

**DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS DE MARYLAND
DEPARTAMENTO DE SALUD DE MARYLAND
SOLICITUD/RENUNCIA DE ASISTENCIA MÉDICA A LARGO PLAZO**

**Lista de verificación de elementos necesarios para la solicitud/renuncia de
atención a largo plazo**

(Mantenga esta página para sus registros).

ENVIAR PRUEBAS Si aún no recibe asistencia médica a largo plazo, necesitamos los elementos enumerados a continuación para procesar su solicitud. Envíe la mayor cantidad de elementos que pueda con esta solicitud. Envíe copias; **no envíe originales**. En algunos casos, es posible que tengamos que solicitar documentos adicionales que no se mencionan a continuación. Si es así, le daremos tiempo para presentar los documentos adicionales.

NO ESPERE A PRESENTAR 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 necesarios.

Si usted o su cónyuge vendieron, intercambiaron, regalaron o enajenaron una propiedad, vehículos automotores, acciones, bonos, efectivo u otros bienes en los últimos 5 años, tendrá que presentar lo siguiente:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tipo de bien | <input type="checkbox"/> Razón de la transferencia |
| <input type="checkbox"/> Valor del bien | <input type="checkbox"/> Receptor del bien |
| <input type="checkbox"/> Monto recibido por el bien | |

Si desea saber si su cónyuge puede mantener parte de sus ingresos mensuales, presente:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ingreso mensual bruto del cónyuge | <input type="checkbox"/> Impuesto sobre la propiedad |
| <input type="checkbox"/> Cuotas de condominio | <input type="checkbox"/> Renta |
| <input type="checkbox"/> Hipoteca | <input type="checkbox"/> Factura de electricidad |
| <input type="checkbox"/> Renta de lote | |

Los siguientes elementos son necesarios de usted y su cónyuge para determinar si usted es elegible para obtener asistencia médica 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). Se puede obtener un registro de cuenta en el Servicio de Impuestos Internos (IRS) de forma gratuita llamando al 1-800-908-9946 si sus declaraciones de impuestos federales no pueden localizarse. | <input type="checkbox"/> Ingreso mensual bruto actual procedente de todas las fuentes, incluidas: <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Pensiones de la Administración de Veteranos (VA)<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: <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Mes actual (mes de solicitud)<input type="checkbox"/> Mes anterior (mes anterior a la solicitud)<input type="checkbox"/> Los últimos cinco años del mes del aniversario de la solicitud | <input type="checkbox"/> Valor nominal y valor en efectivo de las pólizas de seguro de vida (declaración anual actual) |
| <input type="checkbox"/> Estado actual de cuentas de jubilación | <input type="checkbox"/> Estado actual de las cuentas funerarias |
| <input type="checkbox"/> Estado actual de cuentas de jubilación individual (IRA) o Keogh | <input type="checkbox"/> Escrituras del lote funerario |
| <input type="checkbox"/> Declaraciones actuales de lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Acciones<input type="checkbox"/> Bonos<input type="checkbox"/> Fondos del mercado monetario<input type="checkbox"/> Fondos mutuos, tesorería u otros pagarés<input type="checkbox"/> Certificados | <input type="checkbox"/> Escrituras del dominio vitalicio |
| | <input type="checkbox"/> Pagarés |
| | <input type="checkbox"/> Pagarés y escrituras de la hipoteca |
| | <input type="checkbox"/> Fideicomisos (incluidos los apéndices, los anexos, las cuentas anuales y las enmiendas de los últimos 5 años) |
| | <input type="checkbox"/> Tarjetas del seguro de salud privado, incluido Medicare (copia de ambos lados) |
| | <input type="checkbox"/> Monto de las primas del seguro de salud |
| | <input type="checkbox"/> Documentos del poder o de la tutela legal (si los hay) |

**Continúe respondiendo cada pregunta de la solicitud adjunta de manera completa.
Si necesita más espacio para completar la solicitud, adjunte hojas adicionales.**

Página en blanco



**DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS DE MARYLAND
DEPARTAMENTO DE SALUD DE MARYLAND
SOLICITUD/RENUNCIA DE ASISTENCIA MÉDICA A LARGO PLAZO**

