



SOLICITUD PARA MEDICAID DE DISCAPACIDAD
MEDICAID DISABILITY APPLICATION

JULIO DEL 2008

SOLICITUD PARA MEDICAID – DISCAPACIDAD

INSTRUCCIONES: Este formulario necesita ser completado por aquellas personas que requieran una determinación de discapacidad en el proceso de solicitud de *Medicaid*. Este formulario debe ser completado por el solicitante o su representante. Si usted está completando esta solicitud en nombre de otra persona, llene el formulario F-10126 *Medicaid / FoodShare Wisconsin Authorization of Representative*, o incluya la documentación legal que le autoriza como tutor nombrado o con poder notarial para las finanzas de esta persona. La información proporcionada en esta solicitud deberá ser sobre el solicitante y no el representante. Usted deberá completar e incluir una copia firmada del formulario F-14014 *Authorization to Disclose Information to Disability Determination Bureau*. Envíe esta solicitud ya completada, el formulario de Autorización F-14014 y, si corresponde, el formulario F-10126 *Medicaid / FoodShare Wisconsin Authorization of Representative* a la agencia local de su condado/tribu. Para obtener estos formularios, comuníquese con la agencia local de su condado/tribu o vaya al sitio web del *Medicaid* de Wisconsin en dhfs.wisconsin.gov/medicaid1/forms.htm. No use este formulario para casos de reconsideración/audiencias imparciales o re-determinación.

La información de identificación personal sólo se usará para la administración directa del programa *Medicaid*.

El proveer o solicitar un número de *Social Security* (SSN) es voluntario. Sin embargo, cualquier persona que quiera obtener el *Medicaid* de Wisconsin pero no quiera proveer su SSN o solicitar uno no será elegible para recibir beneficios, de acuerdo con el Wis. Stats. § 49.82(2). La información del SSN sólo se usará para la administración del *Wisconsin Medicaid Program*. El SSN del solicitante permite una verificación computarizada sobre la información del solicitante con agencias tales como el *Internal Revenue Service (IRS)*, *Security Administration (SSA)* y el *Department of Workforce Development*. Además, el Departamento comparará el nombre del solicitante y el SSN con la información proporcionada por compañías de seguro médico para determinar si el solicitante tiene otro seguro médico. El SSN del solicitante no será compartido con el *United States Citizenship and Immigration Services (USCIS)*.

SECCION I – INFORMACION SOBRE EL SOLICITANTE

Nombre del Solicitante (apellido, nombre, inicial)		Número de <i>Social Security</i>	Fecha de Nacimiento	Edad	Sexo <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino
Dirección (calle, ciudad, estado, apartado postal)			Condado de Residencia		
Número de Teléfono (incluya el código de área)	Si está casado, nombre de esposo(a) (apellido, nombre, inicial)		Medicaid Application Date (For completion by IM agency.)		
Escriba el nombre de un amigo o pariente que podamos contactar (otro a parte de sus médicos) que este sepa sobre sus enfermedades, lesiones, o condiciones y que le pueda ayudar con su reclamo.					
Nombre (apellido, nombre, inicial)			Parentesco con Solicitante		
Dirección (calle, ciudad, estado, apartado postal)			Número de Teléfono Durante el Día (incluya el código de área)		

SECCION II – INFORMACION SOBRE DISCAPACIDAD

1. ¿Cuál es su discapacidad?

2. ¿En que fecha fue que su discapacidad le impidió trabajar por primera vez? (mes/día/año) _____

3. ¿Cómo afecta su discapacidad la habilidad de realizar actividades normales de la vida diaria?

4. ¿Ha solicitado usted los beneficios de *Social Security Disability* (SSD) o *Supplemental Security Income* (SSI)?

Sí No Si respondió "sí", ¿en qué fecha fue presentada la solicitud más reciente?

¿En cuál oficina de *Social Security* (calle, ciudad, estado, apartado postal) fue presentada la solicitud más reciente?

