

MEDICAID DE WISCONSIN PARA PERSONAS ANCIANAS, CIEGAS O DISCAPACITADAS
PAQUETE DE SOLICITUD / REVISIÓN
WISCONSIN MEDICAID FOR THE ELDERLY, BLIND AND DISABLED APPLICATION / REVIEW PACKET

COMO HACER SU SOLICITUD

Esta es una solicitud para beneficios de cuidado de salud para personas de 65 años de edad o más, ciegas o con una discapacidad.

Para solicitar beneficios de cuidado de salud, llene esta solicitud y envíela a su agencia local de su condado o tribu o llene una solicitud por internet en access.wi.gov. Para más información sobre como hacer su solicitud por internet lea abajo.

Necesitará proveer pruebas para algunas de sus respuestas. Para más información sobre lo que usted necesitará proveer, vea la sección de Verificación/Pruebas en la página 4.

Llame al 1-800-362-3002 (Servicios para Miembros) si tiene preguntas sobre *Medicaid* o necesita la dirección y/o el número de teléfono de la agencia local de su condado o tribu.

Si usted desea ayuda para llenar esta solicitud o desea responder a las preguntas en persona o por teléfono, comuníquese con la agencia local de su condado o tribu. También dispone de información por Internet en dhs.wi.gov/medicaid.

Si usted tiene una discapacidad y requiere esta información en un formato alterno, o si le gustaría obtenerla traducida a otro idioma, llame al 1-608-266-3356 (voz) o 1-888-701-1251 (TTY). Estos servicios son gratis.

HAGA SU SOLICITUD POR INTERNET

ACCESS es una opción que le permite solicitar beneficios por Internet, verificar el estatus de sus beneficios o informar cambios a su trabajador(a) del caso. Para visitar ACCESS, vaya a access.wi.gov. Una solicitud por internet es lo mismo que una solicitud de papel.

COMO USAR ESTE FORMULARIO

1. Antes de completar esta solicitud, lea la sección Información Importante y todas las instrucciones.
2. Escriba en letra de molde y en forma clara. Utilice solo tinta azul o negra.
3. Escriba las fechas en el formato Mes/Día/Año. (Por ejemplo: 2 de abril del 1958 sería 04/02/1958.)
4. Entre información referente a usted y/o su esposo(a).
5. Llene la solicitud por completo. Podría haber un retraso en sus beneficios de *Medicaid* si la solicitud no está completa. (Utilice la lista de verificación en las páginas 15-16 para asegurarse de que su solicitud está completa.) Si su solicitud no está completa, la agencia local de su condado o tribu le contactará para más información.

Dirección - Agencia Local de su Condado o Tribu

INFORMACION IMPORTANTE

Lo siguiente es información importante relativa a *Medicaid* para personas ancianas, ciegas o discapacitadas:

Representante Autorizado

Usted podría autorizar a un representante para que haga la solicitud en su nombre. Si quiere autorizar a un representante, llene la página Representante Autorizado (Adjunto 2 de este paquete de solicitud). Esto le permitirá a esa persona llenar y firmar la solicitud en su nombre. Un tutor legal, guardián o una persona con poder notarial podría aplicar en nombre de un individuo sin la autorización del mismo. Si usted ha sido nombrado por la corte como tutor, guardián o con poder notarial para las finanzas de una persona, debe presentar la documentación legal que lo autoriza a ser la persona nombrada como tutor, guardián, o con poder notarial para las finanzas de esa persona.

Fecha de la Solicitud

La fecha de la solicitud es la fecha en que la oficina de *Medicaid* recibe su solicitud firmada. Se le enviará una decisión sobre su *Medicaid* dentro de 30 días a partir de la fecha de su solicitud. Los formularios que no estén firmados serán devueltos. Es importante que haga su solicitud tan pronto como le sea posible ya que la fecha inicio de sus beneficios, si resulta elegible, está basada en la fecha de su solicitud.

Cobertura Retroactiva

Es posible que usted pueda obtener beneficios de *Medicaid* por hasta tres meses antes de la fecha de su solicitud si usted provee la información necesaria que muestre que cumple con las reglas de *Medicaid* para esos meses. Si a usted le gustaría ayuda para pagar por cuidado de salud para cualquiera de los tres meses pasados (cobertura retroactiva) llene la página "*Medicaid Backdated Coverage Request*" (Solicitud de Cobertura Retroactiva de *Medicaid*) (Adjunto 1) que se encuentra en este paquete de solicitud.

Información de Identificación Personal / Número de *Social Security*

La información de identificación personal y los números de *Social Security* sólo se usan para la administración directa del programa de *Medicaid*.

Si alguien en su familia no está solicitando los beneficios de *Medicaid*, usted no necesita proveer el número de *Social Security* (SSN) de esa persona. Cualquier persona que quiera *Medicaid* Wisconsin, pero que no provea su SSN o solicite uno no será elegible para beneficios, conforme con los *Wisconsin Statutes* § 49.82(2).

Si sólo está aplicando para servicios de emergencia debido a su condición inmigratoria, o es una mujer embarazada solicitando *BadgerCare Plus Prenatal Services*, usted no tiene que proveer información sobre su SSN.

Su SSN permite una verificación computarizada de su información con agencias del gobierno tales como *Internal Revenue Service (IRS)*, *Social Security Administration*, *Department of Revenue* y el *Department of Workforce Development*. Además, el *Department of Health Services* comparará su nombre y SSN con la información proporcionada por su compañía de seguro médico para determinar si usted tiene un seguro médico adicional.

Su SSN no será compartido con el *United States Citizenship and Immigration Services (USCIS)*.

Revisión

Si usted obtiene *Medicaid*, tendrá que completar una revisión por lo menos una vez cada 12 meses para ver si usted aún cumple con todas las reglas de *Medicaid* para recibir beneficios.

