South Dakota Department of Social Services

Strong Families - South Dakota's Foundation and Our Future

Solicitud para la evaluación de recursos, atención a largo plazo u otra asistencia médica relacionada

COSAS QUE DEBE SABER

Use esta solicitud para ver para qué cobertura califica

- Medicaid puede ayudar a cubrir los costos médicos de las personas que necesitan servicios de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC). Por lo general, una persona debe usar la mayor parte de sus propios recursos antes de que Medicaid pague los servicios de LTC.
- Para las personas casadas, existen diferentes reglas que reconocen la importancia de proteger una parte de los recursos totales de la pareja y evaluar las necesidades de ingresos del cónyuge que reside en la comunidad. Esta solicitud también se puede usar para completar una evaluación de recursos sin solicitar Medicaid

¿Quién puede usar esta solicitud?

- Personas solteras que necesitan atención a largo plazo u otra asistencia médica relacionada
- Personas casadas o parejas que necesitan atención a largo plazo u otra asistencia médica relacionada
- Parejas casadas que quieran recibir una evaluación de recursos

NOTA: Para las parejas casadas, las primeras 10 páginas completan la Evaluación de recursos sin solicitar Medicaid. El propósito de la Evaluación de recursos es determinar qué parte de los recursos totales de una pareja casada puede protegerse o reservarse para el cónyuge de la comunidad, y cuánto, si corresponde, debe gastarse antes de que la persona sea elegible para LTC Medicaid. Completar la Evaluación de recursos lo ayudará a proteger la cantidad máxima de sus recursos según la ley

Obtenga más información en línea

Puede obtener más información sobre la elegibilidad para los programas de Asistencia Médica en https://dss.sd.gov/medicaid/Eligibility/default.aspx

Lo que puede necesitar para enviar una solicitud

- Su número de Seguro Social (o número de documento si es un inmigrante elegible)
- Información de ingresos y del empleador (por ejemplo, de recibos de pago, formularios W-2 o declaraciones de salarios e impuestos)
- Información de recursos (por ejemplo, estados de cuenta bancarios, contratos de seguros y otros acuerdos contractuales)

¿Por qué pedimos esta información?

Le preguntamos sobre sus ingresos y otra información para decirle para qué cobertura califica y si puede obtener alguna ayuda para pagarla.

Mantendremos toda la información que dé privada y segura, según lo exige la ley. Para ver nuestro Aviso de Prácticas de privacidad, visite dss.sd.gov/keyresources/hipaa/

¿Qué pasa después?

Envíe su solicitud completa y firmada a la oficina local del DSS. **Si no tiene toda la información que le pedimos, firme y envíe su solicitud de todos modos.** Daremos seguimiento con usted. Completar esta solicitud no significa que tenga que aceptar la cobertura médica.

Obtener ayuda con esta solicitud

- **En línea:** dss.sd.gov
- **Teléfono:** Llame a su oficina local dss.sd.gov/findyourlocaloffice/
- **En persona:** Visite su oficina local dss.sd.gov/findyourlocaloffice/

Asistencia con el idioma

1. **Español (Spanish)**: ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-877-999-5612 (TTY: 711).
2. **Deutsch (German) -** ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-877-999-5612 (TTY: 711).
3. **繁體中文 (Chinese) -** 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-877-999-5612（TTY：711）
4. **ကညီ (Karen)** - ၌ဘ်သူဉ်ဟ်သး–နမ့်ကတိၤကညီကျိာ်အယိ့နမၤန့်ကျိာ်အတ်မၤစၢလၢတလက်ဘူဉ်လက်စ့ၤနီတမံၤဘဉ်သ့နှဉ်လီၤ့ကိး 1-877-999-5612 (TTY: 711).
5. **Tiếng Việt (Vietnamese) -** CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-877-999-5612 (TTY: 711).
6. **नेपाली (Nepali) -** ्याबनिुहोस्: तपाईंले नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपाईंका लागि भाषा सहायता सेवाहरूनि: शुल्क स्बला उपलब् छन्।1-877-999-5612 (TTY: 711) मा फोन गर्नुहोस्
7. **Srpsko-hrvatski (Serbo-Croatian) -** OBAVJEŠTENJE: Ako govorite srpsko-hrvatski, usluge jezičke pomoći dostupne su vam besplatno. Nazovite 1-877-999-5612 (TTY- Telefon za osobe sa oštećenim govorom ili sluhom: 711).
8. **አማርኛ (Amharic) -** ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ ኣማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጀተዋል፡ ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 1-877-999-5612 (መስማት ለተሳናቸው: 711).
9. Sudanic **Adamawa (Fulfulde)** MAANDO: To a waawi [Adamawa], e woodi ballooji-ma to ekkitaaki wolde caahu. Noddu 1-877-999-5612 (TTY: 711).
10. **Tagalog (Tagalog – Filipino) -** PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-877-999-5612 (TTY: 711).
11. **한국어 (Korean) -** 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-877-999-5612 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.
12. **Русский (Russian) -** ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-877-999-5612 (телетайп: 711).
13. **Cushite Oroomiffa (Oromo) -** XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 1-877-999-5612 (TTY: 711).
14. Український (Ukrainian) - УВАГА: Якщо ви говорити українською мовою, перекладацькі послуги, безкоштовно, доступні для вас. Телефонуйте. Телефонуйте 1-877-999-5612 (TTY: 711).
15. **Français (French) -** ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-877-999-5612 (ATS : 711).

1. Información sobre usted y su cónyuge (si corresponde)

PRIMER NOMBRE	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO	FECHA DE FALLECIMIENTO

SEXO
☐ MASCULINO ☐ FEMENINO

ESTADO CIVIL
☐ SOLTERO ☐ CASADO ☐ DIVORCIADO ☐ SEPARADO ☐ VIUDO

NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL

SI NO TIENE UN NÚMERO DE SEGURO SOCIAL, ¿HA SOLICITADO UNO?
☐ SÍ ☐ NO

¿ES USTED VETERANO?
☐ SÍ ☐ NO

¿ES USTED CIUDADANO O NACIONAL DE LOS ESTADOS UNIDOS?
☐ SÍ ☐ NO

SI RESPONDIÓ NO, ¿CUÁL ES SU ESTATUS MIGRATORIO?

TIPO DE DOCUMENTO MIGRATORIO	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE EXTRANJERO	NÚMERO DE PASAPORTE

FECHA EN LA QUE INGRESÓ A LOS EE. UU. (MM/DD/AAAA)	¿TIENE UN PATROCINADOR? ☐ SÍ ☐ NO	SI RESPONDIÓ SÍ, NOMBRE DEL PATROCINADOR

RAZA (OPCIONAL)
☐ NATIVO AMERICANO O NATIVO DE ALASKA ☐ RAZA NEGRA O AFROAMERICANO
☐ HAWAIANO O DE LAS ISLAS DEL PACÍFICO ☐ BLANCO ☐ ASIÁTICO ☐ OTRO

¿HISPANO O LATINO? (OPCIONAL)
☐ SÍ ☐ NO

SI ES NATIVO AMERICANO O NATIVO DE ALASKA, ¿HA RECIBIDO O ES ELEGIBLE PARA RECIBIR SERVICIOS DE INDIAN HEALTH SERVICES (IHS), URBAN INDIAN HEALTH U OTROS SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA TRIBALES?
☐ SÍ ☐ NO

¿PLANEA PRESENTAR UNA DECLARACIÓN DE IMPUESTOS?
☐ SÍ ☐ NO

SI RESPONDIÓ SÍ, ¿PLANEA PRESENTAR UNA DECLARACIÓN CONJUNTA CON SU CÓNYUGE?
☐ SÍ ☐ NO

MENCIONE A LAS PERSONAS QUE PLANEA RECLAMAR COMO DEPENDIENTES EN SU DECLARACIÓN DE IMPUESTOS.

PRIMER NOMBRE DEL CÓNYUGE	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO DEL CÓNYUGE	FECHA DE NACIMIENTO	FECHA DE FALLECIMIENTO

SEXO
☐ MASCULINO ☐ FEMENINO

ESTADO CIVIL
☐ SOLTERO ☐ CASADO ☐ DIVORCIADO ☐ SEPARADO ☐ VIUDO

NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL

SI NO TIENE UN NÚMERO DE SEGURO SOCIAL, ¿HA SOLICITADO UNO?
☐ SÍ ☐ NO

¿ES SU CÓNYUGE UN VETERANO?
☐ SÍ ☐ NO

¿ES SU CÓNYUGE CIUDADANO O NACIONAL DE LOS ESTADOS UNIDOS?
☐ SÍ ☐ NO

SI RESPONDIÓ NO, ¿CUÁL ES EL ESTATUS MIGRATORIO DE SU CÓNYUGE?