Fecha de firma de la solicitud
Recibido en el departamento local
**DEBE TENER UN SELLO CON LA
FECHA.**

PARA USO DEL TRABAJADOR SOLAMENTE <i>Esta parte es para nuestro personal. Continúe con la sección A.</i>	Oficina del Departamento Local de Servicios Sociales (LSDSS)	Programas solicitados o para recibir	Identificación de la Unidad de Asistencia Identificación del cliente
	Nombre del trabajador		
	Fecha de solicitud		
Programa Grupo de Cobertura Médica _____		Identificación de la Unidad de Asistencia (AU) _____	

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

Estoy solicitando: <input type="checkbox"/> Atención a largo plazo <input type="checkbox"/> Renuncia	¿Necesita asistencia médica para las facturas médicas incurridas en los últimos 3 meses? <i>En caso afirmativo, deberá presentar copias de las facturas al gestor de caso.</i> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
Díganos si actualmente está recibiendo otra asistencia. Actualmente recibo	<input type="checkbox"/> Asistencia médica Nro. de identificación _____ <i>Si ya recibe asistencia médica, provea su número de identificación.</i> <input type="checkbox"/> Asistencia en efectivo <input type="checkbox"/> Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) <input type="checkbox"/> Otros. Enumere: _____ <i>Si usted recibe cualquier otro beneficio, enumere todos los beneficios aquí.</i>

SECCIÓN B: INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE: *Háblenos de usted.*

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

SECCIÓN B: INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE (continuación)

Etnia *Opcional* 1: hispano o latino 2: no hispano ni latino

Raza *Opcional: seleccione todos los códigos de raza que correspondan.* 1: pueblo originario estadounidense/ de Alaska 2: asiático 3: negro/afroestadounidense 4: hawaiano nativo/isleño del Pacífico 5: blanco

Usted no tiene que dar información sobre su raza o etnia. Si lo hace, ayudará a mostrar cómo respetamos la Ley Federal de Derechos Civiles. No usaremos esta información para decidir si usted es elegible. Si no nos dice su raza, no afectará su solicitud. El gestor de caso introducirá un código de raza únicamente con fines estadísticos. El título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 nos permite solicitar esta información.

¿Es usted residente de Maryland? SÍ NO

Estado civil Soltero Casado Divorciado Separado Viudo

¿Está recibiendo asistencia médica? SÍ NO
¿Beneficios (Medicaid) de otro estado?

En caso afirmativo, indique el estado:

¿Es ciudadano de los Estados Unidos? SÍ NO

Si respondió NO, llene la SECCIÓN C ESTADO DE INMIGRACIÓN a continuación.

¿Cuál es su idioma principal?

¿Necesita un intérprete? SÍ NO

Si no está registrado para votar,
¿desea recibir un formulario de inscripción de votantes? SÍ NO Ya está inscrito para votar.

SECCIÓN C: ESTADO DE INMIGRACIÓN (SOLO PARA LOS QUE NO SON CIUDADANOS)

ENVIAR PRUEBAS Envíe una fotocopia del anverso y reverso de su tarjeta del Servicio de Inmigración y Naturalización (INS).

¿Cuál es su estado actual de INS?

¿En qué fecha recibió su estado de INS?

____/____/____

¿Es un inmigrante patrocinado?

SÍ NO

¿Cuál es su país de origen?

¿Cuándo entró a los Estados Unidos?

____/____/____

¿Cuál es su número INS?

