

Solicitud de Georgia para Medicaid y el Programa de Ahorros de Medicare para Beneficiarios Calificados

(QMB - pago de primas, coseguro y deducibles;

SLMB - pago de la prima de la Parte B, y **QI-1** - pago de la prima de la Parte B)

INSTRUCCIONES:

1. Lea detenidamente la solicitud y conteste cada pregunta con precisión. Adjunte más páginas si es necesario.
2. **Firme y envíe la solicitud a la oficina de DFCS del condado de:** _____

(Envíe la solicitud por correo o entréguela a la oficina de DFCS en su condado de residencia)

ATENCIÓN: _____

3. Quizá se requiera una entrevista telefónica para estos programas. Asegúrese de escribir abajo el número de teléfono.
4. El especialista en Medicaid del DFCS revisará esta solicitud. En caso que usted pareciera ser elegible para la cobertura completa de Medicaid, el especialista en Medicaid se comunicará con usted para obtener más información y verificaciones.

DATOS PERSONALES: Puede hacer que alguien le ayude a llenar esta solicitud.

Nombre del solicitante (Apellido, Nombre, Inicial del sdo. nombre)	Si desea nombrar a alguien para que actúe en su nombre, complete la siguiente información: Nombre (Apellido, Nombre, Inicial del sdo. nombre)
Dirección postal	
Dirección de domicilio	Dirección postal
Ciudad Estado Código ¿Es usted dueño de su casa o la está comprando? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Ciudad Estado Código
Teléfono Condado Dirección de correo electrónico	Teléfono Dirección de correo electrónico
Centro de enfermería (si aplica)	Parentesco con la persona

COMPLETE ESTA INFORMACIÓN SOBRE USTED Y SU CÓNYUGE.

Nombre (Usted):	Fecha de nacimiento	Sexo	Raza	Ciudadano de EE.UU. (Sí o No)	Número de Seguro Social	Estado civil
De soltera/otro(s) nombre(s):						
Nombre (Cónyuge):						
De soltera/otro(s) nombre(s):						

¿Es esta solicitud para su cónyuge también? **Sí** **No** ¿Es usted ciego o discapacitado? **Sí** **No**

¿Es su cónyuge ciego o discapacitado? **Sí** **No**

SITUACIÓN DE VIVIENDA: Marque la(s) casilla(s) que mejor describa su situación actual.

Vive en su propio hogar	Centro de enfermería	En casa de otro	Centro de cuidados paliativos	Hospital	Katie Beckett	Cuidado comunitario	Vivienda con servicio de ayuda	Otra/ Renta
	Fecha de ingreso:			Fecha de ingreso:		Fecha de ingreso:		

SEGURO MÉDICO:

¿Usted tiene Medicare? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Está inscrito en un Medicare HMO o el programa de Medicamentos de Medicare? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tipo de cobertura <input type="checkbox"/> Parte A <input type="checkbox"/> Parte B (hospital) (médico) <input type="checkbox"/> Parte D (prescripciones)	Fecha de inicio: _____ Número de Medicare: _____	¿Alguna vez ha recibido beneficios de SSI? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser así, ¿cuándo terminaron? _____
¿Su cónyuge tiene Medicare? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tipo de cobertura <input type="checkbox"/> Parte A <input type="checkbox"/> Parte B <input type="checkbox"/> Parte D	Fecha de inicio: _____ Número de Medicare: _____	¿Su cónyuge ha recibido beneficios de SSI? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser así, ¿cuándo terminaron? _____

¿Tiene otro seguro médico? **Sí** **No**

¿Su cónyuge tiene otro seguro médico? **Sí** **No**

Si contestó sí a cualquiera de estas preguntas, complete la siguiente información:

	Nombre, dirección y número de teléfono de la compañía de seguro médico	Tipo de cobertura (hospital, póliza suplementaria de Medicare, medicamentos, médico mayor)	Fecha de inicio	Número de póliza
Usted				
Cónyuge				

Adjunte copias (frente y reverso) de las tarjetas de seguro y de Medicare si aplica.

BIENES RAÍCES: ¿Es dueño de todo o parte de bienes inmuebles en los que usted no vive? **Sí** **No**

En caso afirmativo, complete lo siguiente para cada propiedad de bienes raíces. **No incluya la casa o casa móvil donde vive.**

Dirección	Valor	Cantidad adeudada

¿Usted o su cónyuge es dueño de un automóvil, camioneta, barco, caravana, remolque de uso general, vehículos de recreo, etc.? **Sí** **No** De ser así, complete la siguiente información sobre cada vehículo. Adjunte páginas adicionales si es necesario.