Recuperación de Patrimonio (*Estate Recovery*)

Si usted obtiene *Medicaid*, la ley del estado de Wisconsin, con excepciones limitadas, requiere la recuperación de ciertos beneficios de *Medicaid* de su patrimonio. El panfleto "*Estate Recovery Program*" (Recuperación de Patrimonio) (P-13032) le provee información sobre recuperación de patrimonio. Usted puede obtener una copia del panfleto en su agencia local de su condado o tribu o comuníquese con *Member Services* (Servicios para Miembros) al 1-800-362-3002. Ciertos beneficios que usted obtiene en la comunidad después de cumplir los 55 años de edad y todos los beneficios que usted obtiene mientras este viviendo en un asilo de ancianos o mientras sea paciente interno en un hospital por 30 días o más, son recuperables. Además, si usted vive en un asilo de ancianos o está institucionalizado en un hospital, y no se espera que regrese a vivir en casa, se podría poner un embargo en su casa. No se pondría un embargo en su casa si usted, su esposo(a) o ciertos otros miembros de familia aún viven en la casa.

Derechos y Deberes

Derechos

Leyes estatales y federales garantizan los derechos para miembros, los cuales incluyen:

- El derecho a ser tratado con respeto por parte de los empleados del estado y del condado;
- El derecho a la privacidad de toda información dada a las agencias locales de su condado o tribu para determinar elegibilidad; (Esto no prohíbe el uso de tales registros para la administración del programa.)
- El derecho a tener acceso a los registros de la agencia local de su condado o tribu y a los archivos relacionados con su caso, excepto por la información obtenida por la agencia local de su condado o tribu bajo promesa de privacidad;
- El derecho a permanecer elegible para los beneficios de *Medicaid* aún si estuviera fuera del estado temporalmente;
- El derecho a una determinación de condición de elegibilidad rápida y a un aviso anticipado de propuesta de cambios en dicha condición;
- El derecho a cuidado médico de emergencia;
- El derecho a pedir acomodaciones razonables para participar en el programa por razón relacionada con una discapacidad, o el derecho a pedir interpretes o traductores para participar en el programa; y
- El derecho a apelar cualquier acción tomada concerniente a su solicitud de *Medicaid* o beneficios actuales que usted no esté de acuerdo por medio a la solicitud de una Audiencia Imparcial.

Audiencia Imparcial

Para solicitar una Audiencia Imparcial escriba al:

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

O llame al: Teléfono (608) 266-3096

El formulario *Request for Fair Hearing* (Solicitud de Audiencia Imparcial) también se puede obtener en el sitio web dha.state.wi.us/home/ de la *Division of Hearings and Appeals*.

Usted también puede comunicarse con la agencia local de su condado o tribu donde hizo su solicitud y pedir ayuda para presentar una solicitud de Audiencia Imparcial. Consulte el manual *ForwardHealth – Enrollment and Benefits* (ForwardHealth – Inscripción y Beneficios) (P-00079S), o los Avisos de Inscripción que usted recibirá, para saber más acerca del proceso de una audiencia imparcial. Si se determina que usted es elegible para *Medicaid*, usted recibirá su manual con su tarjeta *Forward* de *Medicaid*. Usted también puede encontrar este manual en el sitio web de *Medicaid* en dhs.wi.gov/em/customerhelp.

Si tiene preguntas sobre sus derechos y deberes, comuníquese con la agencia local de su condado o tribu o llame a Servicios para Miembros al 1 (800) 362-3002.

Discriminación

El *Department of Health Services* (DHS) es un empleador y proveedor que ofrece igualdad de oportunidad de empleo y servicios. Para preguntas sobre derechos civiles, llame al (608) 266-9372 (voz) o al 1-888-701-1251 (TTY).

Para presentar una queja por discriminación comuníquese con uno de los siguientes:

Wisconsin Department of Health Services
Affirmative Action and Civil Rights Compliance
Office
1 W. Wilson Street, Room 555
Madison, WI 53707-7850
Teléfono: (608) 266-9372 (voz); 1-888-701-1251
(TTY)
Fax: (608) 267-2147

○ U.S. Dept of Health and Human Services
Office for Civil Rights – Region V
233 N. Michigan Avenue, Suite 240
Chicago, IL 60601
Teléfono: (312) 886-5077 (voz) o
(312) 353-5693 (TTY)

Deberes

Reportar sobre cambios

Reportar a la agencia local de su condado o tribu **dentro de 10 días:**

- Cualquier cambio en el **ingreso** de cualquiera de los miembros de su familia, **Y**
- Cualquier otro cambio en la información que usted haya dado en su solicitud que requiera ser informada en el formulario *Medicaid Change Report*. Vea el formulario *Medicaid Change Report* (Reporte de Cambio de Medicaid) (Adjunto 3) en este paquete de solicitud.

Nota: Si usted es parte de un HMO de *Medicaid* y se muda fuera del estado pero no reporta este cambio, usted será responsable de re-embolsar al *Medicaid* de Wisconsin cualquier pago que *Medicaid* haya hecho a su HMO. Por ejemplo, si el *Medicaid* de Wisconsin pagó a su HMO \$175 por mes por usted y su esposo(a), la cantidad del sobrepago que usted tendrá que reembolsar al *Medicaid* de Wisconsin es de \$350 por cada mes que su HMO fue pagado después de usted se mudó fuera del estado, aún si usted no usó su tarjeta *Forward*.

Los cambios pueden ser reportados por Internet en access.wi.gov, llamando a su trabajador del caso o usted puede usar el *Medicaid Change Report* (Reporte de Cambio de Medicaid) (Adjunto 3) en este paquete de solicitud. **No envíe este formulario con su solicitud; guárdelo para uso en un futuro.**

Verificación / Pruebas

Usted necesitará presentar pruebas para cierta información. Algunas de ellas incluyen:

Ciudadanía / Identidad

La ley federal requiere que todos los ciudadanos estadounidenses que estén solicitando o recibiendo los beneficios de *Medicaid* deban presentar pruebas de ciudadanía estadounidense e identidad. Si está solicitando beneficios, usted tendrá por lo menos 30 días, a partir de la fecha de su solicitud, para proveer pruebas a la oficina de *Medicaid*. Si usted ha proporcionado esta información anteriormente, o si recibe *Medicare*, *Supplement Security Income* o *Social Security Disability Income*, la misma podría ya estar en los archivos; su trabajador del caso le dejará saber si él/ella necesita más prueba.

