

**EVALUACION DE BIENES DE MEDICAID PARA
 INSTITUCION MEDICA / RESIDENTE DE COMMUNITY WAIVER Y ESPOSO(A) EN LA COMUNIDAD
 MEDICAID ASSET ASSESSMENT
 MEDICAL INSTITUTION / COMMUNITY WAIVER RESIDENT AND COMMUNITY SPOUSE**

Proveer o solicitar un *Social Security Number* (SNN) es voluntario, sin embargo, cualquier persona que desee recibir los beneficios de *Medicaid* pero que no provea un SNN o aplique para uno no será elegible para recibir beneficios. Los SSNs y la información de identificación personal serán sólo usados para la administración directa del *Medicaid Program*.

INSTRUCCIONES

No escriba en las áreas sombreadas. "Residente" significa la persona que reside en una institución médica o que es participante de los *Community Waivers*.

Este formulario pide información sobre la propiedad o bienes que usted y/o su esposo(a) poseen. Esta información es necesaria para determinar lo siguiente:

- La cantidad total de bienes que usted (residente) y esposo(a) poseen,
- La porción de esos bienes que le corresponde a su esposo(a); y
- La cantidad de bienes con la que usted y su esposo(a) se quedarán y que cumpla con el límite de bienes de *Medicaid*.

Responda a las siguientes preguntas proporcionando información sobre todos los bienes que usted (residente) y/o esposo(a) poseen a partir del _____. Incluya los bienes que usted posee junto con su esposo(a), miembros de familia u otras personas. Incluya su parte y/o la parte de su esposo(a) de los bienes que poseen juntos. Se le podría pedir que verifique toda o parte de la información que usted provea.

Nombre del Caso	Número de Caso
Condado	Nombre de Trabajador (a)

SECCION I – INFORMACION SOBRE RESIDENTE DE INSTITUCION MEDICA / COMMUNITY WAIVER

Nombre del Residente (Apellido, Nombre, Inicial)

Dirección de Institución / *Community Program* (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)

Número de <i>Social Security</i> del Residente	Fecha de Nacimiento del Residente (mes/día/año)	Número de Teléfono del Residente
------------------------------------------------	-------------------------------------------------	----------------------------------

SECCION II – INFORMACION SOBRE ESPOSO(A)

Nombre de Esposo(a) (Apellido, Nombre, Inicial)

Dirección de Esposo(a) (Ciudad, Estado, Código Postal)

Número de <i>Social Security</i> de Esposo(a) (sólo si está aplicando)	Fecha de Nacimiento de Esposo(a) (mes/día/año)	Número de Teléfono de Esposo(a)
------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------	---------------------------------

SECCION III – INFORMACION SOBRE BIENES

		BIENES QUE POSEE EL RESIDENTE	BIENES QUE POSEE EL ESPOSO(A)	NOMBRE DE LA PERSONA CON LA QUE POSEE BIENES JUNTOS	SOLO PARA USO OFICIAL
1. Seguro de Vida	VALOR EN EFECTIVO	\$	\$		
	VALOR NOMINAL	\$	\$		
2. Cuenta de Cheques / Share-Draft		\$	\$		
3. Otras cuentas bancarias, unión de crédito, ahorros y prestamos u otras instituciones financieras		\$	\$		
4. Dinero en efectivo que le pertenezca (incluya la cantidad actual que tenga en una cuenta para paciente de una institución/hogar de anciano		\$	\$		
5. Dinero pagado por cualquier persona a un fideicomiso para entierro, o a otra persona o lugar para pagar por gastos de entierro.		\$	\$		
6. Otra propiedad o dinero, no enlistado abajo:					
Dinero en una caja de deposito de seguridad		\$	\$		
Certificados de deposito		\$	\$		
Equipo de granja y ganado		\$	\$		
Terreno / edificio (sin incluir el lugar donde vive)		\$	\$		
Dinero que le deben a usted o a su esposo(a)		\$	\$		
Notas / contratos de valor		\$	\$		
Cuentas de Retiro (cuentas de IRA y <i>Keough</i>)		\$	\$		
Acciones o bonos (incluyendo <i>U.S. Savings Bonds</i>)		\$	\$		
Artículos (<i>Kruggersands</i> , etc.)		\$	\$		
Fondo Fideicomiso		\$	\$		
7. Vehículos (Enliste cada vehículo y su valor)					
Vehículo 1:		\$	\$		
Vehículo 2:		\$	\$		
Vehículo 3:		\$	\$		
8. Otros Bienes		\$	\$		
SUBTOTAL – Bienes – Enlistados Arriba		\$	\$		
TOTAL – Bienes (Sume las cantidades subtotales del residente y esposo/a)		\$			

SECCION IV – DERECHOS Y DEBERES

Certifico, bajo pena de perjurio, que todas mis respuestas están correctas y completas de acuerdo a mi mejor saber y entender. También entiendo que podrían pedirme proveer pruebas sobre cualquier información dada en este formulario de evaluación y que dar información falsa podría someterme a juicio por fraude. Entiendo que si tanto yo con mi esposo(a) estamos en desacuerdo con los resultados de esta evaluación ninguno de los dos podremos solicitar una audiencia imparcial hasta que la aplicación para beneficios de *Medicaid* de mi esposo(a) haya sido archivada y se haya determinado elegibilidad.

Entiendo que después de que se haya tomado una decisión sobre mi solicitud para *Medicaid*, mi esposo(a) o yo tenemos el derecho de apelar la decisión, por medio a la solicitud de una audiencia imparcial, si estamos en desacuerdo con la cantidad o el método de calcular la porción de los bienes del esposo(a) en la comunidad. Nosotros podríamos solicitar una audiencia en la agencia de servicios social o humano del condado/tribu donde yo apliqué. También podría solicitar una audiencia imparcial escribiendo a:

Department of Administration
Division of Hearings and Appeals
P.O. Box 7875
Madison, WI 53707-7875

O llamando al (608) 266-3096

Este formulario puede también ser obtenido de la *Division of Hearings and Appeals* en el sitio web dha.state.wi.us/home/.

SECCION V – FIRMA

Entiendo que si cualquier información proveída por mí, mi esposo(a) o mi representante autorizado está incompleta o es falsa, entonces la cantidad de la porción de los bienes del esposo(a) en la comunidad no es necesaria (vinculante) en ninguna determinación del departamento y está sometida a cambios.

Se requieren la firma de dos testigos si usted firma con una "X".

FIRMA – Residente	Fecha de la Firma
FIRMA – Esposo(a) en la comunidad	Fecha de la Firma
FIRMA – Testigo	Fecha de la Firma
FIRMA – Testigo	Fecha de la Firma