

**SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE ACCESO PARA LA SALUD EN LOUISIANA  
(LA HAP)**

**INSTRUCCIONES**

[SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL AYUDANTE](#)

[SECCIÓN 2: INFORMACIÓN DEL CONTACTO](#)

[SECCIÓN 3: INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA](#)

[SECCIÓN 4: INFORMACIÓN DE LOS OCUPANTES DEL HOGAR](#)

[SECCIÓN 5: INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR](#)

[SECCIÓN 6: INFORMACIÓN DE INGRESOS DE LOS OCUPANTES DEL HOGAR](#)

[SECCIÓN 7: INFORMACIÓN DE ASISTENCIA](#)

[SECCIÓN 8: INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA DEL SEGURO MEDICARE](#)

[SECCIÓN 9: INFORMACIÓN DE LA PRIMA DEL SEGURO MEDICARE](#)

[SECCIÓN 10: INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA DEL SEGURO MEDICO QUE NO ES MEDICARE](#)

[SECCIÓN 11: INFORMACIÓN DE LA PRIMA DEL SEGURO MEDICO QUE NO ES MEDICARE](#)

[SECCIÓN 12: INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA DE SEGURO VISIÓN/DENTAL](#)

[SECCIÓN 13: INFORMACIÓN DE LA PRIMA DE SEGURO VISIÓN/DENTAL](#)

[SECCIÓN 14: INFORMACIÓN DE MEDICAMENTO Y DIAGNÓSTICO](#)

[SECCIÓN 15: INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR](#)

[SECCIÓN 16: COMENTARIOS ADICIONALES](#)

[SECCIÓN 17: LISTA DE CONTROL DE LA SOLICITUD](#)

[SECCIÓN 18: RESPONSABILIDADES DEL CLIENTE Y LIBERACIÓN DEL CONSENTIMIENTO](#)

**SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL AYUDANTE**

- 1) Díganos si alguien lo está ayudando a llenar esta solicitud. Si nadie lo está ayudando, omita la pregunta 2 y diríjase a la SECCIÓN 2.
- 2) Si lo están ayudando, díganos quién es. Puede marcar más de una casilla para describir a la persona.

**SECCIÓN 2: INFORMACIÓN DEL CONTACTO**

- 1-6) Escriba su nombre y fecha de nacimiento. Solo necesita completar la pregunta # 6 si su nombre cambió durante el año pasado (por ejemplo, se casó o cambió de sexo).
- 8) Puede marcar la casilla, "No tengo Número de Seguro Social (SSN)" si no tiene Número de Seguro Social. Aún sin SSN usted podría llenar la solicitud de LA HAP.
- 9) Puede dejar esta pregunta en blanco si su idioma de preferencia es el inglés.

**10-15)** Díganos si usted está sin hogar y escriba su dirección residencial. Esta es la dirección donde vive/duerme actualmente, aunque no reciba correspondencia allí. Si está sin hogar, DEBE decirnos dónde duerme—por ejemplo, en un albergue o cerca de alguna calle particular. Debe usar una dirección de Luisiana.

**16)** Díganos si le podemos mandar correspondencia a su domicilio. Si no desea que le enviemos correspondencia allí, marque "No". Si contestó "no," DEBE darnos una dirección postal diferente en las preguntas 17-20 donde le podamos enviare la correspondencia.

**17-21)** Si contestó "sí" a la pregunta #16, puede dejar esta parte en blanco. Si contestó "no," escriba la dirección donde quiere que le enviemos su correspondencia. Podría ser la casa de un amigo, una agencia de servicio, apartado postal (P.O. BOX), etc. Tiene que usar una dirección de Luisiana.

**22-24)** Proveer la información del contacto es opcional. Si LA HAP tiene una pregunta acerca de su solicitud usará su número de teléfono para comunicarse con usted. Marque "sin teléfono" si no tiene número de teléfono.

**25-28)** Si no nos podemos contactar con usted díganos si hay alguien más a quien podamos contactar acerca de su solicitud, como un amigo o familiar. Tendría que ser una persona con quien podamos hablar libremente (por ejemplo: que sepa su estado de salud: que es cliente de LA HAP: etc.). Si no hay nadie más además de usted con quien podamos hablar, marque "no" en la parte 25 y diríjase a la SECCIÓN TRES.

### **SECCIÓN 3: INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA**

**1)** Díganos con qué género se identifica.

**2)** Díganos su raza. Solo necesita contestar 2a si se identifica como "asiático," y solo necesita contestar 2b si se identifica como "Nativo Hawaiano o Isleño del Pacífico."