También verificamos con el *U.S. Department of Homeland Security* la condición extranjera de todos los inmigrantes que soliciten beneficios para si mismos. No se verificará con el *United States Citizenship and Immigration Services* (USCIS) la condición de inmigrante de las personas en su familia que no estén solicitando asistencia. Si alguien en su familia no está solicitando para *Medicaid*, no necesita responder a esta pregunta para esa persona.

Nota: Los inmigrantes indocumentados son sólo elegibles para cobertura de servicios de cuidado de salud de emergencia si de lo contrario fueran elegibles para *Medicaid*. Las mujeres inmigrantes embarazadas podrían ser elegibles para el *Prenatal Services de BadgerCare Plus*.

Ejemplos sobre documentación que usted puede usar para comprobar ambas ciudadanía e identidad:

- Pasaporte de los Estados Unidos
- Certificado de Ciudadanía de los Estados Unidos
- Certificación de Naturalización de los Estados Unidos

Ejemplos sobre documentación que usted puede usar para comprobar ciudadanía:

- Certificado de nacimiento de los Estados Unidos
- Informe de nacimiento en el extranjero del Departamento del Estado de los Estados Unidos
(*U.S. State Department Report of Birth Abroad*)
- Tarjeta de ID de ciudadanía de los Estados Unidos
- Documentos de adopción que muestren nacimiento en los Estados Unidos
- Expediente de hospital de nacimiento en los Estados Unidos
- Registro de servicio militar en los Estados Unidos
- Registro de seguro de vida o médico que muestre nacimiento en los Estados Unidos
- Documentos de admisión a un hogar de ancianos que muestren nacimiento en los Estados Unidos

Ejemplos sobre documentación que usted puede usar para comprobar identidad:

- Licencia de conducir del estado
- Tarjeta de ID emitida por el gobierno federal, estatal o local
- Tarjeta de ID escolar con fotografía
- Tarjeta militar de los Estados Unidos o registro de reclutamiento que muestre nacimiento en los Estados Unidos
- Tarjeta de ID de dependiente militar de los Estados Unidos
- Para niños menores de 18 años de edad, un formulario firmado de *Statement Identity* (Declaración de Identidad), F-10154

**SOLICITUD DE MEDICAID DE WISCONSIN PARA PERSONAS ANCIANAS / CIEGAS /
DISCAPACITADAS**
WISCONSIN MEDICAID FOR THE ELDERLY / BLIND/ DISABLED APPLICATION

Instrucciones: Antes de completar este formulario, lea todas las instrucciones. Utilice sólo tinta negra o azul. Escriba todas las fechas en el formato Mes/Día/Año (por ejemplo: 2 de abril del 1958 sería 04/02/1958). Si necesita espacio para escribir sus respuestas, por favor use una hoja de papel adicional.

Guarde las páginas del 1 al 6 y el *Medicaid Change Report* (Reporte de Cambio de Medicaid) (Adjunto 3), para uso en un futuro.

Si usted está llenando esta solicitud/revisión en nombre de otra persona, complete la *Authorization of Representative* (Adjunto 2), o adjunte la documentación que le autoriza a ser la persona nombrada a tener custodia o poder notarial de las finanzas de esta persona. La información proporcionada en esta solicitud deberá ser sobre el solicitante, no sobre el representante.

SECCIÓN I – INFORMACIÓN SOBRE EL SOLICITANTE (En esta sección necesitamos que nos diga sobre usted.)

Nombre – Solicitante (apellido, nombre, inicial)

¿Tiene usted otros nombres usados anteriormente tal como nombre de casada o nombre de soltera?

Sí No Si responde "Sí", ¿cuáles son esos nombres?

Fecha de Nacimiento	¿Dónde nació? (ciudad, estado)	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Número de <i>Social Security</i>	*Raza u Origen Étnico	¿Es usted miembro, o el hijo de un miembro, de una tribu? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿En que idioma le gustaría que se imprimieran sus avisos? <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español
Idioma principal que se habla en su hogar		¿Hay algún niño(s) menor de edad en el hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

*Usted no tiene que responder a esta pregunta. Si desea responderla, los códigos están en la página 6 de la Sección "Información Importante."

SECCIÓN 2 – SU INFORMACIÓN DE CONTACTO Favor de indicar como podemos comunicarnos con usted. Si provee números de teléfonos, favor de incluir el código de área.

Número de Teléfono (Solicitante) <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo	Número de Teléfono (Representante Autorizado / Poder Notarial) <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo
Otros números de teléfono donde podemos dejarle un mensaje	¿De quién es este número de teléfono? <input type="checkbox"/> Propio <input type="checkbox"/> Amigo(a) <input type="checkbox"/> Vecino(a) <input type="checkbox"/> Familiar
Dirección de correo electrónico (<i>e-mail</i>)	¿De quién es esta dirección de correo electrónico (<i>email</i>)? <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Amigo(a) <input type="checkbox"/> Vecino(a) <input type="checkbox"/> Pariente

¿Cuál es la mejor forma de comunicarnos con usted durante los días de trabajo?

SECCIÓN 3 – INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE EL SOLICITANTE En esta sección necesitamos información adicional sobre usted, el solicitante.

Dirección donde usted vive (Si usted vive en una institución médica, use el nombre y la dirección de la institución.)

Calle	Ciudad	Estado	Código Postal
-------	--------	--------	---------------

¿Es ésta también su dirección de correo? Sí No Si respondió "No", ¿cuál es su dirección de correo?

¿Vive usted en un asilo de ancianos, institución para enfermos de salud mental (IMD por sus siglas en ingles), u hospital? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si responde "Sí", ¿cuál es la fecha en que fue admitido(a)? _____	¿Planea usted continuar viviendo en Wisconsin? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	---

¿Necesitó ayuda para pagar por los cuidados de salud recibidos en los últimos tres meses? Sí No
Si responde "Sí", complete el formulario *Medicaid Backdated Coverage Request* (Solicitud de Cobertura Retroactiva de *Medicaid*) (Adjunto 1) en este paquete.

Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Legalmente Separado(a) <input type="checkbox"/> Anulado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Nunca me casé <input type="checkbox"/> Divorciado(a)	¿Es usted un ciudadano de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Vea la página 4)
---	--

Si usted no es un ciudadano de los Estados Unidos, ¿en qué país nació?	¿Es usted patrocinador de un inmigrante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	--

SECCIÓN 4 – INFORMACIÓN SOBRE SU ESPOSO(A)

En esta sección le pediremos información general sobre su esposo(a), si usted está casado(a). Responda a todas las preguntas en esta sección con información relacionada con su esposo(a). Si usted no está casado(a), vaya a la Sección 5, Información sobre Discapacidad.

Nombre (apellido, nombre, inicial)

Otros nombres que usted haya usado anteriormente tal como nombre de casada o nombre de soltera.

Dirección del esposo(a), si es distinta a la del solicitante

Si usted está solicitando servicios de cuidado a largo plazo, ¿desea usted que su esposo(a) reciba la porción máxima permitida de su ingreso? Sí No

Si respondió "No" ¿cuánto le gustaría que reciba su esposo(a)? \$ _____

¿Está usted viviendo en un asilo de ancianos, institución para enfermos de salud mental (IMD) u hospital?
 Sí No Si respondió "Sí", pare aquí y vaya a la Sección 5.

¿Está usted solicitando Medicaid? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Raza u origen étnico (Esta pregunta es opcional.)	Número de <i>Social Security</i>	¿Es usted miembro, o el hijo de un miembro, de una tribu? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	---	----------------------------------	---

Fecha de Nacimiento	¿Es usted ciudadano de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es usted patrocinador de un inmigrante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---------------------	---	--

Si usted no es un ciudadano de los Estados Unidos, ¿en que lugar nació?

SECCION 5 – INFORMACION SOBRE LA DISCAPACIDAD

Solicitante

¿Ha sido usted determinado ciego o discapacitado por el <i>Social Security Administration</i> ?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Ha recibido usted <i>Supplemental Security Income</i> (SSI) anteriormente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si usted está discapacitado y actualmente no está trabajando, ¿está usted interesado en trabajar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Esposo(a)

¿Ha sido su esposo(a) determinado ciego o discapacitado por el <i>Social Security Administration</i> ?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Ha recibido su esposo(a) <i>Supplemental Security Income</i> (SSI) anteriormente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si su esposo(a) está discapacitado y actualmente no está trabajando, ¿está él/ella interesado(a) en trabajar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

SECCIÓN 6 – ACTIVOS

Provea una lista de todos sus activos y los de su esposo(a). Incluya los activos que tenga en común con cualquier otra persona. No incluya el valor de los artículos personales del hogar (televisión, muebles, electrodomésticos). No incluya información sobre vehículos de motor en esta sección pues le preguntaremos sobre eso en la Sección Información sobre Vehículos. Los activos incluyen artículos tales como dinero en efectivo, cuentas corrientes o de ahorros, certificados de depósito, fondos fiduciarios, acciones, bonos, cuentas de jubilación, los intereses en rentas vitalicias, bonos de ahorro de los EE.UU., los acuerdos de propiedad, los contratos de obras, la multipropiedad, el alquiler de propiedad, propiedades en vida, ganado, herramientas, maquinaria agrícola, planes *Keogh* u otros refugios fiscales, las propiedades personales que se reservan para fines de inversión, etc.

NOTA: Se le pedirá que proporcione pruebas sobre sus activos. Vea la página 5 para más información. Si necesita más espacio, continúe la lista en una segunda hoja.

Tipo de Activos (Véase arriba)	Nombre del Propietario(s)	Cantidad Actual de Dólares	Nombre del Banco / Institución Financiera y Número de Cuenta
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

SECCIÓN 7 – ACTIVOS DE ENTIERRO

Proporcione una lista de los activos de entierro que sean de su propiedad y/o su esposo(a). Se le pedirá que proporcione pruebas sobre sus activos. Vea la página 5, para más información. Si necesita más espacio, continúe la lista en una segunda hoja.

Tipo de Activos de Entierro	Nombre del Propietario(s)	Valor
Seguro de Entierro <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$
Fideicomiso Irrevocable de Entierro (<i>Irrevocable Burial Trust</i>) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$
Otro <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$

SECCIÓN 8 – INFORMACIÓN SOBRE VEHICULOS

Enumere todos los vehículos que sean de su propiedad y/o de su esposo(a), si está casado(a). Incluya vehículos que sean de propiedad conjunta con otra persona.

Vehículo 1

Tipo de Vehículo	Año	Marca	Modelo
Cantidad que aún debe en este vehículo \$		Valor Justo del Mercado* \$	

Vehicle 2

Tipo de Vehículo	Año	Marca	Modelo
Cantidad que aún debe en este vehículo \$		Valor Justo del Mercado* \$	

*Nos referimos al Valor Justo del Mercado a la cantidad que usted obtendría si vendiera este vehículo en el mercado libre.

SECCIÓN 9 – SEGURO DE VIDA - Favor de informarnos sobre cualquier seguro de vida que usted y/o su esposo(a) tengan.

¿Tienen usted y/o su esposo(a) alguna póliza de seguro de vida? Sí No

Si responde "Sí", complete la sección abajo. Si responde "No", pare y vaya a la Sección 10

Nombre del Propietario(s)	Valor en Efectivo	Valor Nominal
	\$	\$
	\$	\$

SECCIÓN 10 – TRANSFERENCIA DE RECURSOS / INGRESOS

Favor de informarnos sobre cualquier ingreso o recurso que usted y/o su esposo(a) haya cedido o vendido por menos del valor del justo del mercado en los últimos cinco años. Ejemplo de recursos incluyen dinero en efectivo y regalos de dinero en efectivo, bienes raíces, acciones o bonos, etc. Si necesita más espacio, use una segunda hoja.

