

**CERTIFICACION PARA SSI-E
 GASTO EXCEPCIONAL SUPLEMENTAL**
Certification for SSI-E Exceptional Expense Supplement

1. To: State of Wisconsin
 Department of Health Services
 P.O. Box 6680
 Madison, WI 53716-0680

La información de identificación personal reunida en este formulario es confidencial y será usada sólo para determinar la elegibilidad para servicios y para propósitos de identificación.

2. Tipo <input type="checkbox"/> Residencial Natural (NR) <input type="checkbox"/> Cuidado Substituto (SC)	3. Acción <input type="checkbox"/> Empieza <input type="checkbox"/> Termina (decertificación-responda a la pregunta 12)	4. SSI-E Fecha Vigente ____/____/____ mes día año completo
5. Nombre– Solicitante (Apellido, Nombre, Inicial)		6. SNN
7. Dirección del Solicitante	8. Fecha de Nacimiento ____/____/____ mes día año completo	9. Teléfono Fecha en que terminó
10. Condado de Residencia	12. Si TERMINADO , Razón de la Decertificación <input type="checkbox"/> Institucionalizado por más de 90 días <input type="checkbox"/> Arreglos de vivienda no califican más <input type="checkbox"/> Ya no recibe o necesita la cantidad o el tipo de servicios para los que calificaba <input type="checkbox"/> Muerte <input type="checkbox"/> Se mudó fuera del estado <input type="checkbox"/> Financieramente no elegible (para los elegibles antes de 1996) <input type="checkbox"/> Cambió condado de responsabilidad <input type="checkbox"/> Otro-Especifique:	
11. Edad/Grupo de Discapacidad <input type="checkbox"/> Adulto Mayor (65+) <input type="checkbox"/> Físicamente Discapacitado <input type="checkbox"/> Enfermedad de Alzheimer / otra demencia <input type="checkbox"/> Discapacidades de Desarrollo <input type="checkbox"/> Salud Mental <input type="checkbox"/> AODA		
CERTIFICO , que esta información es correcta y la acción es conforme con sec. 49.77, Wis. Stats. Re: Federal Reg 20 CFR 416.		
13. Nombre del Trabajador(a)	14. Fecha en la que completó el formulario	15. Teléfono del Trabajador(a)
16. FIRMA – Director de la Agencia o Encargado	17. Nombre – Representante del Beneficiario (si hay)	
18. Nombre de la Agencia y Dirección	19. Dirección del Representante del Beneficiario 20. Fecha de Aprobación	
21. Certificación sobre Arreglos de Vivienda <input type="checkbox"/> Casa de Acogida para Niños (<i>Foster Home</i>) <input type="checkbox"/> Casa en Grupo para Niños (<i>Group Home</i>) <input type="checkbox"/> Casa Familiar para Adultos Autorizada o Certificada <input type="checkbox"/> CBRF (8 camas o menos) <input type="checkbox"/> CBRF (9-20 camas) <input type="checkbox"/> CBRF de más de 20 camas y es apartamento certificado independiente o con desacuerdo (<i>variance</i>) aprobado <input type="checkbox"/> "Grandfathered" CBRF 20 o más camas (Nombre) <input type="checkbox"/> La persona tiene su propia casa o apartamento <input type="checkbox"/> Casa/Apartamento de otra persona <input type="checkbox"/> Otro: Especifique		

Entiendo que firmar este formulario significa que yo estoy solicitando el *SSI-E Exceptional Expense Supplement*.

FIRMA - Solicitante/Representante Fecha de la Solicitud Si hay un representante, relación con el Solicitante

ACTION TAKEN
SSI-E CERTIFICATION

- I have processed this certification.
- I have not processed this certification.

Reason(s)

SIGNATURE – State SSI Unit Worker

Date Signed