TIPO DE DOCUMENTO MIGRATORIO	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE EXTRANJERO	NÚMERO DE PASAPORTE

FECHA EN LA QUE INGRESÓ A LOS EE. UU. (MM/DD/AAAA)	¿TIENE UN PATROCINADOR? ☐ SÍ ☐ NO	SI RESPONDIÓ SÍ, NOMBRE DEL PATROCINADOR

RAZA (OPCIONAL)
☐ NATIVO AMERICANO O NATIVO DE ALASKA ☐ RAZA NEGRA O AFROAMERICANO
☐ HAWAIANO O DE LAS ISLAS DEL PACÍFICO ☐ BLANCO ☐ ASIÁTICO ☐ OTRO

¿HISPANO O LATINO? (OPCIONAL)
☐ SÍ ☐ NO

SI ES NATIVO AMERICANO O NATIVO DE ALASKA, ¿HA RECIBIDO O ES ELEGIBLE PARA RECIBIR SERVICIOS DE INDIAN HEALTH SERVICES (IHS), URBAN INDIAN HEALTH U OTROS SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA TRIBALES?
☐ SÍ ☐ NO

2. Dependientes

¿TIENEN USTED O SU CÓNYUGE HIJOS U OTROS DEPENDIENTES QUE VIVEN CON USTED?*

☐ SÍ ☐ NO

NOMBRE DEL DEPENDIENTE	RELACIÓN	SEXO ☐ MASCULINO ☐ FEMENINO
FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)	NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL	¿ES ESTA PERSONA DISCAPACITADA? ☐ SÍ ☐ NO
¿ES CIUDADANO DE LOS ESTADOS UNIDOS? ☐ SÍ ☐ NO	RAZA ☐ NATIVO AMERICANO O NATIVO DE ALASKA ☐ RAZA NEGRA O AFROAMERICANO ☐ HAWAIANO O DE LAS ISLAS DEL PACÍFICO ☐ BLANCO ☐ ASIÁTICO ☐ OTRO	
INGRESOS BRUTOS	FUENTE	FRECUENCIA

NOMBRE DEL DEPENDIENTE	RELACIÓN	SEXO ☐ MASCULINO ☐ FEMENINO
FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AAAA)	NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL	¿ES ESTA PERSONA DISCAPACITADA? ☐ SÍ ☐ NO
¿ES CIUDADANO DE LOS ESTADOS UNIDOS? ☐ SÍ ☐ NO	RAZA ☐ NATIVO AMERICANO O NATIVO DE ALASKA ☐ RAZA NEGRA O AFROAMERICANO ☐ HAWAIANO O DE LAS ISLAS DEL PACÍFICO ☐ BLANCO ☐ ASIÁTICO ☐ OTRO	
INGRESOS BRUTOS	FUENTE	FRECUENCIA

*Si tiene más de dos hijos o dependientes que viven con usted, copie esta página y complete la información de arriba para cada uno.

3. Información de contacto para usted

DIRECCIÓN RESIDENCIAL			
CIUDAD	ESTADO	CONDADO	CÓDIGO POSTAL
DIRECCIÓN POSTAL (SI ES DIFERENTE A LA DIRECCIÓN RESIDENCIAL)			
CIUDAD	ESTADO	CONDADO	CÓDIGO POSTAL
TELÉFONO	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO		

4. Información de contacto para su cónyuge (si corresponde)

DIRECCIÓN RESIDENCIAL DEL CÓNYUGE			
CIUDAD	ESTADO	CONDADO	CÓDIGO POSTAL
DIRECCIÓN POSTAL DEL CÓNYUGE (SI ES DIFERENTE A LA DIRECCIÓN RESIDENCIAL)			
CIUDAD	ESTADO	CONDADO	CÓDIGO POSTAL
TELÉFONO DEL CÓNYUGE	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO DEL CÓNYUGE		

5. Persona que lo ayuda a completar este formulario

¿ALGUIEN LO ESTÁ AYUDANDO A COMPLETAR ESTE FORMULARIO? SI QUIERE QUE ALGUIEN RECIBA INFORMACIÓN SOBRE SU SOLICITUD, COMPLETE LA SECCIÓN 46 AL FINAL DE ESTA SOLICITUD.

☐ SÍ ☐ NO

SI RESPONDIÓ SÍ, NOMBRE	RELACIÓN U ORGANIZACIÓN

DIRECCIÓN POSTAL

CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

TELÉFONO	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO

6. Beneficios que está solicitando

¿PARA QUIÉN ESTÁ SOLICITANDO?

☐ PARA MÍ ☐ CÓNYUGE

¿SABE QUÉ TIPO DE BENEFICIO QUIERE SOLICITAR? SI RESPONDIÓ SÍ, MENCIONE EL TIPO ABAJO.

☐ SÍ ☐ NO

☐ CENTRO PARA ADULTOS MAYORES ☐ CENTRO DE VIDA ASISTIDA ☐ HOSPITALIZACIÓN

☐ SERVICIOS EN EL HOGAR ☐ RESIDENCIA DE ACOGIDA ☐ EXENCIÓN DE APOYO FAMILIAR

☐ SOLO ASESORÍA EN RECURSOS ☐ PROGRAMA PARA NIÑOS CON DISCAPACIDADES

☐ PROGRAMA PARA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

☐ ASISTENCIA MÉDICA PARA TRABAJADORES CON DISCAPACIDADES (MEDICAL ASSISTANCE FOR WORKERS WITH DISABILITIES, MAWD)

7. Fecha de inicio de la asistencia médica

¿QUIERE RECIBIR AYUDA PARA PAGAR FACTURAS MÉDICAS DE LOS ÚLTIMOS TRES (3) MESES?*

☐ SÍ ☐ NO

SI RESPONDIÓ SÍ, ¿PARA CUÁNTOS MESES NECESITA AYUDA?

☐ UNO ☐ DOS ☐ TRES

* Debe entregar copias de las facturas médicas pendientes de pago, y documentación de sus ingresos y activos de los meses anteriores que quiere cubrir

8. Información del centro para usted

¿ACTUALMENTE VIVE EN UN CENTRO O ESPERA VIVIR EN UN CENTRO?

☐ SÍ ☐ NO

SI RESPONDIÓ SÍ, ¿QUÉ TIPO DE CENTRO?

☐ RESIDENCIA PARA ADULTOS MAYORES ☐ CENTRO DE VIDA ASISTIDA

☐ CENTRO DE ACOGIDA PARA INDIVIDUOS CON DISCAPACIDADES INTELECTUALES ☐ HOSPITAL ☐ OTRO

NOMBRE DEL CENTRO	DIRECCIÓN DEL CENTRO	
FECHA DE INGRESO (MM/DD/AAAA)	¿YA LE DIERON DE ALTA? ☐ SÍ ☐ NO	FECHA DEL ALTA (MM/DD/AAAA)

¿PIENSA REGRESAR A CASA EN EL PLAZO DE SEIS (6) MESES? SI RESPONDIÓ SÍ, DÉ UNA CARTA DEL MÉDICO

☐ SÍ ☐ NO

¿ESTUVO EN EL HOSPITAL ANTES DE MUDARSE A UN CENTRO O DE RECIBIR SERVICIOS EN SU CASA?

☐ SÍ ☐ NO

SI RESPONDIÓ SÍ, FECHA EN QUE LO INGRESARON AL HOSPITAL (MM/DD/AAAA)

9. Información del centro para su cónyuge (si corresponde)

¿ACTUALMENTE VIVE EN UN CENTRO O ESPERA VIVIR EN UN CENTRO?

☐ SÍ ☐ NO

SI RESPONDIÓ SÍ, ¿QUÉ TIPO DE CENTRO?

☐ RESIDENCIA PARA ADULTOS MAYORES ☐ CENTRO DE VIDA ASISTIDA

☐ CENTRO DE ACOGIDA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDADES INTELECTUALES ☐ HOSPITAL ☐ OTRO

NOMBRE DEL CENTRO	DIRECCIÓN DEL CENTRO	
FECHA DE INGRESO (MM/DD/AAAA)	¿YA LE DIERON DE ALTA? ☐ SÍ ☐ NO	FECHA DEL ALTA (MM/DD/AAAA)

¿PIENSA REGRESAR A CASA EN EL PLAZO DE SEIS (6) MESES? SI RESPONDIÓ SÍ, DÉ UNA CARTA DEL MÉDICO

☐ SÍ ☐ NO

¿ESTUVO EN EL HOSPITAL ANTES DE MUDARSE A UN CENTRO O DE RECIBIR SERVICIOS EN SU CASA?

