



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

**Lista de verificación de los elementos necesarios para el cuidado a largo plazo / exención del beneficiario
Solicitud de redeterminación
(Guarde esta página para los registros del beneficiario)**

ENVÍE PRUEBAS | Proporcionamos una lista de verificación de elementos para ayudar al beneficiario o a su representante autorizado a recopilar la información necesaria para procesar la solicitud de redeterminación del beneficiario. Envíe copias de los documentos del beneficiario junto con la solicitud de redeterminación del beneficiario. **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 al beneficiario para que nos proporcione los documentos adicionales.

¿El beneficiario, su cónyuge o cualquier persona ha vendido, intercambiado, donado o se ha deshecho de los bienes inmuebles, vehículos automotores, acciones, bonos, efectivo u otros activos del beneficiario en los últimos doce (12) meses? Si es así, el beneficiario deberá proporcionar lo siguiente:

- Tipo de activo
- Valor del activo
- Importe recibido por el activo
- Motivo para la transferencia
- Quién recibió el activo

Si el beneficiario desea saber si su cónyuge puede quedarse con parte de sus ingresos mensuales, proporcione estados de cuenta actuales de:

- Ingresos brutos mensuales del cónyuge
- Cuotas de condominio
- Hipoteca
- Renta de lote
- Factura de impuestos sobre los bienes inmuebles
- Renta
- Factura de electricidad

Envíe copias de los siguientes documentos:

- Declaración de impuestos federales del año fiscal en curso (incluya todos los formularios y anexos). Si no se puede localizar la declaración de impuestos federales del beneficiario, es posible obtener un registro de cuenta (a Record of Account, en inglés) del Servicio de Impuestos Internos (IRS, en inglés) de forma gratuita llamando al 1-800-908-9946.
- Se puede obtener una transcripción de salarios e ingresos (a Wage and Income Transcript, en inglés) del IRS de forma gratuita llamando al 1-800-908-9946 si el beneficiario presentó una declaración de impuestos federal conjunta para el año fiscal en curso.
- Estados actuales de:
 - Acciones
 - Bonos
 - Fondos del mercado monetario
 - Fondos mutuos, bonos del Tesoro u otros valores
 - Certificados
 - Cuenta de jubilación
 - Cuenta Individual de Jubilación (IRA, en inglés) o cuentas Keogh
 - Cuentas bancarias y financieras propias y en copropiedad
- Estado actual de las cuentas funerarias
- Escrituras de lote de entierro
- Ingresos mensuales brutos actuales de todas las fuentes, incluidas:
 - Pensiones del Departamento de Asuntos de Veteranos (VA, en inglés)
 - Jubilación ferroviaria
 - Pensiones
 - A anualidades
- Pagarés hipotecarios y escrituras hipotecarias
- Fideicomisos (incluyendo apéndices, anexos, cuentas anuales y modificaciones de los últimos doce (12) meses)
- Tarjetas de seguro de salud privadas, incluida la de Medicare (copia de ambos lados)
- Montos de las primas del seguro de salud
- Poder notarial o documentos de tutela legal (si corresponde)
- Valor nominal y en efectivo de las pólizas de seguro de vida (estado anual actual)
- Escrituras de propiedad vitalicia
- Pagarés

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 ATENCIÓN
 MÉDICA DE CUIDADOS A LARGO PLAZO / EXENCIÓN

**REDETERMINACIÓN
 SOLICITUD**

Fecha de firma de la solicitud
 Recibido en el departamento local
 DEBE LLEVAR SELLO DE FECHA

R

Nombre del trabajador

Número de caso

UTILICE ESTE FORMULARIO ÚNICAMENTE PARA EL PROCESO DE REDETERMINACIÓN. ENVÍE COMPROBANTE

Adjunte comprobantes actuales de todos los ingresos y recursos. Si no se completa la redeterminación, se cancelará la cobertura de asistencia médica.

A. Información de identificación:

Nombre del beneficiario: _____ N.º de Seguro Social _____

¿El beneficiario es residente de Maryland? Sí No

Fecha de nacimiento: _____ N.º de teléfono _____

Dirección (donde vive realmente el beneficiario): _____

Dirección postal (si es diferente): _____

Estado civil: Soltero Casado Separado Divorciado Viudo

¿El beneficiario es ciudadano estadounidense? Sí No

Si no es ciudadano estadounidense, estado de extranjero: _____ Fecha de entrada en vigor del estado: _____

Nombre del centro de enfermería, institución estatal o proveedor de atención comunitaria: _____

Si el beneficiario está casado o separado:

