

PARA USO EXCLUSIVO DE LA AGENCIA	Nombre del Caso	No. de Caso	Fecha enviada / recogida	Fecha en la que se devolvió a CDJFS	Identificación Única
----------------------------------	-----------------	-------------	--------------------------	-------------------------------------	----------------------

SOLICITUD PARA RECIBIR AYUDA CON LOS GASTOS DE MEDICARE

Medicaid puede ayudarle a pagar los costos relacionados con *Medicare*. Todos o una parte de los gastos de Medicare pueden ser pagados por las siguientes categorías de Medicaid: Beneficiario Calificado de Medicare ("QMB"), Beneficiario de Bajos Ingresos Especificado de Medicare (SLMB), Individuos-1 Calificados (QI-1), Individuos-2 Calificados (QI-2), o Individuos Discapacitados Calificados que Trabajan (QWDI). Por favor, complete esta solicitud para solicitar o para continuar recibiendo este tipo de asistencia.

- ❖ No se requiere una entrevista en persona
- ❖ Usted deberá proporcionar un comprobante de identificación, ciudadanía, edad, ingresos y recursos
- ❖ Esta no es una solicitud de asistencia con efectivo, ni de Medicaid regular ni de estampillas de comida. Si usted desea solicitar cualquier otro tipo de asistencia, por favor, comuníquese con el Departamento de Trabajo y Servicios para Familias de su condado.

Si desea hacer alguna pregunta, por favor, comuníquese con la Línea Especial para los Clientes de Medicaid, llamando al 1-800-324-8680 o TDD 1-800-292-3752.

Usted puede utilizar las áreas en blanco al final de las páginas si necesita más espacio para contestar una pregunta.

1. Nombre del solicitante (Escribir en letra de molde)	2. Número de teléfono donde nos podemos comunicar con usted.	3. <u>Su</u> Número de Seguro Social	1. Número de <u>Reclamo</u> del Seguro Social
5. Dirección	6. Ciudad	Estado	7. Código Postal
8. ¿Se están deduciendo las cuotas de la Parte B de Medicare de su cheque de Seguro Social? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha en la que se inició la deducción:			
9. Fecha de nacimiento	10. Lugar de Nacimiento	11. ¿Es usted ciudadano(a) de los Estados Unidos de América? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si usted contestó "NO", se le solicitará que presente su tarjeta de residencia y formularios del INS [Servicio de Inmigración y Naturalización]	12. Raza / afiliación étnica (optativo) <input type="checkbox"/> Negra / no de origen hispano <input type="checkbox"/> Blanca / no de origen hispano <input type="checkbox"/> Hispana <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Asiática / Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Otra
13. Estado Civil: <input type="checkbox"/> SOLTERO(A) <input type="checkbox"/> CASADO(A) <input type="checkbox"/> VIUDO(A) <input type="checkbox"/> DIVORCIADO(A) Si usted está casado(a) o ha sido casado(a), indique la siguiente información con respecto a cada cónyuge. NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ No. DE SEGURO SOCIAL: _____ ¿Cuál es(son) la(s) fuente(s) de ingreso? _____ Ingreso bruto por mes \$ _____ Si usted está casado(a), ¿su cónyuge recibe Medicare? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No - ¿Necesita él o ella ayuda con los gastos de Medicare? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No - ¿Esta solicitud también es para que su cónyuge reciba ayuda? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

14. ¿Alguna vez recibió asistencia en efectivo, Medicaid o estampillas de comida? Sí No Si usted contesta "SI", por favor, explique dónde, cuándo y el tipo de asistencia que recibió

15. Proporcione información sobre sus ingresos. ¿De dónde proviene? ¿Cuánto recibe? ¿Con qué frecuencia? Incluya todos los ingresos de todas las fuentes tales como Seguro Social, SSI [Ingresos de Seguridad Suplementarios], Beneficios para Veteranos, pensión alimenticia, empleo u otro(s) tipo(s) de ingresos como dinero de amigos y familiares que recibe de forma habitual.

TIPO DE INGRESO	MONTO BRUTO	CON QUE FRECUENCIA
	\$	
	\$	
	\$	

16. Indique todos los recursos o bienes actuales. Asegúrese de mencionar cualquiera de los siguientes que usted y su cónyuge poseen. Enumere los números de cuentas bancarias así como el o los saldo(s) actual(es).

- | | | | | |
|--------------------|--------------------------|--------------------|------------------------------------|----------------------------------|
| Cuenta de Ahorros | Acciones / bonos | Planes 401K | Fondos del Mercado Monetario | Planes Keogh |
| Cuentas de cheques | Cuentas de resguardo | Fondos fiduciarios | Seguros de vida Fiscal | Cuentas de entierro revocables |
| Unión de Crédito | Certificados de depósito | Clubes navideños | Contratos territoriales | Cuentas de entierro Irrevocables |
| Pagarés | Automóviles | Otros Vehículos | Cuentas Individuales de Jubilación | Otro(s) bien(es) (Describa) |

TIPO DE RECURSO	Nº DE CUENTA / PÓLIZA	VALOR	NOMBRE DEL BANCO, CO. DE SEGURO, ETC.
		\$	
		\$	
		\$	

Utilice este espacio para agregar información

17. ¿Es usted propietario(a) de la totalidad o de parte de bienes raíces en los cuales usted no reside? Esto incluye casas, terrenos vacantes, campos agrícolas y propiedades comerciales. Sí No Si su respuesta es "SI", proporcione información acerca de la propiedad. (No incluya la casa en la que usted reside).

