Estado de Dakota del Sur: Departamento de Servicios Sociales (Department of Social Services) Programa para niños con discapacidad

Sección A

Información del niño:

Escriba con letra de molde y use tinta oscura. Si necesita más espacio, use una hoja de papel aparte.

Intente completar todo lo que pueda del formulario.

Si tiene preguntas, contáctese con el consultorio Long Term Care al:
605-394-2525 o
800-644-2914

Dé información del padre, madre, tutor o custodio actual.

Si la dirección postal es la misma que la actual, puede dejarla en blanco.

¿Está completando este formulario para una solicitud inicial o una revisión anual?

Solicitud Revisión anual

Primer nombre del niño:

Segundo nombre del niño:

Apellido del niño:

Fecha de nacimiento del niño: ____ / ____ / ____

Número de Seguro Social del niño:

Género del niño: Masculino Femenino

¿Hispano o latino? *Opcional* Sí No

Raza del niño: *Opcional*

- Nativo americano o nativo de Alaska
 Asiático
 Negro o afroamericano
 Hawaiano o de Islas del Pacífico
 Blanco

Nombres del padre/madre/tutor:

Dirección actual:

Ciudad, estado, código postal:

Números de teléfono:

Números de teléfono particulares:

Dirección postal:

Ciudad, estado, código postal:

Correo electrónico:

Método de contacto que prefiera: Correo Teléfono de celular
 Teléfono particular Correo electrónico

Sección B

Ciudadanía

Dé documentación de ciudadanía si no es ciudadano de los EE. UU.

¿Su hijo es ciudadano de los EE. UU.?	☐ Sí (vaya a la sección C) ☐ No
¿Su hijo es un refugiado o un inmigrante admitido legalmente?	☐ Sí ☐ No
¿En qué fecha ingresó su hijo a los EE. UU.?	____/____/____
¿Su hijo está inscrito en los Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los EE. UU.?	☐ Sí (pase a las líneas siguientes) ☐ No
Tipo de documento del niño:	
Extranjero, I-94 o número de pasaporte	

Sección C

Ingresos

Mencione todos los ingresos y beneficios que recibe su hijo.

Ejemplos de ingresos incluyen: Manutención de los hijos, Seguro Social, SSI, beneficios del Departamento de Asuntos de los Veteranos (Department of Veterans Affairs, VA) para dependientes, dividendos, pagos de seguros o anualidades, ingresos por intereses de bonos, certificados de depósito (CD) o cuentas de ahorro, ingresos por arrendamiento tribal, recaudaciones, contribuciones, donaciones recibidas o cualquier otro ingreso.

¿Ha solicitado la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) para su hijo?	☐ Sí (adjunte la verificación) ☐ No	
¿Recibe su hijo ingresos?	☐ Sí ☐ No (vaya a la sección D)	
INFORMACIÓN SOBRE LOS INGRESOS <i>Adjunte la verificación del tipo de ingresos, la cantidad bruta/neta y la frecuencia.</i>		
Tipo de ingreso	Cantidad bruta	Frecuencia

Sección D

Recursos

Recordatorio: Conteste las preguntas solo para los recursos que tenga. Incluya las cuentas de propiedad conjunta.

Adjunte los últimos 3 meses de extractos bancarios.

Si necesita más espacio, puede copiar las páginas.

Ejemplos de otras cuentas son: Tarjetas de beneficios federales Direct Express, CD, bonos de ahorro, mercados monetarios, cuentas de ahorro médicas, acciones, fondos de inversión, rentas vitalicias o cualquier otra cuenta.

Algunos ejemplos de otros activos son: fondos de entierro prepagados, fideicomisos, terrenos, edificios, vehículos, equipos agrícolas, ganado o cualquier otro artículo de valor.

Recursos/Activos

Adjunte verificaciones de todos los recursos/activos reclamados. En las verificaciones se debe mostrar claramente el tipo de recurso/activo, el valor actual y la información de propiedad.

¿Su hijo tiene alguna cuenta corriente? Sí No

CUENTA CORRIENTE	Nombre del banco:	Ciudad del banco, estado:
	Número de cuenta:	Saldo:
	Nombres de la cuenta:	

¿Su hijo tiene alguna cuenta de ahorro? Sí No

CUENTA DE AHORRO 1	Nombre del banco:	Ciudad del banco, estado:
	Número de cuenta:	Saldo:
	Nombres de la cuenta:	

CUENTA DE AHORRO 2	Nombre del banco:	Ciudad del banco, estado:
	Número de cuenta:	Saldo:
	Nombres de la cuenta:	

¿Su hijo tiene dinero en efectivo?