☐ SÍ ☐ NO

SI RESPONDIÓ SÍ, FECHA EN QUE LO INGRESARON AL HOSPITAL (MM/DD/AAAA)

10. Información médica

¿TIENEN USTED O SU CÓNYUGE UNA CONDICIÓN FÍSICA, MENTAL O EMOCIONAL QUE CAUSA LIMITACIONES EN LAS ACTIVIDADES (COMO BAÑARSE, VESTIRSE, TAREAS DIARIAS, ETC.)? SI RESPONDIÓ NO, DEJE EN BLANCO.

☐ PARA MÍ ☐ CÓNYUGE

SI RESPONDIÓ SÍ, DÉ EL NOMBRE DE SU MÉDICO ABAJO.

NOMBRE DE SU MÉDICO	NOMBRE DEL MÉDICO DE SU CÓNYUGE

¿ESTÁ ENVIANDO LA SOLICITUD POR UN NIÑO QUE VIVE EN LA CASA CON UN CUIDADOR QUE ESTÁ CAPACITADO PARA DARLE ATENCIÓN?

☐ SÍ ☐ NO

SI RESPONDIÓ SÍ, RESPONDA LAS DOS PREGUNTAS DE ABAJO.

¿CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO PRIMARIO?	¿CUÁL ES SU PRONÓSTICO?

¿A USTED O SU CÓNYUGE LE DIAGNOSTICARON ENFERMEDAD RENAL EN ETAPA TERMINAL? SI RESPONDIÓ NO, DEJE EN BLANCO.

☐ PARA MÍ ☐ CÓNYUGE

SI RESPONDIÓ SÍ, RESPONDA LAS DOS PREGUNTAS DE ABAJO.

¿RECIBE DIÁLISIS? ☐ SÍ ☐ NO ¿EN QUÉ FECHA COMENZÓ LA DIÁLISIS?	¿RECIBIÓ UN TRASPLANTE? ☐ SÍ ☐ NO ¿EN QUÉ FECHA FUE EL TRASPLANTE?

11. Medicare

¿TIENEN USTED O SU CÓNYUGE MEDICARE? SI RESPONDIÓ SÍ, COMPLETE ABAJO

☐ SÍ ☐ NO

	USTED	**CÓNYUGE**
TIPO DE PLAN	☐ PARTE A ☐ PARTE B ☐ PARTE D	☐ PARTE A ☐ PARTE B ☐ PARTE D
NOMBRE DEL PLAN DE LA PARTE D (SI CORRESPONDE)		

12. Ingresos de fuentes distintas al empleo

¿USTED O SU CÓNYUGE RECIBEN DINERO DE FUENTES DISTINTAS AL EMPLEO? ESTOS INCLUYEN LOS SIGUIENTES:

- SEGURO SOCIAL
- SEGURIDAD DE INGRESO SUPLEMENTARIO (SUPPLEMENTAL SECURITY INCOME, SSI)
- CUENTAS DE JUBILACIÓN
- FONDOS DE PENSIÓN
- MANUTENCIÓN DEL CÓNYUGE
- COMPENSACIÓN DE LOS TRABAJADORES
- DESEMPLEO
- BENEFICIOS PARA VETERANOS
- INGRESOS POR ALQUILER
- ANUALIDADES
- FIDEICOMISOS
- REGALÍAS
- OTRAS FUENTES

☐ SÍ ☐ NO

NOMBRE	TIPO DE INGRESOS	CANTIDAD	¿CON QUÉ FRECUENCIA
		$	
		$	
		$	
		$	
		$	

* Debe entregar verificación de cualquier ingreso mencionado arriba. Esto puede incluir cartas de aprobación, declaraciones de beneficios, contratos de alquiler, etc.

13. Solicitud de otros beneficios

¿ESTÁ USTED O SU CÓNYUGE ESPERANDO UNA SOLICITUD PARA UNO DE LOS PROGRAMAS MENCIONADOS ABAJO?

☐ SÍ ☐ NO

SEGURO SOCIAL ☐ SÍ ☐ NO	NOMBRE DE LA PERSONA
SEGURIDAD DE INGRESO SUPLEMENTARIO ☐ SÍ ☐ NO	NOMBRE DE LA PERSONA
BENEFICIOS PARA VETERANOS ☐ SÍ ☐ NO	NOMBRE DE LA PERSONA
OTROS BENEFICIOS ☐ SÍ ☐ NO	NOMBRE DE LA PERSONA

14. Ingresos por trabajo

¿USTED O SU CÓNYUGE RECIBEN INGRESOS DE UN TRABAJO?*

☐ SÍ ☐ NO

NOMBRE DE LA PERSONA QUE TRABAJA	NOMBRE DEL EMPLEADOR	
¿ESTE TRABAJO ES TEMPORAL? ☐ SÍ ☐ NO	¿ESTE TRABAJO TERMINÓ? ☐ SÍ ☐ NO	SI RESPONDIÓ SÍ, FECHA FINAL (MM/DD/AAAA)
CANTIDAD DE INGRESOS ANTES DE IMPUESTOS	¿CON QUÉ FRECUENCIA?	

* Debe entregar, con su solicitud, una copia de los recibos de pago que cubran el mes más reciente

15. Trabajo por cuenta propia

¿USTED O SU CÓNYUGE TRABAJA POR CUENTA PROPIA?*

☐ SÍ ☐ NO

NOMBRE DE LA PERSONA QUE TRABAJA POR CUENTA PROPIA	NOMBRE DE LA EMPRESA
INGRESOS MENSUALES	GASTOS MENSUALES

* Debe entregar, con su solicitud, una copia de su declaración de impuestos más reciente

16. Vehículos

¿TIENEN USTED O SU CÓNYUGE AUTOS, CAMIONES, BOTES U OTROS VEHÍCULOS RECREATIVOS?

☐ SÍ ☐ NO

NOMBRES DE LOS PROPIETARIOS	MARCA/MODELO	AÑO	VALOR	CANTIDAD ADEUDADA
			$	$
			$	$
			$	$
			$	$
			$	$
			$	$

SI ARRIBA MENCIONA MÁS DE UN VEHÍCULO, ¿CUÁL USA COMO MÉTODO PRINCIPAL DE TRANSPORTE?

17. Fondos para sepelio

¿TIENEN USTED O SU CÓNYUGE ALGUNA CUENTA BANCARIA DESIGNADA PARA SEPELIO, CONTRATOS DE SEPELIO PREPAGADOS, FIDEICOMISOS U OTROS ACUERDOS ECONÓMICOS PARA ESTOS SERVICIOS?*

☐ SÍ ☐ NO

NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN QUE GUARDA LOS FONDOS	FECHA DE COMPRA (MM/DD/AAAA)	VALOR
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN QUE GUARDA LOS FONDOS	FECHA DE COMPRA (MM/DD/AAAA)	VALOR
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

* Debe entregar, con su solicitud, la copia de cualquier estado de cuenta para sepelio, contratos, etc.

18. Propiedad de la casa

¿TIENEN USTED O SU CÓNYUGE UNA CASA (INCLUYENDO UNA CASA MÓVIL)?*

☐ SÍ ☐ NO

NOMBRES DE LOS PROPIETARIOS	VALOR	CANTIDAD ADEUDADA
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

¿TIENE UNA HIPOTECA INVERSA SOBRE SU CASA?

☐ SÍ ☐ NO

SI RESPONDIÓ SÍ, ¿RECIBIÓ UNA SUMA GLOBAL? ☐ SÍ ☐ NO	¿CUÁNTO?
SI RESPONDIÓ SÍ, ¿RECIBE UN PAGO MENSUAL? ☐ SÍ ☐ NO	¿CUÁNTO?

* Debe entregar, con su solicitud, una copia de la última evaluación del impuesto sobre bienes inmuebles y la verificación de cualquier deuda pendiente sobre la propiedad.

19. Otros bienes raíces

¿TIENEN USTED O SU CÓNYUGE O COMPARTEN LA PROPIEDAD DE ALGÚN OTRO TERRENO, LOTES U OTRO BIEN INMUEBLE?*

☐ SÍ ☐ NO

NOMBRES DE LOS PROPIETARIOS	VALOR	CANTIDAD ADEUDADA

DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

NOMBRES DE LOS PROPIETARIOS	VALOR	CANTIDAD ADEUDADA

DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

* Debe entregar, con su solicitud, una copia de la última evaluación del impuesto sobre bienes inmuebles

20. Propiedades vitalicias

¿TIENEN USTED O SU CÓNYUGE UNA PROPIEDAD VITALICIA O INTERÉS REMANENTE SOBRE UNA PROPIEDAD?