Marque todo lo que corresponda. En los últimos cinco años usted y/o su esposo(a) han:

- Sí No Vendido alguno de sus bienes por menos del valor justo del mercado, (Nos referimos al valor justo del mercado a la cantidad que usted obtendría si vendiera este artículo en el mercado libre.)
- Sí No Intercambiado bienes o ingresos,
- Sí No Transferido o cedido bienes o ingresos,
- Sí No Establecido o financiado un fideicomiso,
- Sí No Rechazado o rehusado aceptar una herencia, o bien
- Sí No Comprado una renta vitalicia (*annuity*), patrimonio en vida en la casa de otra persona, pagaré, préstamo o hipoteca

Si respondió "Sí" para cualquiera de los artículos mencionados arriba, llene la información abajo. Si responde "No", vaya a la Sección 11.

SECCIÓN 10 – TRANSFERENCIA DE RECURSOS / INGRESOS (Continuación)

Activos o Ingresos 1

Tipo de activos o ingresos	Fecha en que fueron cedidos o vendidos	Valor de los activos o ingresos \$
----------------------------	--	---------------------------------------

¿Qué recibió a cambio?

Activos o Ingresos 2

Tipo de activos o ingresos	Fecha en que fueron cedidos o vendidos	Valor de los activos o ingresos \$
----------------------------	--	---------------------------------------

¿Qué recibió a cambio?

SECCIÓN 11 – INGRESOS DE TRABAJO Y SALARIOS

En esta sección necesitamos saber sobre cualquier ingreso de trabajo o salarios que usted y/o su esposo(a) reciben de su empleo. Enumere el ingreso bruto para cada trabajo. Nos referimos al ingreso bruto a la cantidad ganada antes de la aplicación de impuestos y deducciones. No incluya trabajo propio en esta sección, le pediremos información sobre trabajo propio en la Sección 12.

Trabajo 1

¿Están usted y su esposo(a) empleados? Sí No Si responde "Sí", conteste las preguntas siguientes. Si responde "No", pare y vaya a la Sección 12.

¿Quién tiene un trabajo? <input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Mi esposo(a)	Fecha en que comenzó su empleo
Nombre y dirección del empleador	Ganancias brutas mensuales que espera para este mes \$
	Ganancias brutas mensuales que espera para el próximo mes \$
¿Cuántas horas trabaja por semana?	¿A cuánto le pagan la hora? \$

¿Con que frecuencia le pagan?

Semanalmente Cada dos semanas Dos veces al mes Una vez al mes

¿Le pagan un salario? Sí No

Si responde "Sí", ¿cuánto le pagan por cada período de pago? \$

Aparte de su pago por hora o salario, ¿recibe usted propinas o compensaciones? Sí No

Si responde "Sí", ¿cuánto recibió por cada período de pago? \$

SECCIÓN 11 – INGRESO DE TRABAJO Y SALARIOS (Continuación)

Trabajo 2

¿Está usted y su esposo(a) empleados? Sí No Si responde “Sí”, conteste las preguntas siguientes.
Si responde “No”, pare y vaya a la Sección 12.

¿Quién tiene un trabajo? <input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Mi esposo(a)	Fecha en que comenzó su empleo
Nombre y dirección del empleador	Ganancias brutas mensuales que espera para este mes \$
	Ganancias brutas mensuales que espera para el próximo mes \$
¿Cuántas horas trabaja por semana?	¿A cuánto le pagan la hora? \$
¿Con que frecuencia le pagan? <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Una vez al mes	
¿Le pagan un salario? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si responde “Sí”, ¿cuánto le pagan por cada período de pago? \$	
Aparte de su pago por hora o salario, ¿recibe usted propinas o compensaciones? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si responde “Sí”, ¿cuánto recibió por cada período de pago? \$	

Si usted tiene otros trabajos o salarios de un trabajo, use una segunda hoja y adjúntela con esta solicitud.

SECCIÓN 12 – TRABAJO POR CUENTA PROPIA (SELF-EMPLOYMENT)

Favor de informarnos sobre cualquier ingreso de trabajo por cuenta propia que usted y/o esposo(a) reciben.
Si necesita más espacio, podría usar una segunda hoja.

Trabajo por cuenta propia 1

¿Tiene usted y/o su esposo(a) un trabajo por cuenta propia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si responde “Sí”, conteste a las preguntas abajo. Enumere la cantidad bruta informada al <i>Internal Revenue</i> en sus formularios de impuestos. Si responde “No”, vaya a la Sección 13.	
¿Quién tiene un trabajo por cuenta propia? <input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Mi esposo(a)	Nombre y dirección del negocio
Ingreso bruto anual \$	
Gasto bruto anual (Incluir cantidad reclamada por depreciación) \$	Tipo de negocio

Trabajo por cuenta propia 2

¿Quién tiene un trabajo por cuenta propia? <input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Mi esposo(a)	Nombre y dirección del negocio
Ingreso bruto anual \$	
Gasto bruto anual (Incluir cantidad reclamada por depreciación) \$	Tipo de negocio

SECCIÓN 13 – OTROS TIPOS DE INGRESO

En esta sección indique si usted y/o su esposo(a) reciben cualquier otro tipo de ingreso (aparte del que recibe de su trabajo actual o trabajo por cuenta propia). Ejemplos de otros ingresos podrían incluir, pero no estar limitados a pagos de parte de una anualidad o fideicomiso, pensión alimenticia/manutención, organización benéfica, sustento de menor, discapacidad/pago por enfermedad, intereses/dividendos, pensión/jubilación, compensación de trabajador, dinero de parte de otra persona, ingreso de renta, *Supplemental Security Income* (SSI), *Social Security*, Beneficios de Veteranos, seguro de desempleo, etc. Enumere la cantidad bruta, antes de que se apliquen impuestos y deducciones.

Tipo de ingreso	Quién recibe el ingreso	Cantidad mensual bruta	Nombre y dirección de la compañía
	<input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Esposo(a)	\$	
	<input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Esposo(a)	\$	
	<input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Esposo(a)	\$	
	<input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Esposo(a)	\$	
	<input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Esposo(a)	\$	

SECCIÓN 14 – GASTOS MÉDICOS PAGADOS DE SU BOLSILLO

Enumere los tipos de gastos médicos pagados de su bolsillo que usted y/o su esposo(a) tienen tales como co-pagos o costo de medicamentos sin receta. Usted debe indicar si el artículo es un gasto de trabajo relacionado con un daño. Nos referimos a un gasto de trabajo relacionado con un daño a cualquier artículo que usted y/o su esposo(a) necesiten para poder hacer su trabajo. El gasto no puede ser aquel que un trabajador similar sin una discapacidad tendría, tal como uniformes. No incluya primas de seguro médico o artículos por los cuales usted ha sido reembolsado.