Sí - Cantidad:

No

¿Su hijo tiene alguna otra cuenta? Sí No

OTRAS CUENTAS	Nombre del banco/compañía:	Ciudad del banco, estado:
	Número de cuenta:	Valor:
	Nombres de la cuenta:	
	Tipo de cuenta:	

¿Su hijo tiene algún interés en otros activos?

Sí

No

Tipo de activo:	Valor del activo:
Tipo de activo:	Valor del activo:
Tipo de activo:	Valor del activo:
Tipo de activo:	Valor del activo:

Sección E

Seguros

Seguro de vida:

Adjunte una verificación del valor nominal y efectivo actual de cualquier póliza de seguro de vida que tenga su hijo.

Si está asignado a un fondo de entierro prepagado, dé una copia.

Seguro médico:

Adjunte una copia del frente y de la parte de atrás de las tarjetas del seguro.

¿Su hijo es titular de alguna póliza de seguro de vida? Sí No

SEGURO DE VIDA:

Titular de la póliza:	Persona asegurada:
Número de póliza:	Compañía:
Dirección de la compañía:	
Valor nominal/en efectivo:	Tipo de póliza:
¿Asignado al entierro? ☐ Sí (si la respuesta es afirmativa, dé una copia) ☐ No	

¿Su hijo está cubierto por un seguro médico? Sí No

SEGURO MÉDICO - 1

Nombre completo del titular de la póliza:	
Número de póliza:	Número de grupo:
Nombre de la compañía:	
Dirección de la compañía:	
Fecha de inicio de la cobertura:	Fecha de terminación de la cobertura:
Nombre del empleador:	
Tipo de cobertura (marque todas):	☐ Paciente hospitalizado ☐ Paciente ambulatorio ☐ Dental ☐ Cáncer ☐ Suplemento de Medicare ☐ Otros (p. ej.: medicamentos con receta médica):

SEGURO MÉDICO - 2

Nombre completo del titular de la póliza:	
Número de póliza:	Número de grupo:
Nombre de la compañía:	
Dirección de la compañía:	
Fecha de inicio de la cobertura:	Fecha de terminación de la cobertura:
Nombre del empleador:	
Tipo de cobertura (marque todas):	☐ Paciente hospitalizado ☐ Paciente ambulatorio ☐ Dental ☐ Cáncer ☐ Suplemento de Medicare ☐ Otros (p. ej.: medicamentos con receta médica)

Sección F

Información médica, educativa y de desarrollo

Se solicitarán expedientes educativos, médicos y de desarrollo en nombre de su hijo para determinar la discapacidad y el nivel de atención.

Si necesita más espacio, puede copiar las páginas o escribir la información necesaria en una hoja aparte.

¿Su hijo asiste a la escuela? Sí No

¿Su hijo tiene un Plan Educativo Individualizado (IEP)? Sí No

En caso afirmativo, dé una copia completa del IEP más reciente.

INFORMACIÓN EDUCATIVA	Nombre de la escuela:	
	Dirección de la escuela:	
	Nivel de grado:	Fecha del último IEP (si corresponde):

Información del médico

¿Su hijo tiene un médico de atención primaria? Sí No

Nombre:	Especialidad:
Nombre de la clínica:	
Dirección de la clínica:	
¿Con qué frecuencia atiende este médico a su hijo?	

Mencione cualquier otro médico que atienda a su hijo.

MÉDICO 2	Nombre:	Especialidad:
	Nombre de la clínica:	
	Dirección de la clínica:	
	¿Con qué frecuencia atiende este médico a su hijo?	
MÉDICO 3	Nombre:	Especialidad:
	Nombre de la clínica:	
	Dirección de la clínica:	
	¿Con qué frecuencia atiende este médico a su hijo?	

MÉDICO 4	Nombre:	Especialidad:
	Nombre de la clínica:	
	Dirección de la clínica:	
	¿Con qué frecuencia atiende este médico a su hijo?	

Sección F

Información médica, educativa y de desarrollo *Continúa*

¿Su hijo ha sido hospitalizado en los últimos 12 meses?