☐ SÍ ☐ NO

NOMBRES DE LOS PROPIETARIOS	TIPO DE PROPIEDAD	VALOR

DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

NOMBRES DE LOS PROPIETARIOS	TIPO DE PROPIEDAD	VALOR

DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

21. Sociedades y corporaciones

¿TIENEN USTED O SU CÓNYUGE ALGÚN INTERÉS EN UNA SOCIEDAD O CORPORACIÓN?

☐ SÍ ☐ NO

NOMBRES DE LOS PROPIETARIOS	NOMBRE DE LA SOCIEDAD O CORPORACIÓN

PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN EN LA PROPIEDAD	VALOR

22. Otras propiedades

¿TIENEN USTED O SU CÓNYUGE ALGÚN EQUIPO COMERCIAL, MAQUINARIA, GANADO, ANTIGÜEDADES, COLECCIONES U OTRA PROPIEDAD DE VALOR?

☐ SÍ ☐ NO

TIPO DE ARTÍCULO	VALOR

TIPO DE ARTÍCULO	VALOR

23. Dinero en efectivo en caja o en caja de seguridad

¿TIENEN USTED O SU CÓNYUGE DINERO EN EFECTIVO EN CAJA O EN CAJA DE SEGURIDAD? ☐ SÍ ☐ NO	VALOR

24. Cuentas bancarias

¿TIENEN USTED O SU CÓNYUGE CUENTAS BANCARIAS, COMO CUENTAS CORRIENTES, DE AHORRO, MERCADO DE DINERO O CERTIFICADOS DE DEPÓSITO (CD)?*

☐ SÍ ☐ NO

NOMBRES DE LOS PROPIETARIOS	TIPO DE CUENTA	NOMBRE DEL BANCO	DIRECCIÓN DEL BANCO	NÚMERO DE CUENTA	VALOR
					$
					$
					$
					$
					$
					$

* Debe entregar, con su solicitud, los estados de cuenta de los últimos tres (3) meses para cada una de las cuentas mencionadas

25. Cuenta de residente en un centro de atención residencial

¿TIENEN USTED O SU CÓNYUGE UN CENTRO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL O UNA CUENTA DE RESIDENTE EN UN CENTRO?

☐ SÍ ☐ NO

NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN QUE GUARDA LOS FONDOS		VALOR
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

26. Cuenta de ahorro para gastos médicos

¿TIENEN USTED O SU CÓNYUGE ALGUNA CUENTA DE AHORRO PARA GASTOS MÉDICOS?*

☐ SÍ ☐ NO

NOMBRES DE LOS PROPIETARIOS	NOMBRE DEL BANCO	DIRECCIÓN DEL BANCO	NÚMERO DE CUENTA	VALOR
				$
				$

* Debe entregar, con su solicitud, los estados de cuenta de los últimos tres (3) meses para cada una de las cuentas mencionadas

27. Tarjeta de débito de nómina de empleado o tarjetas de beneficios federales Direct Express

¿TIENEN USTED O SU CÓNYUGE UNA TARJETA DE DÉBITO DE NÓMINA DE EMPLEADO O TARJETA DE BENEFICIOS FEDERALES DIRECT EXPRESS?

☐ SÍ ☐ NO

NOMBRES DE LOS PROPIETARIOS		NÚMERO DE CUENTA
NOMBRE DEL BANCO O COMPAÑÍA		VALOR
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

28. Cuentas de jubilación

¿TIENEN USTED O SU CÓNYUGE ALGUNA 401(K), CUENTAS DE JUBILACIÓN INDIVIDUALES (IRA), 403(B), 457(B) U OTRAS CUENTAS DE JUBILACIÓN? SI TIENE PENSIÓN VEA LA PREGUNTA 13.*

☐ SÍ ☐ NO

NOMBRES DE LOS PROPIETARIOS	NOMBRE DEL BANCO	DIRECCIÓN DEL BANCO	NÚMERO DE CUENTA	VALOR
				$
				$

* Debe entregar, con su solicitud, los estados de cuenta de los últimos tres (3) meses para cada una de las cuentas mencionadas

29. Fondos de pensión

¿TIENEN USTED O SU CÓNYUGE ALGÚN FONDO DE PENSIÓN?

☐ SÍ ☐ NO

NOMBRES DE LOS PROPIETARIOS	NOMBRE DEL BANCO	DIRECCIÓN DEL BANCO	NÚMERO DE CUENTA	VALOR
				$
				$

30. Bonos de ahorro

¿TIENEN USTED O SU CÓNYUGE BONOS DE AHORRO?*

☐ SÍ ☐ NO

NOMBRES DE LOS PROPIETARIOS	SERIES	NÚMERO DE SERIE	FECHA DE EXTENSIÓN	DENOMINACIÓN
				$
				$
				$

* Debe entregar, con su solicitud, una copia de cada uno de los bonos mencionados

31. Acciones o fondos mutuos

¿TIENEN USTED O SU CÓNYUGE ACCIONES O CUENTAS DE FONDOS MUTUOS?*

☐ SÍ ☐ NO

NOMBRES DE LOS PROPIETARIOS	NOMBRE DEL BANCO	DIRECCIÓN DEL BANCO	NÚMERO DE CUENTA	VALOR
				$
				$

* Debe entregar, con su solicitud, los estados de cuenta de los últimos tres (3) meses para cada una de las cuentas mencionadas

32. Pagarés y contratos de escritura

¿TIENEN USTED O SU CÓNYUGE ALGÚN PAGARÉ O CONTRATOS DE ESCRITURA?*

☐ SÍ ☐ NO

NOMBRES DE LOS PROPIETARIOS		CANTIDAD PRINCIPAL PENDIENTE DE PAGO	
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

* Debe entregar, con su solicitud, una copia del contrato y un programa de amortización

33. Derechos sobre minerales, petróleo, gas, madera, viento o superficie

¿TIENEN USTED O SU CÓNYUGE DERECHOS SOBRE MINERALES, PETRÓLEO, GAS, MADERA, VIENTO O SUPERFICIE?*

☐ SÍ ☐ NO

NOMBRES DE LOS PROPIETARIOS	TIPO	VALOR

DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

NOMBRES DE LOS PROPIETARIOS	TIPO	VALOR

DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

* Debe entregar documentación que respalde el valor dado. Este puede ser el cálculo de un bróker de bienes raíces, una compañía minera, la Oficina de Administración de Tierras u otras fuentes confiables.

34. Seguro de vida

¿TIENEN USTED O SU CÓNYUGE ALGUNA PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA?

☐ SÍ ☐ NO

NOMBRE DE LA PERSONA ASEGURADA (PRIMER NOMBRE, INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO)	NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA

FECHA DE INICIO DE LA PÓLIZA	VALOR NOMINAL	VALOR EN EFECTIVO

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS	NÚMERO DE PÓLIZA

DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

NOMBRE DE LA PERSONA ASEGURADA (PRIMER NOMBRE, INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO)	NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA

FECHA DE INICIO DE LA PÓLIZA	VALOR NOMINAL	VALOR EN EFECTIVO

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS	NÚMERO DE PÓLIZA

DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

35. Seguro de atención a largo plazo

¿TIENEN USTED O SU CÓNYUGE UN SEGURO DE ATENCIÓN A LARGO PLAZO? SI RESPONDIÓ SÍ, COMPLETE ABAJO

☐ SÍ ☐ NO

¿ES ESTE UN PLAN DE ASOCIACIÓN?

☐ SÍ ☐ NO ☐ UNSURE

NOMBRE DE LA PERSONA ASEGURADA	NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS	NÚMERO DE PÓLIZA	FECHA DE INICIO DE LA PÓLIZA

DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

¿CUÁNTO CUESTA LA PRIMA?	¿CON QUÉ FRECUENCIA SE PAGA LA PRIMA? ☐ MENSUAL ☐ TRIMESTRAL ☐ ANUAL

36. Seguro médico privado

¿TIENEN USTED O SU CÓNYUGE UN SEGURO MÉDICO PRIVADO O UN SEGURO SUPLEMENTARIO DE MEDICARE?