Fue ese reclamo Permitido Denegado Todavía está pendiente

SECCION III – INFORMACION SOBRE EXPEDIENTE MEDICO

5a. Indique nombre, dirección y número de teléfono del médico y clínica que tienen el expediente médico más reciente con relación a su discapacidad. (Si necesita más espacio, provea la información sobre el médico y la clínica adicional en 5b.)

Nombre del Médico (apellido, nombre)	Número de Teléfono de la Compañía (incluya código de área)
--------------------------------------	--

Dirección de la Compañía (calle, ciudad, estado, apartado postal)

Nombre de la Clínica	¿Con qué frecuencia vió usted a este médico?
----------------------	--

Fecha en que el solicitante vió a este médico por primera vez (mes/día/año)	Fecha en que el solicitante vió a este médico por última vez (mes/día/año)
---	--

Razón de la visita(s)

Tipo de tratamiento, cirugía o medicamento(s) recibido

5b. ¿Ha visto usted a otro médico(s) o clínica(s) en los últimos dos años? Sí No Si respondió "sí", indique nombre, dirección y números de teléfonos de cualquier otro médico(s) y clínica(s) que usted haya visitado durante los últimos dos años debido a su condición de discapacidad. (Si necesita más espacio vaya al *Additional Information Section* en la página 10.)

Nombre del Médico (apellido, nombre)	Número de Teléfono de la Compañía (incluya código de área)
--------------------------------------	--

Dirección de la Compañía (calle, ciudad, estado, apartado postal)

Nombre de la Clínica	¿Con qué frecuencia vió usted a este médico?
----------------------	--

Fecha en que el solicitante vió a este médico por primera vez (mes/día/año)	Fecha en que el solicitante vió a este médico por última vez (mes/día/año)
---	--

Razón de la visita(s)

Tipo de tratamiento, cirugía o medicamento(s) recibido

5b. Continuación

Nombre del Médico (apellido, nombre)	Número de Teléfono de la Compañía (incluya código de área)
--------------------------------------	--

Dirección de la Compañía (calle, ciudad, estado, apartado postal)

Nombre de la Clínica	¿Con qué frecuencia vió usted a este médico?
Fecha en que el solicitante vió a este médico por primera vez (mes/día/año)	Fecha en que el solicitante vió a este médico por última vez (mes/día/año)

Razón de la visita(s)

Tipo de tratamiento, cirugía o medicamento(s) recibido

6a. ¿Ha sido usted atendido en un hospital por esta discapacidad en los últimos dos años? Sí No

Si respondió "sí", indique abajo los detalles sobre la hospitalización más reciente.

Nombre del Hospital	Número del Paciente
---------------------	---------------------

Dirección (calle, ciudad, estado, apartado postal)

¿Fue usted un paciente interno (permaneció por lo menos una noche)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha de Admisión (mes/día/año)	Fecha dado(a) de alta (mes/día/año)
¿Fue usted un paciente externo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fechas de visitas como paciente externo (mes/día/año)	

Razón de las visitas de hospitalización

Tipo de tratamiento o medicamentos recibidos (tales como cirugía, quimioterapia, radiación)

6b. ¿Ha estado usted en algún otro hospital durante los últimos dos años? Sí No. Si repondió "sí", indique el hospital en el espacio abajo. (Si necesita más espacio, vaya a *Additional Information Section* en la Página 10.)

Nombre del Hospital	Número del Paciente
---------------------	---------------------

Dirección (calle, ciudad, estado, apartado postal)

¿Fue usted un paciente interno (permaneció por lo menos una noche)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha de Admisión (mes/día/año)	Fecha dado(a) de alta (mes/día/año)
¿Fue usted un paciente externo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fechas de visitas como paciente externo (mes/día/año)	

Razón de visitas de hospitalización

Tipo de tratamiento o medicamentos recibidos (tales como cirugía, quimioterapia, radiación)

7. ¿Le han hecho a usted algunos de los siguientes exámenes durante este último año?

