



# Solicitud para recibir SERVICIOS EN SU HOGAR



This is an application for Medical Assistance benefits for services in your home. If you need this application in another language or someone to interpret, please contact your local county assistance office. Language assistance will be provided free of charge.

Esta es una solicitud de beneficios de Asistencia Médica para recibir servicios en su hogar. Si necesita esta solicitud en otro idioma o necesita un intérprete, contacte a su oficina de asistencia del condado local. Se le brindará asistencia gratuita para que pueda comunicarse en otro idioma.

នេះជាសំបុត្រដាក់ពាក្យសុំផលប្រយោជន៍សំបុត្រពេទ្យដើម្បីសេវាការនៅផ្ទះរបស់លោកអ្នក។ ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការសំបុត្រដាក់ពាក្យសុំនេះជាភាសាផ្សេងទៀតឬអ្នកណាម្នាក់អោយជួយបកប្រែ សូមទាក់ទងការិយាល័យវិលវ្យែរបស់លោកអ្នក។ ជំនួយលើការបកប្រែត្រូវផ្តល់អោយដោយឥតគិតថ្លៃ។

这是关于在您住家获得医疗补助福利服务的申请表。如果您需要其他语言的申请表或需要请人翻译，请联系您所在地区的郡县协助办事处（County Assistance Office）。可提供免费的语言协助服务。

Настоящий документ является заявлением на вступление в программу медицинской помощи (Medical Assistance). Если вам нужно данное заявление на каком-либо другом языке или переводческое обслуживание, обращайтесь в Бюро помощи графства (County Assistance Office). Помощь переводчика предоставляется бесплатно.

Đây là mẫu đơn xin hưởng những dịch vụ về phúc lợi Trợ Cấp Y Tế tại nhà. Nếu quý vị cần có mẫu đơn này bằng một thứ tiếng khác hay cần người phiên dịch, xin liên lạc với Văn Phòng Trợ Cấp Phúc Lợi Quận Hạt thuộc địa phương của quý vị. Trợ giúp về phiên dịch sẽ được cung cấp miễn phí.

## PREGUNTAS QUE USTED PUEDE TENER

1. Tengo una póliza de seguro de salud suplementario de Medicare. ¿Debo cancelarla para calificar para recibir los beneficios?  
No, su seguro es su cobertura primaria después de Medicare. Asistencia Médica cubrirá los servicios de atención de salud que no estén cubiertos por su seguro.
2. Tengo algunas facturas médicas sin pagar que están vencidas. ¿Asistencia Médica pagará esas facturas?  
Sí, en el caso de que usted sea elegible para recibir los beneficios de Asistencia Médica y si se cumplen ciertas condiciones. La cobertura de Asistencia Médica puede cubrir los tres meses anteriores al mes en que solicitó los beneficios de Asistencia Médica.
3. ¿Debo haber vivido en Pensilvania durante una cierta cantidad de tiempo antes de poder solicitar la cobertura de atención de salud de Asistencia Médica?  
No, puede ser elegible para recibir los servicios en su hogar desde el día en que establezca su residencia en Pensilvania.
4. ¿Cuál es el Programa de recuperación de patrimonio de Asistencia Médica?  
Si tiene 55 años de edad o más y recibe servicios de cuidado a largo plazo en un establecimiento o en la comunidad, Asistencia Médica procurará el reembolso mediante la recuperación del costo de esos servicios de los activos de su patrimonio. Esto incluye los servicios de medicamentos recetados y los servicios hospitalarios que reciba mientras se encuentre en un establecimiento o mientras reciba servicios en el hogar y en la comunidad. Todo el dinero recaudado por el Programa de recuperación de patrimonio de Asistencia Médica se devuelve a los programas de cuidado a largo plazo del Departamento de Bienestar Público para ayudar a otras personas que necesiten servicios de cuidado a largo plazo.
5. ¿Cuándo se hace la recuperación de patrimonio de Asistencia Médica?  
La recuperación de patrimonio de Asistencia Médica se hace solamente después de la muerte del beneficiario de Asistencia Médica.
6. ¿Se tramará un embargo sobre mi casa si recibo servicios de atención de salud de Asistencia Médica?  
No, no se tramará un embargo sobre su casa si recibe servicios de atención de salud de Asistencia Médica. Sin embargo, su casa puede estar sujeta a una recuperación por parte del Programa de recuperación de patrimonio de Asistencia Médica como se describió anteriormente en la pregunta 4..
7. ¿Se deben informar los ingresos de ambos cónyuges cuando se completa la solicitud para recibir servicios en el hogar?  
Sí, se deben informar los ingresos de ambos cónyuges.
8. ¿Se deben informar los recursos de ambos cónyuges cuando se completa la solicitud para recibir servicios en el hogar?  
Sí, se deben informar los recursos de ambos cónyuges.

# INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA SOLICITUD PA 600WP PARA RECIBIR SERVICIOS EN EL HOGAR

INFORMACIÓN SOBRE EL SOLICITANTE	
NOMBRE	Ingrese su nombre completo (nombre, inicial del segundo nombre, apellido).
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	Si no tuviera número de seguro social, puede solicitarlo a través de la CAO.
FECHA DE NACIMIENTO	Ingrese su fecha de nacimiento. Proporcione una copia de su certificado de nacimiento.
NOMBRE DE SOLTERA DE LA MADRE, INFORMACIÓN DE LA LICENCIA PARA CONDUCIR, NOMBRE EN EL CERTIFICADO DE NACIMIENTO Y ESTADO, CONDADO, CIUDAD DE NACIMIENTO	Ingrese esta información solamente cuando no tenga cobertura de atención de salud de Medicare A y/o B.
NÚMERO DE RECLAMO DE MEDICARE	Ingrese su número de Medicare, cuando corresponda.
CIUDADANÍA	Indique si es ciudadano de EE. UU./extranjero legal (una persona extranjera indocumentada solamente es elegible para recibir los servicios de emergencia de Asistencia Médica. Los servicios inmediatos en el hogar pueden no ser considerados una situación de emergencia).
DIRECCIÓN Y NÚMERO(S) DE TELÉFONO	Ingrese su dirección completa, ciudad, estado, código postal y número(s) de teléfono.
RAZA/GRUPO ÉTNICO	Completar estas secciones es optativo.
ESTADO CIVIL	Ingrese su estado civil actual.
NOMBRE DEL CÓNYUGE	Ingrese el nombre completo de su cónyuge (nombre, inicial del segundo nombre, apellido).
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	Ingrese el número de seguro social de su cónyuge. Si su cónyuge no tuviera número de seguro social, puede solicitarlo a través de la CAO.
FECHA DE NACIMIENTO	Ingrese la fecha de nacimiento de su cónyuge.
INFORMACIÓN SOBRE EL REPRESENTANTE	Ingrese esta información si alguien completa esta solicitud en su nombre.
<b>RECURSOS (comprobantes aceptables)</b>	
<b>Por cada recurso listado en la página 6 de esta solicitud, ingrese el nombre del propietario, el código de recurso correspondiente, el valor total, la cantidad adeudada (si hubiera), el valor neto y si se proporciona documentación sobre el recurso.</b>	
EFFECTIVO DISPONIBLE	Una declaración escrita que muestre la cantidad total de dinero que no esté en el banco o invertida de otra manera. <b>NOTA:</b> Esto incluye el dinero en una caja de seguridad.
CUENTA(S) DE AHORRO CUENTAS DE AHORRO PARA NAVIDAD/VACACIONES	Fotocopias de estados de cuentas bancarias, libretas de ahorros o una declaración escrita de la institución financiera que muestre el número de cuenta y el valor actual de la cuenta.
CUENTA(S) CORRIENTE(S)	Fotocopias de estados de cuentas bancarias o una declaración escrita de la institución financiera que muestre el número de cuenta y el valor actual de la cuenta.
ACCIONES Y/O BONOS	Una declaración escrita de la agencia de corretaje, agente emisor o autoridad o institución en la que se compraron o mantuvieron acciones, bonos, etc.; o una copia del certificado de acciones o bonos y una declaración del valor. Identifique todos los números de serie de los bonos.
FONDO DE FIDEICOMISO	Fotocopia del acuerdo de fideicomiso que muestre los términos del fideicomiso y el inventario de los activos del fideicomiso; u otra documentación del valor.
CONTRATO PREPAGO DE SERVICIOS FUNERARIOS/RESERVA IRREVOCABLE PARA SERVICIOS FUNERARIOS/RESERVA REVOCABLE PARASERVICIOS FUNERARIOS	Fotocopia de acuerdo(s) de reserva para servicios funerarios o contrato(s) prepagos de servicios funerarios.
DEPÓSITO A PLAZO FIJO	Fotocopia del resumen del depósito a plazo fijo (por sus siglas en inglés, CD) de la institución financiera o una declaración escrita de la institución financiera que muestre el número de cuenta y el valor actual.
ANUALIDADES	Fotocopia del documento que explique los términos, fecha de compra y valor de la anualidad.
VALORES	Fotocopia de cualquier acuerdo de valores (letra de cambio, cheque, pagaré) que tenga y el valor actual de dichos valores.
OTROS RECURSOS	Fotocopia de cualquier acuerdo o resumen/declaración correspondiente a dinero u otros recursos que no se hayan listado aún.
SEGURO DE VIDA	Ingrese el nombre de la persona asegurada, el nombre de la compañía aseguradora, el número de póliza, el nombre del beneficiario (persona que recibirá el pago del seguro cuando usted muera), el valor nominal de la(s) póliza(s) (cantidad que se pagará a su beneficiario), el valor en efectivo de la(s) póliza(s) (si lo conoce). <b>Verificación:</b> Una fotocopia de un documento que identifique la titularidad de cada póliza de seguro y una declaración escrita del valor en efectivo actual emitida por la compañía aseguradora.

