



STATE OF TENNESSEE
DEPARTMENT OF FINANCE AND ADMINISTRATION
DIVISION OF HEALTH CARE FINANCE AND ADMINISTRATION
BUREAU OF TENNCARE

**FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD PRESUNTA
PARA RECIÉN NACIDO**

Si usted no tiene TennCare, utilice esta hoja para solicitar TennCare para su recién nacido

Nombre de la madre _____
Nombre Segundo nombre Apellido

SSN _____ **Fecha de nacimiento** _____
(no es obligatorio)

Dirección _____, TN _____
Calle Ciudad Código postal

Número de teléfono _____ **o** _____

Nombre del bebé _____
Nombre Segundo nombre Apellido

SSN _____ **Fecha de nacimiento** _____
(no es obligatorio)

Sexo del bebé _____ **Condado en el que vive** _____

¿Su recién nacido es ciudadano de Estados Unidos o inmigrante elegible? Sí o No

¿Cuántas personas viven en su hogar? (inclúyase a usted, su cónyuge, su bebé y sus hijos) _____

¿Cuál es el ingreso mensual de su familia antes de impuestos? (incluya sueldos, salarios, ingresos por cuenta propia, desempleo, pensión alimenticia y pagos de SSDI. **No** incluya pagos de SSI ni manutención de menores)
\$ _____ por mes

Plan de seguro médico (elija uno) **BlueCare AmeriGroup United Health Care (UHC)**

SOLICITANTE: Quiero solicitar Medicaid para mi bebé sobre la base de las reglas de TennCare para los recién nacidos. Entiendo que TennCare está utilizando **únicamente** la información proporcionada en esta hoja para decidir si mi bebé puede recibir TennCare. Sé que si miento con el propósito de obtener TennCare para mi bebé, me podrían multar o podría ir a la cárcel. Sé que debo solicitar TennCare en www.healthcare.gov a más tardar a finales del próximo mes o mi bebé a perderá la cobertura. Si mi bebé no califique, sé que puedo solicitar TennCare y otros programas en www.healthcare.gov. Al firmar abajo, afirmo que esta información es verdadera y correcta a mi mejor saber y entender.

Firma del solicitante

Fecha

HOSPITAL OR BIRTHING CENTER: By signing, you are attesting that you have accurately recorded the information provided by the applicant and made a determination based on that information. You have also told applicant of your determination. If approved, you have told the applicant to apply for TennCare at www.healthcare.gov by the end next month; if they do not apply by this time, the baby may lose eligibility. If denied, you have explained that the applicant can also apply at www.healthcare.gov for TennCare and other programs. Whether approved or denied, you have given them an application form.

Employee Signature **and** Name of Hospital or Birthing Center

Date

Cómo solicitar TennCare para su recién nacido

En esta página explica cómo solicitar TennCare para su bebé recién nacido si usted (la madre) aún no tiene TennCare. TennCare inscribirá a su bebé si:

1. Su familia vive en Tennessee;
2. Su bebé es ciudadano de Estados Unidos o inmigrante elegible*;
3. Su bebé es menor de 12 meses de edad; y
4. Los ingresos de su familia están en o por debajo de los límites indicados en la siguiente tabla:

Límite de ingresos de TennCare para mujeres embarazadas/de recién nacidos (2016)

Número de integrantes de la familia	Ingreso anual	Ingreso mensual
2	\$ 32,040	\$ 2,670
3	\$ 40,320	\$ 3,360
4	\$ 48,600	\$ 4,050
5	\$ 56,880	\$ 4,740
6	\$ 65,160	\$ 5,430
7	\$ 73,460	\$ 6,122
8	\$ 81,780	\$ 6,815

*Pídale al hospital o centro de maternidad que le expliquen cuáles inmigrantes pueden ser elegibles.

Nota: ¿Su ingreso es demasiado alto para TennCare? Es posible que califique para otro seguro médico. Usted puede solicitarlo en www.healthcare.gov. Pida en el hospital o centro de maternidad que le ayuden.

Si desea presentar la solicitud para TennCare para su bebé, complete esta hoja. **No se olvide de firmar y anotar la fecha.** Luego, entréguesela al personal del hospital o centro de maternidad. Lea estos consejos:

Número de Seguro Social (SSN)	<i>Opcional:</i> Incluya el SSN del bebé y de la madre, si los tiene.
Número de integrantes de la familia	Díganos el número total de personas de su familia que viven con usted. Cuente a su cónyuge, a su recién nacido y a sus otros hijos.
Ingreso mensual	Díganos cuánto es el ingreso mensual total de su familia antes de impuestos. Incluya sueldos, salarios e ingresos por cuenta propia. También incluya el desempleo, pensión alimenticia que reciba y SSDI. No incluya SSI ni manutención de los hijos.
Plan de seguro médico	Elegir un plan de salud (AmeriGroup, BlueCare, o United Health Care).

Si su bebé es elegible para TennCare, el nuevo plan de seguro médico le enviará una tarjeta para su bebé.

Notice to Hospitals and Birthing Centers:

A trained employee (but not contractor) of qualified hospitals and birthing centers may help applicants to complete this form. However, **the applicant must sign and date the form** before the employee makes a determination. The employee shall determine newborn presumptive eligibility by comparing household size and household income to see whether the newborn is at or below the TennCare income limit in the table above. After explaining the determination and next steps to the applicant, **the employee shall sign the form**. Qualified hospitals and birthing centers shall transmit approvals within five (5) days in the manner and format required by the State. Visit the providers tab at www.tn.gov/tenncare for more information. Qualified hospitals and birthing centers shall retain this form for seven (7) years.