☐ SÍ ☐ NO

NOMBRE DE LA PERSONA ASEGURADA	NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS	NÚMERO DE PÓLIZA	FECHA DE INICIO DE LA PÓLIZA

DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

¿CUÁNTO CUESTA LA PRIMA?	¿CON QUÉ FRECUENCIA SE PAGA LA PRIMA?	TIPO DE COBERTURA (MEDIGAP, RX, ETC.)
	☐ MENSUAL ☐ TRIMESTRAL ☐ ANUAL	

¿RECIBE ESTE SEGURO MEDIANTE UN EMPLEADOR?	SI RESPONDIÓ SÍ, DÉ EL NOMBRE DEL EMPLEADOR
☐ SÍ ☐ NO	

37. Fideicomisos

¿ESTÁN USTED O SU CÓNYUGE NOMBRADOS EN ALGÚN FIDEICOMISO O USTED O SU CÓNYUGE SON PROPIETARIOS DE ALGÚN FIDEICOMISO?*

☐ SÍ ☐ NO

NOMBRES DE LOS PROPIETARIOS	NOMBRE DEL BANCO	DIRECCIÓN DEL BANCO	NÚMERO DE CUENTA	VALOR
				$
				$

* Debe entregar, con su solicitud, una copia del fideicomiso y un inventario de los bienes del fideicomiso

38. Anualidades

¿USTED O SU CÓNYUGE SON PROPIETARIOS DE ALGUNA ANUALIDAD?*

☐ SÍ ☐ NO

NOMBRES DE LOS PROPIETARIOS	NOMBRE DEL BANCO	DIRECCIÓN DEL BANCO	NÚMERO DE CUENTA	VALOR
				$
				$

* Debe entregar, con su solicitud, una copia del contrato de anualidad. Lea la sección Revelación de anualidades y el estado a ser nombrado beneficiario remanente en la página Declaración de entendimiento.

39. Transferencia de recursos

EN LOS ÚLTIMOS SESENTA (60) MESES, ¿USTED, SU CÓNYUGE O ALGUIEN QUE ACTÚE EN NOMBRE DE USTED O DE SU CÓNYUGE (POR EJEMPLO, FAMILIARES, TUTOR, PODER NOTARIAL), HAN TRANSFERIDO, ENTREGADO, REGALADO, PRESTADO, VENDIDO O ESCRITURADO ALGO DE VALOR A OTRA PERSONA?

☐ SÍ ☐ NO

TIPO DE ARTÍCULO	VALOR	CANTIDAD RECIBIDA

QUIÉN RECIBIÓ EL ARTÍCULO	FECHA DE VENTA O TRANSFERENCIA (MM/DD/AAAA)

DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

TIPO DE ARTÍCULO	VALOR	CANTIDAD RECIBIDA

QUIÉN RECIBIÓ EL ARTÍCULO	FECHA DE VENTA O TRANSFERENCIA (MM/DD/AAAA)

DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

40. Ingresos y recursos que eligió no recibir

EN LOS ÚLTIMOS SESENTA (60) MESES, ¿USTED O SU CÓNYUGE RENUNCIARON AL DERECHO A OBTENER ALGÚN DINERO (POR EJEMPLO, INGRESOS O HERENCIA)?

☐ SÍ ☐ NO

TIPO DE ARTÍCULO	VALOR
EXPLIQUE	

41. Copropiedad

EN LOS ÚLTIMOS SESENTA (60) MESES, ¿USTED O SU CÓNYUGE ESTABLECIERON LA COPROPIEDAD DE ALGÚN BIEN INMUEBLE?

☐ SÍ ☐ NO

TIPO DE PROPIEDAD	VALOR
NOMBRE DEL COPROPIETARIO	FECHA EN QUE SE ESTABLECIÓ LA COPROPIEDAD (DD/MM/AAAA)

EN LOS ÚLTIMOS SESENTA (60) MESES, ¿UN COPROPIETARIO TOMÓ POSESIÓN DE SU PARTICIPACIÓN EN ALGUNO DE LOS BIENES DE USTED O DE SU CÓNYUGE, COMO DINERO, CUENTAS BANCARIAS, ACCIONES, BONOS O CUALQUIER OTRO TIPO DE VALOR?

☐ SÍ ☐ NO

TIPO DE RECURSO	VALOR
NOMBRE DEL COPROPIETARIO	FECHA EN QUE LO TOMÓ (MM/DD/AAAA)

42. Recursos e ingresos depositados en un fideicomiso

EN LOS ÚLTIMOS SESENTA (60) MESES, ¿ALGUNOS DE SUS RECURSOS O PROPIEDADES O DE SU CÓNYUGE SE COLOCARON EN UN FIDEICOMISO PARA USTED, SU CÓNYUGE O CUALQUIER OTRA PERSONA?

☐ SÍ ☐ NO

NOMBRE DEL FIDUCIARIO	FECHA EN QUE SE TRANSFIRIERON AL FIDEICOMISO (MM/DD/AAAA)
TIPO DE PROPIEDAD	VALOR

¿ALGUNO DE SUS INGRESOS SE PAGA DIRECTAMENTE A UN FIDEICOMISO?

☐ SÍ ☐ NO

NOMBRE DEL FIDUCIARIO	FECHA EN QUE SE CREÓ EL FIDEICOMISO (MM/DD/AA)
FUENTE DE INGRESOS	CANTIDAD PAGADA AL FIDEICOMISO

43. Costos de vivienda

¿TIENEN USTED O SU CÓNYUGE GASTOS DE VIVIENDA O DE REFUGIO?

☐ SÍ ☐ NO

	USTED PAGA	EL CÓNYUGE PAGA	OTRO: MENCIONE EL NOMBRE
ALQUILER O HIPOTECA			
IMPUESTOS A LA PROPIEDAD			
SERVICIOS PÚBLICOS			
SEGURO PARA PROPIETARIOS DE CASAS			

44. Declaración de entendimiento

ASIGNACIÓN DE ASISTENCIA MÉDICA Y BENEFICIOS DEL SEGURO
LA SOLICITUD Y ACEPTACIÓN DE ASISTENCIA MÉDICA PAGADA POR EL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES FUNCIONARÁ COMO UNA CESIÓN Y SUBROGACIÓN DE CUALQUIER DERECHO A ASISTENCIA MÉDICA, BENEFICIOS DEL SEGURO O AMBOS, QUE EL SOLICITANTE O BENEFICIARIO PUEDAN TENER. CUALQUIER DERECHO O CANTIDAD ASÍ ASIGNADO O SUBROGADO SE APLICARÁ CONTRA EL COSTO DE LA ATENCIÓN DEL SOLICITANTE O BENEFICIARIO.

REVELACIÓN DE ANUALIDADES Y ESTADO A SER NOMBRADO BENEFICIARIO REMANENTE
N.° DE LEY PÚBLICA 109-171, LEY DE REDUCCIÓN DEL DÉFICIT DE 2005, SECCIÓN 6012, EXIGE QUE LAS PERSONAS QUE SOLICITEN ASISTENCIA MÉDICA DE ATENCIÓN A LARGO PLAZO Y LA PERSONA CUYA ELEGIBILIDAD SE ESTÉ REVISANDO PARA DETERMINAR SI SIGUE SIENDO ELEGIBLE PARA LA ASISTENCIA DE ATENCIÓN A LARGO PLAZO REVELEN LA DESCRIPCIÓN DE CUALQUIER INTERÉS QUE LA PERSONA O EL CÓNYUGE DE LA PERSONA TENGAN EN UNA ANUALIDAD O INSTRUMENTO ECONÓMICO SIMILAR. SI NO REVELA ESTA INFORMACIÓN, NO SERÁ ELEGIBLE PARA RECIBIR ASISTENCIA. ADEMÁS, UN BENEFICIARIO DE ASISTENCIA DE ATENCIÓN A LARGO PLAZO DEBE NOMBRAR AL DEPARTAMENTO COMO BENEFICIARIO PERMANENTE PREFERIDO DE CUALQUIER INTERÉS QUE LA PERSONA O EL CÓNYUGE DE LA PERSONA TENGA EN UNA ANUALIDAD O INSTRUMENTO ECONÓMICO SIMILAR COMPRADO Y TENIDO DESPUÉS DEL 7 DE FEBRERO DE 2006.