Tipo	Año	Marca	Modelo	Valor	Cantidad adeudada

RECURSOS: Marque todos los recursos (activos) que sean propiedad suya, de su cónyuge, o de propiedad compartida con otra persona. Incluya todas las cuentas o propiedades donde aparezca(n) su(s) nombre(s). Adjunte páginas adicionales si es necesario.

¿Usted o su cónyuge tiene alguno de los siguientes recursos?			
Cuenta corriente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Planes funerarios / de entierro prepagados	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cuenta de ahorros	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Lotes en el cementerio o contratos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Bonos del gobierno	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Acciones y bonos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Fondos fiduciarios	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Otro (IRA, CD, pagaré, etc.)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Usted o su cónyuge han cedido bienes por menos de su valor?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Si contestó sí a alguna de estas preguntas, describa a continuación. Adjunte páginas adicionales si es necesario.

Tipo de recurso	Número de póliza o cuenta	Valor	Name of Bank, Insurance Company, Etc.

¿Usted o su cónyuge tienen un seguro de vida? **Sí** **No**

De ser así, complete los datos siguientes. Adjunte páginas adicionales si es necesario.

Propietario de la póliza	Compañía de seguro	Número de póliza	Valor nominal	Valor en efectivo

INGRESOS Y BENEFICIOS: Indique todos los tipos de beneficios e ingresos que usted y su cónyuge reciben. Anote la cantidad de ingresos antes de hacerse las deducciones (como impuestos, seguro o las primas de Medicare). Adjunte páginas adicionales si es necesario. Los ingresos incluyen, entre otros:

Seguro Social	SSI	Salario / Negocio propio
Beneficios de Jubilación del Ferrocarril	Beneficios de veteranos	Pagos de anualidades o fideicomiso
Pensiones o Beneficios de jubilación	Alquiler pagado a usted	Regalías petroleras / Derechos minerales

Nombre de la persona que recibe ingresos	Tipo de ingresos	Fuente de ingresos o nombre del empleador	Cantidad	¿Con qué frecuencia la recibe? (por semana, mes, etc.)	Número de reclamación (si aplica)

¿Es usted un veterano de guerra? **Sí** **No** ¿Es su cónyuge un veterano de guerra? **Sí** **No**

¿Dónde trabajaron Ud. y su cónyuge en el pasado? _____

¿Usted o su cónyuge tiene facturas médicas sin pagar? **Sí** **No**

DECLARACIÓN DE PRIVACIDAD:

Las leyes federales y estatales limitan el uso y la divulgación de información confidencial relativa a los solicitantes y beneficiarios de todos los programas de la agencia a fines directamente relacionados con la administración de estos programas.

CESIÓN DE LOS DERECHOS DE PAGO DE AYUDA MÉDICA Y OTROS CUIDADOS MÉDICOS:

(Si usted está presentando una solicitud en nombre de otra persona y no tiene el poder para ejecutar una cesión para esa persona, la persona deberá firmar una cesión de los derechos descritos a continuación, como condición de su elegibilidad para los beneficios cubiertos por esta solicitud.) **Como condición de mi elegibilidad, estoy de acuerdo en asignar al Estado todos los derechos de pago por el apoyo de servicios médicos y servicios de terceras partes (beneficios médicos y de hospital).**

Estoy de acuerdo en cooperar con el Estado para identificar y proporcionar información para ayudar al Estado en la búsqueda de cualquier tercero que pueda ser responsable de pagar por la atención y los servicios. Entiendo que debo informar sobre cualquier pago recibido por atención médica dentro de diez días.

DECLARACION DE ENTENDIMIENTO Y ACUERDO DEL SOLICITANTE:

Entiendo que, al firmar esta solicitud, estoy de acuerdo con una investigación o revisión completa de mi elegibilidad por funcionarios del gobierno federal o estatal. Esto puede incluir preguntas a empleadores, proveedores médicos, instituciones financieras y otros negocios y profesionales, y la revisión de los registros de cualquier agencia. También estoy de acuerdo que mi solicitud autoriza a estas agencias a comunicar a esta agencia la información necesaria para determinar mi elegibilidad. Me comprometo a proveer los documentos necesarios para establecer la elegibilidad. Si los documentos no están disponibles, estoy de acuerdo en dar el nombre de la persona u organización de la que esta agencia puede obtener las pruebas necesarias.

