

## Solicitud de servicios exclusivamente para planificación familiar para no ciudadanos

<p><b>¿Es elegible para el programa de servicios FPO para no ciudadanos? (financiado por el estado)</b></p>	<p>Los servicios exclusivamente para planificación familiar (servicios FPO, por sus siglas en inglés) están dirigidos a personas que no cumplen con los requisitos de ciudadanía o situación migratoria, o para personas elegibles que no hayan cumplido 5 años desde que inmigraron. Los programas de FPO están disponibles para los residentes de Washington con ingresos iguales o menores al 260% del nivel federal de pobreza (FPL, por sus siglas en inglés), sin importar su género y situación migratoria, que no sean elegibles para programas completos de Apple Health y no tengan otra cobertura de salud.</p> <p>Los programas de FPO también están disponibles para las personas aseguradas que buscan servicios de planificación familiar de manera confidencial. Puede solicitar los programas de FPO en cualquier momento.</p>
<p><b>¿Se considera que usted es un residente del estado de Washington?</b></p>	<p>Usted es un residente del estado de Washington si actualmente vive y tiene la intención de residir en Washington, o llegó al estado en busca de trabajo, o llegó al estado con un compromiso laboral.</p>
<p><b>¿Cuáles beneficios están cubiertos?</b></p>	<p>Los beneficios incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Visitas preventivas completas para planificación familiar</li> <li>• Asesoría, educación, inicio y control de métodos de control natal (también llamados anticonceptivos)</li> <li>• Detección de cáncer de cuello uterino</li> <li>• Pruebas y tratamiento para algunas enfermedades de transmisión sexual (STD, por sus siglas en inglés) e infecciones de transmisión sexual (STI, por sus siglas en inglés)</li> <li>• Anticonceptivos recetados y de venta libre (control natal)</li> <li>• Procedimientos de esterilización</li> </ul>
<p><b>¿Cómo los solicita?</b></p>	<p>Puede presentar una solicitud para los programas de FPO en cualquier momento, con un proveedor que acepte Apple Health o por su cuenta llamando al 1-800-562-3022 o enviando esta solicitud por cualquiera de los siguientes medios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Correo:</b> HCA MEDS, PO Box 45531, Olympia WA 98504-5531</li> <li>• <b>Fax:</b> 1-866-841-2267</li> <li>• <b>Correo electrónico:</b> <a href="mailto:apple@hca.wa.gov">apple@hca.wa.gov</a></li> </ul>
<p><b>¿Qué otras opciones de cobertura de salud hay disponibles en Washington?</b></p>	<p>Vea otros programas de Apple Health disponibles, incluidos servicios para inmigrantes no calificados e indocumentados:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="http://hca.wa.gov/apple-health-non-citizens">hca.wa.gov/apple-health-non-citizens</a></li> <li>• <a href="http://hca.wa.gov/apple-health-pregnant-individuals">hca.wa.gov/apple-health-pregnant-individuals</a></li> </ul>
<p><b>¿Cómo debe contestar la sección 1?</b></p>	<p>Conteste todo lo que pueda. A continuación puede ver más información sobre las preguntas específicas que contiene la sección 1 de la solicitud.</p>

