TN Division of Health Care Finance & Administration

Portada de la Solicitud para Elegibilidad Presuntiva de Hospital

*Complete esta página **y** la solicitud para el Mercado de Seguros si usted NO tiene TennCare.*

Usted está solicitando TennCare **provisional**. Esto le permitirá obtener seguro médico inmediatamente. Usted puede calificar para TennCare provisional si:

- Vive en Tennessee Y
- Sus ingresos están por debajo del límite mensual Y
- Usted es ciudadano de Estados Unidos o inmigrante elegible Y
- Usted todavía no tiene Medicaid Y
- Usted pertenece a uno de los grupos que califia para elegibilidad presuntiva para TennCare Y
- Usted no ha tenido elegibilidad presuntiva para TennCare en los últimos dos años naturales. O, si está embarazada, usted no ha tenido elegibilidad presuntiva para TennCare durante este embarazo.

Tiene que firmar esta página para presentar la solicitud. Y debe completar y firmar la solicitud para el Mercado de Seguros*. El hospital le ayudará con esto. El hospital también le ayudará a enviar la solicitud para conservar TennCare. Estas preguntas son opcionales para el TennCare provisional:

Paso 1: #16 y 17 opcionales
Paso 2: #6, 7, 9, 10, 12, parte de 13 (tiene que contestar la primera pregunta), 14, 17, 19-22, 25, 26, 29, 32 y 33 opcionales
Paso 3-4: opcional
Apéndices A-D: todos opcionales

PERO, contestar estas preguntas podría ayudarle a conservar TennCare. Por favor contéstelas si puede.

SOLICITANTE: Quiero solicitar TennCare provisional sobre la base de las reglas de TennCare. Entiendo que TennCare utilizará la información de esta hoa y de mi solicitud para el Mercado de Seguros para decidir si puedo obtener TennCare. Yo sé que si miento a propósito para obtener TennCare, podría ser multado o ir la cárcel. Yo sé que también debo enviar my solicitud para el Mercado de Seguros o presentar mi solicitud para TennCare en www.healthcare.gov antes del final del próximo mes o perderé la cobertura. Si no califico, sé que puedo presentar la solicitud para TennCare y otros programas en www.healthcare.gov. Al firmar abajo, afirmo que esta información es verdadera y correcta a mi saber y entender. **Recuerde: También debe firmar la solicitud para el Mercado de Seguros para solicitar TennCare Medicaid continuo.**

_____ _____
Firma del solicitante Fecha

HOSPITAL: By signing, you attest that you have accurately recorded the information provided by the applicant and made a determination based on that information. You have also told the applicant of your determination. You have offered to mail the Marketplace Application or to help the applicant apply online for ongoing TennCare. You have told the applicant to do this by the end of next month; if the applicant does not apply for ongoing TennCare by this time, you have told the applicant that he or she may lose eligibility. If denied, you have explained that the applicant can still send in the Marketplace Application or apply again at www.healthcare.gov for TennCare and other programs.

ADJUNTO REQUERIDO: Solicitud para el Mercado de Seguros

_____ _____ _____
Employee Signature Name of Hospital Date

* The Marketplace Application is also in Spanish at https://marketplace.cms.gov/applications-and-forms/marketplace-consumer-application-family-instructions-spanish.pdf. More information about applying for ongoing TennCare is at https://www.healthcare.gov/apply-and-enroll/how-to-apply/.
REQUIRED ATTACHMENT: Marketplace Application