**3)** Díganos su etnia. Asegúrese contestar las DOS preguntas "Raza" y "Etnia" Asegúrese que si se identifica como "Hispano/a o Latina/o" conteste también la 3a.

**4)** Puede elegir más de un estado civil. Si está separado de su cónyuge y aún no está divorciado/a, puede elegir "Casado, no vive con cónyuge."

### **SECCIÓN 4: INFORMACIÓN DEL HOGAR**

**1)** Díganos el estado civil que reportó en la declaración de impuestos federales más reciente. Si alguien lo reclama como dependiente, díganos la relación de ellos con

usted (“padre,” “abuelos,” etc.) o si usted no declara los impuestos y nadie la/lo reclama como dependiente, marque la casilla que describe su situación. Por ejemplo, es posible que no tenga que declarar impuestos si su ingreso está bajo los “límites de declaración” (la cantidad mínima de ingresos que gana al año que requiere que declare impuestos). Si usted está obligado a declarar los impuestos y no lo hace, explique ¿Por qué? En la 1a. esto NO afectará su elegibilidad para LA HAP y no será reportado al Servicio de Impuestos Internos (IRS).

**2)** Hay tres definiciones de “hogar.” Léalos cuidadosamente y escoja la definición que más le aplique. Esto pueda significar que algunas de las personas que viven con usted no son consideradas/os parte de su “hogar,” o que su “hogar” incluye algunas personas que no viven con usted.

● **Si declara impuestos como “Soltera(o),” “Casada(o) presenta una declaración conjunta,” “Casada(o) presenta por separado,” o “Jefe de Hogar,”** usted es un **DECLARANTE DE IMPUESTOS**. Los miembros de su hogar son: su esposa(o) si ella/él vive con usted y cualquiera que usted reclame como su dependiente en su declaración de impuestos. Si su esposa(o) vive con usted ella/él es parte de su hogar, aunque no declaren los impuestos juntos.

● **Si alguien más declara impuestos y lo reclama como su dependiente,** usted es un **DEPENDIENTE FISCAL**. Los miembros de su hogar son: su esposa(o) si vive con usted, la persona que lo reclama a usted como dependiente, el cónyuge de esa persona, y cualquier otro dependiente que ellos reclamen.

◦ Hay tres excepciones para dependientes fiscales. Si alguna de estas situaciones lo describe, usted **ES UN NO-DECLARANTE DE IMPUESTOS** y debe de seguir las reglas de no-declarante para su hogar.

◦ Usted es reclamado como dependiente por un declarante de impuestos que no es su padre/madre o su esposa(o).

◦ Usted tiene 18 años de edad o menos y vive con sus dos padres o padrastros quienes no intentan presentar una declaración conjunta.

◦ Usted tiene 18 años de edad o menos y es reclamado como dependiente por un padre sin custodia.

● **Si usted no declara impuestos y nadie lo reclama como dependiente,** **USTED ES UN NO-DECLARANTE DE IMPUESTOS**. Su elegibilidad de jefe de

hogar depende de su edad. En este caso, todos los miembros de su hogar deben de vivir en el mismo lugar donde usted vive.

- o Si tiene 19 años de edad o más, los miembros de su hogar son (si viven con usted): su esposa(o) y sus hijos que son menores de 18 años. Por “Hijos” se incluye natural, adoptada(o), o hijastra(o). Los hijos que tienen 19 años de edad o mayores no cuentan como parte de su hogar.

- o Si tiene 18 años de edad o menos, los miembros de su hogar son: (si viven con usted) su esposa(o), sus hijos quienes tienen 18 años de edad o menos, sus padres, y sus hermanos. Este incluye naturales, adoptadas(os) o hijastras(os)/padres/hermanas(os).

Use la definición correcta, cuando escriba la relación que tienen con usted (por ejemplo: hermana(o), hija(o), etc.) de cada persona en su hogar, sus edades, y si tienen o no algún ingreso. No necesita escribir sus nombres. Puede encontrar más información sobre ingresos en la Sección 6.

3) Use el espacio de comentarios para decirnos cualquier cosa que cree que debemos saber: por ejemplo, que alguien en su hogar no está enterado sobre su estado de salud, etc.

## **SECCIÓN 5: INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR**

**1)** Indique el tipo de empleo que tiene. Si no trabaja (si seleccionó que está desempleada(o), jubilada(o), no puede trabajar desde el punto de vista médico), puede omitir las preguntas 2 y 3.

