



**DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS DE MARYLAND
DEPARTAMENTO DE SALUD E HIGIENE MENTAL DE MARYLAND
SOLICITUD DE ASISTENCIA MÉDICA PARA CUIDADOS A LARGO
PLAZO/EXENCIÓN**

Lista de verificación de los artículos necesarios para su solicitud de cuidados a largo plazo / exención
(Conserve esta página para sus registros)

ENVÍE PRUEBAS Si aún no recibe asistencia médica para cuidados a largo plazo, necesitamos los elementos que se enumeran a continuación para procesar su solicitud. Envíe tantos elementos como pueda con esta aplicación. Envíe copias, **no envíe los originales**. En algunos casos, es posible que tengamos que solicitar documentos adicionales que no se enumeran a continuación. En ese caso, le daremos tiempo para proporcionar los documentos adicionales.

NO ESPERE PARA ENVIAR SU SOLICITUD

Si no tiene copias de todos los documentos enumerados, envíe todas las copias que tenga cuando presente la solicitud. Es importante presentar la solicitud lo antes posible. Le daremos más tiempo para enviar los documentos adicionales que sean necesario.

Si usted o su cónyuge vendieron, intercambiaron, donaron o se deshicieron de cualquier propiedad, vehículo motorizado, acciones, bonos, efectivo u otros activos en los últimos cinco (5) años, deberá proporcionar lo siguiente:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Tipo de activo | <input type="checkbox"/> Motivo de la transferencia |
| <input type="checkbox"/> Valor del activo | <input type="checkbox"/> Quién recibió el activo |
| <input type="checkbox"/> Importe recibido por el activo | |

Si desea saber si su cónyuge puede conservar parte de sus ingresos mensuales, proporcione:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ingresos brutos mensuales del cónyuge | <input type="checkbox"/> Factura del impuesto a la propiedad |
| <input type="checkbox"/> Cuotas de condominio | <input type="checkbox"/> Alquiler |
| <input type="checkbox"/> Hipoteca | <input type="checkbox"/> Factura de electricidad |
| <input type="checkbox"/> Renta de lote | |

Se necesitan los siguientes elementos de usted y su cónyuge para determinar si cumple con los requisitos para recibir asistencia médica de cuidados a largo plazo:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Declaraciones de impuestos federales para el año en curso y los cuatro años anteriores (incluya todos los formularios y anexos). Puede obtener un registro de cuenta del Servicio de Impuestos Internos (IRS, en inglés) de forma gratuita llamando al 1-800-908-9946 si no se pueden localizar sus declaraciones de impuestos federales. | <input type="checkbox"/> Ingresos mensuales brutos actuales de todas las fuentes, incluidos los siguientes:
<input type="checkbox"/> Pensiones del Departamento de Asuntos de Veteranos (VA, en inglés)
<input type="checkbox"/> Jubilación ferroviaria
<input type="checkbox"/> Pensiones
<input type="checkbox"/> Anualidades |
| <input type="checkbox"/> Estados bancarios y financieros de todas las cuentas de propiedad y copropiedad:
<input type="checkbox"/> Mes actual (mes de la solicitud)
<input type="checkbox"/> Mes anterior (mes previo a la solicitud)
<input type="checkbox"/> Los últimos cinco años del mes de aniversario de la solicitud | <input type="checkbox"/> Valor nominal y en efectivo de las pólizas de seguro de vida (estado anual actual) |
| <input type="checkbox"/> Estado actual de cuentas de jubilación | <input type="checkbox"/> Estado de cuenta actual de las cuentas funerarias |
| <input type="checkbox"/> Estado actual de Cuenta Individual de Jubilación (IRA, en inglés) o cuentas Keogh | <input type="checkbox"/> Escrituras de lote de entierro |
| <input type="checkbox"/> Estados actuales de:
<input type="checkbox"/> Acciones
<input type="checkbox"/> Bonos
<input type="checkbox"/> Fondos del mercado monetario
<input type="checkbox"/> Fondos mutuos, bonos del Tesoro u otros valores
<input type="checkbox"/> Certificados | <input type="checkbox"/> Escrituras de propiedad vitalicia
<input type="checkbox"/> Pagarés
<input type="checkbox"/> Pagarés hipotecarios y escrituras hipotecarias
<input type="checkbox"/> Fideicomisos (incluidos apéndices, anexos, cuentas anuales y enmiendas de los últimos cinco años) |
| | <input type="checkbox"/> Tarjetas de seguro de salud privadas, incluida la de Medicare (copia de ambos lados) |
| | <input type="checkbox"/> Montos de las primas del seguro de salud |
| | <input type="checkbox"/> Poder notarial o documentos de tutela legal (si corresponde) |

**Continúe respondiendo completamente todas las preguntas de la solicitud adjunta.
Si necesita más espacio para completar la solicitud, adjunte hojas adicionales.**

Página en blanco



DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS DE MARYLAND
DEPARTAMENTO DE SALUD E HIGIENE MENTAL DE MARYLAND
SOLICITUD DE ASISTENCIA MÉDICA PARA CUIDADOS A LARGO
PLAZO/EXENCIÓN

Fecha de firma de la solicitud
 Recibida en el departamento local
**DEBE ESTAR SELLADA CON
 FECHA**

PARA USO EXCLUSIVO DEL TRABAJADOR <i>Esta parte es para uso de nuestro personal. Continúe con la sección A.</i>	Oficina del Departamento Local de Servicios Sociales (LDSS, en inglés)	Programas solicitados o que reciben aplicaciones	Identificación de la Unidad de Asistencia Identificación del cliente
	Nombre del trabajador		
	Fecha de solicitud		
	Grupo de cobertura médica del programa _____ Identificación de la Unidad de Asistencia (AU, en inglés) _____		

