6) ¿Ha vivido alguna persona mencionada en la página 1 con alguien que le estaba abusando mentalmente o físicamente?
No _____ Sí _____ Si es *Sí*, escriba el nombre del miembro del hogar.

7) ¿Está embarazada alguna persona nombrada en la página 1?
No _____ Sí _____ Si es *Sí*, escriba el nombre del miembro del hogar.

8) ¿Tiene una afección médica de emergencia alguna persona nombrada en la página 1?
No _____ Sí _____ Si es *Sí*, escriba el nombre del miembro del hogar.

Envíe una constancia, copias de cualquier papel o documento que tenga. ¡Nosotros le indicaremos si ustedes son todavía elegibles para recibir la cobertura médica del Departamento de Servicios Sociales y de Salud! La información que nos envíe no será compartida con el Servicio de Inmigración y Naturalización. **Por favor devuelva estas preguntas y cualquier documento que tenga en el sobre con franqueo prepagado que se adjunta lo más pronto posible, o a más tardar hasta el día 10 de septiembre de 2002. Gracias.**

Medical Assistance Administration
PO Box 45534
Olympia, WA 98504-5534

NOTA IMPORTANTE: Aunque usted tenga documentos, necesitamos verificar si es todavía elegible para recibir la cobertura. Usted debería solicitar Basic Health de todos modos. Si le decimos que puede continuar recibiendo los cupones médicos de DSHS, puede dejar de solicitar Basic Health.

¿Ha hecho ya su solicitud para Basic Health? Si no ha solicitado y nosotros averiguamos que algunos de los miembros de su familia no son elegibles para recibir cobertura médica de DSHS, ¿desearía hacer aún su solicitud para Basic Health?

Sí ☐ No ☐

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a su oficina local de Servicios a la Comunidad (CSO) Si no sabe el número, llame al
1-800-562-3022

Washington State DEPARTMENT OF SOCIAL & HEALTH SERVICES

¡La atención de salud de su familia podría cambiar!

¡Importante! Por favor llene y devuelva a más tardar hasta el día 10 de septiembre de 2002.

001/August 2002
SPANISH

DSHS le envió una carta a principios de junio, indicando que usted o un miembro de su hogar podrían perder cobertura médica de DSHS (cupones) a partir del 30 de septiembre de 2002. Queremos averiguar si ustedes pueden continuar recibiendo cupones de DSHS.

La información que tenemos para usted y su familia nos hace pensar que no son elegibles para ningún otro programa médico. Para verificar si esto es correcto, necesitamos información adicional. Por favor responda a las **Preguntas** (en las páginas 2 y 3) para cada persona nombrada a continuación.

Preguntas

Escriba el *nombre* de la persona mencionada en la página 1 para cualquier pregunta que se aplique a ella. Asegúrese de incluir la información aunque usted ya la haya proporcionado a su Oficina de Servicios a la Comunidad (oficina de asistencia pública). Envíe copias de cualquier papel o documento que tenga.

1) ¿Tiene ahora papeles o documentos de inmigración alguna persona que fue mencionada en la página 1?
No _____ Sí _____ Si es *Sí*, escriba el nombre del miembro del hogar. Por favor incluya la fecha en que se recibió por primera vez la situación de inmigración.

2) ¿Fue mencionada en la página 1 alguna persona que nació en los Estados Unidos o en un territorio de los Estados Unidos (Estados Unidos, Islas Vírgenes, Puerto Rico, Guam, Samoa Americana, islas de Swain y las Islas Marianas del norte)?
No _____ Sí _____ Si es *Sí*, escriba el nombre del miembro del hogar.

3) ¿Tiene alguna persona nombrada en la página 1 padres que han obtenido ciudadanía de los Estados Unidos?
No _____ Sí _____ Si es *Sí*, escriba el nombre del miembro del hogar.

4) ¿Ha vivido alguna persona nombrada en la página 1 en los Estados Unidos desde *antes* del día 22 de agosto de 1996?
No _____ Sí _____ Si es *Sí*, escriba el nombre del miembro del hogar. (No importa si vino con o sin documentos o pasaporte.)

