

SOLICITUD DE COBERTURA DE MEDICAID

Instrucciones

Las mujeres embarazadas y los niños menores de 19 años no tienen que llenar este formulario.

Antes de suministrar los datos a continuación, lea la «Explicación de requisitos de documentación de ingresos y recursos para Medicaid», la cual se le entregó con su solicitud e incluye una lista de los servicios de atención médica a largo plazo.

Escriba su nombre en letra de molde, marque uno de los casilleros a continuación y firme al pie del formulario:

Yo, _____, solicito que el programa de Asistencia Médica:

Determine mi habilitación para recibir Medicaid para cobertura comunitaria SIN servicios de atención médica a largo plazo.

Entiendo que debo informarles acerca del valor de mis recursos, a partir del primer mes para el que estoy solicitando los beneficios de Medicaid. Entiendo que **NO** habilitaré para recibir servicios de atención médica a largo plazo.

Entiendo que en cualquier momento puedo solicitar un aumento en la cobertura de Medicaid para cubrir los servicios de atención médica a largo plazo. Si necesito servicios de cuidados en un hogar de convalecencia (nursing home), debo someter comprobantes de recursos correspondientes a un período que puede incluir hasta los 60 meses previos a mi solicitud. Si necesito servicios de atención médica a largo plazo en un centro local (en la comunidad) debo someter comprobantes de mis recursos actuales.

Determine mi habilitación para recibir Medicaid para cobertura comunitaria CON cuidados de atención médica a largo plazo provistos a nivel local (en la comunidad).

Entiendo que debo presentar prueba de mis recursos actuales a partir del primer mes para el que estoy solicitando los beneficios de Medicaid. Entiendo que **NO** habilito para recibir servicios en hogares de convalecencia (nursing homes).

Si necesitara servicios de cuidado en hogares de convalecencia (nursing homes), debo solicitar un aumento de mi cobertura de Medicaid y debo someter comprobantes de mis recursos correspondientes a un período que puede incluir hasta los 60 meses previos a mi solicitud de dichos servicios.

Determine mi habilitación para recibir Medicaid para todos los servicios y cuidados comprendidos en el plan (usted ya debe estar recibiendo servicios de cuidado un hogar de convalecencia).

Entiendo que debo someter comprobantes de mis recursos para verificar traspaso de bienes correspondiente a un período retroactivo (que puede incluir hasta los 60 meses previos al primer mes para el que estoy solicitando los beneficios de Medicaid).

Firma del solicitante o representante autorizado

Fecha

Firma del cónyuge (si solicita beneficios) o del representante autorizado

Fecha

Entregue este formulario relleno junto con su solicitud al distrito local de servicios sociales