SECCIÓN A: SELECCIÓN DE BENEFICIOS *Díganos qué beneficios desea y qué beneficios ya recibe.*

Solicito lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Atención a largo plazo <input type="checkbox"/> Exención 	¿Necesita asistencia médica para las facturas médicas incurridas en los últimos 3 meses? <i>En caso afirmativo, deberá proporcionar copias de las facturas a su gestor de caso.</i> <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Díganos si actualmente recibe otra ayuda. Actualmente recibo: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Asistencia médica N.º de identificación _____ <i>Si ya recibe asistencia médica, proporcione su número de identificación.</i> <input type="checkbox"/> Asistencia en efectivo <input type="checkbox"/> Cupones de alimentos <input type="checkbox"/> Otro, enumere: _____ <i>Si recibe algún otro beneficio, enumere todos los beneficios aquí.</i> 	

SECCIÓN B: INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE *Cuéntenos sobre usted.*

Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Sufijo	Apellido de soltera/o u otro nombre
_____	_____	_____	_____	_____
				<i>(Jr., Sr., etc.)</i>
Número de Seguro Social: <i>Si tiene un número de Seguro Social, escríbalo aquí.</i> _____		N.º de Seguro Social adicional: <i>Si tiene un número de Seguro Social adicional, escríbalo aquí.</i> _____		
Fecha de nacimiento: (mes,día,año) _____		Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		

SECCIÓN B: INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE (continuación)

Etnia <i>Opcional</i>		Raza <i>Opcional: elija todos los códigos de raza que se apliquen en su caso.</i>	
<input type="checkbox"/> 1 - Hispana o latina <input type="checkbox"/> 2 - No hispano o latino		<input type="checkbox"/> 1 - Nativo americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> 2 - Asiático <input type="checkbox"/> 3 - Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> 4 - Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> 5 - Blanco	
<i>No tiene que dar información sobre su raza u origen étnico. Si lo hace, ayudará a demostrar que cumplimos con la Ley Federal de Derechos Civiles. No utilizaremos esta información para decidir si usted es elegible. Si no especifica su raza, no afectará su solicitud. El gestor de caso ingresará un código de raza solo con fines estadísticos. El Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 nos permite solicitar esta información.</i>			
¿Es usted residente de Maryland? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo	
¿Está recibiendo beneficios de asistencia médica (Medicaid) de otro estado? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		En caso afirmativo, indique el estado: _____	
¿Es usted ciudadano estadounidense? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <i>Si respondió NO, complete la SECCIÓN C: ESTADO MIGRATORIO, a continuación.</i>		¿Cuál es su lengua materna? _____ ¿Necesita un intérprete? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
Si no está registrado para votar, ¿le gustaría recibir un formulario de registro de votantes? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Ya está registrado para votar			

SECCIÓN C: ESTADO MIGRATORIO (SOLO PARA NO CIUDADANOS)

ENVÍE PRUEBAS Envíe una fotocopia del anverso y reverso de su tarjeta del Servicio de Inmigración y Naturalización (INS, en inglés).

¿Cuál es su estado de INS actual? _____	¿En qué fecha recibió su estado de INS? ____/____/____	¿Es un inmigrante patrocinado? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿Cuál es su país de origen? _____
¿Cuándo ingresó a los Estados Unidos? ____/____/____	¿Cuál es su Número de INS? _____	Si es un refugiado, indique su Agencia de Reasentamiento de Refugiados: _____	

SECCIÓN D: DIRECCIÓN ACTUAL DEL HOGAR O INSTITUCIÓN/CUIDADO A LARGO PLAZO

CENTRO: *Cuéntenos sobre su centro de atención a largo plazo, si vive en uno.*

Si vive en un centro, ¿cuál es el nombre del establecimiento?	¿Cuál es la dirección de su casa o la dirección de su centro? Calle _____
¿En qué fecha ingresó al centro? _____/_____/_____	Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ N.º de teléfono _____ N.º de teléfono celular _____ ¿Es esta su dirección postal? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si marcó NO, proporcione su dirección postal en la sección V.
¿Tiene (solicitante/beneficiario) la intención de regresar a casa? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿Tiene (solicitante/beneficiario) la intención de regresar a casa dentro de los 6 meses? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

SECCIÓN E: DIRECCIONES ANTERIORES: *Díganos dónde ha vivido durante los últimos cinco años.*

Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____	¿Eran usted o su cónyuge propietarios de esta casa? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____	¿Eran usted o su cónyuge propietarios de esta casa? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____	¿Eran usted o su cónyuge propietarios de esta casa? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____	¿Eran usted o su cónyuge propietarios de esta casa? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

SECCIÓN F: REPRESENTANTE AUTORIZADO: *¿Autoriza a alguien para que lo represente en esta solicitud? Si es así, cuéntenos sobre su representante autorizado.*

Primer nombre _____	Segundo nombre _____	Apellido _____	Sufijo _____ <i>(Jr., Sr., III, etc.)</i>
Dirección _____			
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____			

SECCIÓN F: REPRESENTANTE AUTORIZADO (continuación)

<input type="checkbox"/> N.º de teléfono de casa _____	¿Qué relación tiene el representante autorizado con usted?
<input type="checkbox"/> N.º de teléfono celular _____	
<input type="checkbox"/> N.º de teléfono del trabajo _____	
<i>Si la respuesta es cónyuge, complete la siguiente pregunta:</i>	
¿Son usted o su cónyuge propietarios de esta casa? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
Si el representante autorizado es su cónyuge, proporcione su número de Seguro Social: _____	

