

CUESTIONARIO SOBRE ASISTENCIA MÉDICA - FAMILIAR LEGALMENTE RESPONSABLE -

ESTADO DE NUEVA YORK

DEPARTAMENTO DE SALUD

NOMBRE Y DOMICILIO DEL FAMILIAR LEGALMENTE RESPONSABLE

NÚMERO DE CASO	EDAD	FECHA DE ENVÍO
NOMBRE DEL SOLICITANTE		
MIEMBROS DE LA FAMILIA		

- La persona o el grupo familiar que aparece arriba, sometió una solicitud de Asistencia Médica (Medicaid); o bien, un tercero lo hizo a su nombre.
- El Programa de Asistencia Médica del Estado de Nueva York, cubrirá la parte de los gastos de cuidados médicos que el beneficiario o los familiares legalmente responsables, no pueda(n) pagar.
- Los familiares legalmente responsables son: el cónyuge; los padres, si la persona es menor de 21 años.
- La información que se solicita a continuación se necesita para determinar cuánto de los ingresos o recursos que usted tiene pueden ser utilizados para cubrir los gastos de cuidados médicos

CONTESTE ESTE CUESTIONARIO, COLÓQUELO EN EL SOBRE ADJUNTO Y ENVÍELO DENTRO DE UN PERIODO DE 10 DÍAS.

SI NECESITA MÁS ESPACIO EN ALGUNA SECCIÓN, UTILICE LA SECCIÓN IX.

SI TIENE PREGUNTAS, COMUNÍQUESE CON:

SECCIÓN I - DEPENDIENTES

¿Alguien más depende de usted?

Sí

No

Si respondió «Sí», escriba los nombres.



NOMBRE DE LA PERSONA	EDAD	PARENTESCO

SECCIÓN II – SUELDO O SALARIO

Usted o sus dependientes, ¿recibe(n) un salario / sueldo o trabaja(n) por su cuenta propia?

Sí No

Si respondió «Sí», coloque los nombres de las personas y termine de rellenar la siguiente tabla.

PRIMER NOMBRE	NOMBRE DEL EMPLEADOR (Indique si trabaja por su cuenta propia)	SALARIO BRUTO	SEGURO DE SALUD	PAGO ESTABLECIDO POR ORDEN JUDICIAL*
		Monto/Persona	Monto/Persona	Monto/Persona
Yo mismo(a)				

AVISO: Se requiere que suministre comprobantes de sus ingresos salariales. Suministre comprobantes de pagos salariales o un balance emitido por su empleador, en el cual se indique: salario bruto, deducciones de impuestos sobre ingresos y gastos por seguro de salud durante las últimas 4 semanas. Estos documentos se le devolverán inmediatamente. Si no puede presentar esos comprobantes, explique el por qué en la sección IX.

*Indique solamente los pagos dirigidos a sustento de dependientes. Escriba el nombre de la Corte _____

1. Si tiene gastos de cuidados destinados a un adulto o niño discapacitado, indique el nombre y la dirección de la persona o de la agencia, que se encarga de su cuidado. Escriba el monto de lo que usted paga.

2. Prima(s) de seguro de salud no deducida(s) del sueldo o salario _____

SECCIÓN III – OTROS INGRESOS

¿Usted o sus dependientes, recibe(n) los siguientes beneficios?