Sí (si la respuesta es afirmativa, complete abajo) No

Nombre del hospital:

Fechas:

Motivo:

Nombre del hospital:

Fechas:

Motivo:

¿Su hijo ha tenido una evaluación psicológica? Sí No

En caso afirmativo, dé una copia de la evaluación psicológica.

Nombre de la clínica:

Fecha de la evaluación:

Dirección de la clínica:

Nombre del psicólogo:

Si necesita más espacio, puede copiar las páginas o escribir la información necesaria en una hoja aparte.

¿Su hijo recibe servicios terapéuticos? Sí No

**TERAPIA
FÍSICA**

Visitas de terapia física por semana:

Nombre del terapeuta:

Agencia de terapia:

Dirección de la agencia:

**TERAPIA
OCUPACIONAL**

Visitas de terapia ocupacional por semana:

Nombre del terapeuta:

Agencia de terapia:

Dirección de la agencia:

**TERAPIA
DEL HABLA**

Visitas de terapia del habla por semana:

Nombre del terapeuta:

Agencia de terapia:

Dirección de la agencia:

Sección F

Información médica, educativa y de desarrollo *Continúa*

Actividades de la vida diaria:

Movilidad e higiene

Marque su cálculo de la capacidad de su hijo para cada actividad.

Actividad	Capacidad	Explique la asistencia necesaria (número de personas, dispositivos de ayuda, etc.)
Caminar	☐ Independiente ☐ Necesita asistencia ☐ No puede	
Arrastrarse	☐ Independiente ☐ Necesita asistencia ☐ No puede	
Sentarse	☐ Independiente ☐ Necesita asistencia ☐ No puede	
Posiciones de traslado (a la cama o a la silla, etc.)	☐ Independiente ☐ Necesita asistencia ☐ No puede	
Bañarse	☐ Independiente ☐ Necesita asistencia ☐ No puede	
Vestirse	☐ Independiente ☐ Necesita asistencia ☐ No puede	
Aseo personal	☐ Independiente ☐ Necesita asistencia ☐ No puede	
Control de la vejiga	☐ Independiente ☐ Necesita asistencia ☐ No puede	
Control de esfínteres	☐ Independiente ☐ Necesita asistencia ☐ No puede	

Si necesita más espacio, puede copiar las páginas o escribir la información necesaria en una hoja aparte.

Sección F

**Información
médica,
educativa
y de
desarrollo**
Continúa

**Actividades de la vida diaria:
Nutrición y alimentación**

¿Cuál de las siguientes opciones describe la capacidad general de su hijo para comer?
 Independiente Necesita asistencia Incapaz

Explique la asistencia, los dispositivos o las precauciones especiales que se necesitan para comer, si las hay:

Indique abajo cómo puede comer su hijo, con qué frecuencia y durante cuánto tiempo.

Método	Capacidad	Alimentación por día	Duración de la alimentación	Explique la dieta especial o la fórmula de administración
ORAL	☐ Independiente ☐ Necesita asistencia ☐ No puede			
GASTROSTOMÍA	☐ Independiente ☐ Necesita asistencia ☐ No puede			
NASOGÁSTRICA	☐ Independiente ☐ Necesita asistencia ☐ No puede			
PARENTERAL (INTRAVENOSO)	☐ Independiente ☐ Necesita asistencia ☐ No puede			

Si necesita más espacio, puede copiar las páginas o escribir la información necesaria en una hoja aparte.

Sección F

Información médica, educativa y de desarrollo *Continúa*

Vista y audición

VISTA	¿Su hijo está legalmente ciego? ☐ Sí ☐ No	¿Tiene dificultad para ver? ☐ Sí ☐ No
	¿Se pueden corregir sus dificultades para ver? ☐ Sí ☐ No	
	Explique las dificultades:	
AUDICIÓN	¿Su hijo está legalmente sordo? ☐ Sí ☐ No	¿Tiene dificultad para escuchar? ☐ Sí ☐ No
	¿Se pueden corregir sus dificultades para escuchar? ☐ Sí ☐ No	
	Explique las dificultades:	
Respiratorio		
<i>Si su hijo requiere algún tipo de asistencia respiratoria, complete esta sección.</i>		
Tipos de aspiración: ☐ Aspirador nasal ☐ Máquina	Frecuencia y otra información: _____ _____ _____	
Oxígeno	Humidificación: Horas del día: Caudal de litros:	
Terapia de tórax	Frecuencia y otra información: _____ _____	
Respiradores o ventiladores ☐ Continúa	Frecuencia y otra información: _____ _____	
Otro	Frecuencia y otra información: _____ _____ _____ _____	

Si necesita más espacio, puede copiar las páginas o escribir la información necesaria en una hoja aparte.