**2)** Necesitamos saber los nombres de las personas para las que trabaja para saber qué tipo de documentación de ingresos tendríamos que buscar. NO nos pondremos en contacto con su empleador.

**3)** Necesitamos saber con qué frecuencia le pagan para cuando nos dé la documentación de ingresos, podamos usarla para calcular su ingreso anual.

## **SECCIÓN 6: INFORMACIÓN DE INGRESOS DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR**

Si tiene alguno de estos tipos de ingresos, marque la casilla “que yo recibo” próximo a la clase de ingreso que tiene. Si alguien más en su hogar APARTE DE USTED tiene estas

clases de ingresos marque la casilla “que alguien en mi hogar recibe.” Recuerde que está usando la definición de “hogar” de la Sección 4.

Muchas de estas clases de ingresos son poco comunes. Usualmente si no sabe lo que significan algunos de estos tipos de ingresos, quiere decir que no los tiene. Si tiene preguntas sobre estos, puede llamarnos al 504-568-7474.

Si no tiene ningún ingreso, marque “No hay ingresos/deducciones de ningún tipo” bajo “que yo recibo.” Si NADIE en su hogar tiene algún ingreso, marque “No hay ingresos/deducciones de ningún tipo” bajo “que alguien en mi hogar recibe.”

Díganos también si usted o alguien más en su hogar tiene DEDUCCIONES de ingreso. Las deducciones son ciertos tipos de gastos que pudiera tener que disminuirán sus ingresos brutos. Muchas de estas deducciones son poco comunes. Los intereses pagados a los préstamos estudiantiles y pensión alimenticia pagada son los más comunes, pero si tiene las siguientes deducciones debe declararlas:

- Gastos educativos
- Reservistas, artistas intérpretes o ejecutantes, funcionarios del gobierno que reciben honorarios
- Cuenta de ahorros para la salud
- Gastos de mudanza
- Parte deducible del impuesto de trabajo por cuenta propia
- Trabajador-Cuenta Propia, planes simples y calificados
- Deducción del seguro médico por cuenta propia
- Penalización por retiro anticipado de los ahorros
- Pensión alimenticia pagada
- Deducción IRA
- Interés pagado a préstamo estudiantil
- Matricula y cuotas
- Actividades de producción nacional

**Recuerde adjuntar los documentos de ingresos con su solicitud. Necesitamos pruebas de cada tipo de ingresos y deducciones que usted o cualquier miembro de su hogar reciben.** Las excepciones son: seguridad de ingreso suplementario (SSI), manutención de hijos recibida, pagos de veteranos, o asistencia temporal para familias necesitadas (TANF), programa suplementario de asistencia nutricional (SNAP). Estos tipos de ingresos no son considerados parte de sus ingresos y no necesita suministrar documentación de ellos.

Tipos aceptables de ingresos incluyen:

- Talones de pago indicando el importe bruto pagado
- Estados de cuenta bancarias
- Formularios de impuestos W-2
- Formularios 1040, 1040 A, o 1040 EZ
- Formularios de impuestos 1099
- Cartas de adjudicación de beneficios (Seguro Social, pensión, desempleo, etc.)
- Declaración jurada que acredite los Ingresos/no Ingresos

Si no tiene ningún ingreso Y ningún miembro de su hogar tampoco lo tiene, de todas formas, todavía necesitamos documentación de esto. LA HAP tiene un formulario de "certificación de falta de ingresos" que puede imprimir de [www.lahap.org](http://www.lahap.org) bajo "formularios y solicitudes" y adjuntarlo a su solicitud. También puede mandar una declaración jurada que certifica que usted no tiene ingresos o una carta de la oficina de desempleo. Si no tiene ingresos, pero otro miembro de su hogar lo tiene, usted NO tiene que mandar sus propias pruebas de que no tiene ingresos—envíenos la documentación de los ingresos de los miembros de su hogar.

## SECCIÓN 7: INFORMACIÓN DE ASISTENCIA

- 1) Si usted NO tiene seguro AHORA MISMO, marque la casilla “no” y diríjase a la Sección #14. (Por favor tome en cuenta: no puede usar esta solicitud para inscribirse en el seguro. Llame a Health Insurance Marketplace para inscribirse en un seguro.) Si TIENE seguro, marque la casilla(s) que se apliquen a usted por cada tipo de póliza que tenga.

