para envíos por servicios de mensajería nocturna:**  
**Access for Infants and Mothers Program**  
**3700 Seaport Blvd**  
**West Sacramento, CA 95691**

**Nota:** El Programa AIM debe recibir su solicitud completa antes del final de su semana número 30 de embarazo para que pueda ser considerada para el Programa AIM. Si se acerca el final de su semana 30 de embarazo, usted puede enviar su solicitud, de un día para otro, a través de Fed-Ex, el US Postal Service, etc.



# Solicitud para Acceso para bebés y madres (AIM)

## Certificación de embarazo para que la llene la solicitante:

Apellido de la embarazada	Nombre de la embarazada	Inicial
Dirección de la embarazada		Número de unidad/apto.
Ciudad	Estado	Código postal

## Formulario de certificación de embarazo de AIM

Con su solicitud usted deberá enviar un certificado de embarazo emitido en los Estados Unidos. Puede usar el formulario de abajo para verificar el embarazo. Usted puede usar un formulario diferente, siempre y cuando contenga la misma información que éste y que sea firmado por alguna de las personas anotadas abajo.

Para reunir los requisitos para AIM, la embarazada no debe tener más de 30 semanas de embarazo a la fecha en que el programa reciba la solicitud completa. El certificado de embarazo debe firmarlo un profesional de atención médica autorizado o certificado. Entre las personas que pueden certificar el embarazo para el Programa AIM se pueden encontrar los siguientes:

**Médicos (generales u osteópatas)**

**Enfermeras vocacionales autorizadas**

**Miembros del personal autorizados por la Organización de paternidad planificada (Planned Parenthood Organization)**

**Enfermeras tituladas**

**Asistentes de los médicos**

**Enfermeras parteras certificadas**

**Asistentes médicos**

El personal del consultorio médico no puede certificar un embarazo a menos que la persona tenga alguna autorización o certificación médica.

## Para que la llene la persona que certifica el embarazo:

Certifico que la persona anotada arriba está embarazada.



Nombre del establecimiento		Fecha		
Dirección del establecimiento		Número de suite		
Ciudad	Estado	Código postal		
Código de área y N° de teléfono ( )	Número de fax ( )	Fecha estimada para el parto		
Escriba con letra de molde el apellido del profesional de atención médica <b>(requerido)</b>		Escriba con letra de molde el nombre del profesional de atención médica <b>(requerido)</b>		Inicial
Firma del profesional de atención médica <b>(requerido)</b>		Título médico <b>(requerido)</b>		Número de licencia médica