Si usted es un refugiado, haga una lista de su Agencia de Reasentamiento de Refugiados:

SECCIÓN D: DOMICILIO ACTUAL DEL HOGAR o INSTITUCIÓN/CENTRO DE ATENCIÓN A LARGO PLAZO: *Háblenos acerca de su centro de atención a largo plazo, si vive en uno.*

Si usted vive en un centro, ¿cuál es el nombre del centro? _____ ¿En qué fecha ingresó al centro? _____ / _____ / _____	¿Cuál es su domicilio o el domicilio de su centro? Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Teléfono nro. _____ Teléfono celular nro. _____ ¿Este es su domicilio postal? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si ha marcado NO, provea la información de su domicilio postal en la sección V.
¿Usted (solicitante/receptor) tiene la intención de volver a su casa? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿Usted (solicitante/receptor) tiene la intención de volver a su casa dentro de los 6 meses? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

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

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

SECCIÓN F: REPRESENTANTE AUTORIZADO: *¿Autoriza a alguien a representarlo en esta solicitud? Si es así, háblenos de su representante autorizado.*

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

SECCIÓN F: REPRESENTANTE AUTORIZADO (continuación)

Teléfono particular nro. _____

Teléfono celular nro. _____

Teléfono laboral nro. _____

¿Cuál es la relación del representante autorizado con usted?

Si la respuesta es cónyuge, llene la siguiente pregunta:

¿Usted o su cónyuge son dueños de esta casa? SÍ NO

Si el representante autorizado es su cónyuge, brinde el número de Seguro Social del cónyuge: _____

SECCIÓN G: INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE: Háblenos de su cónyuge. Deje esta sección en blanco si su cónyuge aparece como su representante autorizado en la sección F.

Apellido	Nombre	Segundo nombre	Sufijo	Nombre de soltera u otro nombre
_____	_____	_____	_____ <small>(Jr., Sr., etc.)</small>	_____

Número de Seguro Social del cónyuge

Calle _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Teléfono nro. _____

¿Usted o su cónyuge son dueños de esta casa?
 SÍ NO

SECCIÓN H: DISCAPACIDAD: Háblenos sobre su discapacidad, si tiene alguna.

¿Es discapacitado? SÍ NO

En caso afirmativo, ¿cuándo comenzó la discapacidad?

_____/_____/_____

¿Cuál es su discapacidad?

¿Recibe Medicare Parte A? SÍ NO

Monto de la prima
\$ _____

¿Recibe Medicare Parte B? SÍ NO

\$ _____

¿Recibe Medicare Parte C? SÍ NO

\$ _____

¿Recibe Medicare Parte D? SÍ NO

\$ _____

ENVIAR PRUEBAS Envíe la verificación de los montos de la prima que paga.

En caso afirmativo, provea su número de reclamo de Medicare: _____

SECCIÓN I: INFORMACIÓN DE VETERANOS: *Si es un veterano, un/a viudo/a discapacitado/a o un hijo discapacitado de un veterano fallecido, llene esta sección:*

ENVIAR 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 MÉDICO: *Si el solicitante/receptor está asegurado, llene esta sección: Si tiene más de una póliza, brinde información adicional en la sección V.*

ENVIAR PRUEBAS *Envíe una fotocopia del anverso y reverso de sus tarjetas de seguro y verificación de los montos de la prima que paga.*

Número de póliza _____	Número de grupo _____	Nombre del titular de la póliza _____
Relación con el titular de la póliza _____		Fechas de entrada en vigor de la póliza De: _____ A: _____
Domicilio 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 _____		Sindicato local número _____
Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Teléfono _____		

SECCIÓN K: INGRESOS LABORALES: Háblenos de los ingresos que usted o su cónyuge estén recibiendo actualmente del trabajo, incluidos los pagos de licencia por enfermedad.

ENVIAR PRUEBAS Envíe copias de los pagos, como un recibo de pago. Si necesita espacio adicional para completar esta sección, utilice la sección V o adjunte hojas adicionales.

Nombre del empleador _____		Tipo de trabajo _____
Domicilio del empleador _____		
Ciudad _____		Estado _____ Código postal _____
Teléfono nro. _____		
Fecha de inicio 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 le pagan? <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual	Si el trabajo ha terminado, ¿cuál es su última fecha de pago prevista? _____

SECCIÓN L: SUS BENEFICIOS Y OTROS INGRESOS: Háblenos de los ingresos o beneficios que esté recibiendo, haya solicitado o le hayan sido denegados.

ENVIAR PRUEBAS Envíe copias actuales de los estados de cuenta que verifiquen el monto bruto de ingresos que recibe.

