

Programa de Medicaid para la Tuberculosis (TB)  
Formulario de Solicitud/ Redeterminación

El Programa para la Tuberculosis ofrece cobertura de Medicaid a los individuos infectados o enfermos de tuberculosis. Esta cobertura estará limitada a servicios relacionados con la tuberculosis que tienen que ver con el tratamiento de los individuos infectados o enfermos de tuberculosis. Estos servicios incluyen medicamentos por receta, atención por médicos, servicios de laboratorio y de radiografías, servicios de clínica y de centro de salud de que cumpla con los requisitos federales, servicios de gestión de casos y servicios destinados a estimular a los pacientes de consulta externa a consumir completamente los medicamentos recetados. El diagnóstico de tuberculosis tiene que ser hecho por un médico.

**Sección A. Datos sobre el solicitante**

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono de día (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono de noche (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Nombre) (Inicial)

Dirección \_\_\_\_\_  
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

Dirección postal \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento \_\_\_\_\_ Número de seguro social \_\_\_\_\_

Alias \_\_\_\_\_ Raza/Grupo étnico \_\_\_\_\_ Idioma primario \_\_\_\_\_

**Sección B. Seguro médico**

¿Tiene algún tipo de seguro médico?  Sí  No

Si tiene, marque una:  Medicare  Medicaid  Seguro de grupo  Veteranos  Otros

Nombre de la compañía : \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de póliza: \_\_\_\_\_ Número de grupo: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio de la póliza: \_\_\_\_\_ Fecha de vencimiento: \_\_\_\_\_

**Sección C. Situación en inmigración**

¿Es Ud. ciudadano de Estados Unidos? Sí  No

Si no es, por favor dé la fecha de entrada en Estados Unidos \_\_\_\_\_ País de origen \_\_\_\_\_

Número de registro de extranjero \_\_\_\_\_ Situación de no ciudadano \_\_\_\_\_

**Importante: Si no es ciudadano de Estados Unidos, tiene la obligación de presentar prueba de su situación como no ciudadano.**

**Sección D. Por favor lea con atención y firme al pie.**

- Esta solicitud es para pedir ayuda con el programa de Medicaid para la Tuberculosis (TB) solamente;
- Todos los datos aportados en este formulario son confidenciales y se utilizarán solamente para administrar los programas del DSS;
- El número de seguro social informado en este formulario se utilizará para verificar la identidad y los requisitos a cumplir. El número de seguro social también se cotejará con los expedientes federales, estatales y locales por computadora. El departamento está autorizado para solicitar números de seguro social basados en los artículos siguientes: en el caso de Medicaid, 42 USC artículos 1320b-7(a)(1), (b)(2) y el artículo 17b-77 de las Leyes Generales de Connecticut.

Autorizo al Departamento de Servicios Sociales a verificar cualquier información sobre la condición de no ciudadano con los Servicios de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos (USCIS). Comprendo que el departamento no va a compartir los datos que doy en este formulario con los USCIS. Comprendo además que los USCIS no pueden emplear esta solicitud para denegarme el ingreso a Estados Unidos, afectar negativamente mi situación o deportarme.

Autorizo al Departamento de Servicios Sociales, a la Agencia Medicaid de Connecticut o a cualquier aseguradora de salud, facultativo u otra entidad que me atienda de conformidad con el programa Medicaid a dar acceso a información acerca de mí según sea necesario para la prestación de los servicios del programa Medicaid y la administración del programa Medicaid, en la medida que lo permitan las leyes federales o estatales.

Certifico que todas las declaraciones hechas en este formulario son ciertas y completas en la medida de mis conocimientos. Si he dado conscientemente información incorrecta, puede que esté sujeto a sanciones por hacer declaraciones falsas de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 53a-157b y 17b-97 de los Estatutos Generales de Connecticut y a sanciones por hurto según lo dispuesto en los Artículos 53a-122 y 53a-123, así como a sanciones por perjurio de conformidad con las Leyes Federales.

De conformidad con las Leyes Federales y las normas del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (HHS), se prohíbe al Departamento de Servicios Sociales la discriminación sobre la base de la raza, color, origen nacional, género, edad o impedimento. Para presentar una queja de discriminación, escriba al HHS, Director, Office for Civil Rights, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509-F, HHH Building, Washington, D.C. 20201 o llame al (202) 619-0403 (voz) o (202) 619-3257 (TTY).

De conformidad con las leyes estatales usted tiene derecho a formular una queja por discriminación si usted piensa que hemos tomado medidas en contra de usted por su raza, color, credo religioso, género, estado civil, edad, origen nacional, ancestro, antecedente penales, creencias políticas, orientación sexual, retraso mental, discapacidad mental, discapacidad de aprendizaje o discapacidad física, entre ellas ser ciego. Usted o una persona que lo represente puede escribir o llamar a una o más de estas agencias para formular una queja por discriminación: **Commissioner of the Department of Social Services, Attention Affirmative Action Division Director/ADA Coordinator, 25 Sigourney Street, Hartford, CT 06106-5033**, o llame al 1-860-424-5040 (TDD: 1-800-842-4524); **Connecticut Commission on Human Rights and Opportunities, 21 Grand Street, Hartford, CT 06106**, o llame al 1-860-541-3400 (TDD: 1-860-541-3459).

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del intérprete (*de haberlo*)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo  
(*si la solicitud está firmada con una "x"*)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del ayudante  
(*si usted ayudó al solicitante a llenar este formulario*)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del representante autorizado (*de haberlo*)

\_\_\_\_\_  
Firma del representante autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Tenga la bondad de enviar la solicitud a Adult Services – 10<sup>th</sup> floor, Department of Social Services, State of Connecticut, 25 Sigourney St, Hartford, CT 06106-5033 o envíela por fax a (860) 424-4957.**