### Para las Secciones 8-13:

- Puede omitir cualquier sección o pregunta que pide explicación sobre cualquier tipo de plan de seguro que usted no tiene/no está solicitando a LA HAP.
- Debe seleccionar que clase de asistencia desea para cada plan. Las primas son los costos mensuales que usted paga a su compañía de seguro para mantener su plan activo. Los Copagos y Deducibles son los pagos que usted hace cuando va al doctor, dentista, farmacéutico, y otros proveedores.
- Si solicita asistencia con las primas y: (1) va a suscribirse a un nuevo seguro de salud, o (2) es un cliente nuevo(a), asegúrese de incluir una copia de la declaración o factura de la prima junto con su solicitud.
- Si se está suscribiendo a una nueva póliza de seguro y todavía no tiene una Identificación de Miembro (ID), Número de póliza o Grupo, puede dejar esas casillas en blanco. Asegúrese de mandar esa información a LA HAP tan pronto como la tenga. Deben aparecer en su tarjeta de seguro.

## SECCIÓN 8: INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA DEL SEGURO DE MEDICARE

Complete esta sección SOLO si usted tiene Medicare.

- 1) Marque TODO lo que corresponda.
- 2) LIS significa Subsidio de Bajos Ingresos, un programa que brinda ayuda a los clientes de Medicare con el costo de las primas de sus medicamentos recetados, copagos y/o otras deducciones. Los usuarios de Medicare que solicitan a LA HAP necesitarán hacer una solicitud primero para el LIS, aunque no tenga el Plan de la Parte D. Usted puede solicitar LIS en [www.ssa.gov/medicare/prescriptionhelp](http://www.ssa.gov/medicare/prescriptionhelp).

>Si sabe que ya recibe LIS, no necesita adjuntar nada a su solicitud. Si no nos es posible verificar su cobertura de LIS usando su información de la tarjeta de Medicare A/B, podríamos comunicarnos con usted y pedirle más documentación.

>Si ya solicitó LIS y todavía no ha recibido noticia, adjunte una copia de su solicitud para LIS a la solicitud de LA HAP (una copia de lo que aparece en la pantalla cuando envió su solicitud en línea de LIS: (“Presentación Exitosa”). Deberá tener la fecha de este año.

>Si ya le denegaron LIS, debe llenar una solicitud por lo menos una vez al año para saber si llega a ser elegible. Si ya recibió su carta de rechazo, adjunte una copia de la carta de rechazo para LA HAP. Deberá tener la fecha de los últimos 12 meses.

**3-5)** Si tiene la Parte B de Medicare, díganos qué tipo de asistencia solicita. Tome en cuenta por favor que LA HAP SOLAMENTE puede pagar por el costo de las primas de la parte B de Medicare SI NO son deducidas de su cheque de Seguro Social. Desafortunadamente para la mayoría de la gente las primas salen de su cheque automáticamente.

**6-10)** Conteste estas preguntas solamente si tiene la Parte C de Medicare.

**11)** La mayoría de los planes de la Parte C incluye el plan de la Parte D y cubre sus medicamentos recetados. Si esto es su caso, marque “Sí” y no conteste las preguntas del 13-16.

**13-21)** Conteste estas preguntas solo si tiene estos tipos de planes.

## **SECCIÓN 9: INFORMACIÓN DE LAS PRIMAS DE MEDICARE**

Complete esta sección SOLAMENTE si: (1) tiene Medicare, Y (2) solicita que LA HAP pague sus primas. De otra manera, marque “No corresponde” en la casilla gris y omita esta sección.

**1-9)** Proporcione toda la información que necesitamos para pagar su prima: a quien se la manda, cuando, y con qué frecuencia. En la pregunta 6, tome en cuenta que, si usted es parte de un plan de cuidado médico de grupo con una o más personas, LA HAP solamente puede pagar por la parte de la prima que le aplica a usted. Su compañía de seguros debe decirle el costo de la prima que le aplica a usted.

**10)** Si tiene algún monto adeudado (alguna prima de los meses anteriores que todavía no ha pagado), no podremos procesar su solicitud. Cualquier prima adeudada deberá estar pagada antes de entregar su solicitud a LA HAP. Si marca que tiene cualquier prima adeudada, LA HAP tendrá seguimiento con usted para saber como se va a pagar.