TIPO DE BENEFICIO O INGRESOS	¿RECIBE INGRESOS O BENEFICIOS?	MONTO	ESTADO DE LA SOLICITUD	FECHA DE SOLICITUD O FECHA DE DENEGACIÓN
Seguro Social Escriba su número de reclamo:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	\$	<input type="checkbox"/> Solicitado <input type="checkbox"/> Denegado	
Beneficios por enfermedad del pulmón negro	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	\$	<input type="checkbox"/> Solicitado <input type="checkbox"/> Denegado	
Ingreso de seguro complementario (SSI) Escriba su número de reclamo:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	\$	<input type="checkbox"/> Solicitado <input type="checkbox"/> Denegado	
Pensión/beneficios de veterano	<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 de la administración pública	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	\$	<input type="checkbox"/> Solicitado <input type="checkbox"/> Denegado	
Beneficios de jubilación ferroviaria Escriba su número de reclamo:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	\$	<input type="checkbox"/> Solicitado <input type="checkbox"/> Denegado	
Pensión alimentaria	<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 INGRESOS	¿RECIBE INGRESOS O BENEFICIOS?	MONTO	ESTADO DE LA SOLICITUD	FECHA DE SOLICITUD O FECHA DE DENEGACIÓN
Compensación del trabajador	<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 de sindicato	<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 de suma global	<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 la empresa	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	\$	<input type="checkbox"/> Solicitado <input type="checkbox"/> Denegado	
Otros (por ejemplo, <input type="checkbox"/> ingresos de renta o <input type="checkbox"/> indemnización procedente de un 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: BIENES: Háblenos de sus bienes a partir del primer día de este mes. Marque SÍ o NO para cada TIPO DE BIEN. Si marca SÍ, llene las otras casillas. Enumere todos los bienes que le pertenezcan a usted o a su cónyuge de forma individual, conjunta o con otras personas. Si tiene más de un bien del mismo tipo, utilice las casillas «Otros» en la parte inferior de la lista.

ENVIAR PRUEBAS Envíe copias de los estados de cuenta actuales que verifiquen el valor de los bienes.

TIPO DE BIEN	MARQUE UNO.	PROPIETARIO	MONTO	NÚMERO DE CUENTA	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN
Dinero en efectivo	<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 de cooperativas de ahorro y 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		\$		
Otras cuentas de jubilación	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		\$		
Acciones y bonos	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		\$		

SECCIÓN M: BIENES (continuación)

TIPO DE BIEN	MARQUE UNO.	PROPIETARIO	MONTO	NÚMERO DE CUENTA	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN
Billetes del Tesoro u otros billetes	<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 fondo 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 BIENES: Háblenos de cualquier otro bien que posea y de propiedad conjunta con otras personas. Esto podría incluir ganado, vehículos recreativos o cualquier otra propiedad de valor, como colecciones de antigüedades, monedas, joyas o sellos.

ENVIAR PRUEBAS Envíe copias de los estados de cuenta o documentos actuales que establezcan el valor justo de mercado de los bienes, así como el monto adeudado.

TIPO DE BIEN	VALOR NORMAL DE MERCADO ACTUAL	MONTO ADEUDADO ACTUAL	PROPIETARIOS
	\$	\$	
	\$	\$	

SECCIÓN O: BIEN O INGRESO POTENCIAL: Háblenos sobre cualquier acuerdo de accidente, fondo fiduciario, herencia o cualquier otro dinero, propiedad, propiedad inmueble o asistencia que espera 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 bien.