SECCIÓN G: INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE: *Cuéntenos sobre su cónyuge. Deje esta sección en blanco si su cónyuge aparece como su Representante Autorizado en la sección F.*

Apellido _____	Primer nombre _____	Segundo nombre _____	Sufijo _____	Apellido de soltera/o u otro nombre _____
(Jr., Sr., etc.)				
N.º de Seguro Social del cónyuge _____				
Calle _____				¿Son usted o su cónyuge dueños de esta casa? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Ciudad _____	Estado _____	Código postal _____		
N.º de teléfono _____				

SECCIÓN H: DISCAPACIDAD: *Cuéntenos sobre su discapacidad, si tiene una.*

¿Tiene usted una discapacidad? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿Cuál es su discapacidad?	
En caso afirmativo, ¿cuándo comenzó la discapacidad? _____/_____/_____	_____	

	Monto de la prima	
¿Recibe Medicare Parte A? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	\$ _____	ENVÍE PRUEBAS <i>Envíe comprobantes de los montos de prima que paga</i>
¿Recibe Medicare Parte B? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	\$ _____	
¿Recibe Medicare Parte C? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	\$ _____	
¿Recibe Medicare Parte D? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	\$ _____	
En caso afirmativo, proporcione su número de reclamación de Medicare: _____		

SECCIÓN I: INFORMACIÓN DE VETERANO: *Si usted es un veterano, viudo o un hijo con discapacidades de un veterano fallecido, complete esta sección:*

ENVÍE PRUEBAS *Envíe una fotocopia del anverso y reverso de su tarjeta de servicio militar.*

Nombre del veterano	Relación con el veterano	Condición de veterano	Número de servicio militar

SECCIÓN J: SEGURO DE SALUD: *Si el solicitante/beneficiario está asegurado, complete esta sección: Si tiene más de una póliza, coloque información adicional en la sección V.*

ENVÍE PRUEBAS *Envíe una fotocopia del anverso y reverso de su o sus tarjetas de seguro y el comprobante de los montos de primas que paga.*

Número de póliza	Número de grupo	Nombre del titular de la póliza
Relación con el titular de la póliza	Fechas de vigencia de la póliza Desde: _____ Hasta: _____	
Dirección del titular de la póliza Calle _____		
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Teléfono _____		
Compañía de seguros Nombre de la compañía de seguros _____		
Calle _____		
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Teléfono _____		
Sindicato Nombre del sindicato _____ Número de sección sindical _____		
Calle _____		
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Teléfono _____		

SECCIÓN K: INGRESOS POR TRABAJO: *Cuéntenos sobre cualquier ingreso que usted o su cónyuge estén recibiendo actualmente por trabajar, incluidos los pagos por licencia por enfermedad.*

ENVÍE PRUEBAS *Envíe copias de cualquier comprobante de pago, como un talón de pago. Si necesita espacio adicional para completar esta sección, utilice la sección V o adjunte hojas adicionales.*

Nombre del empleador _____		Tipo de trabajo _____	
Dirección del empleador _____			
Ciudad _____		Estado _____ Código postal _____	
N.º de teléfono _____			
Fecha de comienzo del trabajo _____	Fecha de finalización del trabajo _____	Salarios brutos por período de pago, incluidas propinas y comisiones. \$ _____ por _____	
Horas por período de pago _____	¿Con qué frecuencia se le paga? <input type="checkbox"/> cada semana <input type="checkbox"/> cada dos semanas <input type="checkbox"/> cada mes	Si el trabajo ha terminado, ¿cuál es su última fecha de pago prevista?	

SECCIÓN L: SUS BENEFICIOS Y OTROS INGRESOS: *Cuéntenos sobre cualquier ingreso o beneficio que esté recibiendo, haya solicitado o le hayan denegado.*

ENVÍE PRUEBAS *Envíe copias actuales de los estados de cuenta que verifiquen la cantidad bruta de ingresos que recibe.*

TIPO DE BENEFICIO O INGRESO	¿RECIBE INGRESOS O BENEFICIOS?	MONTO	ESTADO DE LA SOLICITUD	FECHA DE SOLICITUD O FECHA DE DENEGACIÓN
Seguro Social Escriba su número de reclamación:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	\$ _____	<input type="checkbox"/> Solicitado <input type="checkbox"/> Denegado	
Beneficio por enfermedad del pulmón negro	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	\$ _____	<input type="checkbox"/> Solicitado <input type="checkbox"/> Denegado	
Ingreso de Seguro Suplementario (SSI, en inglés) Escriba su número de reclamación:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	\$ _____	<input type="checkbox"/> Solicitado <input type="checkbox"/> Denegado	
Pensión/Beneficios para veteranos	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	\$ _____	<input type="checkbox"/> Solicitado <input type="checkbox"/> Denegado	
Pensión o jubilación	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	\$ _____	<input type="checkbox"/> Solicitado <input type="checkbox"/> Denegado	
Anualidad del servicio civil	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	\$ _____	<input type="checkbox"/> Solicitado <input type="checkbox"/> Denegado	
Beneficios de jubilación ferroviaria Escriba su número de reclamación:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	\$ _____	<input type="checkbox"/> Solicitado <input type="checkbox"/> Denegado	
Pensión alimenticia	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	\$ _____	<input type="checkbox"/> Solicitado <input type="checkbox"/> Denegado	

