

Miembro de la Familia Indio Americano o Nativo de Alaska (AI/AN)

Complete este apéndice si usted o un miembro de su familia es Indio Americano o Nativo de Alaska. Presente con este documento su Solicitud para la Cobertura Médica y Ayuda para el Pago de Costos.

Díganos sobre el (los) (miembro(s) de la familia Indios Americanos o Nativos de Alaska.

Los Indios Americanos y Nativos de Alaska pueden obtener los beneficios de los Servicios de Salud para Nativo Americanos, los programas de salud tribales o los programas de salud urbanos para Nativo Americanos. Es posible que tampoco tengan que pagar parte del costo y puedan conseguir períodos especiales cada mes para su inscripción. Responda las preguntas siguientes para asegurarse que su familia reciba la mayor ayuda posible.

NOTA: Si tiene que incluir a más personas, haga una copia de esta página y adjúntela..

	AI/AN PERSONA 1	AI/AN PERSONA 2	AI/AN PERSONA 3	AI/AN PERSONA 4
1. Nombre (Nombre, Apellidos)	Primer nombre	Primer nombre	Primer nombre	Primer nombre
	Segundo nombre	Segundo nombre	Segundo nombre	Segundo nombre
	Apellido	Apellido	Apellido	Apellido
2. ¿Miembro de una tribu federalmente reconocida?	<input type="checkbox"/> Sí Nombre de la tribu _____	<input type="checkbox"/> Sí Nombre de la tribu _____	<input type="checkbox"/> Sí Nombre de la tribu _____	<input type="checkbox"/> Sí Nombre de la tribu _____
	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No
3. ¿Alguna vez esta persona ha recibido un servicio del Servicio de Salud para Nativo Americanos, de un programa de salud tribal, o un programa de salud urbano para Nativo Americanos, o mediante una referencia de uno de estos programas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si no, ¿Es elegible esta persona para obtener los servicios del Servicio de Salud para Nativo Americanos, de los programas salud tribales, o programas de salud urbanos para Nativo Americanos, o mediante una referencia de uno de estos programas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si no, ¿Es elegible esta persona para obtener los servicios del Servicio de Salud para Nativo Americanos, de los programas salud tribales, o programas de salud urbanos para Nativo Americanos, o mediante una referencia de uno de estos programas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si no, ¿Es elegible esta persona para obtener los servicios del Servicio de Salud para Nativo Americanos, de los programas salud tribales, o programas de salud urbanos para Nativo Americanos, o mediante una referencia de uno de estos programas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si no, ¿Es elegible esta persona para obtener los servicios del Servicio de Salud para Nativo Americanos, de los programas salud tribales, o programas de salud urbanos para Nativo Americanos, o mediante una referencia de uno de estos programas?
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4. Es posible que cierta cantidad de dinero recibida no cuente para Medicaid o el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP). Indique todos los ingresos (cantidad y frecuencia) reportados en su solicitud que incluyan las cantidades de esas fuentes: <ul style="list-style-type: none"> • Pagos per cápita de una tribu que provienen de recursos naturales, derechos de uso, rentas o regalías • Pagos de recursos naturales, agrícolas, ranchos, pesca, rentas o regalías de la tierra designada como fideicomiso de Indios por el Departamento del Interior (incluyendo reservas y anteriores reservas) • Dinero de la venta de cosas que tienen un significado cultural 	\$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____	\$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____	\$ \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____	\$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
5. Esta persona tiene una tarjeta tribal activa (por favor marque aquí)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

¿NECESITA AYUDA CON SU APLICACIÓN? si usted tiene alguna pregunta, por favor llame a **ALLKIDS** a nuestra línea gratuita al **1-888-373-KIDS (5437)** de lunes a viernes de 7:30 hasta las 5:00 pm CST para hablar con un representante de servicio al cliente. También usted puede llamar a la agencia de **Medicaid de Alabama** al **1-800-362-1504**. Usted puede dejarnos un mensaje en cualquier momento o enviarnos un correo electrónico a **ALLKids@adph.state.al.us**.