<p><b>¿Cómo usará la Autoridad de Servicios de Salud (HCA, por sus siglas en inglés) su número de Seguro Social?</b></p>	<p>La HCA utiliza esta información para determinar su elegibilidad confirmando su identidad, ciudadanía, situación migratoria, fecha de nacimiento y disponibilidad de otras coberturas de servicios de salud. La HCA no proporciona esta información a ninguna autoridad de inmigración para fines de aplicación de las leyes migratorias.</p> <p>Presentar su solicitud al programa de servicios de FPO para no ciudadanos (financiado por el estado) no afectará su situación migratoria ni sus posibilidades de convertirse en residente permanente o en ciudadano. Si no tiene número de Seguro Social, deje estos espacios en blanco.</p>
<p><b>¿Cómo usará la HCA la información sobre su situación migratoria?</b></p>	<p>La HCA utiliza esta información para determinar su elegibilidad confirmando su identidad, ciudadanía, situación migratoria, fecha de nacimiento y disponibilidad de otras coberturas de servicios de salud.</p> <p>La HCA no proporciona su información a ninguna autoridad de inmigración para fines de aplicación de las leyes migratorias.</p> <p>La elegibilidad para el programa de servicios de FPO para no ciudadanos (financiado por el estado) está exenta de la prueba de carga pública. Si tiene alguna pregunta o inquietud acerca de cómo puede afectar una solicitud para Apple Health o para el programa de servicios de FPO para no ciudadanos (financiado por el estado) a su situación migratoria o sus probabilidades de convertirse en residente permanente o ciudadano, consulte a un abogado de inmigración.</p>
<p><b>¿Tiene disponibles servicios lingüísticos o para discapacidades cuando presenta su solicitud?</b></p>	<p>Para obtener ayuda gratuita en otro idioma (incluyendo un intérprete o la traducción de materiales impresos) o adaptaciones para una discapacidad, llame al 1-800-562-3022. Más información: <a href="https://hca.wa.gov/interpreter-services">hca.wa.gov/interpreter-services</a>.</p>
<p><b>¿Puede solicitar a través de un representante autorizado (AREP)?</b></p>	<p>Sí. Un AREP es un adulto que conoce bien las circunstancias del hogar y que ha sido autorizado por el hogar para actuar en su nombre para efectos de elegibilidad. Esto es diferente a asociarse con un orientador o un agente de seguros.</p>
<p><b>¿Cuáles son los requisitos en cuestión de ingresos del programa de FPO?</b></p>	<p>Los ingresos deben ser iguales o menores al 260% del nivel federal de pobreza (FPL, por sus siglas en inglés). Visite <a href="https://hca.wa.gov/family-planning">hca.wa.gov/family-planning</a> para ver más información.</p>
<p><b>¿Cómo se determinar el tamaño de un hogar?</b></p>	<p>El tamaño del hogar se determina según el estatus de declaración de impuestos. Un miembro del hogar es un cónyuge o dependiente con quien el solicitante declara impuestos, o al que incluye como dependiente en su declaración. Si no declara impuestos, un miembro del hogar es un cónyuge o dependiente que habita en la misma vivienda.</p>

<p><b>¿Qué debe hacer si tiene otro seguro y necesita servicios confidenciales?</b></p>	<p>Usted puede ser elegible para servicios confidenciales de planificación familiar, incluso si tiene seguro, si cumple una de estas excepciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicita servicios confidenciales de planificación familiar y tiene 18 años de edad o menos; o</li> <li>• Fue víctima de violencia doméstica y tiene cobertura del seguro de salud de su agresor.</li> </ul> <p>Llame a la HCA al 1-800-562-3022 para inscribirse en servicios confidenciales.</p>
<p><b>¿Qué debe hacer si tiene otro seguro?</b></p>	<p>No es elegible para servicios de FPO si tiene otro seguro que cubra servicios de planificación familiar, a menos que solicite servicios confidenciales de planificación familiar.</p>
<p><b>¿Qué es la cobertura completa de Apple Health (Medicaid) y debe renunciar a su derecho a solicitarla?</b></p>	<p>Si es elegible para cobertura completa de Apple Health, puede obtener beneficios tales como servicios hospitalarios y ambulatorios, salud en el hogar, servicios de médicos, medicamentos recetados, servicios dentales y fisioterapia.</p> <p>Lo invitamos a solicitar la cobertura completa de Apple Health para recibir la máxima cobertura de beneficios de salud para la que puede ser elegible. Para obtener más información sobre la cobertura completa de Apple Health, visite <a href="http://hca.wa.gov/apple-health">hca.wa.gov/apple-health</a>.</p> <p>Puede renunciar a su derecho de solicitar Apple Health completo si no es elegible, y aún así recibir servicios de FPO.</p>
<p><b>¿Cómo y cuándo se enterará del estatus de su solicitud?</b></p>	<p>Las solicitudes se procesan en el orden en el que se reciben y en menos de 45 días. Si hace falta más información, se comunicarán con usted por teléfono o correo. Después de que se procese, se le enviará por correo una carta de aprobación o denegación. Algunos proveedores pueden prestarle servicios mientras espera al envío y procesamiento de su solicitud.</p>
<p><b>¿Puede apelar una determinación de elegibilidad?</b></p>	<p>Sí, puede apelar dentro de un plazo de 90 días si está en desacuerdo con una determinación hecha por la HCA, Washington Healthplanfinder o el Departamento de Servicios Sociales y de Salud (DSHS) que afecte su elegibilidad para cobertura de salud.</p> <p>Para obtener más información sobre el proceso de apelación, visite <a href="http://hca.wa.gov/about-hca/file-appeal-apple-health-medicaid">hca.wa.gov/about-hca/file-appeal-apple-health-medicaid</a>.</p>
<p><b>¿Dónde puede encontrar más información?</b></p>	<p>Puede encontrar más información en <a href="http://hca.wa.gov/family-planning">hca.wa.gov/family-planning</a>.</p>