SECCIÓN L: SUS BENEFICIOS Y OTROS INGRESOS (continuación)

TIPO DE BENEFICIO O INGRESO	¿RECIBE INGRESOS O BENEFICIOS?	MONTO	ESTADO DE LA SOLICITUD	FECHA DE SOLICITUD O FECHA DE DENEGACIÓN
Compensación por accidentes de trabajo	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	\$	<input type="checkbox"/> Solicitado <input type="checkbox"/> Denegado	
Beneficios por discapacidad/enfermedad	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	\$	<input type="checkbox"/> Solicitado <input type="checkbox"/> Denegado	
Beneficios sindicales	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	\$	<input type="checkbox"/> Solicitado <input type="checkbox"/> Denegado	
Beneficios de desempleo	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	\$	<input type="checkbox"/> Solicitado <input type="checkbox"/> Denegado	
Montos de Efectivo en Pago Único	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	\$	<input type="checkbox"/> Solicitado <input type="checkbox"/> Denegado	
Intereses/dividendos de acciones, bonos, ahorros u otras inversiones	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	\$	<input type="checkbox"/> Solicitado <input type="checkbox"/> Denegado	
Ingresos de negocios	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	\$	<input type="checkbox"/> Solicitado <input type="checkbox"/> Denegado	
Otros (p. ej., <input type="checkbox"/> ingresos por alquiler <input type="checkbox"/> compensación por acuerdo legal)	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	\$	<input type="checkbox"/> Solicitado <input type="checkbox"/> Denegado	
Otros Describa:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	\$	<input type="checkbox"/> Solicitado <input type="checkbox"/> Denegado	

SECCIÓN M: ACTIVOS: *Brinde información sobre sus activos a partir del primer día de este mes. Marque SÍ o NO para cada TIPO DE ACTIVO. Si marca SÍ, complete las otras casillas. Enumere todos los activos que sean de su propiedad o de la de su cónyuge, ya sea de forma individual, conjunta o con otras personas. Si tiene más de un activo del mismo tipo, use las casillas "Otros" en la parte inferior de la lista.*

ENVÍE PRUEBAS *Envíe copias de los estados de cuenta actuales que verifiquen el valor de los activos.*

TIPO DE ACTIVO	MARQUE UNA	PROPIETARIO	MONTO	NÚMERO DE CUENTA	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN
Efectivo disponible	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		\$		
Cuenta corriente	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		\$		
Cuenta de ahorros	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		\$		
Cuenta en cooperativa de crédito	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		\$		
Fondo fiduciario	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		\$		
Cuenta IRA o Keogh	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		\$		
Otro tipo de cuentas de jubilación	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		\$		
Acciones y bonos	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		\$		

SECCIÓN M: ACTIVOS (continuación)

TIPO DE ACTIVO	MARQUE UNA	PROPIETARIO	MONTO	NÚMERO DE CUENTA	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN
Bonos del Tesoro u otros valores	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		\$		
Anualidad	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		\$		
Propiedad en una empresa	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		\$		
Cuenta de Fondos para Pacientes	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		\$		
Otros	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		\$		
Otros	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		\$		
Otros	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		\$		
Otros	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		\$		

SECCIÓN N: OTROS ACTIVOS: *Brinde información sobre cualquier otro activo que posea y cualquier otro activo que sea propiedad conjunta con otras personas. Esto podría incluir ganado, vehículos recreativos o cualquier otra propiedad de valor, como colecciones de antigüedades, monedas, joyas o estampillas.*

ENVÍE PRUEBAS *Envíe copias de los estados de cuenta o documentos actuales que establezcan el valor de mercado actual de los activos, así como el monto adeudado.*

TIPO DE ACTIVO	VALOR DE MERCADO ACTUAL	IMPORTE ACTUAL ADEUDADO	PROPIETARIO(S)
	\$	\$	
	\$	\$	

SECCIÓN O: ACTIVO O INGRESO POTENCIAL: *Cuéntenos sobre cualquier acuerdo por accidente, fondo fiduciario, herencia o cualquier otro dinero, propiedad, bienes inmuebles o asistencia que espere recibir.*

ENVIAR PRUEBAS *Envíe copias de los estados de cuenta o documentos actuales que describan la naturaleza, el monto y el calendario de pagos del activo.*

Tipo de activo	Nombre del abogado

SECCIÓN O: ACTIVO O INGRESO POTENCIAL (continuación)

Explicación	N.º de teléfono del abogado
Fecha prevista de recepción _____	

SECCIÓN P: BIENES INMUEBLES: Brinde información sobre cualquier bien inmueble que posea dentro o fuera del estado de Maryland.

ENVÍE PRUEBAS Envíe una copia de la escritura de cada propiedad. Envíe también copias de los documentos actuales que verifiquen el valor patrimonial de cada propiedad.