Sección F

Información médica, educativa y de desarrollo *Continúa*

Si necesita más espacio, puede copiar las páginas o escribir la información necesaria en una hoja aparte.

Otros datos médicos	
Piel	<p>¿Su hijo tiene antecedentes o evidencia de deterioro de la piel, como heridas abiertas o úlceras?</p> <p>☐ Sí (indique la información, la precaución y el tratamiento abajo)</p> <p>☐ No</p> <hr/>
Convulsiones	<p>¿Su hijo tiene un historial o evidencia de convulsiones?</p> <p>☐ Sí (mencione el historial, la frecuencia, el tipo y el nivel de control abajo)</p> <p>☐ No</p> <hr/>
Medidas físicas	<p>¿Cuál es la estatura de su hijo?</p> <p>¿Cuál es el peso de su hijo?</p>
Otro	<p>Describa brevemente cualquier otra condición médica:</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

Sección F

Información médica, educativa y de desarrollo Continúa

Cuidados de enfermería

¿Su hijo recibe cuidados de enfermería en casa o en la escuela?

- Sí (si la respuesta es afirmativa, complete los cuadros abajo en función del *tipo de cuidados de enfermería* recibidos)
- No (si la respuesta es negativa, vaya a la página siguiente)

¿Su hijo recibe cuidados de un enfermero inscrito?

- Sí No

Horarios →

Lugar (casa, escuela, etc.) →

Nombre del enfermero inscrito:

Agencia:

Indique abajo el horario y el lugar de los servicios para cada día.

	Lu	Ma	Mi	Ju	Vi	Sá	Do
Horarios →							
Lugar (casa, escuela, etc.) →							

¿Su hijo recibe cuidados de un enfermero certificado?

- Sí No

Horarios →

Lugar (casa, escuela, etc.) →

Nombre del enfermero:

Agencia:

Indique abajo el horario y el lugar de los servicios para cada día.

	Lu	Ma	Mi	Ju	Vi	Sá	Do
Horarios →							
Lugar (casa, escuela, etc.) →							

¿Su hijo recibe cuidados de un asistente médico a domicilio?

- Sí No

Horarios →

Lugar (casa, escuela, etc.) →

Nombre del asistente médico a domicilio:

Agencia:

Indique abajo el horario y el lugar de los servicios para cada día.

	Lu	Ma	Mi	Ju	Vi	Sá	Do
Horarios →							
Lugar (casa, escuela, etc.) →							

Si necesita más espacio, puede copiar las páginas o escribir la información necesaria en una hoja aparte.

Sección F

Información
médica,
educativa y de
desarrollo
Continúa

Si necesita más espacio, puede copiar las páginas o escribir la información necesaria en una hoja aparte.

Medicamentos				
<i>Complete la tabla para todos los medicamentos recetados y sin receta.</i>				
Nombre del medicamento	Dosis	Frecuencia	Método de administración	Precauciones especiales
			☐ Oral ☐ Sonda gástrica ☐ Inyección ☐ Rectal ☐ Transdérmica	
			☐ Oral ☐ Sonda gástrica ☐ Inyección ☐ Rectal ☐ Transdérmica	
			☐ Oral ☐ Sonda gástrica ☐ Inyección ☐ Rectal ☐ Transdérmica	
			☐ Oral ☐ Sonda gástrica ☐ Inyección ☐ Rectal ☐ Transdérmica	
			☐ Oral ☐ Sonda gástrica ☐ Inyección ☐ Rectal ☐ Transdérmica	

Equipos y suministros		
<i>Mencione todos los equipos, incluyendo los dispositivos ortopédicos y protésicos (tobillos, ortesis de pie, aparatos ortopédicos, miembros artificiales, etc.) y los suministros utilizados para su hijo (máquina de succión, oxígeno, bomba y barra de alimentación, etc.)</i>		
Artículo	Frecuencia de uso	Frecuencia de reemplazo

Sección G

Autorización del uso o revelación de su información médica protegida

Tal como lo exige la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996, con sus modificaciones, el Departamento de Servicios Sociales de Dakota del Sur, División de Asistencia Económica, no puede utilizar ni revelar su información médica de identificación personal, salvo lo dispuesto en nuestro Aviso de Políticas 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 fechando la sección de revocación en su copia de este formulario y devolviéndola al Departamento.