<b>RECURSOS CONTINUACIÓN</b>	
VEHÍCULOS (por ejemplo, automóvil, camión, furgoneta, embarcación, motonieve, caravana, etc.).	Ingrese la marca, modelo y año del vehículo junto con el/los nombre(s) del/de los propietario(s), cantidad adeudada (si hubiera) y el valor actual. Se excluye un vehículo, independientemente de su valor. El valor de mercado de los demás vehículos se cuenta. <b>Verificación:</b> Una declaración escrita del valor justo de mercado emitida por un concesionario o el valor según el catálogo de precios de automóviles "Blue Book".
PROPIEDAD DE RESIDENCIA	Ingrese la dirección, ciudad, estado y código postal de su residencia principal. <b>Verificación:</b> no se requiere.
PROPIEDAD DE NO RESIDENCIA	Ingrese la dirección, ciudad, estado y código postal de cualquier propiedad adicional que posea. <b>Verificación:</b> Factura de impuesto inmobiliario o una declaración de un corredor de bienes raíces del valor justo de mercado de la propiedad.
<b>TRANSFERENCIA DE RECURSOS</b>	
La elegibilidad para recibir los Servicios de exención ("waiver") de Asistencia Médica <b>PUEDE</b> verse afectada si usted o su cónyuge transfirieron, vendieron o enajenaron ingresos o recursos a alguien, aparte de usted o de su cónyuge, durante los últimos 60 meses. Si se hizo alguna transferencia hacia o desde un fideicomiso dentro de los últimos 60 meses, esto también <b>PUEDE</b> afectar la elegibilidad para recibir Servicios de exención ("waiver"). Ingrese las respuestas afirmativas o negativas correspondientes para las preguntas sobre la transferencia de recursos y sobre la transferencia de recursos utilizada para establecer un fideicomiso. Si responde que sí a cualquier pregunta, proporcione información adicional sobre la(s) fecha(s) de la(s) transferencia(s) y la(s) cantidad(es) transferida(s). Dependiendo de la(s) fecha(s) y de la(s) cantidad(es) de la(s) transferencia(s), la elegibilidad <b>PUEDE</b> verse afectada.	
<b>INGRESOS</b>	
Marque sí o no para indicar el tipo de ingreso que recibe. Ingrese cualquier reclamo, expediente u otro número identificador asociado con el tipo de ingreso que recibe. Ingrese la frecuencia con que recibe el ingreso. Anote el ingreso <b>BRUTO</b> (cantidad de ingreso antes de cualquier impuesto o deducción). <b>Si la persona es menor de 21 años de edad, solamente se cuenta su ingreso. Los ingresos paternos/maternos de un hijo menor de 21 años de edad NO se cuentan.</b> Los ingresos, entre otros, incluyen: seguro social por jubilación o por incapacidad, beneficios para veteranos (pensión de VA), seguridad de ingreso suplementario (SSI), jubilación de trabajadores ferroviarios (RR), pago por neumoconiosis o pulmón negro, pensión patronal, salarios, dividendos/intereses y empleo independiente. (Si tiene otros tipos de ingresos, debe especificar la fuente). Nota: Mientras que los beneficios para veteranos (pensión de VA) se cuentan como ingresos para determinar la elegibilidad, cualquier porción de los beneficios de VA que sea asignada para ayuda y asistencia o la asignación de VA por confinamiento en el hogar por incapacidad no se cuentan para determinar la elegibilidad.	
<b>SEGURO DESALUD</b>	
Ingrese la respuesta afirmativa o negativa correspondiente sobre cualquier otro seguro médico que tenga. Si indica que tiene otro seguro, ingrese el nombre de la compañía aseguradora, el número de póliza, el tipo de seguro y la cantidad de la prima.	
<b>AYUDA CON FACTURAS MÉDICAS SIN PAGAR</b>	
Asistencia Médica puede ayudar con las facturas médicas sin pagar. Responda estas preguntas para ayudara la CAO a determinar si usted necesita ayuda con las facturas médicas sin pagar. Su respuesta a estas preguntas es optativa.	
<b>INFORMACIÓN DE INSCRIPCIÓN DE ELECTORES</b>	
La información de inscripción de electores es OPTATIVA; puede elegir solicitar la inscripción ahora.	
<b>FIRMAS</b>	
Antes de firmar la solicitud, debe revisar la sección de Derechos y responsabilidades. Si firma con una marca, se requiere la firma de un testigo. Si no puede firmar, su representante puede hacerlo en su nombre.	
<b>CERTIFICACIÓN DE CONDICIÓN DE CIUDADANO OEXTRANJERO</b>	
Se requiere una firma para certificar la condición de ciudadano o extranjero. Se debe proporcionar un comprobante de ciudadanía e identidad. Se debe firmar esta sección para ser elegible para recibir Asistencia Médica. Si firma con una marca, se requiere la firma de un testigo. Si no puede firmar, su representante puede hacerlo en su nombre.	
<b>PREGUNTAS SOBRE ELEGIBILIDAD ECONÓMICA</b>	
<b>INGRESOS:</b> ¿Su ingreso mensual BRUTO total es mayor que \$ _____ <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>RECURSOS:</b> Si es soltero, ¿el <b>VALOR TOTAL</b> de sus recursos es mayor que <b>\$8,000.00</b> ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es casado, el <b>VALOR TOTAL</b> de sus recursos es mayor que \$ _____? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>Si los ingresos brutos totales y el valor total de los recursos es menor que estas cantidades, el solicitante cumple con los requisitos económicos de elegibilidad para recibir Asistencia Médica y para los servicios en el hogar.</b>	