¿Usted o su cónyuge poseen o tiene algún interés legal en otro bien inmueble? SÍ NO

En caso afirmativo, responda las siguientes preguntas:

DIRECCIÓN DE LA PROPIEDAD	TIPO DE PROPIEDAD (MARQUE UNO)	VALOR DE MERCADO ACTUAL	MONTO ACTUAL ADEUDADO
	<input type="checkbox"/> Propiedad de alquiler <input type="checkbox"/> Propiedad de vacaciones <input type="checkbox"/> Tiempo compartido <input type="checkbox"/> Terreno vacío <input type="checkbox"/> Otros derechos de propiedad <input type="checkbox"/> Parcela de entierro	\$	\$
	<input type="checkbox"/> Propiedad de alquiler <input type="checkbox"/> Propiedad de vacaciones <input type="checkbox"/> Tiempo compartido <input type="checkbox"/> Terreno vacío <input type="checkbox"/> Otros derechos de propiedad <input type="checkbox"/> Parcela de entierro	\$	\$
	<input type="checkbox"/> Propiedad de alquiler <input type="checkbox"/> Propiedad de vacaciones <input type="checkbox"/> Tiempo compartido <input type="checkbox"/> Terreno vacío <input type="checkbox"/> Otros derechos de propiedad <input type="checkbox"/> Parcela de entierro	\$	\$
	<input type="checkbox"/> Propiedad de alquiler <input type="checkbox"/> Propiedad de vacaciones <input type="checkbox"/> Tiempo compartido <input type="checkbox"/> Terreno vacío <input type="checkbox"/> Otros derechos de propiedad <input type="checkbox"/> Parcela de entierro	\$	\$

SECCIÓN Q: SEGUROS DE VIDA Y PLANES FUNERARIOS: *Brinde información sobre cualquier seguro de vida o planes o fondos funerarios prepagados que posea. Enumere todas las pólizas y fondos, sin importar quién los pague.*

ENVÍE PRUEBAS *Envíe una copia de la página de declaración de cada póliza. Envíe también copias de los estados de cuenta actuales para verificar el valor en efectivo de cada póliza, si corresponde.*

VALOR NOMINAL ORIGINAL O VALOR DEL PLAN	VALOR EN EFECTIVO	TIPO DE PLAN	NÚMERO DE PÓLIZA O NÚMERO DE CUENTA	PROPIETARIO DE LA PÓLIZA	NOMBRE DE LA COMPAÑÍA, FUNERARIA O BANCO
\$	\$	<input type="checkbox"/> Seguro de vida <input type="checkbox"/> Plan funerario			
\$	\$	<input type="checkbox"/> Seguro de vida <input type="checkbox"/> Plan funerario			
\$	\$	<input type="checkbox"/> Seguro de vida <input type="checkbox"/> Plan funerario			

SECCIÓN R: TRANSFERENCIA DE ACTIVOS: *Brinde información sobre cualquier activo que haya vendido, intercambiado, donado o se haya deshecho en los últimos cinco años. Esto podría incluir bienes muebles e inmuebles, vehículos de motor, acciones, bonos, efectivo u otros activos.*

ENVÍE PRUEBAS *Envíe copias de los estados de cuenta o documentos actuales que verifiquen la fecha en que se transfirió el activo, el valor del activo en el momento de la transferencia y la cantidad que recibió por el activo transferido. Si necesita espacio adicional para completar esta sección, utilice la sección V o adjunte hojas adicionales.*

FECHA DE TRANSFERENCIA	TIPO DE ACTIVO	VALOR DEL ACTIVO AL MOMENTO DE LA TRANSFERENCIA	QUIÉN RECIBIÓ EL ACTIVO Y EL MOTIVO DE LA TRANSFERENCIA	MONTO RECIBIDO
				\$
				\$
				\$

SECCIÓN S: BENEFICIOS CONYUGALES Y OTROS INGRESOS: *Brinde información sobre cualquier ingreso o beneficio que su cónyuge esté recibiendo, haya solicitado o haya sido denegado.*

ENVÍE PRUEBAS *Envíe copias actuales de los estados de cuenta que verifiquen la cantidad bruta de ingresos que recibe su cónyuge.*

TIPO DE BENEFICIO	¿RECIBE BENEFICIOS?	MONTO	ESTADO DE LA SOLICITUD	FECHA DE SOLICITUD O FECHA DE DENEGACIÓN
Seguro Social Escriba su número de reclamación:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	\$	<input type="checkbox"/> Solicitado <input type="checkbox"/> Denegado	
Beneficio por enfermedad del pulmón negro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	\$	<input type="checkbox"/> Solicitado <input type="checkbox"/> Denegado	
Ingreso de Seguro Suplementario (SSI, en inglés) Escriba su número de reclamación:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	\$	<input type="checkbox"/> Solicitado <input type="checkbox"/> Denegado	

SECCIÓN S: BENEFICIOS CONYUGALES Y OTROS INGRESOS (continuación)

TIPO DE BENEFICIO	¿RECIBE BENEFICIOS?	MONTO	ESTADO DE LA SOLICITUD	FECHA DE SOLICITUD O FECHA DE DENEGACIÓN
Pensión/Beneficios para veteranos	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	\$	<input type="checkbox"/> Solicitado <input type="checkbox"/> Denegado	
Pensión o jubilación	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	\$	<input type="checkbox"/> Solicitado <input type="checkbox"/> Denegado	
A anualidad del servicio civil	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	\$	<input type="checkbox"/> Solicitado <input type="checkbox"/> Denegado	
Beneficios de jubilación ferroviaria Escriba su número de reclamación:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	\$	<input type="checkbox"/> Solicitado <input type="checkbox"/> Denegado	
Pensión alimenticia	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	\$	<input type="checkbox"/> Solicitado <input type="checkbox"/> Denegado	
Compensación por accidentes de trabajo	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	\$	<input type="checkbox"/> Solicitado <input type="checkbox"/> Denegado	
Beneficios por discapacidad/enfermedad	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	\$	<input type="checkbox"/> Solicitado <input type="checkbox"/> Denegado	
Beneficios sindicales	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	\$	<input type="checkbox"/> Solicitado <input type="checkbox"/> Denegado	
Beneficios de desempleo	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	\$	<input type="checkbox"/> Solicitado <input type="checkbox"/> Denegado	
Montos de Efectivo en Pago Único	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	\$	<input type="checkbox"/> Solicitado <input type="checkbox"/> Denegado	
Intereses/dividendos de acciones, bonos, ahorros u otras inversiones	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	\$	<input type="checkbox"/> Solicitado <input type="checkbox"/> Denegado	
Otros Describa:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	\$	<input type="checkbox"/> Solicitado <input type="checkbox"/> Denegado	
Otros Describa:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	\$	<input type="checkbox"/> Solicitado <input type="checkbox"/> Denegado	
Otros Describa:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	\$	<input type="checkbox"/> Solicitado <input type="checkbox"/> Denegado	