TIPO DE BENEFICIO	SÍ	NO	SI RESPONDIÓ «SI», ESCRIBA EL NOMBRE DE LA PERSONA QUE RECIBE EL INGRESO	MONTO	SEMANALMENTE MENSUALMENTE ANUALMENTE
Seguro de Desempleo					
Compensación Laboral					
Beneficios o Pensión de Veteranos					
Beneficios del Seguro Social / Retiro Ferroviario					
Beneficios Sindicales					
Beneficios de Incapacidad, SSI, Laborales, etc. (especifique)					
Pagos de Sustento de Menores por Orden Judicial					
Ingresos provenientes de: Alquiler, Productos de una Hacienda, Inquilinos, Huéspedes, Hipotecas, etc.					
Asignación de Dependencia <i>G.I.</i>					
Ingreso proveniente de un familiar o amigo (nombre)					
Ingresos provenientes de un Fideicomiso					
Pensiones					
Dividendos o intereses sobre acciones, bonos seguro de vida, cuentas bancarias, anualidades o fondos de inversión colectiva (especifique)					
IRA, KEOGH, 401K, compensación diferida					
Legislación <i>G.I.</i>					
Ingresos provenientes de programas de capacitación					
Otros ingresos					

Si está recibiendo Asistencia Pública, escriba el nombre y la dirección de la oficina donde usted introdujo la solicitud.

NOMBRE y DIRECCIÓN

SECCIÓN IV – RECURSOS

¿Usted o sus dependientes, cuenta(n) con los siguientes recursos?

TIPO DE RECURSO	SÍ	NO	SI RESPONDIÓ «SÍ», ESCRIBA EL NOMBRE DE LA PERSONA QUE CUENTA CON EL RECURSO				VALOR DEL RECURSO
Dinero en efectivo a mano.							
Cuenta(s) de ahorro, (corriente, de ahorros, certificado de depósito en el banco, cooperativa de crédito) 1					NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL BANCO	No. DE CUENTA	
2							
Demanda judicial pendiente que puede resultar en indemnización en efectivo					NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL ABOGADO		
Acciones, bonos							
Fondo de fideicomiso							
Anualidades							
Caja de seguridad de un banco							
Beneficios Sindicales							
Fondo de pensiones (ejem. IRA, KEOGH)							
Otra pensión o cuenta de jubilación					NOMBRE Y DIRECCIÓN	No. DE CUENTA	
Otro, especifique							
Seguro de vida 1			ASEGURADO	COMPAÑÍA DE SEGUROS	No. DE PÓLIZA	VALOR NOMINAL	VALOR EN EFECTIVO
			TIPO DE SEGURO	BENEFICIARIO	FECHA DE EMISIÓN	PRIMA	PERIODO
2			ASEGURADO	COMPAÑÍA DE SEGUROS	No. DE PÓLIZA	VALOR NOMINAL	VALOR EN EFECTIVO
			TIPO DE SEGURO	BENEFICIARIO	FECHA DE EMISIÓN	PRIMA	PERIODO
Fondos para entierro			NOMBRE DE LA PERSONA DUEÑA DEL RECURSO			VALOR DEL RECURSO	

SECCIÓN V – PROPIEDADES INMOBILIARIAS

¿Usted o sus dependientes posee(n) propiedades inmobiliarias, aparte del inmueble que utiliza(n) como hogar? Sí No

DESCRIPCIÓN DE LA PROPIEDAD INMOBILIARIA	VALOR DE LA PROPIEDAD
UBICACIÓN DE LA PROPIEDAD	¿Le pagan a usted por alquiler? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Monto _____ por _____
SI RECIBE PAGOS POR ALQUILER, INDIQUE LOS GASTOS PERTINENTES:	
Impuestos (escolares & bienes raíces). Monto _____ por _____	Seguro contra incendios. Monto _____ por _____
Intereses sobre la hipoteca _____ por _____	Agua y cloacas _____ por _____
	Gastos de mantenimiento _____ por _____

SECCIÓN VI – VETERANOS

¿Es usted o alguno de sus dependientes un veterano militar; o es el/la viudo/a de éste? Sí No

Si respondió «Sí», escriba los nombres y termine de rellenar la tabla.

PRIMER NOMBRE	NOMBRE DEL VETERANO SI ES UN FAMILIAR	PARENTESCO	No. DE SERIE DE LAS FUERZAS ARMADAS	No. DE REGISTRO DE VETERANOS
Yo mismo(a)				