5) ¿Ha servido alguna persona nombrada en la página 1 (o su cónyuge o padres) en las fuerzas armadas de los Estados Unidos?
No _____ Sí _____ Si es *Sí*, escriba el nombre del miembro del hogar.

Nota: Si necesita ayuda, por favor llame o lleve este formulario a su oficina local de Servicios a la Comunidad para que le ayuden. (Una oficina CSO se llama también a veces oficina de asistencia pública o Oficina de Servicios a la Comunidad).

Continúa en la página siguiente

6) ¿Ha servido alguna persona nombrada en la página 1 (o su cónyuge o padres) en las fuerzas armadas de los Estados Unidos?
No _____ Sí _____ Si es *Sí*, escriba el nombre del miembro del hogar.

7) ¿Está embarazada alguna persona nombrada en la página 1?
No _____ Sí _____ Si es *Sí*, escriba el nombre del miembro del hogar.

8) ¿Tiene una afección médica de emergencia alguna persona nombrada en la página 1?
No _____ Sí _____ Si es *Sí*, escriba el nombre del miembro del hogar.

Envíe una constancia, copias de cualquier papel o documento que tenga. ¡Nosotros le indicaremos si ustedes son todavía elegibles para recibir la cobertura médica del Departamento de Servicios Sociales y de Salud! La información que nos envíe no será compartida con el Servicio de Inmigración y Naturalización. **Por favor devuelva estas preguntas y cualquier documento que tenga en el sobre con franqueo prepagado que se adjunta lo más pronto posible, o a más tardar hasta el día 10 de septiembre de 2002. Gracias.**

Medical Assistance Administration
PO Box 45534
Olympia, WA 98504-5534

NOTA IMPORTANTE: Aunque usted tenga documentos, necesitamos verificar si es todavía elegible para recibir la cobertura. Usted debería solicitar Basic Health de todos modos. Si le decimos que puede continuar recibiendo los cupones médicos de DSHS, puede dejar de solicitar Basic Health.

¿Ha hecho ya su solicitud para Basic Health? Si no ha solicitado y nosotros averiguamos que algunos de los miembros de su familia no son elegibles para recibir cobertura médica de DSHS, ¿desearía hacer aún su solicitud para Basic Health?

Sí ☐ No ☐

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a su oficina local de Servicios a la Comunidad (CSO) Si no sabe el número, llame al
1-800-562-3022

Washington State DEPARTMENT OF SOCIAL & HEALTH SERVICES

¡La atención de salud de su familia podría cambiar!

¡Importante! Por favor llene y devuelva a más tardar hasta el día 10 de septiembre de 2002.

002/August 2002
SPANISH

DSHS le envió una carta a principios de junio, indicando que usted o un miembro de su hogar podrían perder cobertura médica de DSHS (cupones) a partir del 30 de septiembre de 2002. Queremos averiguar si ustedes pueden continuar recibiendo cupones de DSHS.

La información que tenemos para usted y su familia nos hace pensar que no son elegibles para ningún otro programa médico. Para verificar si esto es correcto, necesitamos información adicional. Por favor responda a las **Preguntas** (en las páginas 2 y 3) para cada persona nombrada a continuación.

Nota: Si necesita ayuda, por favor llame o lleve este formulario a su oficina local de Servicios a la Comunidad para que le ayuden. (Una oficina CSO se llama también a veces oficina de asistencia pública o Oficina de Servicios a la Comunidad).

Preguntas

Escriba el *nombre* de la persona mencionada en la página 1 para cualquier pregunta que se aplique a ella. Asegúrese de incluir la información aunque usted ya la haya proporcionado a su Oficina de Servicios a la Comunidad (oficina de asistencia pública). Envíe copias de cualquier papel o documento que tenga.

1) ¿Tiene ahora papeles o documentos de inmigración alguna persona que fue mencionada en la página 1?
No _____ Sí _____ Si es *Sí*, escriba el nombre del miembro del hogar. Por favor incluya la fecha en que se recibió por primera vez la situación de inmigración.