## Solicitud de servicios exclusivamente para planificación familiar para no ciudadanos

¿Actualmente está embarazada?  Sí  No Si contestó que sí, no es elegible para servicios de planificación familiar, pero podría ser elegible para cobertura de salud. Presente su solicitud por internet en **wahealthplanfinder.org**

Al llenar esta solicitud usted reconoce que está solicitando solamente servicios de planificación familiar.

### 1. Solicitante e información de contacto

Nombre (use su nombre legal completo)		Inicial del segundo nombre	Apellido		
<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de nacimiento	Número del Seguro Social (si tiene uno)	¿Residente de Washington? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Dirección en la que vive		N.º de departamento	Ciudad	Estado	Código postal
Dirección postal		N.º de departamento	Ciudad	Estado	Código postal
Número telefónico casa/celular/preferido		Número del trabajo/para mensajes		¿Podemos llamarle a los números de teléfono que proporcionó? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Dirección de correo electrónico					
¿Tiene problemas para hablar, leer o escribir en inglés? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
¿Necesita un intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Qué idioma habla? _____					

Solicito servicios confidenciales y:

Tengo 18 años de edad o menos; o

Soy víctima de violencia doméstica y tengo cobertura del seguro de salud de quien me maltrata

¿Tiene un seguro de salud privado o cobertura de Apple Health (Medicaid)?  Sí  No

Si contestó que **No**, puede tomar la decisión informada de no solicitar cobertura completa de Apple Health y aún ser elegible para los programas de FPO **si marca la siguiente casilla**.

Para recibir mayor información sobre cómo puede ser elegible para otra cobertura de servicios de salud, puede presentar una solicitud en **wahealthplanfinder.org**

He decidido solicitar cobertura solamente de planificación familiar y he tomado la decisión informada de no solicitar cobertura completa de Apple Health (Medicaid).

## 2. Ingreso por empleo / empleo por cuenta propia

Ganado por usted

Ganado por otros miembros del hogar

Nombre del empleador actual (primer empleo) Número de teléfono

Nombre del empleador actual (primer empleo) Número de teléfono

Ingreso bruto mensual antes de impuestos  ¿Empleo por cuenta propia?  
 Sí No  
 (y/o ingresos netos mensuales del empleo por cuenta propia)

Ingreso bruto mensual antes de impuestos  ¿Empleo por cuenta propia?  
 Sí No  
 (y/o ingresos netos mensuales del empleo por cuenta propia)

Nombre del empleador actual (segundo empleo) Número de teléfono

Nombre del empleador actual (segundo empleo) Número de teléfono

Ingreso bruto mensual antes de impuestos  ¿Empleo por cuenta propia?  
 Sí No  
 (y/o ingresos netos mensuales del empleo por cuenta propia)

Ingreso bruto mensual antes de impuestos  ¿Empleo por cuenta propia?  
 Sí No  
 (y/o ingresos netos mensuales del empleo por cuenta propia)

Si un miembro del hogar actualmente tiene más de dos empleadores, adjunte una hoja de papel adicional.  
 Para ver más información sobre cómo informar sus ingresos, visite [wahbexchange.org/how-to-report-income](http://wahbexchange.org/how-to-report-income).

## 3. Otros ingresos del hogar

Importe mensual:

Quién los recibe:

Pensión de divorcio/manutención conyugal

\_\_\_\_\_

Ingresos por alquileres o regalías (netos)

\_\_\_\_\_

Beneficios del Seguro Social/jubilación de ferrocarriles

\_\_\_\_\_

Desempleo

\_\_\_\_\_

Ingresos por jubilación, incluyendo: pensiones, anualidades y pagos de una IRA

\_\_\_\_\_

Dividendos, acciones, valores, ganancias de capital, inversiones extranjeras,  
 fideicomisos/ otros ingresos por inversiones

\_\_\_\_\_

Ingresos tribales imponibles

\_\_\_\_\_

Ingresos por agricultura y pesca (netos)

\_\_\_\_\_

Otros ingresos imponibles

\_\_\_\_\_

## 4. Deducciones del hogar

Importe mensual:

Quién paga esto:

Pensión de divorcio/manutención conyugal PAGADA

\_\_\_\_\_

Aportaciones/Aportaciones a una IRA o cuenta para la jubilación antes de impuestos

\_\_\_\_\_

Pago de intereses sobre préstamos estudiantiles

\_\_\_\_\_

Costos de mudanza de miembros de las fuerzas armadas

\_\_\_\_\_

Gastos de educador

\_\_\_\_\_

Aportaciones a cuentas de ahorros de salud

\_\_\_\_\_

Multas por el retiro anticipado de ahorros

\_\_\_\_\_

Ciertos gastos de negocios declarables

\_\_\_\_\_

## 5. Estatus de declaración de impuestos

---

¿Cuál será su estatus este año en lo referente a su declaración de impuestos?      Contribuyente individual      Casado que declara por separado  
Casado que declara de manera conjunta      Dependiente fiscal de un miembro del hogar      Dependiente fiscal de alguien fuera del hogar  
No declara impuestos

¿Está legalmente casado?      Si contestó que sí, nombre legal completo de su cónyuge \_\_\_\_\_  
Sí      No      nombre, segundo nombre, apellido

Si presenta declaración de impuestos, ¿cuántos dependientes incluye? \_\_\_\_\_ Si no lo hace, ¿cuántos hijos tiene? \_\_\_\_\_

## 6. Pérdida de empleo reciente

---

¿Ha renunciado o perdido el trabajo en los últimos 90 días?      ¿Su cónyuge ha renunciado o perdido el trabajo en los últimos 90 días?  
Sí      No      Sí      No

Si contestó que sí, nombre del negocio: \_\_\_\_\_ Si contestó que sí, nombre del negocio: \_\_\_\_\_

Fecha de finalización del empleo: \_\_\_\_\_ Fecha de finalización del empleo: \_\_\_\_\_

## 7. Raza/origen étnico

---

Le solicitamos que nos informe voluntariamente sobre su raza u origen étnico. Esta información no se usará al analizar su elegibilidad para beneficios.

Caucásico	Negro o afroamericano	Vietnamita/Laosiano/Camboyanos
Hispano	Indio americano o nativo de Alaska	Otro asiático o isleño del Pacífico
Otro: _____	Nombre de la tribu: _____	

## 8. Lea atentamente antes de firmar

---

Entiendo que:

- La HCA podría pedirme que demuestre la información proporcionada. La HCA puede ayudarme a obtener comprobantes o comunicarse con otras personas o agencias para hacerlo.
- Mi información podría ser revisada por otras agencias estatales o federales.
- Al solicitar y recibir asistencia para cobertura médica, otorgo al estado de Washington todos los derechos sobre cualquier manutención médica y sobre todos los pagos de terceros por atención médica.
- Entiendo que esta solicitud solamente es para servicios de planificación familiar para prevenir el embarazo. Si necesito otro tipo de asistencia para cobertura médica, puedo solicitarla en Washington Healthplanfinder ([wahealthplanfinder.org](http://wahealthplanfinder.org)). Si necesito ayuda financiera o cupones para alimentos, puedo solicitarlos a través de la Oficina de Servicios Comunitarios del DSHS o de Washington Connection ([washingtonconnection.org](http://washingtonconnection.org)).
- **Debo responder** a cualquier petición de información adicional dentro de un plazo de 15 días hábiles o mi solicitud será denegada y yo podría ser responsable de todos los costos incurridos por la oficina de mi proveedor de planificación familiar.

## 9. Nombre del representante autorizado opcional (AREP)

---

Nombre / Organización

Número de teléfono

Dirección postal

N.º de departamento

Ciudad

Estado

Código postal

## 10. Declaración y firma

---

He leído y comprendido la información en esta solicitud. Declaro, bajo pena de perjurio, que la información que he dado en esta solicitud, en la medida de mi conocimiento, es veraz y correcta y está completa.

---

Firma del solicitante

---

Fecha

**Envíe el formulario contestado a la Autoridad de Servicios de Salud (Health Care Authority) por uno de los siguientes medios:**

---

- **Correo:** HCA MEDS, PO Box 45531, Olympia WA 98504-5531
- **Fax:** 1-866-841-2267
- **Teléfono:** 1-800-562-3022
- **Correo electrónico:** [apple@hca.wa.gov](mailto:apple@hca.wa.gov)