Tipo de bien _____	Nombre del abogado _____
-----------------------	-----------------------------

SECCIÓN O: BIEN O INGRESO POTENCIAL (continuación)

Explicación <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/>	Teléfono del abogado nro. <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/>
Fecha anticipada de recepción _____	

SECCIÓN P: BIENES INMUEBLES: *Háblenos de cualquier bien inmueble que tenga dentro o fuera del estado de Maryland.*

ENVIAR PRUEBAS *Envíe una copia de la escritura de cada bien. Envíe también copias de los documentos actuales que verifiquen el valor patrimonial de cada bien.*

¿Usted o su cónyuge poseen o tienen algún interés legal en cualquier otro bien inmueble? SÍ NO
En caso afirmativo, responda las siguientes preguntas:

DOMICILIO DE LA PROPIEDAD	TIPO DE PROPIEDAD (MARQUE UNO).	VALOR NORMAL DE MERCADO ACTUAL	MONTO ADEUDADO ACTUAL
	<input type="checkbox"/> Propiedad de renta <input type="checkbox"/> Propiedad vacacional <input type="checkbox"/> Tiempo compartido <input type="checkbox"/> Terreno vacante <input type="checkbox"/> Otros derechos de propiedad <input type="checkbox"/> Terreno de entierro	\$	\$
	<input type="checkbox"/> Propiedad de renta <input type="checkbox"/> Propiedad vacacional <input type="checkbox"/> Tiempo compartido <input type="checkbox"/> Terreno vacante <input type="checkbox"/> Otros derechos de propiedad <input type="checkbox"/> Terreno de entierro	\$	\$
	<input type="checkbox"/> Propiedad de renta <input type="checkbox"/> Propiedad vacacional <input type="checkbox"/> Tiempo compartido <input type="checkbox"/> Terreno vacante <input type="checkbox"/> Otros derechos de propiedad <input type="checkbox"/> Terreno de entierro	\$	\$
	<input type="checkbox"/> Propiedad de renta <input type="checkbox"/> Propiedad vacacional <input type="checkbox"/> Tiempo compartido <input type="checkbox"/> Terreno vacante <input type="checkbox"/> Otros derechos de propiedad <input type="checkbox"/> Terreno de entierro	\$	\$

SECCIÓN Q: SEGURO DE VIDA Y PLANES FUNERARIOS: Háblenos de los seguros de vida o planes de entierro prepagados o fondos que posea. Enumere todas las pólizas y los fondos, independientemente de quién los pague.

ENVIAR PRUEBAS Envíe una copia de la página de declaración de cada póliza. Envíe también copias de los documentos actuales que verifiquen el valor monetario de cada póliza, si corresponde.

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

SECCIÓN R: TRANSFERENCIA DE BIENES: Háblenos sobre los bienes que haya vendido, comercializado, regalado o dado de baja en los últimos cinco años. Esto podría incluir bienes personales y bienes inmuebles, vehículos automotores, acciones, bonos, efectivo u otros bienes.

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

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

SECCIÓN L: BENEFICIOS CONYUGALES Y OTROS INGRESOS: Háblenos de los ingresos o beneficios que su cónyuge esté recibiendo, haya solicitado o les hayan sido denegados.

ENVIAR PRUEBAS Envíe copias actuales de los estados de cuenta que verifiquen el monto bruto 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 reclamo:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	\$	<input type="checkbox"/> Solicitado <input type="checkbox"/> Denegado	
Beneficios por enfermedad del pulmón negro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	\$	<input type="checkbox"/> Solicitado <input type="checkbox"/> Denegado	
Ingreso de seguro complementario (SSI) Escriba su número de reclamo:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	\$	<input type="checkbox"/> Solicitado <input type="checkbox"/> Denegado	

SECCIÓN L: 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 de veterano	<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 de la administración pública	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	\$	<input type="checkbox"/> Solicitado <input type="checkbox"/> Denegado	
Beneficios de jubilación ferroviaria Escriba su número de reclamo:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	\$	<input type="checkbox"/> Solicitado <input type="checkbox"/> Denegado	
Pensión alimentaria	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	\$	<input type="checkbox"/> Solicitado <input type="checkbox"/> Denegado	
Compensación del trabajador	<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 de sindicato	<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 de suma global	<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 Describe:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	\$	<input type="checkbox"/> Solicitado <input type="checkbox"/> Denegado	
Otros Describe:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	\$	<input type="checkbox"/> Solicitado <input type="checkbox"/> Denegado	
Otros Describe:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	\$	<input type="checkbox"/> Solicitado <input type="checkbox"/> Denegado	

SECCIÓN T: NECESIDADES CONYUGALES (EMPOBRECIMIENTO CONYUGAL): *Si tiene su cónyuge vivo, llene esta sección. Enumere todos los bienes poseídos en el mes en que el solicitante fue admitido en un centro de atención a largo plazo. Incluya todos los bienes poseídos individual o conjuntamente por el solicitante, o poseídos individual o conjuntamente por su cónyuge.*

ENVIAR PRUEBAS Envíe copias de los estados de cuenta que verifiquen el valor de los bienes.