2) ¿Ha vivido alguna persona nombrada en la página 1 en los Estados Unidos desde *antes* del día 22 de agosto de 1996?
No _____ Sí _____ Si es *Sí*, escriba el nombre del miembro del hogar. (No importa si vino con o sin documentos o pasaporte.)

3) ¿Es algún miembro de la familia nombrado en la página 1 ciudadano de los Estados Unidos?
No _____ Sí _____ Si es *Sí*, escriba el nombre del miembro del hogar.

4) ¿Es algún miembro de la familia que *no ha sido* nombrado en la página 1 ciudadano de los Estados Unidos?
No _____ Sí _____ Si es *Sí*, escriba el nombre del miembro del hogar.

5) ¿Ha vivido alguna persona mencionada en la página 1 con alguien que le estaba abusando mentalmente o físicamente?
No _____ Sí _____ Si es *Sí*, escriba el nombre del miembro del hogar.

¿Han hecho ellos una solicitud para documentos de inmigración? No ____ Sí ____

Continúa en la página siguiente

Situación de Inmigración y Cobertura Médica Disponible

Usted ha recibido una notificación indicando que su cobertura médica terminará. Si está en el grupo #1 o 2 de abajo, póngase en contacto con su Oficina de Servicios a la Comunidad local (CSO o la oficina de asistencia pública) para darles copias de sus documentos a fin de seguir recibiendo cobertura médica. **Si no está en el grupo 1 o 2, asegúrese de llenar la solicitud para Basic Health.**

Grupo 1.

Si su situación de Inmigración corresponde a una de las siguientes, puede mantener su cobertura médica de DSHS (sin importar cuándo vino a los Estados Unidos).

- Ciudadanos de los Estados Unidos (incluyendo a niños residentes permanentes legales de un ciudadano) y nacionales (personas que han nacido en Samoa Americana, Isla de Swain, y residentes de las Islas Marianas del norte)
- Asilado
- Refugiado
- Personas a las que se les extendió el plazo de deportación o el alejamiento
- Residentes legales permanentes que ingresaron como entrantes amerasiáticos
- Entrantes cubanos o haitianos.
- Indios americanos nacidos en Canadá y que no son ciudadanos

NOTA: Si usted es asilado, refugiado o entrante cubano o haitiano, puede mantener su cobertura médica, aunque se convierta en residente legal permanente.

Grupos 2 y 3 al reverso

Situación de Inmigración y Cobertura Médica Disponible (continúa)

Grupo 2

Usted puede mantener su cobertura médica si su situación corresponde a una de las siguientes **Y** si llegó a los Estados Unidos antes del día 22 de agosto de 1996. (No importa si vino o no con documentos o pasaporte).

- Residentes legales permanentes
- Personas que tienen un período de libertad condicional de por lo menos un año (libertad condicional en interés del público)
- Personas (y sus niños) que hayan presentado ciertas solicitudes de inmigración y que sean víctimas de violencia doméstica.
- Entrantes condicionales (clasificación para refugiados antes de 1980, todos los que ingresaron antes del día 8/22/96)

NOTA: Si usted es miembro de cualquiera de estos grupos y es también miembro o veterano de las fuerzas armadas de los Estados Unidos (incluyendo cónyuges y niños dependientes no casados), puede mantener su cobertura médica, sin importar cuándo ingresó.

Y: Si llegó a los Estados Unidos **el día o antes del día 22 de agosto de 1996**, puede mantener su cobertura médica si **han transcurrido cinco años** desde que consiguió esta situación.

Grupo 3.

Grupo 3. Si no está en una situación mencionada en los Grupos 1 o 2, por ejemplo, si es indocumentado, no tendrá cobertura médica de DSHS después del día 30 de septiembre. Haga su solicitud para Basic Health, pero también informe a la oficina de asistencia pública que usted corresponde a algo de lo siguiente:

- Embarazada
- Tiene una emergencia médica
- Está incapacitado