SECCIÓN T: NECESIDADES DEL CÓNYUGE (EMPOBRECIMIENTO DEL CÓNYUGE): Si

tiene un cónyuge vivo, complete esta sección. Enumere todos los bienes que posea en el mes en que el solicitante fue admitido en un centro de atención a largo plazo. Incluya todos los bienes de propiedad individual o conjunta del solicitante, o de propiedad individual o conjunta de su cónyuge.

ENVÍE PRUEBAS Envíe copias de los estados de cuenta que verifiquen el valor de los activos.

TIPO DE ACTIVO	MARQUE UNA	PROPIETARIO	MONTO	NÚMERO DE CUENTA	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN
Efectivo disponible	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		\$		
Cuenta corriente	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		\$		
Cuenta de ahorros	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		\$		

SECCIÓN T: EMPOBRECIMIENTO DEL CÓNYUGE (continuación)

TIPO DE ACTIVO	MARQUE UNA	PROPIETARIO	MONTO	NÚMERO DE CUENTA	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN
Cuenta en cooperativa de crédito	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		\$		
Fondo fiduciario	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		\$		
Cuenta IRA o Keogh	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		\$		
Otro tipo de cuentas de jubilación	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		\$		
Acciones y bonos	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		\$		
Certificados y Fondos del mercado monetario	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		\$		
Bonos del Tesoro u otros valores	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		\$		
Anualidad	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		\$		
Propiedad en una empresa	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		\$		
Otros	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		\$		
Otros	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		\$		
Otros	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		\$		

SECCIÓN U: ASIGNACIÓN RESIDENCIAL, CONYUGAL O PARA DEPENDIENTES

¿Usted o su cónyuge han estado en una institución/centro de atención a largo plazo en el pasado? SÍ NO

En caso afirmativo, proporcione lo siguiente:

Fecha de ingreso a la institución/
centro de atención a largo plazo _____ Nombre del centro _____

¿Tiene un cónyuge, un hijo menor de 21 años u otros familiares dependientes en el hogar? SÍ NO

En CASO AFIRMATIVO, complete la sección a continuación. Si necesita espacio adicional para los activos de los hijos y familiares dependientes en el hogar, utilice la sección V o adjunte hojas adicionales.

NOMBRE	RELACIÓN	EDAD	INGRESO MENSUAL BRUTO ENVÍE PRUEBAS	TIPO DE INGRESO	VALOR DEL ACTIVO ENVÍE PRUEBAS	TIPO DE ACTIVO
			\$		\$	

**SECCIÓN U: ASIGNACIÓN RESIDENCIAL, CONYUGAL O PARA DEPENDIENTES
(continuación)**

NOMBRE	RELACIÓN	EDAD	INGRESO MENSUAL BRUTO	TIPO DE INGRESO	VALOR DEL ACTIVO	TIPO DE ACTIVO
			ENVÍE PRUEBAS		ENVÍE PRUEBAS	
			\$ _____		\$ _____	
			\$ _____		\$ _____	

Si el solicitante/beneficiario tiene la intención de regresar a casa dentro de los seis meses y no tiene cónyuge, hijo menor de 21 años u otros familiares dependientes, complete la siguiente sección:

ENVÍE PRUEBAS *Proporcione sus estados de cuenta más recientes para verificar los gastos que enumera a continuación:*

Alquiler/hipoteca \$ _____	Servicios públicos \$ _____	Calefacción (si está separada de los servicios públicos) \$ _____	Impuestos sobre bienes inmuebles \$ _____
Seguro sobre la vivienda \$ _____	Cuotas de condominio \$ _____	Otros costos de vivienda (especificar) \$ _____	Otros costos de vivienda (especificar) \$ _____

SECCIÓN V: INFORMACIÓN ADICIONAL: *Utilice este espacio para cualquier información que no haya cabido en los espacios proporcionados en esta solicitud.*

SECCIÓN W: DECLARACIONES DE IMPUESTOS: *Brinde información sobre cualquier declaración de impuestos presentada por usted o su cónyuge en los últimos cinco años.*

¿Presentó usted o su cónyuge declaraciones de impuestos federales en los últimos cinco años? SÍ NO

ENVÍE PRUEBAS *Envíe copias de las declaraciones de impuestos federales del año en curso y de los cuatro años anteriores, incluidos todos los formularios y anexos.*

SECCIÓN X: GASTOS MÉDICOS PREVIOS A LA ELEGIBILIDAD (SERVICIOS NO CUBIERTOS):

Brinde información sobre cualquier factura médica impaga en la que haya incurrido en los últimos tres meses. Es posible que tenga derecho a deducciones de sus ingresos.