Gasto 1

¿Tiene usted o su esposo(a) gastos médicos? Sí No

Si responde "Sí", complete la información abajo. Si responde "No", pare y vaya a la Sección 15.

Tipo de Gasto Médico	Cantidad del Gasto	¿Quién tiene el gasto?	Frecuencia de pago
	\$	<input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Mi Esposo(a)	

¿Es este un gasto de trabajo relacionado con daños? Sí No

Gasto 2

Tipo de Gasto Médico	Cantidad del Gasto	¿Quién tiene el gasto?	Frecuencia de pago
	\$	<input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Mi Esposo(a)	

¿Es este un gasto de trabajo relacionado con un daño? Sí No

SECCIÓN 15 – COSTO DE VIVIENDA / SERVICIOS PÚBLICOS

En esta sección, enumere los gastos de su casa. Algunos de estos podrían incluir, pero no estar limitados a hipoteca/renta, impuestos de propiedad, cuotas de condominio, seguro de casa propia/renta, facturas de agua y alcantarillado, facturas de gas/electricidad, costo de calefacción, etc.

Tipo de Gasto	Quién tiene el gasto	Cantidad del Gasto	Frecuencia de Pago
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

SECCIÓN 16 – OTROS GASTOS DEDUCIBLES

En esta sección indíquenos cualquier otro gasto deducible que usted y/o su esposo(a) tengan. Los gastos deducibles pueden incluir pensión alimenticia/sustento de familia, honorarios de abogados y pagos a tutores nombrados por la corte, sustento de menor, y otras obligaciones señaladas por la corte.

Quién tiene el gasto	Sobre qué es el gasto	Cantidad del Gasto	Frecuencia de Pago
		\$	
		\$	
		\$	

SECCIÓN 17 – INFORMACIÓN SOBRE SEGURO MÉDICO

Esto también se incluye todos los seguros que pueden estar disponibles a través de un empleador plan de salud grupal o largo plazo la política de atención a largo plazo

Usted debe de informar sobre cualquier tercero que pueda ser responsable por el pago de su cuidado médico y/o el de su esposo(a), incluyendo seguro médico particular, seguro de cuidado a largo plazo para asilo de ancianos, seguro de *Medicare* o *Medi-GAP*. Usted debe cooperar dando la información solicitada. Esto también incluye cualquier seguro que pueda estar disponible a través de su empleador ya sea un plan de salud grupal o una póliza de cuidado a largo plazo.

¿Tiene usted y/o su esposo(a) cobertura de *Medicare* Parte A o Parte B? Sí No

¿Quién tiene la cobertura?	Número de ID de Medicare	Cantidad de la Prima	Fecha Inicio del Part A	Fecha Inicio del Part B
		\$		
		\$		

¿Tiene usted y/o su esposo(a) cobertura de *Medicare* Parte D? Sí No

¿Quién tiene la cobertura?	Nombre del Plan	Fecha Inicio	Cantidad de la Prima Mensual
			\$
			\$

SECCIÓN 17 – INFORMACION SOBRE SEGURO MEDICO (Continuación)

¿Tiene usted y/o su esposo(a) seguro médico particular o seguro de cuidado a largo plazo? Sí No

¿Quién tiene la cobertura? <input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Su esposo(a)	Fecha en que comenzó la cobertura	Cantidad de la prima \$	Frecuencia de pago
---	-----------------------------------	----------------------------	--------------------

¿Quién paga por la prima del seguro? <input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Su esposo(a)	Nombre del asegurado	Número de la Póliza/Seguro
---	----------------------	----------------------------

Nombre y Dirección de la Compañía de Seguro

Si es elegible, ¿le gustaría a usted y/o a su esposo(a) que el estado de Wisconsin pague por sus primas de Medicare? Sí No

¿Ha incurrido usted facturas médicas como resultado de un accidente o tiene usted pendiente una demanda por accidente? Sí No

Si responde "Sí", marque todo lo que corresponda. Facturas Incurridas Reclamo o Pago Pendiente

¿Ha incurrido su esposo(a) facturas médicas como resultado de un accidente o tiene usted pendiente una demanda por accidente? Sí No

Si responde "Sí", marque todo lo que corresponda. Facturas Incurridas Reclamo o Pago Pendiente

SECCIÓN 18 – LISTA DE VERIFICACIÓN

Por favor lea y marque cada uno de los siguientes antes de enviar su solicitud. Esto podría ahorrar tiempo en el proceso de su solicitud.

- Lea la Sección Derechos y Deberes.
- Complete todas las secciones en la solicitud que correspondan.
- Adjunte con su solicitud cualquier prueba, documentación u hojas adicionales usadas para completar la solicitud.
- Si usted no es un ciudadano de los Estados Unidos, incluya una copia de sus documentos de condición inmigratoria.
- Complete la hoja del *Authorized Representative* (Autorización de Representante) (Adjunto 2) o adjunte documentación legal que le permita tener custodia o poder notarial para las finanzas, si está usted actuando en nombre de un solicitante.
- Adjunte la hoja del *Medicaid Backdated Coverage Request* (Solicitud de Cobertura Retroactiva de Medicaid) (Adjunto 1), si está solicitando cobertura retroactiva.
- Guarde las páginas del 1 al 6 y el *Medicaid Change Report* (Reporte de Cambios de Medicaid) (Adjunto 3), para uso en el futuro.
- Firme y feche el formulario de solicitud y todos los documentos adjuntos.

Envíe la solicitud ya completa a la agencia local de su condado o tribu. Puede hallar las direcciones para las agencias locales en: dhs.wi.gov/em/customerhelp o puede llamar a *Member Services* (Servicios para Miembros) al 1-800-362-3002.