# SOLICITUD PARA RECIBIR SERVICIOS EN SU HOGAR

Si necesita esta información en español, llame al teléfono: 1-800-842-2020

¿Entiende inglés?  Sí  No

Si la respuesta es no, ¿qué idioma entiende? \_\_\_\_\_

1. Complete el formulario. Escriba en letra de imprenta.
2. Proporcione información completa sobre los recursos, si la conoce.
3. Adjunte los comprobantes de todos los ingresos, si están disponibles.
  - Los comprobantes incluyen recibos de sueldo o nómina, cartas de otorgamiento o cheques.
  - Si trabaja de manera independiente, las copias de las declaraciones de impuestos o recibos u otros registros cuentan como comprobantes de ingresos.
  - Adjunte información que muestre sus ingresos antes de impuestos y deducciones.
4. Adjunte comprobantes de ciudadanía y de identidad, si fuera posible.
5. Si presenta una solicitud para alguien que no es un ciudadano de los EE. UU., adjunte comprobantes de la condición de extranjero.
6. Envíe (por correo postal) o lleve este formulario y los documentos que lo acompañen a su oficina de asistencia del condado local. Llame al 1-800-842-2020 si no sabe a qué lugar tiene que enviar su formulario.
7. Si necesita ayuda con esta solicitud, llame al 1-800-842-2020, o si tiene problemas auditivos llame desde un dispositivo TDD al TDD 1-800-451-5886.

## INFORMACIÓN SOBRE EL SOLICITANTE

NOMBRE		INICIAL	2.º APELLIDO		NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	
FECHA DE NACIMIENTO	NOMBRE DE SOLTERA DE LA MADRE APELLIDO, NOMBRE		USTED ES: <input type="checkbox"/> HOMBRE O <input type="checkbox"/> MUJER		NÚMERO DE RECLAMO DE MEDICARE	LICENCIA PARA CONDUCIR ESTADO Y NÚMERO
NOMBRE EN EL CERTIFICADO DE NACIMIENTO APELLIDO, NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE			ESTADO DE NACIMIENTO*	CONDADO DE NACIMIENTO	CIUDAD DE NACIMIENTO	
CIUDADANO DE LOS EE.UU. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	FECHA DE INGRESO EN LOS EE.UU.	DE QUÉ PAÍS		NÚMERO DE REGISTRO DE EXTRANJERO	SECCIÓN DEL INS	
DOMICILIO			CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	
DIRECCIÓN POSTAL (si fuera diferente)			CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	
NÚMERO DE TELÉFONO PARTICULAR			NÚMERO DE TELÉFONO LABOR		NÚMERO DE TELÉFONO DE OTRO CONTACTO	
RAZA (marque todo lo que aplique) Esto es optativo.					GRUPO ÉTNICO (optativo)	
<input type="checkbox"/> Afroamericano		<input type="checkbox"/> Nativo de Alaska/Indígena norteamericano		<input type="checkbox"/> Asiático		<input type="checkbox"/> Hispano
<input type="checkbox"/> Caucásico		<input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii/de las Islas del Pacífico		<input type="checkbox"/> Asiático (subcontinente de la India)		<input type="checkbox"/> No hispano
ESTADO CIVIL ACTUAL: <input type="checkbox"/> NUNCA ESTUVE CASADO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO				FECHA EFECTIVA DEL ESTADO CIVIL ACTUAL:		
<input type="checkbox"/> CÓNYUGE POR DERECHO CONSUECUDINARIO <input type="checkbox"/> VIUDO						
EN CASO DE ESTAR CASADO, ¿VIVE CON SU CÓNYUGE? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO				SI LA RESPUESTA ES NO, FECHA DE SEPARACIÓN:		

## INFORMACIÓN SOBRE EL CÓNYUGE

APELLIDO DEL CÓNYUGE	NOMBRE	INICIAL	NRO. DE SEGURO SOCIAL		FECHA DE NACIMIENTO
DIRECCIÓN DEL CÓNYUGE, SI FUERA DISTINTA (CALLE Y CIUDAD)			ESTADO	CÓDIGO POSTAL	NRO. DE TELÉFONO DEL CÓNYUGE
NOMBRE Y APELLIDO DEL REPRESENTANTE			RELACIÓN QUE TIENE EL REPRESENTANTE CON USTED		NÚMERO DE TELÉFONO DEL REPRESENTANTE
DIRECCIÓN POSTAL DEL REPRESENTANTE: CALLE			CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

\* En caso de haber nacido en un territorio de los Estados Unidos, especifique el territorio.