¿Tiene alguna factura médica impaga en la que haya incurrido en los últimos tres meses? SÍ NO

ENVÍE PRUEBAS *Si respondió que sí, proporcione una o más facturas médicas sin pagar, desglosadas y con fecha reciente en la o las que haya incurrido hasta tres meses antes de esta solicitud. La factura debe contener una fecha de servicio, un cargo y una descripción detallada de los servicios prestados. Adjunte copias de las facturas al formulario y envíelas con su solicitud de asistencia médica para cuidados a largo plazo. Si no tiene las facturas en el momento de enviar la solicitud, éstas se pueden enviar en una fecha posterior durante este proceso de solicitud.*

Marque una de las opciones SÍ o NO a continuación y firme donde haya indicado su elección:

SÍ, TENGO facturas médicas impagas de los últimos tres meses.

Envío copias de mis facturas con esta solicitud.

Enviaré copias de mis facturas en una fecha posterior durante este proceso de solicitud.

Firma: _____ (Solicitante)

Fecha: _____

Firma: _____ (Representante autorizado)

Fecha: _____

NO, NO TENGO facturas médicas pendientes de pago en este momento.

Firma: _____ (Solicitante)

Fecha: _____

Firma: _____ (Representante autorizado)

Fecha: _____



DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

COMPRENDO QUE TENGO LOS SIGUIENTES DERECHOS:

- **El Departamento no me puede discriminar.** Las leyes federales y estatales prohíben que el Departamento me discrimine por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad. Si creo que el Departamento me ha discriminado, puedo comunicarme con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos escribiendo a HHS, Director, Office for Civil Rights, Room 506-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 o llamando al 202619-0403 (voz) o 202-619-3257 (Dispositivo de Telecomunicación para Sordos [TDD, en inglés]).
- **Tengo derecho a la privacidad de mi información personal.** Proporciono información personal (que incluye, entre otros: nombre, dirección, fecha de nacimiento, número de Seguro Social, antecedentes de ingresos, antecedentes de empleo, antecedentes médicos) en esta solicitud de asistencia médica. El propósito de solicitar esta información personal es determinar mi elegibilidad para recibir asistencia médica. Si no proporciono esta información, el Departamento puede denegar mi solicitud de beneficios. Tengo derecho a inspeccionar, modificar o corregir esta información personal. El Departamento no permitirá la inspección de mi información personal ni la pondrá a disposición de terceros, excepto en la medida en que lo permitan las leyes federales y estatales. Entiendo, sin embargo, que el Departamento puede denegar mi solicitud de asistencia médica si no proporciono esta información.
- **Si se aprueba mi caso, el Departamento me proporcionará un aviso por escrito explicando mis beneficios.** El Departamento debe notificarme por escrito cuando cambie mis beneficios o determine que no soy elegible para recibir asistencia médica. Tengo 90 días a partir de la fecha de la notificación para solicitar una audiencia. Si ya recibo beneficios y solicito una audiencia dentro de los diez (10) días a partir de la fecha del aviso, puedo seguir recibiendo beneficios mientras espero la audiencia. Cualquier beneficio erróneo que reciba del Departamento debe ser devuelto al Departamento.
- **Tengo derecho a apelar ciertas acciones tomadas por el Departamento.** Puedo solicitar una audiencia si: mi solicitud de elegibilidad para asistencia médica es denegada; afirmo que la decisión del Departamento sobre los servicios de asistencia médica fue errónea; o, hubo un retraso en las acciones del Departamento relacionadas con mi solicitud. Puedo llamar al Departamento al 1-800-332-6347 para obtener ayuda para solicitar una audiencia. Soy responsable de proporcionar el motivo para solicitar una audiencia. En la audiencia, puedo hablar por mí mismo o puedo estar acompañado por un abogado, amigo o pariente que hable en mi nombre.

SI ACEPTO LA ASISTENCIA MÉDICA, ENTIENDO QUE AL FIRMAR ESTA SOLICITUD HAGO LO SIGUIENTE:

- **Autorización de pago:** autorizo que el pago bajo la Parte B de Medicare se realice directamente a los proveedores de atención médica y proveedores médicos.
- **Asignación de seguros de salud/pagos de terceros:** asigno todos los derechos, títulos e intereses de los pagos del seguro de salud que pueda tener al Departamento y le doy al Departamento el derecho de solicitar el pago del seguro de salud privado o público y de cualquier tercero responsable por los costos en los que incurra el Departamento por los beneficios que recibo en virtud de la asistencia médica. El Departamento puede solicitar el pago sin iniciar acción legal, siempre que no retenga más del monto pagado por asistencia médica. Me comprometo a reenviar de inmediato al Departamento cualquier pago de seguro de salud que reciba, incluidos los pagos recibidos por indemnización por accidente.
- **Acceso a los registros:** le doy al Departamento el derecho de inspeccionar, revisar y copiar todas las partes relevantes de mis registros médicos con el fin de determinar mi elegibilidad y determinar la pertinencia de los servicios recibidos a través del programa de asistencia médica.
- **Cooperación para la revisión de la calidad:** entiendo que el Departamento puede seleccionar mi caso para una verificación o auditoría aleatoria con fines de control de calidad. Acepto permitir que cualquier representante del Departamento me visite donde resido. Ayudaré plenamente al Departamento a obtener todas las pruebas necesarias de cualquier fuente.
- **Recuperación de patrimonio:** entiendo que el Departamento puede recuperar del patrimonio de un beneficiario de asistencia médica fallecido los pagos de asistencia médica realizados en su nombre en o después de que la persona cumpla 55 años. El Departamento puede únicamente recuperarlo si no hay cónyuge sobreviviente, hijo soltero menor de 21 años o hijo ciego o con discapacidades (casado o soltero) de cualquier edad.
- **Información de solicitud precisa y confidencial:** reconozco que debo proporcionar información verdadera, correcta y completa y proporcionar pruebas de esta información.