SECCION 19 - FIRMA

Su firma en la solicitud significa que usted entiende y reconoce que la agencia local de su condado o tribu o el *Department of Health Services* de Wisconsin está autorizada a solicitar cualquier información que sea apropiada y necesaria para la administración de los programas de *Medicaid* autorizados bajo la ley de Wisconsin. Cualquier persona, incluyendo instituciones financieras, agencias de informe sobre créditos o instituciones educacionales estarán autorizadas a divulgar esta información, a menos que este prohibido o restringido por la ley

Además, su firma en esta solicitud significa que usted entiende las preguntas y las declaraciones hechas en este formulario de solicitud y que entiende las penalidades que se aplican por ofrecer información falsa o por rompimiento de las reglas. Al firmar esta solicitud, usted está confirmando, bajo pena de perjurio, que todas sus respuestas están correctas y completas de acuerdo con su leal saber y entender, incluyendo la información proporcionada sobre el estado de inmigración y ciudadanía para cada miembro del grupo familiar que esté solicitando beneficios. También entiende y está de acuerdo en proveer documentos que prueben lo que usted ha dicho.

_____	_____
FIRMA – Solicitante/Representante/Tutor/Poder Notarial/Guardián	Fecha Firmada
_____	_____
FIRMA – Solicitante/Representante/Tutor/Poder Notarial/Guardián	Fecha Firmada
_____	_____
FIRMA – Testigo (Necesaria si firmado arriba con una "X")	Fecha Firmada
_____	_____
FIRMA – Testigo (Necesaria si firmado arriba con una "X")	Fecha Firmada

Nota: La firma del solicitante debe de ser presenciada por dos testigos si se firmó con una "X".

Adjunto 1 – Solicitud de Cobertura Retroactiva de Medicaid (MEDICAID BACKDATED COVERAGE REQUEST)

Si se determina que usted es elegible para *Medicaid*, usted podría recibir beneficios de *Medicaid* por hasta tres meses antes de la fecha de su solicitud, siempre y cuando se reúna la información necesaria sobre los meses anteriores y usted haya sido determinado elegible en esos meses. Si usted desea ayuda con el pago de su cuidado de salud para cualquiera de los tres meses anteriores a la fecha de su solicitud (cobertura retroactiva), asegúrese de que usted marcó la casilla donde indica “Sí” en la Sección 3 de la solicitud, Información Adicional Sobre el Solicitante, donde se hace esta pregunta y complete este formulario.

Si hay alguna diferencia en las circunstancias de cualquiera de los tres meses anteriores al mes de su solicitud indique las diferencias a continuación para cada mes que usted esté solicitando cobertura retroactiva. Algunas diferencias podrían ser: dirección, composición del grupo familiar, vehículos, seguro, ingreso, bienes, etc.

¿En que fecha desea usted que se inicie elegibilidad?

Un Mes Anterior a la Solicitud

¿Está usted solicitando cobertura retroactiva para este mes? Sí No

¿Hay alguna información incluida en su solicitud que sea diferente en este mes al mes de la solicitud?

Sí No Si responde “Sí”, describa los cambios.

Dos Meses Anteriores a la Solicitud

¿Está usted solicitando cobertura retroactiva para este mes? Sí No

¿Hay alguna información incluida en su solicitud que sea diferente en este mes al mes de la solicitud?

Sí No Si responde “Sí”, describa los cambios.

Tres Meses Anteriores a la Solicitud

¿Está usted solicitando cobertura retroactiva para este mes? Sí No

¿Hay alguna información incluida en su solicitud que sea diferente en este mes al mes de la solicitud?

Sí No Si responde “Sí”, describa los cambios.

FIRMA – Solicitante/Representante/Tutor/Poder Notarial/Guardián

Fecha Firmada

Adjunto 2 – Autorización de Representante (AUTHORIZATION OF REPRESENTATIVE)

Si usted desea autorizar a otra persona para que solicite los beneficios de *Medicaid*, en su nombre, debe completar esta sección. Si usted es un Representante Autorizado completando la solicitud de *Medicaid* para otra persona, tanto usted como el solicitante deben firmar la sección de firmas de la solicitud de *Medicaid*. Si usted es el tutor, o si tiene custodia o poder notarial para las finanzas, usted debe presentar a la oficina local de *Medicaid*, la documentación legal que le autoriza a solicitar en nombre del solicitante. Usted no necesita completar esta sección.

Yo autorizo a _____ (nombre del representante) a representarme en mi solicitud para *Medicaid* para ser presentada en la oficina de *Medicaid* que administra el programa y en las revisiones de mi elegibilidad.

También autorizo a mi representante a que provea información y documentos los cuales podrían ser necesarios para establecer mi elegibilidad para *Medicaid*. Yo proveeré a mi representante con información verdadera y precisa de acuerdo con mi leal saber y entender. Mi representante y yo entendemos que las penalidades que aplican por proveer información falsa pueden ser una multa de hasta \$10,000 y no más de un año en la cárcel del condado.

Información sobre el Representante Autorizado

Nombre – Representante Autorizado (apellido, nombre, inicial)	Teléfono (Incluya Código de área)
Dirección (calle, ciudad, estado, código postal)	Dirección de correo electrónico (<i>e-mail</i>)

NOTA: Alguien más aparte de su representante debe presenciar su firma. Se requieren las firmas de dos testigos si usted firma con una "X".

_____ FIRMA – Solicitante	_____ Firma Fecha
_____ FIRMA – Testigo (Necesaria)	_____ Fecha Firma
_____ FIRMA – Testigo (Necesaria si firmo con una "X" arriba.)	_____ Fecha Firma
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Como representante autorizado entiendo que estoy representando el solicitante nombrado arriba para elegibilidad de <i>Medicaid</i> y que la información proveída es verdadera y precisa de acuerdo con mi leal saber y entender.	
_____ FIRMA – Representante Autorizado	_____ Fecha Firmada

Adjunto 3 – Reporte de Cambio de Medicaid (MEDICAID CHANGE REPORT)

No envíe este reporte con su solicitud. Guarde para uso en el futuro. Si sucede algún cambio, puede usar este formulario para reportarlo. Usted también puede reportar cambios en línea en access.wi.gov o puede comunicarse con su trabajador(a) del caso por teléfono o en persona. Si usted reporta un cambio por medio a este formulario, envíe el formulario ya completado a la agencia local de su condado o tribu. Usted puede obtener la dirección de la agencia local de su condado o tribu en la casilla abajo, cuando llama al 1-800-362-3002 o en dhs.wi.gov/em/customerhelp.