# RECURSOS

SU INFORMACIÓN ES CONFIDENCIAL PARA USO DEL DEPARTAMENTO DE BIENESTAR PÚBLICO ÚNICAMENTE

Liste todos los recursos que posean usted y su cónyuge (cuando corresponda). **SI LA SOLICITUD ES PARA UN HIJO MENOR DE 21 AÑOS DE EDAD, LOS RECURSOS DEL MENOR Y LOS RECURSOS DE SUS PADRES NO SE CUENTAN.**

SI ES POSIBLE, CUANDO PRESENTE LA SOLICITUD, PROPORCIONE VERIFICACIÓN PARA CADA RECURSO QUE LISTE A CONTINUACIÓN Y EN LA PÁGINA 7. LA VERIFICACIÓN ACEPTABLE ESTÁ INDICADA EN LAS INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR EL FORMULARIO PA 600WP. SE LE EXIGIRÁ QUE PROPORCIONE VERIFICACIÓN DE CADA RECURSO ESPECIFICADO EN ESTE FORMULARIO DE SOLICITUD EN UNA FECHA POSTERIOR.

PROPIETARIO(S) DEL RECURSO			RECURSO CÓDIGO	VALOR TOTAL	CANTIDAD ADEUDADA	VALOR NETO	DOCUMENTADO	
APELLIDO	NOMBRE	INICIAL					SÍ	NO

SI NECESITA MÁS ESPACIO, UTILICE LA SECCIÓN NOTAS/INFORMACIÓN ADICIONAL DEL FORMULARIO EN LA COLUMNA "CÓDIGO DEL RECURSO" INGRESE EL CÓDIGO DE DOS DÍGITOS QUE MEJOR DESCRIBA EL RECURSO IDENTIFICADO

01 EFECTIVO DISPONIBLE	07 RESERVA IRREVOCABLE PARA SERVICIOS FUNERARIOS
02 CUENTA(S) DE AHORRO	26 CERTIFICADO DE AHORROS
03 CUENTA(S) CORRIENTE(S)	27 IRA O KEOGH
04 CUENTAS DE AHORRO PARA NAVIDAD/VACACIONES	30 FONDOS DE PENSIÓN (INCLUIDO EL 401K)
05 ACCIONES O BONOS	31 RESERVA REVOCABLE PARA SERVICIOS FUNERARIOS
06 FONDO DE FIDEICOMISO	99 OTROS (INCLUIDAS LAS ANUALIDADES)

**SEGURO DE VIDA - COMPLETE LA INFORMACIÓN A CONTINUACIÓN PARA CADA PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA**

NOMBRE DE LA PERSONA ASEGURADA	COMPA—ÍA ASEGURADORA	NÚMERO DE PÓLIZA	NOMBRE DEL BENEFICIARIO	VALOR NOMINAL	VALOREN EFECTIVO	FECHA DE ADQUISICIÓN	DOCUMENTADO	
							SÍ	NO

**VEHÍCULOS (automóvil, camión, furgoneta, motocicleta, otro vehículo, etc.)**

TIPO DE VEHÍCULO	MARCA	MODELO	A—OS	LICENCIA		NÚMERO DE LICENCIA	ESTADO	PROPIETARIO/COPROPIETARIOS	CANTIDAD ADEUDADA	VALOR ACTUAL
				SÍ	NO					

¿Se proporcionó documentación para el o los vehículos?  Sí  No

¿Posee alguna propiedad, incluidos una casa, casa móvil, terreno u otras construcciones?  Sí  No

*Si la respuesta es afirmativa, complete lo siguiente:*

DIRECCIÓN/UBICACIÓN DE LA PROPIEDAD DE RESIDENCIA:				DIRECCIÓN/UBICACIÓN DE LA PROPIEDAD DE NO RESIDENCIA:			
DIRECCIÓN (CALLE Y NRO.)				DIRECCIÓN (CALLE Y NRO.)			
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	
PROPIETARIO(S): ¿Esta es su casa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿La propiedad está en venta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Obtiene ingresos de la propiedad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				PROPIETARIO(S): ¿La propiedad está en venta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

**NOTA: INDIQUE SI EL USUFRUCTO DE ALGÚN RECURSO ES VITALICIO.**

## TRANSFERENCIA DE RECURSOS

1. En los últimos 60 meses, usted o su cónyuge cerraron, obsequiaron, vendieron, transfirieron, convirtieron o enajenaron algún activo tal como: una casa, terreno, bienes personales, pólizas de seguro de vida, anualidades, cuentas bancarias, depósitos a plazo fijo, acciones, IRA, bonos o un derecho a un ingreso, entre otros?