Dirección: _____ Valor: \$ _____
Dirección: _____ Valor: \$ _____

18. ¿Tiene usted alguna otra cobertura de seguro médico? Sí NO Si respondió "SI", por favor proporcione la siguiente información:

Nombre de la compañía / plan de seguro: _____ N° de la póliza: _____ Costo mensual: \$ _____

19. ¿Desea usted que se explore su elegibilidad para recibir asistencia en cuanto a sus gastos de Medicare de los últimos tres meses? Sí NO Si su respuesta es "SI", por favor, incluya o adjunte una verificación de sus ingresos correspondientes a los últimos tres meses.

20. ¿Anticipa usted algún cambio en su hogar en los próximos 12 meses incluyendo las personas con las que vive, la cantidad de dinero que usted (o su cónyuge) recibe, un cambio en sus recursos, u otros cambios en cuanto a las circunstancias que usted describió cuando contestó las preguntas de esta solicitud? Sí NO Si respondió "SI", ¿Qué cambio anticipa?

21. Usted puede nombrar a alguien para que sea su representante autorizado. Esta persona debe tener por lo menos 18 años de edad. El o ella tendrá la capacidad de desempeñarse como su representante con respecto a su solicitud y a todas las demás acciones concernientes a su caso. Esta persona puede ser un(a) amigo(a), familiar, vecino o representante legal. Usted puede elegir a un representante legal en otro momento si es que no desea nombrar a uno ahora. ¿Desea usted nombrar a un representante legal en este momento? Sí NO Si la respuesta es "SI", por favor, proporcione la información con respecto a su representante autorizado.

Nombre del representante autorizado _____ Edad _____

Dirección del representante autorizado _____ No de teléfono () _____

Utilice este espacio para agregar información

Por favor, lea la página 4 de esta solicitud con mucha atención. Usted o su representante autorizado deberá firmar y colocar la fecha en esta solicitud.

POR FAVOR, LEA CON ATENCIÓN

Sus derechos y obligaciones como solicitante o cliente de Medicaid según se describe a continuación.

Yo afirmo haber leído mis derechos y obligaciones o que los mismos me fueron leídos. Yo los comprendo y se me ha proporcionado una copia de estos derechos y obligaciones para mis archivos personales. Yo afirmo además haber contestado estas preguntas correctamente y de acuerdo a mi leal saber y entender. Yo acuerdo cumplir con mis responsabilidades según lo descrito. Yo acuerdo proporcionar comprobantes de elegibilidad, cuando se soliciten dichos comprobantes.

Yo autorizo a cualquier persona que me proporciona atención médica o suministros médicos a que le entregue al Departamento de Servicios Laborales y Familiares del Estado de Ohio ("ODJFS", por sus siglas en inglés), cualquier información relacionada con la medida, duración y alcance de los servicios que Medicaid me ha proporcionado. Esta información incluye pero no se limita a: formularios de reclamo, historia clínica del paciente, archivos con información con respecto a las visitas en el consultorio, análisis de laboratorio, procedimientos, y tratamientos así como mi elegibilidad para el programa.

Yo comprendo que esta solicitud será considerada sin tener en cuenta la raza, color, sexo, edad, discapacidad, religión, nacionalidad o creencia política de el/la solicitante.

Yo comprendo que la ley establece la imposición de multas y/o el encarcelamiento para aquellos que hayan sido declarados culpables de aceptar asistencia para la que él o ella no es elegible. Yo declaro bajo pena de falso testimonio que toda la información que se incluye en esta solicitud es verdadera y está completa de acuerdo a mi leal saber y entender.

Mi firma a continuación significa que se me ha proporcionado una copia de "Sus Derechos y Obligaciones como Cliente de la Cobertura Médica de Medicaid" (JFS 07236 o JFS 07236-S / versión en español). Yo comprendo que podré llamar al Departamento de Trabajo y Servicios para Familias si tengo preguntas con respecto a mis derechos y obligaciones.

FIRMA DEL SOLICITANTE X _____

FECHA: X _____

Firma del representante autorizado (si lo hubiera): _____

FECHA: _____

Firma de un testigo (si firma con una "X"): _____

FECHA: _____

Firma de la persona que ayudó a completar la solicitud (si la hubiere) _____

FECHA: _____

Use este espacio adicional para agregar información.

**Por favor revise este documento para asegurarse de haber respondido todas las preguntas correctamente.
Una solicitud incompleta puede demorar la determinación de su elegibilidad.**