Nombre del cónyuge: _____

Dirección del cónyuge (si es diferente): _____

N.º de teléfono del cónyuge _____ N.º de Seguro Social del cónyuge _____

¿Ha cambiado el representante autorizado del beneficiario en los últimos doce (12) meses? Sí No En caso afirmativo, complete la siguiente información:

Nombre del representante autorizado: _____ N.º de teléfono: _____

Dirección: _____

B. Ingresos del beneficiario: (Adjunte verificación actual)

ENVÍE PRUEBAS				Método de verificación/fecha	Monto
Seguro Social	\$ _____	Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI, en inglés)	\$ _____	_____ / _____	\$ _____
Servicio civil	\$ _____	VA	\$ _____	_____ / _____	\$ _____
Jubilación/Pensión	\$ _____	Discapacidad	\$ _____	_____ / _____	\$ _____
Salarios	\$ _____	Otros	\$ _____	_____ / _____	\$ _____
Ingresos de negocios	\$ _____	(Ejemplos: fideicomisos, acciones, anualidades, dividendos, intereses, bonos, certificados de depósito)		Ingresos totales del beneficiario	\$ _____

C. Ingresos del cónyuge: (Adjunte verificación actual)

ENVÍE PRUEBAS				Método de verificación/fecha	Monto
Seguro Social	\$ _____	Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI, en inglés)	\$ _____	_____ / _____	\$ _____
Servicio civil	\$ _____	VA	\$ _____	_____ / _____	\$ _____
Jubilación/Pensión	\$ _____	Discapacidad	\$ _____	_____ / _____	\$ _____
Salarios	\$ _____	Otros	\$ _____	_____ / _____	\$ _____
Ingresos de negocios	\$ _____	(Ejemplos: fideicomisos, acciones, anualidades, dividendos, intereses, bonos, certificados de depósito)		Ingresos totales del cónyuge	\$ _____

D. Gastos de alojamiento del cónyuge: (Adjunte verificación actual)

ENVÍE PRUEBAS				Método de verificación/fecha	Monto
¿Hay un cónyuge, un hijo menor de 21 años o cualquier otro pariente dependiente que resida en el hogar del beneficiario? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, complete la siguiente información:					
Alquiler/Hipoteca	\$ _____	Servicios públicos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____ / _____	\$ _____
Seguro de propietario/inquilinos	\$ _____	Impuestos sobre propiedad inmobiliaria	\$ _____	_____ / _____	\$ _____

Cargos de mantenimiento de condominio

\$ _____

Otros _____

\$ _____

Gastos de alojamiento del \$ _____
cónyuge

E. Ingresos del dependiente: (Adjunte verificación actual)

ENVÍE PRUEBAS

				Método de verificación/fecha	Monto
Seguro Social	\$ _____	Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI, en inglés)	\$ _____	____ / ____	\$ _____
Servicio civil	\$ _____	VA	\$ _____	____ / ____	\$ _____
Jubilación/Pensión	\$ _____	Discapacidad	\$ _____	____ / ____	\$ _____
Salarios	\$ _____	Otros	\$ _____	____ / ____	\$ _____
Ingresos de negocios	\$ _____	(Ejemplos: anualidades, bonos D, certificados de depósito, fideicomisos, acciones, dividendos, intereses)	\$ _____	Ingresos totales del dependiente	\$ _____

F. Activos: (Adjunte verificación actual)

ENVÍE PRUEBAS

¿El beneficiario tiene lo siguiente?:

				Método de verificación/fecha	Monto
Efectivo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Monto	\$ _____	____ / ____	\$ _____
Cuenta de fondos del paciente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Monto	\$ _____	____ / ____	\$ _____
Cuenta corriente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Monto	\$ _____	____ / ____	\$ _____
Nombre del banco _____ N.º de cuenta _____					
Cuenta de ahorros	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Monto	\$ _____	____ / ____	\$ _____
Nombre del banco _____ N.º de cuenta _____					
Fondo funerario/plan funeral prepago	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			____ / ____	\$ _____
Nombre de la compañía		Monto	\$ _____		
Otro (certificados de depósito, acciones, bonos, etc.)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Monto	\$ _____	____ / ____	\$ _____
Nombre de la Compañía _____ N.º de cuenta _____					