Sección 1: Información del paciente - Yo,

Nombre del paciente:			
Dirección:			
Ciudad, estado, código postal:			
Fecha de nacimiento:	____ / ____ / ____	Número de 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 (*mencione todos los proveedores médicos, psicológicos, educativos, terapéuticos o de otro tipo que figuran abajo*)

Nombre del centro:	

Sección 2: Información solicitada

Información específica solicitada: TODOS LOS REGISTROS

Fechas específicas de servicio para la información solicitada: ÚLTIMOS 12 MESES

Propósito de la revelación: ELEGIBILIDAD PARA MEDICAID

Sección 3: Información del destinatario

La información específica se compartirá con la siguiente persona, entidades o clases de personas o entidades:

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES (DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES)

PO BOX 2440 RAPID CITY, SD 57709

Teléfono: 605-394-2525 FAX: 605-394-2568

Sección G

Autorización del uso o revelación de su información médica protegida

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 (South Dakota Department of Social Services), sus empleados, funcionarios y proveedores médicos quedan eximidos de cualquier responsabilidad legal por la revelación de la información mencionada arriba en la medida indicada y autorizada en el presente documento.

Como se indica en el Aviso de Políticas de Privacidad del Departamento, este formulario de consentimiento puede ser revocado 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 proporcionar 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.

Sección 5: Firmas

Firma del padre, madre, tutor o representante autorizado que da su consentimiento

Fecha

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

Relación

Número de 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

Declaraciones de entendimiento

Asignación de asistencia médica, beneficios del seguro

La solicitud y aceptación de asistencia médica pagada por el Departamento de Servicios Sociales funcionará como una asignación 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 para ser nombrado como beneficiario residual

La Ley Pública núm. 109-171, Ley de Reducción del Déficit de 2005, sección 6012, requiere que las personas que soliciten asistencia médica de atención de largo plazo y una persona cuya elegibilidad se esté revisando para determinar si la persona sigue siendo elegible para la asistencia de atención de largo plazo revelen la descripción de cualquier interés que el individuo o el cónyuge del individuo 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 de largo plazo debe nombrar al departamento como un beneficiario que prefiera de cualquier interés que el individuo o el cónyuge del individuo tenga en una anualidad o instrumento económico similar comprado y tenido después del 7 de febrero de 2006.

Nota: La anualidad también se considerará un recurso.

Declaración de la Ley de privacidad

Las leyes y reglamentaciones federales y estatales limitan el uso y la revelación de 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 solicite asistencia, se le pedirá que dé su Número de Seguro Social (SSN) en el formulario de solicitud. En función del título 42 del Código de Reglamentaciones Federales, parte 435.910(a), se requiere 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 bajo 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.

Garantía de los Derechos Civiles

Las disposiciones de la Ley de Derechos Civiles de 1964, según enmendada, también se aplican a su caso y los representantes del departamento no podrán, por motivos de raza, color, credo, religión, sexo, discapacidad, ascendencia o país de origen, excluirlo de la participación, negarle los beneficios o de otra manera someterlo a discriminación bajo cualquier programa o actividad administrada por el departamento. Cualquier persona que considere que se violaron sus derechos civiles puede solicitar una audiencia justa. También puede presentar una queja escribiendo al DSS Division of Legal Services, 700 Governors Drive, Pierre, SD 57501-2291 o llamando al (605) 773-3305

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 funcionarios 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 verifica la información en esta solicitud, si lo que se informa es incorrecto, su caso médico puede ser denegado o terminado y usted puede estar sujeto a un proceso penal por dar información falsa a sabiendas.

Programa de recuperación de patrimonio de Medicaid

Bajo 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 nombre del beneficiario, el cónyuge sobreviviente debe presentar una petición dentro de los seis meses posteriores 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 debe presentarse en el formulario del Departamento.

