

LDSS NAME  
LETTERHEAD

Fecha \_\_\_\_\_

**Lista de control de documentación requerida para cuidados de atención médica a largo plazo**

Caso a nombre de: \_\_\_\_\_ Nombre del representante: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_ Fecha de vencimiento: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Número de caso: \_\_\_\_\_

El \_\_\_\_\_, usted solicitó cobertura de Medicaid para servicios de atención médica a largo plazo. Para que podamos determinar si usted reúne las condiciones para recibir servicios de atención médica a largo plazo, inclusive los tres meses previos al mes de su solicitud, su trabajador de casos deberá recibir la siguiente información indicada a continuación, a más tardar para la fecha de vencimiento señalada arriba. Si no suministra los datos solicitados, posiblemente se rechace su pedido de cobertura de Asistencia Médica para servicios de atención médica a largo plazo. Si no puede reunir los datos solicitados para la fecha de vencimiento indicada, debe comunicarse con su trabajador de casos y solicitar una breve extensión del plazo. Posiblemente se le pida comprobar que usted ha intentado recopilar los datos con motivo de concederle una extensión.

Usted está solicitando que realicemos una determinación o que revisemos una determinación previa pertinente a su habilitación, por razones de dificultades extremas, para recibir cobertura de Medicaid para servicios en hogares de convalecencia (nursing home). Se dice que existe una situación de dificultad extrema cuando usted reúne todos los demás requisitos de habilitación, y no puede recibir atención médica adecuada de manera que su salud o su vida peligran; o cuando el aplicar el período de sanción por traspaso de bienes lo privaría de alimentos, vestimenta, refugio o demás necesidades básicas. Usted debe demostrar cuál es su situación de dificultad extrema.

Rellene, firme y entregue el adjunto titulado «Lista de control de recursos para determinar cambios en las necesidades de atención médica a largo plazo». Debe someter comprobante del valor de cada uno de los recursos donde está marcado el casillero «Sí» correspondiente al período comprendido entre el \_\_\_\_\_ y el \_\_\_\_\_.

Documente todos los cheques y retiros superiores a \$ \_\_\_\_\_

Copia de las declaraciones de impuestos sobre ingresos (inclusive 1099 y todos los anexos y formularios) para el / los año(s) \_\_\_\_\_

Documentación adicional: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Examinador de bienestar social

\_\_\_\_\_  
Número telefónico