F. Activos: (continuación) adjunte verificación actual

	Método de verificación/fecha	Monto
<p>¿El beneficiario o alguien en su nombre ha contratado algún seguro de vida que aún no se haya declarado como fondo funerario? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo:</p> <p>Compañía _____ N.º de póliza _____</p> <p>Valor nominal de la póliza \$ _____ Valor en efectivo de la póliza \$ _____</p> <p>Compañía _____ N.º de póliza _____</p> <p>Valor nominal de la póliza \$ _____ Valor en efectivo de la póliza \$ _____</p>	<p>_____ / _____</p> <p>_____ / _____</p> <p>_____ / _____</p>	<p>\$ _____</p> <p>\$ _____</p> <p>\$ _____</p>
<p>¿El beneficiario posee o tiene interés de propiedad en cualquier propiedad real o personal dentro o fuera del estado de Maryland (como terrenos, escrituras de fideicomiso, edificios, casas móviles, propiedades de alquiler o vacaciones, vehículos recreativos y colecciones de antigüedades, monedas, joyas o sellos)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo:</p> <p>Enumere los artículos: _____</p> <p>Valor \$ _____</p>	<p>_____ / _____</p>	<p>\$ _____</p> <p>Total \$ _____</p>
<p>¿El beneficiario, su cónyuge o cualquier otra persona ha vendido, intercambiado, donado o transferido alguno de los bienes o propiedades del solicitante (como ingresos, terrenos, edificios, acciones, fondos fiduciarios, dinero, vehículos, etc.) en los últimos doce (12) meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo:</p> <p>Enumere los artículos: _____</p> <p>Valor \$ _____ Fecha: _____</p>	<p>_____ / _____</p>	<p>\$ _____</p>
<p>¿El beneficiario ha recibido o se espera que reciba o herede algún dinero o propiedad de alguna fuente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo:</p> <p>Fuente: _____</p> <p>Valor \$ _____ Fecha: _____</p>	<p>_____ / _____</p>	<p>\$ _____</p>

G. Gastos médicos por servicios no cubiertos:

¿Tiene el beneficiario alguna factura médica de servicios no cubiertos (por ejemplo, odontología, audiología, visión) incurrida en los últimos doce (12) meses? Sí No

ENVÍE PRUEBAS Si el beneficiario respondió que sí, proporcione las facturas médicas detalladas y con fecha reciente que el beneficiario haya incurrido en los doce (12) meses previos a esta solicitud de redeterminación. La factura debe contener la fecha de servicio, el cargo y una descripción detallada de cada servicio prestado. Adjunte copias de la(s) factura(s) con la asistencia médica de cuidados a largo plazo del beneficiario

Solicitud de redeterminación.

H. Gastos médicos: (Adjunte aviso o estado de la prima)

ENVÍE PRUEBAS		Método de verificación/fecha	Monto
¿El beneficiario tiene Medicare?			
Medicare	Parte A: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Parte B: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____ / _____ \$ _____
	Parte C: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Parte D: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
En caso afirmativo, proporcione el número de reclamación de Medicare:			

¿Otro seguro de salud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		En caso afirmativo:	
Compañía _____	N.º de póliza _____		
Cobertura Tipo _____	Monto de la prima \$ _____	_____ / _____	\$ _____
Compañía _____	N.º de póliza _____		
Cobertura Tipo _____	Monto de la prima \$ _____	_____ / _____	\$ _____
¿Gastos médicos distintos de las primas de seguro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		_____ / _____	\$ _____
Describa _____	Monto \$ _____	Gastos médicos totales \$ _____	
¿El beneficiario ha tenido un accidente o tiene una demanda pendiente donde alguien más es responsable? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
En caso afirmativo, explique: _____		En caso afirmativo, proporcione la fecha: _____	

I. Declaraciones de impuestos: (Adjunte documentación requerida)

ENVÍE PRUEBAS ¿El beneficiario presentó una declaración de impuestos federal en los últimos doce (12) meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____ / _____
<i>En caso afirmativo, adjunte una copia de la declaración de impuestos federales del beneficiario para el año fiscal en curso, incluidos todos los formularios y anexos. Si el beneficiario presentó una declaración de impuestos federal conjunta, no envíe la declaración de impuestos federal. El beneficiario deberá proporcionar una transcripción de salarios e ingresos, la que es posible recibir del IRS de forma gratuita llamando al 1-800-908-9946.</i>	
<i>En caso negativo, adjunte los estados bancarios y financieros trimestrales de los últimos doce (12) meses.</i>	¿Se necesita información adicional? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

J. Registro de votante

Si el beneficiario no está registrado para votar, ¿le gustaría recibir un formulario de registro de votantes? Sí No Ya está registrado para votar





SOLICITUD DE REDETERMINACIÓN

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 202-619-0403 (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 con 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 beneficiario o representante autorizado _____	Fecha _____

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



SOLICITUD DE REDETERMINACIÓN

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 que hayan ocurrido en los últimos doce (12) meses previos a mi solicitud de redeterminación.

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 y 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