TIPO DE BIEN	MARQUE UNO.	PROPIETARIO	MONTO	NÚMERO DE CUENTA	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN
Dinero en efectivo	<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 CONYUGAL (continuación)

TIPO DE BIEN	MARQUE UNO.	PROPIETARIO	MONTO	NÚMERO DE CUENTA	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN
Cuenta de cooperativas de ahorro y 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		\$		
Otras 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		\$		
Billetes del Tesoro u otros billetes	<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: SUBSIDIO DE RESIDENCIA, DE CÓNYUGE O DE PERSONA A CARGO

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

En caso afirmativo, provea lo siguiente:

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

¿Hay un cónyuge, un hijo menor de 21 años o algún otro familiar a cargo en el hogar? SÍ NO

En caso afirmativo, llene la sección siguiente. Si necesita espacio adicional para los bienes de los hijos y familiares a cargo en el hogar, utilice la sección V o adjunte hojas adicionales.

NOMBRE	RELACIÓN	EDAD	INGRESO BRUTO MENSUAL ENVIAR PRUEBAS	TIPO DE INGRESO	VALOR DEL BIEN ENVIAR PRUEBAS	TIPO DE BIEN
			\$		\$	

SECCIÓN U: ASIGNACIÓN DE RESIDENCIA, DE CÓNYUGE O DE PERSONA A CARGO (continuación)

NOMBRE	RELACIÓN	EDAD	INGRESO BRUTO MENSUAL ENVIAR PRUEBAS	TIPO DE INGRESO	VALOR DEL BIEN ENVIAR PRUEBAS	TIPO DE BIEN
			\$		\$	
			\$		\$	

Si el solicitante/receptor tiene la intención de regresar a su casa en un plazo de seis meses y si no hay un cónyuge, un hijo menor de 21 años u otros familiares a cargo, llene la siguiente sección:

ENVIAR PRUEBAS *Provea los estados de cuenta más recientes para verificar los gastos que enumeró a continuación:*

Renta/hipoteca \$ _____	Servicios públicos \$ _____	Calefacción (si está separado de los servicios públicos) \$ _____	Impuestos inmuebles \$ _____
Seguro del propietario de la vivienda \$ _____	Cuotas de condominio \$ _____	Otros costos de vivienda (Especifique). \$ _____	Otros costos de vivienda (Especifique). \$ _____

SECCIÓN V: INFORMACIÓN ADICIONAL: *Utilice esta área para cualquier información que no quepa en los espacios provistos en esta solicitud.*

SECCIÓN W: DECLARACIONES DE IMPUESTOS: *Háblenos de las declaraciones de impuestos presentadas por usted o su cónyuge en los últimos cinco años.*

¿Usted o su cónyuge han presentado declaraciones de impuestos federales en los últimos cinco años? SÍ NO

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

SECCIÓN X: GASTOS MÉDICOS PREVIOS A LA ELEGIBILIDAD (SERVICIOS NO CUBIERTOS): *Háblenos de las facturas médicas impagas que haya incurrido en los últimos tres meses. Usted puede ser elegible para deducciones de sus ingresos.*

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

ENVIAR PRUEBAS *En caso afirmativo, provea las facturas médica de fechas recientes, detalladas e impagas en la que incurrió 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 a largo plazo. Si no tiene las facturas en el momento en que envía la solicitud, las facturas 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 ha indicado su elección:

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

Estoy enviando 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 impagas en este momento.