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD
LAS LEYES Y REGLAMENTOS FEDERALES Y ESTATALES LIMITAN USAR Y REVELAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL SOBRE LOS SOLICITANTES Y BENEFICIARIOS DE LOS PROGRAMAS DE ASISTENCIA ECONÓMICA Y MÉDICA A LOS FINES DIRECTAMENTE RELACIONADOS CON LA ADMINISTRACIÓN DE ESOS PROGRAMAS. CUANDO ENVÍE UNA SOLICITUD DE ASISTENCIA, SE LE PEDIRÁ QUE DÉ SU NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (SOCIAL SECURITY NUMBER, SSN) EN EL FORMULARIO DE SOLICITUD. EL TÍTULO 42 DEL CÓDIGO DE REGLAMENTOS FEDERALES, PARTE 435.910(A), EXIGE QUE SE DÉ UN SSN COMO CONDICIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA MEDICAID. EL DEPARTAMENTO USA SU NÚMERO EN SU PROCESAMIENTO INFORMÁTICO DE DETERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD, INVESTIGACIÓN DE FRAUDE DE BIENESTAR SOCIAL Y AUDITORÍAS. LOS SSN TAMBIÉN SE USAN PARA VERIFICAR LA INFORMACIÓN DE INGRESOS MEDIANTE AGENCIAS COMO EL IRS, EL DEPARTAMENTO DE TRABAJO (DEPARTMENT OF LABOR) Y LA ADMINISTRACIÓN DEL SEGURO SOCIAL, ETC., PARA EVITAR QUE UNA PERSONA O FAMILIA RECIBA BENEFICIOS DUPLICADOS SEGÚN CUALQUIER PROGRAMA, PARA HACER QUE LOS CAMBIOS MASIVOS EN LOS BENEFICIOS SEAN MÁS FÁCILES DE IMPLEMENTAR Y PARA DETERMINAR LA EXACTITUD Y CONFIABILIDAD DE LA INFORMACIÓN DADA AL DEPARTAMENTO POR EL SOLICITANTE Y LOS BENEFICIARIOS DE LA ASISTENCIA.

VERIFICACIONES
LA INFORMACIÓN QUE DÉ PARA RESPONDER LAS PREGUNTAS DE ESTE FORMULARIO Y LA INFORMACIÓN OBTENIDA POR EL DEPARTAMENTO PARA VERIFICAR SUS RESPUESTAS SE USARÁN PARA DETERMINAR SU ELEGIBILIDAD Y EL NIVEL DE BENEFICIOS. SUS BENEFICIOS PUEDEN CAMBIAR DE UN MES A OTRO, O SUSPENDERSE, SEGÚN ESTA INFORMACIÓN.

LOS REPRESENTANTES FEDERALES Y ESTATALES VERIFICARÁN LA INFORMACIÓN DADA EN ESTE FORMULARIO PARA DETERMINAR SI ES CORRECTA. UN REPRESENTANTE DEL DEPARTAMENTO PUEDE COMUNICARSE CON USTED O CON OTRAS PERSONAS PARA VERIFICAR SU ELEGIBILIDAD PARA RECIBIR ASISTENCIA. LA INFORMACIÓN DADA TAMBIÉN SE VERIFICARÁ MEDIANTE COMPARACIÓN CRUZADA POR COMPUTADORA CON OTRAS AGENCIAS Y SECTORES PRIVADOS. CUANDO EL PERSONAL ESTATAL Y FEDERAL VERIFIQUE LA INFORMACIÓN DE ESTA SOLICITUD, SI LO QUE SE REPORTA ES INCORRECTO, SU CASO MÉDICO SE PUEDE DENEGAR O CANCELAR Y USTED PUEDE ESTAR SUJETO A UN PROCESO PENAL POR DAR INFORMACIÓN FALSA INTENCIONALMENTE.

PROGRAMA DE RECUPERACIÓN DE PATRIMONIO DE MEDICAID
SEGÚN LA LEY FEDERAL Y ESTATAL, EL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES ESTÁ AUTORIZADO A RECUPERAR LOS PATRIMONIOS DE LOS BENEFICIARIOS DE ASISTENCIA MÉDICA FALLECIDOS QUE FUERON INSTITUCIONALIZADOS PERMANENTEMENTE O QUE TENÍAN AL MENOS 55 AÑOS Y POR QUIENES EL DEPARTAMENTO HIZO UN PAGO POR LOS SERVICIOS DE UN CENTRO DE ENFERMERÍA, SERVICIOS DE CENTROS DE ATENCIÓN INTERMEDIA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDADES INTELECTUALES, OTROS SERVICIOS INSTITUCIONALES MÉDICOS, SERVICIOS BASADOS EN LA CASA Y EN LA COMUNIDAD, SERVICIOS DE HOSPITAL Y SERVICIOS DE MEDICAMENTOS CON RECETA. EL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES ESTÁ AUTORIZADO A RECUPERAR LA DEUDA DE UN BENEFICIARIO DE ASISTENCIA MÉDICA DEL PATRIMONIO DE UN CÓNYUGE SOBREVIVIENTE. SI UN CÓNYUGE SOBREVIVIENTE QUIERE LIMITAR LA CANTIDAD DEL PATRIMONIO DEL CÓNYUGE SOBREVIVIENTE QUE SERÁ RESPONSABLE DE LA RECUPERACIÓN DE LA CANTIDAD DE LA ASISTENCIA MÉDICA PAGADA EN BENEFICIO DEL BENEFICIARIO, EL CÓNYUGE SOBREVIVIENTE DEBE PRESENTAR UNA PETICIÓN DENTRO DE LOS SEIS MESES SIGUIENTES A LA MUERTE DEL BENEFICIARIO DE LA ASISTENCIA MÉDICA. LA PETICIÓN DETERMINARÁ LA CANTIDAD DEL PATRIMONIO DEL CÓNYUGE SOBREVIVIENTE DE LA QUE SE PUEDE RECLAMAR LA RECUPERACIÓN DE MEDICAID GASTADA EN NOMBRE DEL BENEFICIARIO. LA PETICIÓN SE DEBE PRESENTAR EN EL FORMULARIO DEL DEPARTAMENTO.

SEGÚN LA LEY FEDERAL Y ESTATAL, EL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES PUEDE IMPONER UN GRAVAMEN DE ASISTENCIA MÉDICA SOBRE LOS BIENES INMUEBLES PROPIEDAD DE UN BENEFICIARIO QUE HAYA RECIBIDO UN BENEFICIO DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES POR LOS SERVICIOS DE UN CENTRO DE ENFERMERÍA, UN CENTRO DE ATENCIÓN INTERMEDIA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDADES INTELECTUALES U OTRA INSTITUCIÓN MÉDICA. EL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES EXPEDIRÁ UN AVISO POR SEPARADO CUANDO EL DEPARTAMENTO DECIDA IMPONER UN GRAVAMEN. EL AVISO DESCRIBIRÁ LA CANTIDAD DEL GRAVAMEN Y LOS BIENES INMUEBLES A LOS QUE SE ADJUNTARÁ EL GRAVAMEN. SEGÚN LA LEY ESTATAL, EL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES ESTÁ AUTORIZADO A RECUPERAR LOS FONDOS QUE EL RESIDENTE CONSERVE O TENGA EN EL CENTRO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL U OTRO CENTRO SI EL RESIDENTE ESTABA RECIBIENDO ASISTENCIA MÉDICA DEL DEPARTAMENTO EN EL MOMENTO DE SU MUERTE. PUEDE ENCONTRAR LA INFORMACIÓN SOBRE EL PROGRAMA DE RECUPERACIÓN DE PATRIMONIO EN
HTTP://DSS.SD.GOV/KEYRESOURCES/BENEFITFRAUD/ESTATE.ASPX

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN
COMO BENEFICIARIO DE ASISTENCIA ECONÓMICA FEDERAL Y COMO AGENCIA DEL GOBIERNO ESTATAL O LOCAL, EL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES NO EXCLUYE, NIEGA BENEFICIOS NI DISCRIMINA DE OTRA MANERA A NINGUNA PERSONA POR RAZA, COLOR O PAÍS DE ORIGEN, NI POR DISCAPACIDAD O EDAD EN EL INGRESO O EL ACCESO A SUS PROGRAMAS, ACTIVIDADES O SERVICIOS, O EN EL TRATAMIENTO O EL EMPLEO EN SUS PROGRAMAS, YA SEA QUE ESTÉN DIRIGIDOS DIRECTAMENTE POR EL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES O MEDIANTE UN CONTRATISTA O CUALQUIER OTRA ENTIDAD CON LA QUE EL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES TENGA UN ARREGLO PARA DIRIGIR SUS PROGRAMAS Y ACTIVIDADES; NI POR MOTIVOS REALES O PERCIBIDOS DE RAZA, COLOR, RELIGIÓN, PAÍS DE ORIGEN, SEXO, IDENTIDAD DE GÉNERO, ORIENTACIÓN SEXUAL O DISCAPACIDAD EN EL INGRESO O EL ACCESO A SUS PROGRAMAS, ACTIVIDADES O SERVICIOS, O EN EL TRATAMIENTO O EL EMPLEO EN ESTOS, CUANDO LOS DIRIJA DIRECTAMENTE EL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES O CUANDO LO HAGAN BENEFICIARIOS SECUNDARIOS DE SUBVENCIONES CONCEDIDAS POR LA OFICINA DE VIOLENCIA CONTRA LA MUJER DEL DEPARTAMENTO DE JUSTICIA DE ESTADOS UNIDOS.

