



APÉNDICE C

Indígena estadounidense o nativo de Alaska (AI/AN)

Complete este apéndice si usted o un miembro de su familia es indígena estadounidense o nativo de Alaska. Presente este documento con su solicitud para cobertura de salud

Infórmenos sobre el/los miembro(s) de su familia que sea(n) indígena(s) estadounidense(s) o nativo(s) de Alaska.

Los indígenas estadounidenses y nativos de Alaska pueden obtener servicios de los Servicios de Salud para Indígenas, programas de salud tribal o programas de salud indígena urbanos. También existe la posibilidad de que no deban pagar costos compartidos y obtengan períodos de inscripción especiales. Responda las siguientes preguntas para asegurarse de que su familia obtenga la mayor cantidad de ayuda posible.

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

	PERSONA 1 INDÍG. ESTAD./NAT. ALASKA	PERSONA 2 INDÍG. ESTAD./NAT. ALASKA
1. Nombre (Nombre, inicial 2º, apellido)	Primer nombre Inicial 2º Apellido	Primer nombre Inicial 2º Apellido
2. ¿Es miembro de una tribu reconocida a nivel federal?	<input type="checkbox"/> Sí Si respondió Sí, nombre de la tribu y estado _____ <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí Si respondió Sí, nombre de la tribu y estado _____ <input type="checkbox"/> No
3. ¿Esta persona alguna vez recibió un servicio de salud del Servicio de Salud Indígena, un programa de salud tribal o un programa de salud indígena urbano o a través de una referencia de uno de esos programas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió No, ¿Esta persona es elegible para recibir servicios de salud del Servicio de Salud Indígena, un programa de salud tribal o un programa de salud indígena urbano o a través de una referencia de uno de esos programas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió No, ¿Esta persona es elegible para recibir servicios de salud del Servicio de Salud Indígena, un programa de salud tribal o un programa de salud indígena urbano o a través de una referencia de uno de esos programas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4. Ciertos montos de dinero recibidos podrían no contarse para Medicaid o el Programa de Seguro Médico para los Niños de Kentucky (KCHIP). Indique cualquier ingreso (monto y frecuencia) reportado en su solicitud que incluya dinero de estas fuentes: <ul style="list-style-type: none"> • Pagos per cápita de una tribu que provienen de recursos naturales, derechos de uso, alquileres o regalías • Pagos provenientes de recursos naturales, actividades en granjas, actividades en ranchos, pesca, alquileres o regalías de tierras designadas como tierra indígena en fideicomiso por el Departamento del Interior (incluidas reservas y antiguas reservas) • Dinero de la venta de cosas que tienen importancia cultural 	\$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____	\$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

Si necesita ayuda con su solicitud, o para presentar la solicitud más rápido en internet, vaya a www.kynect.ky.gov o llame al **1-855-4kynect (459-6328)**. Para recibir ayuda en español, llame gratis al 1-855-4kynect (459-6328).