Sí       No

2. En los últimos 60 meses, usted o su cónyuge transfirieron algún recurso a un fideicomiso?

Sí       No

Si la respuesta a alguna de las preguntas es afirmativa, explique a continuación. Proporcione verificación de las fechas de las transferencias y de los valores de los recursos que se transfirieron.

## SECCIÓN DE NOTAS / INFORMACIÓN ADICIONAL



## INGRESOS

Indique todas las fuentes de ingreso.

**SI LA SOLICITUD ES PARA UN HIJO MENOR DE 21 A—OS DE EDAD, SOLAMENTE SE CUENTA EL INGRESO DEL MENOR. LOS INGRESOS DE LOS PADRES DE UN HIJO MENOR DE 21 A—OS DE EDAD NO SE CUENTAN.**

TIENE INGRESOS DE: (Marque Sí o NO.)	SÍ	NO	FUENTE	FRECUENCIA CON QUE RECIBE EL INGRESO (semanal, quincenal, mensual, trimestral, etc.)	CANTIDAD DEL INGRESO ANTES DE IMPUESTOS Y DEDUCCIONES
SEGURO SOCIAL			Nro. de reclamo		\$
PENSIÓN/JUBILACIÓN					\$
PENSIÓN DE VA			Nro. de expediente de VA		\$
VA Ayuda y asistencia/Asignación por confinamiento en el hogar por incapacidad			(Este beneficio no se cuenta.)		\$
SEGURIDAD DE INGRESO SUPLEMENTARIO (SSI)					\$
JUBILACIÓN DE TRABAJADORES FERROVIARIOS (RR)					\$
NEUMOCONIOSIS O PULMÓN NEGRO					\$
ANUALIDAD/FIDEICOMISO					\$
SALARIOS					\$
DIVIDENDOS/INTERESES					\$
EMPLEO INDEPENDIENTE					\$
OTROS INGRESOS (especifique)					\$

## SEGURO DESALUD

¿Tiene cobertura de otro seguro médico, incluido Medicare o cobertura contratada por otra persona?

Sí       No

Si la respuesta es afirmativa, complete el siguiente cuadro y proporcione una copia de la tarjeta, póliza y/o notificación de prima.

NOMBRE DE LA COMPA—Í	AN—UMERO DE P—OLIZA	TIPO DE P—OLIZA	PRIMA

## AYUDA CON FACTURAS M—EDICAS SIN PAGAR

Puede obtener ayuda de Asistencia M—édica con las facturas m—édicas sin pagar por gastos que haya tenido dentro de los —ltimos tres meses.

¿Tuvo facturas m—édicas sin pagar durante este tiempo?     Sí     No

¿Cu—ndo incurri— en los gastos que ocasionaron estas facturas m—édicas? \_\_\_\_\_

¿Desea solicitar asistencia m—édica para este per—odo de tiempo?     Sí     No

Al firmar debajo, usted está prestando conformidad a las siguientes afirmaciones:

Entiendo que la información en este formulario será confidencial.

Autorizo la divulgación de información personal, económica y médica con el objetivo de determinar la elegibilidad para recibir Asistencia Médica.

Entiendo que debo informar todos los cambios en mi grupo familiar o en mi situación económica a la oficina de asistencia del condado dentro de los 10 días naturales a partir de la fecha de dicho cambio.

Entiendo que puedo solicitar una audiencia en caso de no estar de acuerdo con una decisión que se tome respecto de esta solicitud.

Entiendo que mi elegibilidad está sujeta a verificación por parte de fuentes financieras y terceros.

Entiendo que los solicitantes del beneficio de Asistencia Médica deben proporcionar su número de seguro social. Este número puede usarse para verificar la información provista en esta solicitud. Excepción: Un extranjero que solicite Asistencia Médica de emergencia no tiene obligación de proporcionar un SSN (Título 42 del Código de los Estados Unidos [U.S.C], párrafo 1320 b-7 [1]).

Entiendo que tengo derecho a obtener un certificado de cobertura meritosa para verificar mi cobertura médica. La ley federal circunscribe cuándo la cobertura de salud puede negarse o limitarse en caso de una enfermedad pre-existente. Si me inscribo en un plan de salud grupal que tiene un límite para enfermedades pre-existentes, me pueden reconocer el tiempo que recibí Asistencia Médica.

Certifico que, a mi leal saber y entender, entiendo mis derechos y responsabilidades.

Entiendo que el Departamento de Bienestar Público procurará recuperar de mi patrimonio cierta cobertura de atención de salud, pagada por Asistencia Médica. Estos servicios incluyen los servicios de residencia para personas mayores u hogares de ancianos, servicios en el hogar y en la comunidad, servicios de medicamentos recetados y servicios hospitalarios mientras estuve en una residencia para personas mayores o mientras recibí servicios en el hogar y en la comunidad por el período de tiempo en que tenía 55 años de edad o más.