Entiendo que toda persona que recibe asistencia debe proporcionar o solicitar un Número de Seguro Social. Autorizo el uso de mi (nuestro) número de seguro social para fines tales como identificación, revisión o auditorías de programas, y cotejo electrónico de datos con otros organismos e instituciones tales como bancos, entidades de ahorro y préstamo, y otras agencias gubernamentales, incluido el Servicio de Impuestos Internos (IRS), para verificar la elegibilidad para recibir beneficios.

Entiendo que mi solicitud será considerada sin distinción de raza, color de piel, sexo, edad, discapacidad, religión, nacionalidad de origen o creencia política. Entiendo que puedo solicitar una audiencia imparcial si no estoy de acuerdo con una decisión de la agencia en mi caso y que puedo ser representado por cualquier persona que yo elija.

Entiendo que los beneficiarios de Medicaid que sean pacientes internados en un centro de enfermería, centro de atención intermedia para personas con retraso mental u otra institución mental, cuya atención médica sea pagada por Medicaid estarán sujetos al Programa de Recuperación de Patrimonio de Medicaid. Además, los beneficiarios de Medicaid que tengan 55 años de edad o más y que reciban servicios comunitarios y en el hogar o estén inscritos en un programa de exención y reciban servicios del mismo también están sujetos a la recuperación del patrimonio. Acuso recibo de una notificación por escrito de que los pagos de asistencia médica efectuados en mi nombre pueden ser recobrados de mi patrimonio después de mi muerte.

Certifico que yo (o si estoy solicitando para mi cónyuge, mi cónyuge y yo) soy ciudadano o nativo de los EE.UU., o extranjero con estado migratorio válido. Si esta solicitud está siendo presentada en nombre de otra persona o personas, el (los) propio(s) solicitante(s) tendrá(n) que hacer esta certificación.

LOS SOLICITANTES O SU REPRESENTANTE DEBEN LEER Y FIRMAR:

Las leyes estatales y federales imponen una multa, encarcelamiento, o ambos, a cualquier persona que oculte o proporcione información falsa para obtener ayuda a la que no tiene derecho. Entiendo las preguntas en esta solicitud y certifico, bajo pena de perjurio, que la información dada por mí en este formulario a mi mejor saber y entender correcta y completa. Estoy de acuerdo en notificar a esta agencia los cambios en mis ingresos, recursos o situación de vivienda, lo que podría afectar mi derecho a recibir asistencia.

Firma del solicitante o su representante:	Fecha:
Firma del cónyuge del solicitante o su representante:	Fecha:

DECLARACIÓN DE CIUDADANÍA / ESTADO MIGRATORIO

Departamento de Servicios Humanos de Georgia
División de Servicios para Familias y Niños

Entiendo que la División de Servicios para Familias y Niños de Georgia (DFCS) puede requerir la verificación del Departamento de Seguridad Nacional (DHS) de los Estados Unidos de mi ciudadanía o estado migratorio o de mi(s) hijo(s) al solicitar beneficios. La información recibida de DHS puede afectar mi elegibilidad o la de mi(s) hijo(s).

Por favor, llene y firme **UNA o AMBAS** de las siguientes declaraciones en lo que respecta a la situación de cada una de las personas que solicita beneficios.

NIÑOS QUE SOLICITAN BENEFICIOS

Nombre	Lugar de nacimiento (ciudad, estado, país)	Ciudadano de EE.UU	Inmigrante Admitido Legalmente (Marque el que corresponda)	Fecha de naturalización o de ingreso a EE.UU. (Si aplica)

Yo, _____ doy fe de la identidad del niño / los niños antes mencionados
(ESCRIBA SU NOMBRE EN LETRA DE MOLDE)
y certifico bajo pena de perjurio que la información escrita y marcada arriba es cierta.

FIRMA (PADRE / MADRE / TUTOR)

(FECHA)

ADULTO(S) QUE SOLICITA(N) BENEFICIOS

Nombre	Lugar de nacimiento (ciudad, estado, país)	Ciudadano de EE.UU	Inmigrante Admitido Legalmente (Marque el que corresponda)	Fecha de naturalización o de ingreso a EE.UU. (Si aplica)

Yo, _____ certifico bajo pena de perjurio que la información
(ESCRIBA SU NOMBRE EN LETRA DE MOLDE)
escrita y marcada arriba es cierta.

FIRMA (PADRE / MADRE / TUTOR)

(FECHA)

FIRMA (PADRE / MADRE / TUTOR)

(FECHA)