Usted debe reportar si alguien se muda dentro o fuera de su casa, si alguien se casa, sale embarazada, o tiene un bebé, un cambio de dirección, ingresos, activos o condición de empleo **dentro de diez días**. Si no tiene suficiente espacio en este reporte para documentar un cambio, incluya junto con este reporte una hoja con la información adicional.

Si usted no reporta cualquier cambio o si provee información falsa, podría recibir una multa, tener que reembolsar cualquier beneficio de *Medicaid* que usted reciba por error (aún si usted no usa su tarjeta), ser enjuiciado o las tres cosas. Usted talvez tenga que proveer pruebas para cualquiera de los cambios que usted reporte.

Agencia Local de su Condado o Tribu

La información personal identificable será sólo usada para la administración directa del programa *Medicaid*.

Su Nombre	Número del Caso	Nombre del Trabajador(a) del Caso
-----------	-----------------	-----------------------------------

SECCIÓN 1 – CAMBIO DE DIRECCIÓN

Si usted se mudó, tiene que reportar su nueva dirección.

Fecha del Cambio	Número de Teléfono Nueva		
Dirección Nueva – Calle	Ciudad	Estado	Código Postal

SECCION 2 – CAMBIO EN LA COMPOSICIÓN DEL GRUPO FAMILIAR

Usted tiene que informar si alguien se muda dentro o fuera de la casa, si alguien se casa, sale embarazada, o tiene un bebé (incluya información sobre la persona que dio a luz y el recién nacido.)

Nombre(s) (Apellido, Nombre, Inicial)	Fecha del Cambio	
Número de <i>Social Security</i> (SSN)*	Fecha de Nacimiento	Relación con la Cabeza del Caso

Describa el Cambio

*Proveer o solicitar un SSN es voluntario. Sin embargo, cualquier persona que quiera *Medicaid* de Wisconsin pero no quiera proveer su SSN o solicitar uno, no será elegible para beneficios, conforme a *Wisc. Stats. Section 49.82(2)*.

SECCIÓN 3 – CAMBIO EN LOS ACTIVOS

Usted debe informar cambios en el dinero en efectivo, cuentas de banco, bonos, acciones, u otros bienes de la familia.

Nombre del Propietario (Apellido, Nombre, Inicial)		Fecha del Cambio
Tipo de Activo	Describa el Cambio	Valor o Cantidad Actual \$

Administrative Rule DHS 102.01 (6)

SECCIÓN 4 – CAMBIO EN LOS RECURSOS / INGRESOS

Usted debe informar sobre cualquier ingreso o recurso que usted y/o su esposo hayan cedido o vendido por menos del valor justo del mercado. Ejemplos sobre recursos incluyen regalo de dinero en efectivo, bienes raíces, acciones o bonos, una herencia, etc.

Tipo de Activos o Ingresos	Fecha Vendido o Cedido	Valor de los Activos o Ingresos \$
----------------------------	------------------------	---------------------------------------

¿Qué recibió a cambio?

SECCIÓN 5 – CAMBIO EN LOS VEHÍCULOS

Usted debe informar si obtiene, vende o cede un carro, camión, motocicleta, bote, motor de nieve, u otro tipo de vehículo.

Nombre del Propietario (apellido, nombre, inicial)			Fecha del Cambio
Tipo de Vehículo	Marca	Modelo	Año
Describa Cambio (comprado, vendido, etc.)	Cantidad recibida \$	Valor Justo del Mercado* \$	¿Cantidad que aún debe? \$

* Nos referimos al valor justo del mercado a la cantidad que usted obtendría si vendiera el vehículo en el mercado libre.

SECCIÓN 6 – CAMBIO EN LOS INGRESOS

Usted debe reportar sobre los cambios en la cantidad de ingreso bruto, una fuente nueva de ingreso, cambios en su condición de empleado (de medio tiempo a tiempo completo o de tiempo completo a tiempo medio, perdida de empleo), cambios en el salario o en el pago, cambios en la cantidad de *Social Security*, beneficios de Veteranos, Seguro de Desempleo, Compensación del Trabajador, o cualquier otro cambio en la cantidad de dinero que la familia reciba.

Nombre (Apellido, Nombre, Inicial)	Fecha en que cambió el ingreso
Medio de Ingreso	Cantidad Mensual \$

Frecuencia con que le pagan Semanal Cada dos semanas Dos veces al mes Una vez al mes

SECCIÓN 7 – OTROS CAMBIOS

Usted debe informar cualquier otro cambio que pueda afectar su elegibilidad de *Medicaid*. Ejemplos de otros cambios incluyen alguien que obtenga o cancele seguro médico, alguien que esté discapacitado o recuperándose de una discapacidad. Un cambio también puede ser un cambio en los gastos como por ejemplo el aumento o rebaja de sus primas de seguro médico, costos médicos o costos de vivienda.

Describa el cambio

Fecha del Cambio	¿Espera usted que los cambios que usted reporto en este formulario permanezcan igual el próximo mes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si responde No, explique.
------------------	--

SECCIÓN 8 – FIRMA

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Entiendo que hay penalidades que se aplican por encubrir información o dar información falsa. |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Entiendo que podría tener que re-embolsar cualquier beneficio que yo reciba por no reportar cambios de circunstancias (aún sin haber usado mi tarjeta de <i>Medicaid</i>). |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Estoy de acuerdo en proveer pruebas sobre cualquier cambio, si se me pide hacerlo. |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Mis respuestas en este informe son correctas y de forma completa de acuerdo con mi leal saber y entender. |

FIRMA – Solicitante/Representante/Tutor/Poder Notarial/Guardián

Fecha de Firma

Número de Teléfono

Si este reporte no provee suficiente espacio para documentar un cambio, incluya una segunda hoja con la información adicional escrita en este reporte.

RETAIN COMPLETED FORM IN CASE FILE (FOR AGENCY USE ONLY)