EL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES PRESTA AYUDA Y SERVICIOS GRATUITOS A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDADES PARA COMUNICARSE DE MANERA EFECTIVA, COMO INTÉRPRETES DE LENGUA DE SEÑAS CALIFICADOS E INFORMACIÓN POR ESCRITO EN OTROS FORMATOS (POR EJEMPLO, LETRA GRANDE, AUDIO, FORMATOS ELECTRÓNICOS ACCESIBLES, OTROS FORMATOS) Y PRESTA SERVICIOS DE IDIOMAS GRATUITOS A LAS PERSONAS CUYO IDIOMA PRINCIPAL NO SEA EL INGLÉS COMO INTÉRPRETES CALIFICADOS E INFORMACIÓN POR ESCRITO EN OTROS IDIOMAS. SI NECESITA ESTOS SERVICIOS, COMUNÍQUESE CON LA OFICINA LOCAL DEL DSS.

SI CREE QUE EL DSS NO LE PRESTÓ ESTOS SERVICIOS O LO DISCRIMINÓ DE ALGUNA OTRA MANERA POR RAZA, COLOR, PAÍS DE ORIGEN, EDAD, DISCAPACIDAD O SEXO, PUEDE PRESENTAR UNA QUEJA O UNA QUEJA FORMAL POR DISCRIMINACIÓN A: DISCRIMINATION COORDINATOR, DIRECTOR OF DSS DIVISION OF LEGAL SERVICES, 700 GOVERNORS DRIVE, PIERRE, SD 57501. TELÉFONO: (605) 773-3305, FAX: (605) 773-7223, DSSINFO@STATE.SD.US. PUEDE PRESENTAR UN RECLAMO O UNA QUEJA FORMAL POR DISCRIMINACIÓN PERSONALMENTE O POR CORREO, FAX O CORREO ELECTRÓNICO. SI NECESITA AYUDA PARA PRESENTAR UNA QUEJA O QUEJA FORMAL POR DISCRIMINACIÓN, EL COORDINADOR DE DISCRIMINACIÓN, DIRECTOR DE LA DIVISIÓN DE SERVICIOS LEGALES DEL DSS, ESTÁ PARA AYUDARLO.

TAMBIÉN PUEDE PRESENTAR UNA QUEJA DE DERECHOS CIVILES ANTE EL DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE LOS ESTADOS UNIDOS, OFICINA DE DERECHOS CIVILES, ELECTRÓNICAMENTE POR EL PORTAL DE QUEJAS DE LA OFICINA DE DERECHOS CIVILES, DISPONIBLE EN HTTPS://OCRPORTAL.HHS.GOV/OCR/PORTAL/LOBBY.JSF, O POR CORREO O TELÉFONO: U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 200 INDEPENDENCE AVENUE, SW ROOM 509F, HHH BUILDING, WASHINGTON, D.C. 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD). LOS FORMULARIOS DE QUEJAS ESTÁN EN HTTP://WWW.HHS.GOV/OCR/OFFICE/FILE/INDEX.HTML.

ESTA DECLARACIÓN SE HACE SEGÚN LAS DISPOSICIONES DEL TÍTULO VI DE LA LEY DE DERECHOS CIVILES DE 1964, LA SECCIÓN 504 DE LA LEY DE REHABILITACIÓN DE 1973, EL TÍTULO II DE LA LEY SOBRE AMERICANOS CON DISCAPACIDADES DE 1990, LA LEY DE DISCRIMINACIÓN POR EDAD DE 1975, Y LAS REGLAMENTACIONES DEL DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE LOS EE. UU. EMITIDAS SEGÚN ESTAS LEYES EN EL TÍTULO 45, PARTES 80, 84 Y 91 DEL CÓDIGO DE REGLAMENTOS FEDERALES (CFR), Y EL TÍTULO 28, PARTE 35 DEL CFR, LA LEY ÓMNIBUS PARA EL CONTROL DE LA DELINCUENCIA Y CALLES SEGURAS DE 1968, EL TÍTULO IX DE LAS ENMIENDAS DE EDUCACIÓN DE 1972, TRATO IGUALITARIO PARA RELIGIONES BASADAS EN LA FE EN EL TÍTULO 28, PARTE 38 DEL CFR, LA REAUTORIZACIÓN DE LA LEY CONTRA LA VIOLENCIA HACIA LAS MUJERES DE 2013, Y LA SECCIÓN 1557 DE LA LEY DEL CUIDADO DE SALUD A BAJO PRECIO.

45. ¿Le gustaría registrarse para votar?

Enviar una solicitud para registrarse o negarse a registrarse para votar no afectará la cantidad de ayuda que reciba de esta agencia.

Si no está registrado para votar en el lugar donde vive en la actualidad, ¿le gustaría pedir que lo registren para votar aquí hoy?

☐ SÍ ☐ NO

Si no marca ninguna de las casillas, se interpretará que decidió NO registrarse para votar en este momento.

(No marcar ninguna de las casillas se considera un rechazo a registrarse para recibir ayuda para el registro, pero no se considera un rechazo por escrito para recibir una solicitud. Si no marca ninguna de las casillas, recibirá un formulario de registro para votantes que podrá completar cuando pueda).

Si se registra para votar, la información sobre la oficina en la que se presentó el formulario de registro de votantes será confidencial y se usará únicamente para el registro de votantes. Si no se registra para votar, esta decisión será confidencial y se usará únicamente para el registro de votantes. Si quiere ayuda para completar el formulario de registro de votantes, lo ayudaremos. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Puede completar el formulario de registro de votantes en privado.

Si cree que alguien interfirió en su derecho a registrarse o a rechazar registrarse para votar, su derecho a la privacidad para decidir si se registra, su derecho a presentar una solicitud para registrarse para votar, o su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política puede presentar una queja ante South Dakota Secretary of State, 500 E Capitol, Pierre SD 57501, (605) 773-3537.

46. Autorización para revelar información

Yo, _____, autorizo a la División de Ayuda Económica (Division of Economic Assistance, EA) del Departamento de Servicios Sociales (Department of Social Services, DSS) para que revele mi información médica protegida a la siguiente persona/centro. Mi fecha de nacimiento es _____

Persona/centro y nombre de la persona del centro que recibirá la información: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____
Fax: _____

Esta autorización es para el período desde: _____ hasta _____. Si se deja en blanco, esta autorización vencerá 1 año después de la fecha de ejecución.

Permito que DSS-EA revele únicamente la siguiente información marcada a la estrategia mencionada arriba: (marcar todos los que correspondan)

☐ Copia de la solicitud/formulario de renovación con fecha: Meses _____ Años _____ ☐ Dirección en el expediente
☐ Copia de los avisos de DSS-EA del formulario de solicitud/renovación con fecha: Meses _____ Años _____
☐ Copia del formulario de la lista de verificación (EA-300) con fecha: Meses _____ Años _____

Objetivo de esta revelación:
Entiendo que, si esta información se revela a un tercero, puede ser revelada por la persona o entidad que la reciba y que ya no esté protegida por las reglamentaciones de privacidad federales u otras reglamentaciones de privacidad aplicables.

Entiendo que puedo revocar esta autorización, excepto en la medida en que el personal ya haya tomado medidas al respecto, enviando un aviso por escrito al Department of Social Services, Division of Economic Assistance, 700 Governors Drive, Pierre, SD 57501.

Entiendo que no tengo ninguna obligación de firmar esta autorización. Si la información solicitada es necesaria para determinar si soy elegible para inscribirme en los beneficios disponibles mediante el Departamento de Servicios Sociales de Dakota del Sur o para determinar si otro programa médico puede pagar mi atención médica, entiendo que, si elijo no autorizar la revelación y el uso de esta información, es posible que no pueda demostrar que califico.