Certifico que toda la información en esta solicitud es verídica bajo pena de falso testimonio.

**Entiendo que si la información que proporcioné no es correcta, podría ser responsable de reintegrar los servicios recibidos y se podría iniciar una acción penal en mi contra.**

FIRMA DEL SOLICITANTE	FECHA
FIRMA DEL TESTIGO (en caso de que el solicitante haya firmado con una marca)	FECHA
FIRMA DEL REPRESENTANTE	FECHA

### CERTIFICACIÓN DE CONDICIÓN DE CIUDADANO O EXTRANJERO

Al firmar a continuación, certifico que, sujeto a las penalidades previstas por ley, soy ciudadano de los EE. UU. o extranjero con condición de inmigrante legal. Acepto que se me puede exigir que proporcione comprobantes de que soy un ciudadano de los EE. UU. o un extranjero en condición de inmigrante legal.

FIRMA DEL SOLICITANTE	FECHA	FIRMA DEL TESTIGO, SI EL SOLICITANTE FIRMÓ CON UNA MARCA	FECHA
-----------------------	-------	--	-------

## Inscripción de electores (opcional)

Si no está inscrito para votar en el lugar donde vive actualmente, ¿desea presentar una solicitud para inscribirse para votar aquí hoy?  Sí  No

**SI NO MARCA NINGUNA CASILLA, CONSIDERAREMOS QUE DECIDIÓ NO INSCRIBIRSE PARA VOTAR EN ESTE MOMENTO.**

**Para inscribirse, usted debe: 1) tener por lo menos 18 años de edad el día de la próxima elección; 2) ser ciudadano de los Estados Unidos por un mes como mínimo ANTES DE LA PRÓXIMA ELECCIÓN; 3) residir en Pennsylvania y en el distrito de votación al menos 30 días antes de la próxima elección.**

**Solicitar la inscripción o negarse a inscribirse para votar no afectará la cantidad de la asistencia que recibirá de parte de esta agencia.**

Si desea ayuda para completar el formulario de inscripción para votar, podemos ayudarlo. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Puede completar el formulario de solicitud en privado. Comuníquese con la oficina de asistencia del condado si desea ayuda. Si cree que alguna persona ha interferido con su derecho a inscribirse para votar, o de rechazar la inscripción para votar; su derecho a la privacidad para decidir si se inscribe, o para solicitar la inscripción para votar; o su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, usted puede presentar una queja ante la Secretaría de Estado en: Secretary of the Commonwealth, PA Department of State, Harrisburg, PA 17120. (Número de teléfono sin cargo 1-877-VOTESPA).

**EL PERSONAL DE LA OFICINA DE ASISTENCIA DEL CONDADO COMPLETARÁ ESTA SECCIÓN SEGÚN LO QUE USTED HAYA RESPONDIDO MÁS ARRIBA**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Given to Client __/__/__          | <input type="checkbox"/> Sent to voter registration __/__/__ | <input type="checkbox"/> Mailed to Client __/__/__             |
| <input type="checkbox"/> Declined, not interested __/__/__ | <input type="checkbox"/> Not a U.S. citizen __/__/__         | <input type="checkbox"/> Declined, already registered __/__/__ |

## INFORMACIÓN SOBRE COBERTURA DE ATENCIÓN DE SALUD

### LA ELEGIBILIDAD PARA RECIBIR SERVICIOS EN SU HOGAR POR ASISTENCIA MÉDICA INCLUYE LA COBERTURA DE ATENCIÓN DE SALUD

### LA COBERTURA DE ATENCIÓN DE SALUD PUEDE INCLUIR:

- Chequeos o controles
- Inmunizaciones o vacunas
- Atención por enfermedad (sick visits) y recetas
- Atención en sala de emergencia
- Pruebas de laboratorio y radiografías
- Pruebas de audición y audífonos
- Salud mental y tratamiento por abuso de sustancias
- Atención en su hogar (o servicios)
- Atención para pacientes internos

Usted, o algún representante que elija para ayudarlo, puede completar esta solicitud. Su representante puede ser su cónyuge, un amigo, un pariente, una persona que sea su apoderada o su proveedor médico. Debe ser alguien que conozca y pueda proporcionar información sobre sus ingresos y recursos. Si necesita ayuda con esta solicitud, llame al

**1-800-842-2020,**

o si tiene problemas auditivos, llame desde un dispositivo

**TDD 1-800-451-5886.**

Es importante que responda todas las preguntas. Ingrese “no” o “ninguno” para las preguntas que no se aplican a usted y asegúrese de que la solicitud esté firmada y fechada.

### LIMITACIONES ACTUALES PARA LA ELEGIBILIDAD:

Los ingresos mensuales BRUTOS total es que se sumaron en la página 9 no pueden exceder el 300 por ciento de la tasa de beneficio federal actual (\$ \_\_\_\_\_ a partir del \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_).