Según la ley federal y estatal, el Departamento de Servicios Sociales puede imponer un gravamen de asistencia médica contra 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 emitirá 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 para adultos mayores u otro centro si el residente estaba recibiendo asistencia médica del Departamento en el momento de su muerte. La información relativa al Programa de Recuperación de Bienes puede encontrarse en

<http://dss.sd.gov/keyresources/benefitfraud/estate.aspx>

Sección I

Asistencia de idioma

1. Español (Spanish) - ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-305-9673 (TTY: 711).
2. Deutsch (German) - ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-305-9673 (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 1-800-305-9673 (TTY : 711)
4. unD (Karen) - ymol.ymo;= erh>uwdRAunuD sdmtCd< AerRM> Ausdmtw>rRpXRvXA wvXmbl.vXmphRA eDwrHRb.ohM. vDRIAud; 1-800-305-9673 (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 1-800-305-9673 (TTY: 711).
6. नेपाली (Nepali) - यान दनहोसु ः तपाइले नेपाल बो नह छ भन तपाइको िन त भाषा सहायता सवाह नःश क पमा उपल ध छ । फोन गनहोसरु ः 1-800-305-9673 (टवाइः 711)
7. Srpsko-hrvatski (Serbo-Croatian) - OBAVJEŠTENJE: Ako govorite srpsko-hrvatski, usluge jezičke pomoći dostupne su vam besplatno. Nazovite 1-800-305-9673 (TTY- Telefon za osobe sa oštećenim govorom ili sluhom: 711).
8. አማርኛ (Amharic) - ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶቻችን በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 1-800-305-9673 (መስማት ለተሳናቸው: 711).
9. Sudanic Adamawa (Fulfulde) MAANDO: To a waawi [Adamawa], e woodi ballooji-ma to ekkitaaki wolde caahu. Noddu 1-800-305-9673 (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 1-800-305-9673 (TTY: 711).
11. 한국어 (Korean) - 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-305-9673 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.
12. Русский (Russian) - ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-305-9673 (телетайп: 711).
13. Cushite Oroomiffa (Oromo) - XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 1-800-305-9673 (TTY: 711).
14. Український (Ukrainian) - УВАГА: Якщо ви говорите українською мовою, перекладацькі послуги, безкоштовно, доступні для вас. Телефонуйте. Телефонуйте 800-305-9673 (TTY: 711).
15. Français (French) - ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-305-9673 (ATS : 711).

Sección J

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 ni edad en el ingreso o el acceso a sus programas, actividades o servicios, o en el tratamiento o el empleo en estos, 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 hacer 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 dadas por la Oficina sobre la Violencia contra la Mujer del Departamento de Justicia (Department of Justice) de los Estados Unidos.

El Departamento de Servicios Sociales da:

- Recursos y servicios gratis para que las personas con discapacidades puedan comunicarse con nosotros de manera eficaz, como:
 - Intérpretes de lengua de señas calificados
 - Información escrita en otros formatos (letra de molde, audio, formatos electrónicos accesibles u otros formatos)
- Servicios de idiomas gratis para personas cuya lengua materna no es el inglés, como:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con la oficina local del DSS.

Si cree que el DSS no le dio estos servicios o lo discriminó de alguna otra manera por raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo 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 disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services), Oficina de Derechos Civiles, de manera electrónica mediante 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 a: 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 disponibles 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 de conformidad con estas leyes en el título 45, partes 80, 84 y 91 del Código de Reglamentaciones 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 la Salud a Bajo Precio.

Antes de entregar esta solicitud,

1) ¿Incluyó todos los artículos solicitados o las verificaciones mencionadas en la solicitud?

2) ¿Firmó y escribió la fecha abajo?

Firmando abajo, acepto que:

- Entiendo que cualquier declaración falsa que pueda hacer y cualquier falla de mi parte para informar de cualquier cambio en circunstancia 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 bajo las leyes penales de Dakota del Sur.
- Acepto dar información a pedido del Departamento de Servicios Sociales sobre cualquier bien o patrimonio que pueda estar sujeto a recuperación, recuperación de patrimonio o gravámenes de asistencia médica por parte del Estado de Dakota del Sur.

AUTORIZACIÓN PARA SUMINISTRAR Y REVELAR INFORMACIÓN

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 colaboradoras.

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.

Nombre en letra de molde de su hijo para el que ha completado esta solicitud

Firma del padre, madre, tutor o representante autorizado

Fecha

Nombre en letra de molde del individuo que firmó arriba

Relación con el participante/paciente

Si está firmado por un representante personal, dé la verificación de la autorización del representante para actuar en nombre del participante/paciente.