EXAMENES	FECHA EN QUE SE REALIZO	LUGAR DONDE SE REALIZO EL EXAMEN
Electrocardiograma (EKG) o Treadmill (ejercicio)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Ecocardiograma o Cauterización Cardíaca	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
MRI / rayos-X / CT Scan Parte del Cuerpo:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Exámenes de Respiración	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Exámenes de la Sangre	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Otros Exámenes Específicos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

8. ¿Ha sido usted visto por otras agencias debido a su condición de discapacidad? (Por ejemplo: *Veterans' Administration, Workers' Compensation, Vocational Rehabilitation, Social Service Agencies, Probation o Parol, etc.*)

Sí No Si respondió sí, provea la siguiente información

Nombre de la Agencia	Número del Reclamo
----------------------	--------------------

Dirección (calle, ciudad, estado, apartado postal)

Fechas de las visitas (mes/día/año)

Tipo de tratamiento, examen, medicamento o servicios recibidos

9a. Información sobre sus actividades

¿Le ha dicho su médico que reduzca o limite actividades en algún modo? Sí No

Si respondió sí, provea abajo el nombre del médico y las instrucciones del mismo sobre el reducir o limitar actividades.

9b. Describa sus actividades diarias en las siguientes áreas e indique qué, cuánta, y con qué frecuencia hace cada una.

Cuidado del Hogar (incluya cocinar, limpiar, hacer compras y otros trabajos alrededor de la casa así como también actividades similares)

Actividades Recreacionales y Pasatiempos (cazar, pescar, jugar boliche, ir de excursión, actividades musicales, etc.)

Contactos Sociales (visita a sus amigos, familiares, vecinos)

Otra (maneja un carro o motocicleta, toma el autobus, etc.)

SECCION IV – INFORMACION SOBRE EDUCACION

10. Información sobre Educación

¿Cuál es el nivel más alto de educación que usted completó?

¿Ha asistido usted a una escuela de intercambio / vocacional o recibido cualquier otro entrenamiento?

Sí No

Si respondió "sí", complete lo siguiente

¿Qué tipo de escuela de intercambio / vocacional o entrenamiento?

Fechas aproximadas durante las que usted asistió (mes/día/año)

SECCION V – HISTORIAL DE TRABAJO

11. Historial de Trabajo

¿Está usted actualmente trabajando? Sí No Si respondió "sí", complete lo siguiente.

Nombre de la Compañía

Dirección (calle, ciudad, estado, apartado postal)

Fecha en que comenzó (mes/día/año)

Cantidad de horas por semana

Pago (por hora)

12a. Enliste todos los trabajos que usted haya tenido dentro de los últimos 15 años empezando con el trabajo actual o el trabajo más reciente.

TÍTULO DEL TRABAJO	NOMBRE DE LA COMPAÑÍA / TIPO DE NEGOCIO	FECHAS DE TRABAJO DESDE	HASTA	HORAS POR SEMANA	SUELDO

12b. Complete las secciones 12b hasta 12g usando la información del trabajo que usted conservó por más tiempo en los últimos 15 años.

En el trabajo que usted conservó más tiempo durante los últimos 15 años, alguna vez usted

¿Usó maquinas, herramientas, o equipo de cualquier tipo? Sí No

¿Dió uso de conocimientos o habilidades técnicas? Sí No

¿Escribió, completó informes, o realizó funciones similares? Sí No

¿Tuvo responsabilidades de supervisor? Sí No

12c. ¿Cuáles eran las funciones del trabajo?

12d. ¿Cuántas horas en total cada día usted:

Actividad	Horas	Actividad	Horas
Caminaba		Se arrodillaba (doblar las piernas y descansarlas sobre sus rodillas)	
Estaba de pie		Se agachaba (doblar las piernas y bajarse) (<i>bend legs and back down and forward</i>)	
Estaba sentado(a)		Gateaba (andar sobre las manos y rodillas)	
Escalaba		Manejaba, agarraba, o alcanzaba objetos grandes	
Se doblaba (doblar hacia abajo y hacia adelante de la cintura para abajo)		Escribía, escribía a maquinas o manejaba objetos pequeños	

12e. Levantar y cargar (Explique que usted levantaba en este trabajo, que tan lejos lo cargaba y con que frecuencia era levantado.)