Firma: _____ (Solicitante)

Fecha: _____

Firma: _____ (Representante autorizado)

Fecha: _____



DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

COMPRENDO QUE TENGO LOS SIGUIENTES DERECHOS:

- **El Departamento no puede discriminarme.** Las leyes federales y estatales prohíben que el Departamento me discrimine por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad. Si creo que el Departamento me ha discriminado, puedo contactarme con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos al: 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]).
- **Tengo derecho a la privacidad de mi información personal.** Estoy brindando información personal (que incluyen, entre otros: nombre, domicilio, fecha de nacimiento, número de Seguro Social, historial de ingresos, historial de empleo, historial médico) en esta solicitud de Asistencia Médica. El propósito de solicitar información personal es determinar la elegibilidad para recibir Asistencia Médica. Si no brindo 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 otros, excepto en los casos permitidos por las leyes federales y estatales. Sin embargo, comprendo que el Departamento puede denegar mi solicitud de Asistencia Médica si no brindo esta información.
- **Si mi caso es aprobado, el Departamento me dará un aviso por escrito explicando mis beneficios.** El Departamento debe avisarme por escrito cuando cambie mis beneficios o determine que no soy elegible para recibir Asistencia Médica. Tengo 90 días a partir de la fecha del aviso para solicitar una audiencia. Si ya estoy recibiendo beneficios y solicito una audiencia dentro de los 10 días siguientes a la fecha del aviso, puedo seguir recibiendo beneficios mientras espero la audiencia. Todos los beneficios erróneos que reciba del Departamento deben ser devueltos al Departamento.
- **Tengo derecho a apelar ciertas acciones tomadas por el Departamento.** Puedo solicitar una audiencia en los siguientes casos: si mi solicitud de elegibilidad para recibir Asistencia Médica es denegada; si afirmo que la decisión del Departamento sobre los servicios de Asistencia Médica fue errónea; o si hubo un retraso en las acciones del Departamento relacionadas con mi solicitud. Puedo llamar al Departamento al 1-800-332-6347 para solicitar una audiencia. Soy responsable de proporcionar la razón para solicitar una audiencia. En la audiencia, puedo hablar por mí mismo o puedo asistir acompañado de un abogado, amigo o familiar que hable en mi nombre.

SI ACEPTO ASISTENCIA MÉDICA, AL FIRMAR ESTA SOLICITUD COMPRENDO LOS SIGUIENTES PUNTOS:

- **Autorización de pago:** Autorizo que el pago de la Parte B de Medicare se realice directamente a los proveedores de atención médica y a los proveedores médicos.
- **Asignación de los pagos del seguro de salud/pagos a terceros:** Asigno todos los derechos, títulos e intereses de los pagos del seguro de salud que pueda tener al Departamento, y 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 que incurra el Departamento por los beneficios que recibo dentro de la Asistencia Médica. El Departamento puede solicitar el pago sin necesidad de entablar acción legal, siempre que no retenga más del monto pagado por la Asistencia Médica. Me comprometo a enviar sin demora al Departamento, todos los pagos del seguro de salud que reciba, incluidos los pagos recibidos como compensación por un accidente.
- **Acceso a los registros:** Cedo 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 para determinar la idoneidad de los servicios recibidos a través del programa de Asistencia Médica.
- **Cooperación para la revisión de calidad:** Comprendo que el Departamento puede seleccionar mi caso para una verificación o auditoría al azar con propósitos de control de calidad. Estoy de acuerdo en permitir que cualquier representante del Departamento me visite donde resido. Ayudaré al Departamento a recuperar toda la evidencia necesaria de cualquier fuente.
- **Recuperación de bienes:** Comprendo que el Departamento puede recuperar, de los bienes de un destinatario de Asistencia Médica fallecido, los pagos de Asistencia Médica realizados en su nombre en o después de que la persona haya cumplido los 55 años de edad. El Departamento solo lo podrá recuperar si no hay cónyuge sobreviviente, un hijo soltero menor de 21 años o un hijo ciego o discapacitado (casado o soltero) de cualquier edad.
- **Información precisa y confidencial de la solicitud:** Reconozco que debo brindar información verdadera, correcta y completa, y presentar evidencia de esta información.