**11-14) Complete** estas preguntas como las completó en la parte del 1-9 arriba para cada plan que usted tiene.

## **SECCIÓN 10: INFORMACIÓN DE PÓLIZA DE SALUD QUE NO ES DE MEDICARE**

*Complete esta sección si tiene un seguro de salud que NO es de Medicare. Siga las mismas instrucciones de la casilla de la página 3 de este documento.*

## **SECCIÓN 11: INFORMACIÓN DE LA PRIMA DEL SEGURO DE SALUD QUE NO ES DE MEDICARE**

*Complete esta sección SOLAMENTE si: (1) tiene un seguro médico que no sea de Medicare, Y (2) solicita que LA HAP pague las primas. Siga las mismas instrucciones de la casilla en la página 3 de este documento.*

## **SECCIÓN 12: INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA DE SEGURO VISIÓN/DENTAL**

*Complete esta sección SOLAMENTE si tiene una póliza de seguro que NO es de Medicare. Siga las mismas instrucciones de la casilla en la página 3 de este documento.*

**1)** Si tiene un plan combinado “Dental y Visión”, solamente escriba la información sobre el plan en los números del 1-6, no en los números del 8-12.

### **SECCIÓN 13: INFORMACIÓN DE LA PRIMA DE SEGURO VISIÓN/DENTAL**

*Complete esta sección SOLAMENTE si (1) tiene un seguro médico que NO es de Medicare, Y (2) solicita que LA HAP pague las primas. Siga las mismas instrucciones de la casilla de la página 3 de este documento. Si tiene un plan combinado “Dental y Visión”, solamente necesita escribir la información en los números del 1-6, y no repetirla en los números del 11-20.*

### **SECCIÓN 14: INFORMACIÓN DE MEDICAMENTO Y DIAGNÓSTICO**

- 1)** Quedarse sin medicamento quiere decir que usted no tendrá más surtidos de su receta, y que no puede pedirle al médico una receta nueva porque sus beneficios de LA HAP no están vigentes (es decir, su elegibilidad está caducada o usted es cliente nueva/o). Si todavía tiene manera de obtener medicamento en 4 días a partir de hoy, NO marque esta casilla.
- 2)** Díganos si usted fue diagnosticado dentro de los últimos días o semanas, o si apenas está regresando para someterse otra vez al tratamiento médico después de una larga ausencia (de 6 meses o más).
- 3)** Díganos si alguna vez un médico le ha diagnosticado con Hepatitis C, o si se ha hecho una prueba de Hepatitis C que resultó positiva. Si quiere iniciar el tratamiento para la Hepatitis LA HAP puede cubrir el costo de su medicamento HCV. Si ha sido diagnosticado, alguien de LA HAP le puede contactar para hablar sobre como conseguir tratamiento.

### **SECCIÓN 15: INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR**

- 1)** Marque “SÍ” si hay alguien, como un administrador de casos o una enfermera, que tenga acceso para ver sus registros y hablar de su solicitud con LA HAP. Al llenar esta sección de la solicitud, usted está dando permiso a estas personas a acceder a sus registros y discutir sus archivos. Si no desea que nadie más que usted mire sus registros, marque “NO” y deje en blanco el resto de esta sección.
- 2-7)** Dé el nombre de la entidad o el nombre de la agencia (donde trabaja) y el número de teléfono de hasta dos proveedores. Podrían ser de dos agencias diferentes. LA HAP se pondrá en contacto con la persona principal, además de usted, a quien nombra en la casilla 2-4 en caso de tener preguntas acerca de su

solicitud o de necesitar más información.

## **SECCIÓN 16: COMENTARIOS ADICIONALES**

Con la finalidad de ayudarnos a revisar y entender mejor su situación, si hay algo más que usted quisiera decirnos, escríbalo aquí. Si no, lo puede dejar en blanco.

## **SECCIÓN 17: LISTA DE CONTROL DE LA SOLICITUD**

Esta parte es para su uso propio para asegurarse que ha incluido todo lo que necesita.

---TODOS los solicitantes tienen que incluir comprobantes de sus ingresos y de los de sus hogares, y firmar y poner la fecha en la solicitud.

--- Los solicitantes de asistencia para las primas por primera vez con LA HAP deberán incluir una copia de la declaración o factura de la prima.

---Los solicitantes que tienen Medicare deberán incluir un comprobante de la solicitud LIS o del estatus.

## **SECCIÓN 18: RESPONSABILIDAD DEL CLIENTE Y LIBERACIÓN DE CONSENTIMIENTO**

Lea esta sección atentamente y asegúrese que entiende todo lo que está aceptando. Asegúrese de dos cosas: FIRMAR y FECHAR la solicitud.

**Las solicitudes incompletas necesitarán seguimiento y se retrasarán en el proceso.**

**Si tiene preguntas por favor comuníquese con su administrador de casos o al personal de LA HAP al 504-568-7474.**