- **Número(s) de Seguro Social:** debo proporcionar mi número de Seguro Social (y el de mi cónyuge) como solicitante de asistencia médica. El Departamento utilizará el número o números de Seguro Social y otra información que yo proporcione para verificar la información que facilito para las revisiones del programa. El Departamento hará esto para asegurarse de que soy elegible. El Departamento también puede verificar mi información comunicándose con mi empleador, banco u otras partes; o, el Departamento puede comunicarse con agencias locales, estatales o federales para asegurarse de que la información que proporcione sea correcta. Si no tengo un número de Seguro Social, debo solicitar uno y el Departamento puede brindar asistencia para solicitar un número.
- **Informes financieros precisos:** entiendo que soy responsable de facilitar información financiera verdadera, correcta y completa. Esto incluye, entre otros, información sobre: todos mis activos; activos potenciales; transferencias de activos en los últimos cinco (5) años desde mi solicitud inicial; transferencias de activos en los últimos doce (12) meses a partir de la fecha de la redeterminación anual de mi elegibilidad; ingresos; seguros; bienes inmuebles; anualidades; y todos los demás beneficios que pueda estar recibiendo. Entiendo que la ley federal exige que, como condición para recibir servicios de cuidado a largo plazo, el Departamento sea designado como el beneficiario residual principal en mi anualidad.
- **Informe de cambios:** soy responsable de informar los cambios en mi situación. Debo informar los cambios en un plazo de diez (10) días. La mejor manera de informar los cambios es por escrito. Ejemplos de cambios en mi situación son cambios en mis ingresos, activos, dirección, primas de seguro de salud o personas que viven en mi hogar. Mi representante (la persona que actúa en mi nombre y que puede presentar mi solicitud) es responsable de informar dichos cambios. Los cambios deben ser informados al Departamento de Servicios Sociales local correspondiente o a la Oficina de Elegibilidad para Cuidados a Largo Plazo.
- **Uso indebido de la tarjeta de asistencia médica:** si cumplo los requisitos para recibir asistencia médica, debo utilizar mi tarjeta de asistencia médica correctamente. Es ilegal permitir que otra persona use mi tarjeta.
- **Fraude de asistencia médica:** si no proporciono información verdadera, correcta y completa, o no informo los cambios, el Departamento puede negar, detener o reducir mis beneficios. Un juez puede multarme o encarcelarme si intencionalmente no proporciono información correcta o no informo los cambios.

FIRMAS:

Juro o afirmo que he leído o me han leído esta solicitud completa. También juro o afirmo, bajo pena de perjurio, que toda la información que he proporcionado es verdadera, correcta y completa a mi leal saber y entender. He recibido una copia de mis derechos y responsabilidades. Autorizo a cualquier persona, sociedad, corporación, asociación o agencia gubernamental que conozca los hechos relevantes para determinar mi elegibilidad para divulgar esa información al Departamento. También autorizo al Departamento a ponerse en contacto con cualquier persona, sociedad, corporación, asociación o agencia gubernamental que haya proporcionado información relevante para mi elegibilidad para los beneficios. Certifico, bajo pena de perjurio al firmar mi nombre a continuación, que la persona para la que estoy solicitando el beneficio es un ciudadano estadounidense o un inmigrante admitido legalmente.

Firma del solicitante/beneficiario _____ Fecha _____

Firma del testigo (Si firmó usted una X) _____ Fecha _____

Firma del cónyuge (si corresponde) _____ Fecha _____

Firma del representante autorizado (si corresponde) _____ Fecha _____

<input type="checkbox"/> Retiro mi solicitud de asistencia médica	
Firma del solicitante, beneficiario o representante autorizado	Fecha

Firma del gestor de caso	Fecha
--------------------------	-------



DECLARACIÓN

Juro o afirmo, bajo pena de perjurio, que toda la información, incluida la información financiera, que he proporcionado en esta solicitud es verdadera, correcta y completa a mi leal saber y entender. El requisito de brindar información verdadera, correcta y completa incluye el requisito de informar cambios financieros que puedan afectar mi elegibilidad para los beneficios. Las leyes federales y estatales exigen que divulgue todas las transferencias o donaciones de activos dentro de los 60 meses (5 años) anteriores al mes de la solicitud.

Entiendo que si, a sabiendas, no digo la verdad, oculto información, finjo ser otra persona u omito información sobre mí (y mi cónyuge, si corresponde) o sobre la persona para la que estoy solicitando el beneficio (y el cónyuge de esa persona, si corresponde), puedo estar violando la ley. La información proporcionada en la solicitud puede ser verificada o investigada por funcionarios federales, estatales y locales, incluido el personal de Control de Calidad Federal v Estatal.

Las consecuencias de no cumplir con la ley son las siguientes: me pueden negar mis beneficios; me pueden exigir que devuelva al Estado los beneficios recibidos; pueden investigar mi caso por sospecha de fraude; y pueden procesarme por perjurio, hurto o fraude federal de atención médica [no limitado al Estatuto 42 U.S.C. sec. 1320a-7b (a) (ii)], que puede implicar una multa de hasta \$10,000 por delito o encarcelamiento federal.

Firma del solicitante/beneficiario

Fecha

Firma del testigo (si se firma con una X)

Fecha

Firma del cónyuge (si corresponde)

Fecha

Firma del representante autorizado (si corresponde)

Fecha