Firma	Nombre en letra de molde	Fecha
Dirección de la persona que firma	Ciudad/Estado/Código postal	Teléfono

Si firma otra persona que no sea el solicitante/beneficiario, indique la relación (marque la casilla correspondiente)

☐ Cónyuge ☐ Padre/madre (si es para un menor de 18 años) ☐ Poder notarial ☐ Tutor

47. Autorización para el uso o revelación de Información médica protegida

Tal como lo exige la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996, con sus modificaciones, el Departamento de Servicios Sociales de Dakota del Sur, División de Asistencia Económica, no puede usar ni revelar su información médica de identificación personal, salvo lo dispuesto en nuestro Aviso de Prácticas de privacidad, sin su autorización. Su firma en este formulario indica que usted está dando permiso para los usos y revelaciones de la información médica protegida descrita en este documento. Puede revocar esta autorización en cualquier momento firmando y colocando la fecha la sección de revocación en su copia de este formulario y devolviéndola al Departamento.

Sección 1: Información del paciente - I,

Nombre del paciente:		**Fecha de nacimiento:**	_____/_____/_____
Dirección:			
Ciudad, estado, código postal:		**Teléfono:**	

por la presente autorizo a las siguientes personas o entidades a revelar la información descrita en la sección 2 de esta Autorización, a las personas, entidades o clases de personas o entidades mencionadas en la Sección 3 de esta autorización *(mencione abajo a <u>todos</u> los proveedores médicos, psicológicos, educativos, terapéuticos o de otro tipo)*

Nombre del centro:		**Nombre del centro:**	
Nombre del centro:		**Nombre del centro:**	

Sección 2: Información solicitada	**Sección 3: Información del beneficiario: La información específica se compartirá con la siguiente persona, entidades o clases de personas o entidades:**
<u>Información específica solicitada</u>: TODOS LOS EXPEDIENTES <u>Fechas específicas de servicio para la información solicitada</u>: ÚLTIMOS 12 MESES **<u>Propósito de la revelación</u>:** ELEGIBILIDAD PARA MEDICAID	<u>DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES DE DAKOTA DEL SUR</u>

Sección 4: Revelación de información

Entiendo que la información recibida puede incluir información relacionada con el abuso de drogas o alcohol o abuso físico/sexual. El Departamento de Servicios Sociales de Dakota del Sur, sus empleados, representantes y proveedores médicos quedan liberados de cualquier responsabilidad legal por la revelación de la información anterior en la medida indicada y autorizada en este documento.

Como se indica en el Aviso de Políticas de Privacidad del Departamento, este formulario de consentimiento puede revocarse en cualquier momento, excepto en la medida en que el personal haya tomado medidas al respecto. Si no se revoca, esta Autorización para compartir información médica protegida finalizará en un año o en la siguiente fecha especificada:_____/_____/_____. Entiendo que esta autorización puede ser revocada en cualquier momento, siempre que lo haga por escrito.

Entiendo que, si esta información se revela a un tercero, la información puede ser revelada por la persona o entidad que reciba esa información y que ya no esté protegida por los reglamentos de privacidad federales u otras reglamentaciones de privacidad aplicables. Excepción: la información sobre el tratamiento por consumo de drogas o alcohol, la información sobre la prueba del VIH y la información sobre el tratamiento de la salud mental no pueden volver a revelarse sin mi consentimiento específico.

Entiendo que no tengo ninguna obligación de firmar esta autorización. Si la información solicitada es necesaria para determinar si soy elegible para inscribirme en los beneficios disponibles mediante el Departamento de Servicios Sociales de Dakota del Sur o para determinar si otro programa médico puede pagar mi atención médica, entiendo que, si elijo no autorizar la revelación y el uso de esta información, es posible que no pueda demostrar que califico. Si se ha pedido al Departamento de Servicios Sociales de Dakota del Sur que permita o pague un servicio de atención médica en mi nombre (como un examen o evaluación) con el fin de dar los resultados de esos servicios a otra persona, entiendo que, si elijo no autorizar la revelación de esa información a la otra persona, el Departamento de Servicios Sociales puede no permitir el servicio o el pago de los servicios prestados en mi nombre.

Firmas

Firma del padre/madre, tutor o representante autorizado que da el consentimiento **Fecha**

Nombre en letra de molde del padre/madre, tutor o representante autorizado que da el consentimiento **Relación con el participante/paciente**

Teléfono del participante/paciente, padre/madre, tutor o representante autorizado
Si está firmado por un representante personal, dé la verificación de la autorización del representante para actuar en nombre del participante/paciente.

REVOCACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN

Por la presente, cancelo esta solicitud de revelación de información con efecto inmediato

Firma **Fecha**

48. Completar su solicitud (exigido)

ANTES DE FIRMAR LA SOLICITUD DE ABAJO, VERIFIQUE QUE HAYA HECHO LO SIGUIENTE:

1. INCLUYÓ TODOS LOS ARTÍCULOS CORRESPONDIENTES SOLICITADOS CON SU SOLICITUD (POR EJEMPLO, ESTADOS DE CUENTA BANCARIOS, CARTAS DE APROBACIÓN, FIDEICOMISOS, CONTRATOS DE SEPELIO Y EVALUACIONES DE IMPUESTOS SOBRE BIENES INMUEBLES);
2. REVISÓ LA DECLARACIÓN DE ENTENDIMIENTO;
3. COMPLETÓ LA AUTORIZACIÓN PARA EL USO O REVELACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA, Y
4. COMPLETÓ LA "AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN" SI QUIERE QUE EL DEPARTAMENTO COMPARTA INFORMACIÓN SOBRE SU SOLICITUD CON ALGUIEN MÁS.

49. Firmar y autorizar la solicitud (exigido)

ENTIENDO QUE CUALQUIER DECLARACIÓN FALSA QUE PUEDA HACER Y CUALQUIER FALLA DE MI PARTE PARA INFORMAR CUALQUIER CAMBIO EN LAS CIRCUNSTANCIAS QUE PUDIERA AFECTAR MI ELEGIBILIDAD PARA EL PAGO DE LOS PROGRAMAS ADMINISTRADOS POR EL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES DE DAKOTA DEL SUR CONSTITUYE UN DELITO Y QUE PODRÍA SER PROCESADO SEGÚN LAS LEYES PENALES DE DAKOTA DEL SUR.

ACEPTO DAR LA INFORMACIÓN QUE PIDA EL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES RESPECTO A CUALQUIER BIEN O PATRIMONIO QUE PUEDA ESTAR SUJETO A RECUPERACIÓN, RECUPERACIÓN DE BIENES O GRAVÁMENES DE ASISTENCIA MÉDICA POR EL ESTADO DE DAKOTA DEL SUR.

POR LA PRESENTE, AUTORIZO A CUALQUIER PERSONA, AGENCIA O INSTITUCIÓN A DAR LA INFORMACIÓN SOLICITADA POR EL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES SOBRE MÍ O MI FAMILIA, Y PERMITO LA INSPECCIÓN Y REPRODUCCIÓN DE LOS REGISTROS EN SU POSESIÓN, SOBRE MÍ O MI FAMILIA, POR CUALQUIER REPRESENTANTE DEBIDAMENTE AUTORIZADO DEL DEPARTAMENTO. ADEMÁS, AUTORIZO AL DEPARTAMENTO A REVELAR DICHA INFORMACIÓN A PROVEEDORES O A AGENCIAS ESTATALES O FEDERALES QUE COOPERAN.

ESTA AUTORIZACIÓN SE DA SOLO EN RELACIÓN CON EL USO QUE EL DEPARTAMENTO LE DÉ EN LA ADMINISTRACIÓN DE SUS PROGRAMAS Y PARA NINGÚN OTRO PROPÓSITO. CONTINUARÁ EN VIGOR HASTA EL MOMENTO EN QUE DECLARE POR ESCRITO QUE YA NO ES VÁLIDA.

EXONERO A CUALQUIER PERSONA, AGENCIA O INSTITUCIÓN DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD ANTE MÍ O MI FAMILIA POR DAR DICHA INFORMACIÓN.

SOLICITANTE	CÓNYUGE
FIRMA	FIRMA
NOMBRE EN LETRA DE MOLDE	NOMBRE EN LETRA DE MOLDE

SI USTED ES PADRE/MADRE, TUTOR, REPRESENTANTE AUTORIZADO, ADMINISTRADOR DESIGNADO POR EL TRIBUNAL, ALBACEA O TIENE UN PODER NOTARIAL PARA ESTA PERSONA, FIRME ABAJO:

FIRME AQUÍ (DEBE PRESENTAR PRUEBAS)

FIRME AQUÍ SI ES UN TESTIGO (SOLO ES NECESARIO SI ALGUIEN ARRIBA FIRMÓ CON UNA “X” U OTRA MARCA)

NOMBRE DEL TESTIGO EN LETRA DE MOLDE