Los recursos contables totales sumados en las páginas 6 y 7 no pueden exceder \$8,000 si es soltero (no casado) o \$ \_\_\_\_\_ si es casado.

## USTED TIENE CIERTOS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

### SON LOS SIGUIENTES:

Entiendo que la información en este formulario será confidencial.

Autorizo la divulgación de información personal, económica y médica con el objetivo de determinar la elegibilidad para recibir Asistencia Médica.

Entiendo que debo informar todos los cambios en mi grupo familiar o en mi situación económica a la oficina de asistencia del condado dentro de los 10 días naturales a partir de la fecha de dicho cambio.

Entiendo que puedo solicitar una audiencia en caso de no estar de acuerdo con una decisión que se tome respecto de esta solicitud.

Entiendo que mi elegibilidad está sujeta a verificación por parte de fuentes financieras y terceros.

Entiendo que los solicitantes del beneficio de Asistencia Médica deben proporcionar su número de seguro social.

Este número puede usarse para verificar la información provista en esta solicitud.

Excepción: Un extranjero que solicite Asistencia Médica de emergencia no tiene obligación de proporcionar un SSN (Título 42 del Código de los Estados Unidos [U.S.C], párrafo 1320 b-7 [1]).

Entiendo que tengo derecho a obtener un certificado de cobertura meritosa.

La ley federal circunscribe cuándo la cobertura de salud puede negarse o limitarse en caso de una enfermedad pre-existente.

Si me inscribo en un plan de salud grupal que tiene un límite para enfermedades pre-existentes, me pueden reconocer el tiempo que recibí Asistencia Médica.

Certifico que, a mi leal saber y entender, entiendo mis derechos y responsabilidades.

Entiendo que el Departamento de Bienestar Público procurará recuperar de mi patrimonio cierta cobertura de atención de salud, pagada por Asistencia Médica.

Estos servicios incluyen los servicios de residencia para personas mayores u hogares de ancianos, servicios en el hogar y en la comunidad, servicios de medicamentos recetados y servicios hospitalarios mientras estuve en una residencia para personas mayores o mientras recibí servicios en el hogar y en la comunidad por el período de tiempo en que tenía 55 años de edad o más.

Certifico que toda la información en esta solicitud es verídica bajo pena de falso testimonio.

Entiendo que si la información que proporcioné no es correcta, podría ser responsable de reintegrar los servicios recibidos y se podría iniciar una acción penal en mi contra.

GUARDE ESTA PÁGINA PARA SU CONSTANCIA

## PROGRAMAS ADICIONALES

Existen otros programas que pueden proporcionarle asistencia adicional:

### PROGRAMA DE ASISTENCIA NUTRICIONAL SUPLEMENTARIA (SNAP)

- Este programa ayuda a las personas y familias de bajos ingresos a comprar alimentos para una dieta saludable.
- Si es elegible para participar en este programa, le depositarán los beneficios para la compra de alimentos en una cuenta.
- Le entregarán una tarjeta de transferencia electrónica de beneficios (EBT) para la cuenta, que usted puede usar igual que una tarjeta bancaria para comprar alimentos en almacenes.
- Si desea solicitar el beneficio de SNAP, infórmelo a la agencia de inscripción o contacte a su oficina de asistencia del condado local.

### LIHEAP

- LIHEAP es la sigla de Low Income Home Energy Assistance Program (Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos).
- Este programa ayuda a las personas y familias de bajos ingresos a pagar sus facturas por gastos de calefacción.
- Si es elegible para participar en este programa, los pagos se harán a su empresa proveedora del servicio público o a su proveedor de combustible.
- Este programa también proporciona asistencia de emergencia si usted corriera el riesgo de quedarse sin calefacción en su hogar.
- LIHEAP es un programa estacional, por lo tanto, está disponible solamente durante ciertos meses usualmente desde noviembre hasta marzo.
- Si desea solicitar el beneficio de LIHEAP, infórmelo a su agencia de inscripción o contacte a su oficina de asistencia del condado local.

## LISTA DE VERIFICACIÓN

1. ¿COMPLETÓ LA INFORMACIÓN SOBRE EL SOLICITANTE?
2. ¿COMPLETÓ LA INFORMACIÓN SOBRE EL CÓNYUGE QUE NO SOLICITA LOS SERVICIOS?
3. ¿LISTÓ TODOS LOS RECURSOS QUE POSEEN DE MANERA INDIVIDUAL O CONJUNTA?
4. ¿COMPLETÓ LA SECCIÓN SOBRE EL SEGURO DE VIDA?
5. ¿LEYÓ LA DECLARACIÓN SOBRE LA INFORMACIÓN QUE USTED PROPORCIONÓ?
6. ¿FIRMÓ EL FORMULARIO E INDICÓ SU RELACIÓN CON EL SOLICITANTE?
7. ¿ADJUNTÓ LAS FOTOCOPIAS DE LA DOCUMENTACIÓN PARA VERIFICAR TODOS LOS RECURSOS?