12f. Marque el mayor peso que usted haya levantado en este trabajo

Menos de 10 lbs. 10 lbs. 20 lbs. 50 lbs. 100 lbs. o más Otro _____ (indique la cantidad aquí)

12g. Marque el peso que usted levantaba con más frecuencia en este trabajo (cuando decimos con más frecuencia nos referimos de 1/3 a 2/3 del día trabajo).

Menos de 10 lbs. 10 lbs. 25 lbs. 50 lbs. o más Otra _____ (indique la cantidad aquí)

PARTE VI – INFORMACION ADICIONAL

Use esta sección como espacio adicional para responder a cualquiera de las preguntas hechas anteriormente o para proveer cualquier información adicional que usted cree podría ser útil en la decisión que se tome por su reclamo debido a una discapacidad (tales como la información sobre otras enfermedades o lesiones no mostradas, información sobre médicos que haya visto o lugares o fechas de hospitalizaciones). Cuando responda, indique los artículos anteriores de acuerdo al número de la sección donde se encuentran.

SECCION VII – AYUDA PARA COMPLETAR LA SOLICITUD

Esta sección se debe completar si el solicitante requirió de ayuda para llenar esta solicitud. La persona que ayudó al solicitante debe completar la siguiente sección.

¿Requirió de ayuda el solicitante para llenar esta solicitud? Sí No

Si la respuesta es “sí”, indique el nombre, dirección y número de teléfono de la persona que ayudó al solicitante.

Nombre (apellido, nombre, inicial) (favor de escribir en letra de molde)		Parentesco / Título
Dirección (calle, ciudad, estado, apartado postal)		Número de Teléfono (incluya código de área)
¿Sabe el solicitante hablar inglés? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si el solicitante no sabe hablar inglés, ¿qué idioma habla el solicitante?	
¿Sabe el solicitante escribir en inglés? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Sabe el solicitante escribir en inglés (a parte de su nombre)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si el solicitante no sabe hablar inglés, provea el nombre de alguien con quien nosotros podríamos comunicar que hable inglés y que le daría los mensajes al solicitante.		
Nombre (apellido, primer, inicial) (Favor de de escribir en letra de molde)		Parentesco con el Solicitante
Dirección (calle, ciudad, estado, apartado postal)		Número de teléfono durante el día (incluya código de área)
FIRMA – Persona que ayudó al solicitante		Fecha de la Firma

I understand the questions and statements on this application form. I understand the penalties for giving false information or breaking rules. I certify, under penalty of false swearing, that all my answers are complete to the best of my knowledge. I understand that the agency may contact other persons or organizations to obtain the necessary proof of my eligibility and level of benefits. (The applicant's signature must be witnessed by two people if signed with an "X".) If you are an Authorized Representative and completed this form on behalf of the applicant, you must attach a completed Medicaid/FoodShare Wisconsin Authorization of Representative form (F-10126).

SECCION VIII – FIRMA

Entiendo las preguntas y declaraciones hechas en este formulario de solicitud. Entiendo las penas que se aplican por ofrecer información falsa o por romper las reglas. Certifico, bajo pena de perjurio, que todas mis respuesta están completa de acuerdo con mi mejor saber y entender. Entiendo que la agencia podría comunicarse con otras personas u organizaciones para obtener las pruebas necesarias de mi elegibilidad y nivel de beneficios. (La firma del solicitante debe de ser presenciada por dos testigos si firmó con una "X".) Si usted es un Representante Autorizado (*Authorized Representative*) y completó este formulario en nombre del solicitante, debe incluir el formulario (F-10126) *Medicaid / FoodShare Wisconsin Authorization of Representative* ya completado.

FIRMA – Solicitante o Representante Autorizado	Fecha de la Firma
FIRMA – Testigo (Requerido si se firmó con una X.)	Fecha de la Firma
FIRMA – Testigo (Requerido si se firmó con una X.)	Fecha de la Firma