- **Número(s) de Seguro Social:** Debo dar mi número de Seguro Social (y el de mi cónyuge) como solicitante de Asistencia Médica. El Departamento utilizará los números de Seguro Social y otra información que brinde para verificar la información para las revisiones del programa. El Departamento hará esto para asegurarse de que soy elegible. El Departamento también puede verificar mi información poniéndose en contacto con mi empleador, mi banco u otras partes; o el Departamento puede ponerse en contacto con agencias locales, estatales o federales para asegurarse de que la información que brindo sea correcta. Si no tengo un número de Seguro Social, debo solicitar uno y el Departamento puede ayudarme a solicitar un número.
- **Informes financieros exactos:** Comprendo que soy responsable de dar información financiera verdadera, correcta y completa. Esto incluye, entre otros, información sobre: todos mis bienes; bienes potenciales; transferencia de bienes dentro de los últimos 5 años de mi solicitud inicial; transferencia de bienes dentro de los últimos 12 meses de la fecha de la redeterminación anual de mi elegibilidad; ingresos; seguros; bienes inmuebles; anualidades; y todos los demás beneficios que pueda recibir. Comprendo que la ley federal requiere que, como condición para recibir servicios de atención a largo plazo, el Departamento debe ser nombrado, en mi anualidad, como el principal beneficiario restante.
- **Informe de cambios:** Soy responsable de informar los cambios en mi situación. Debo informar todos los cambios en un plazo de 10 días. La mejor manera de informar de los cambios es por escrito. Ejemplos de cambios en mi situación son cambios en mis ingresos, bienes, domicilio, primas del seguro de salud o personas que viven en mi hogar. Mi representante (persona que actúa en mi nombre y que puede presentar mi solicitud) es responsable de informar estos cambios. Los cambios deben ser informados al Departamento de Servicios Sociales local o al Departamento de Elegibilidad para Atención a Largo Plazo correspondiente.
- **Uso indebido de la tarjeta de Asistencia Médica:** Si soy elegible para recibir Asistencia Médica, debo utilizar mi tarjeta de Asistencia Médica de manera correcta. Es ilegal permitir que otra persona utilice mi tarjeta.
- **Fraude de Asistencia Médica:** Si no brindo información verdadera, correcta y completa, o no informo de los cambios, el Departamento puede negar, detener o reducir mis beneficios. Un juez puede multarme o encarcelarme si no doy información correcta o no informo de los cambios de manera intencionada.

FIRMAS:

Juro o afirmo que he leído o me han leído toda esta solicitud. También juro o afirmo, bajo pena de perjurio, que toda la información que brindé 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 a divulgar esa información al Departamento. También autorizo al Departamento a ponerse en contacto con cualquier persona, sociedad, corporación, asociación o agencia gubernamental que haya brindado información relevante para mi elegibilidad para recibir beneficios. Certifico, bajo pena de perjurio, al firmar mi nombre a continuación, que la persona para la que presento la solicitud es un ciudadano estadounidense o un inmigrante admitido legalmente.

Firma del Solicitante/destinatario _____ 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.
_____ Fecha de firma del solicitante, destinatario o representante autorizado

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



DECLARACIÓN

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

Comprendo que si no digo la verdad, oculto información, pretendo ser otra persona, o retengo información sobre mí (y mi cónyuge, si la hay) o sobre la persona para la que presento la solicitud (y el cónyuge de esa persona, si la hay) de manera deliberada, puedo estar infringiendo la ley. La información brindada 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: se pueden negar mis beneficios; se me puede exigir que pague al Estado por los beneficios recibidos; se puede investigar mi caso por sospecha de fraude; y se me puede procesar por perjurio, hurto o fraude de atención médica federal, [entre otros según el estatuto 42 del Código de los Estados Unidos (U.S.C.), sección 1320a-7b (a) (ii)], que puede implicar una multa de hasta \$ 10 000 por delito o encarcelamiento federal.

Firma del solicitante/destinatario

Fecha

Firma del testigo (si firmó con una X)

Fecha

Firma del cónyuge (si corresponde)

Fecha

Firma del representante autorizado (si corresponde)

Fecha