



pennsylvania
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES

Asistencia Médica (Medicaid) Solicitud de elegibilidad económica para recibir servicios, asistencia y cuidado a largo plazo

También puede solicitar el beneficio en línea en www.compass.state.pa.us

Marque el beneficio que usted solicita:

- Cuidado en un Establecimiento
- Servicios en el Hogar y en la Comunidad a través de un Programa de Exención (“Waiver”) Tipo/Nombre del Programa de Exención/Servicio: _____
- Otro _____

** Lea el formulario de solicitud completo*

** Escriba la información solicitada en las secciones sin sombread*

** Si necesita ayuda, puede obtenerla de otra persona o de su oficina de asistencia del condado*

Usted, o cualquier representante que elija, puede completar esta solicitud. Su representante puede ser su cónyuge, un amigo, un familiar, un apoderado o su proveedor de servicios médicos. Debe ser alguien que conozca y pueda proveer información sobre sus ingresos y recursos. Si está casado, algunas secciones se deben completar tanto con información suya como de su cónyuge.

Cuando haya completado el formulario, lo puede traer usted mismo, pedirle a alguien que lo traiga o enviarlo por correo postal a la oficina de asistencia del condado, a menos que le digamos que haga otra cosa. La oficina de asistencia del condado le informará si es necesario tener una entrevista en persona. Deberá tener comprobantes de su identidad y del resto de la información presentada en el formulario, a menos que ya tengamos esa información en nuestros registros. Si necesita ayuda para obtener

cualquier tipo de información, solicítela a la oficina de asistencia del condado. Debe adjuntar los comprobantes o verificación a este formulario.

Las personas que hayan regalado bienes (ingresos o recursos) dentro de los últimos 60 meses, o que hayan establecido o transferido bienes a nombre de un fideicomiso dentro del plazo de 60 meses antes de presentar la solicitud de Asistencia Médica para recibir servicios, asistencia y cuidado a largo plazo podrían no ser elegibles para recibir los beneficios. Debido a este requisito, es probable que deba proporcionar verificación de los bienes que tuvo durante los últimos 60 meses, aún cuando ya no sean suyos. Usaremos su número de seguro social para obtener información sobre sus bienes durante los 60 meses anteriores a su solicitud.

Si la información está completa y usted proporcionó la verificación necesaria (junto con este formulario, si fuera posible), la oficina de asistencia del condado le notificará, dentro de los 30 días posteriores a la recepción de su solicitud, si es elegible, no elegible o si es necesario que brinde información adicional.

PROVIDER USE

NAME		NUMBER
ADDRESS		NUMBER
DATE OF ADMISSION	DATE OF OPTIONS ASSESSMENT	REQUESTED EFFECTIVE DATE
CONTACT NAME/TELEPHONE NUMBER/ADDRESS		

CAO USE

CO.	DIST	RECORD NUMBER	FILE CLEARED BY	APPL. REG. NO.
WORKER I.D.			CASELOAD	
<input type="checkbox"/> AUTHORIZED REASON				CATEGORY
<input type="checkbox"/> NOT AUTHORIZED REASON				DATE



COMPLETAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN PARA LA PERSONA QUE SOLICITA LOS BENEFICIOS DE ASISTENCIA MÉDICA

APELLIDO		NOMBRE		INICIAL 2º NOMBRE	(JR., SR., I, ETC.)
DIRECCIÓN ACTUAL (SI ESTÁ EN UN ESTABLECIMIENTO, USE LA DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO)		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL + 4	FECHA DE INGRESO
FECHA EN QUE SE MUDÓ A ESTA DIRECCIÓN	MUNICIPIO	DISTRITO ESCOLAR		CÓDIGO DE ÁREA Y NÚMERO DE TELÉFONO	
DIRECCIÓN ANTERIOR (SI ESTÁ EN UN ESTABLECIMIENTO, USE LA DIRECCIÓN DE SU CASA. SI ESTÁ CASADO, USE LA DIRECCIÓN DE SU CÓNYUGE.)				CÓDIGO DE ÁREA Y NÚMERO DE TELÉFONO	

¿Necesita un intérprete? Sí No

Si la respuesta es afirmativa, ¿para qué idioma? _____

¿Necessita sus avisos en Español? Sí No

¿Alguna vez solicitó o recibió beneficios médicos o en efectivo o participó en el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (por sus siglas en inglés, SNAP), antes conocido como cupones para alimentos, en otro condado de Pennsylvania o en otro estado?

Sí No

Si la respuesta es afirmativa, ¿en qué estado? _____

¿En qué condado? _____

¿Durante cuánto tiempo? _____

Número de registro _____

¿Alguna vez solicitó o recibió beneficios usando otro número de seguro social? Sí No

Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál es el número? _____

¿Ya ha vivido en algún establecimiento para personas mayores? Sí No

Si la respuesta es afirmativa, indique el nombre: _____

Dirección: _____

Fechas: _____



1**Complete toda la información en esta sección para usted mismo, su cónyuge, si está casado, y cualquier hermano/a o hijo/a a su cargo.**

*Adjunte otra hoja si tiene más personas a cargo.

RELACIÓN	APELLIDO	NOMBRE	INICIAL 2.º	JR/SR	ALIAS/NOMBRE DE SOLTERA	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	*RAZA	SSN
USTED MISMO									
CÓNYUGE									
PERSONA A CARGO									

*Para la sección Raza: Sus beneficios no se verán afectados si prefiere no responder. Use uno de los siguientes códigos:

1. Negro 2. Hispano 3. Indígena norteamericano o nativo de Alaska 4. Asiático o nativo de las Islas Pacíficas 5. Blanco (no hispano) 6. Otro

2**Responda y firme:**¿Es ciudadano de los Estados Unidos? Sí No Si la respuesta es negativa, marque una opción: Residente permanente Residente temporal Refugiado Inmigrante ilegal

Nro. de inmigrante: _____ País de origen: _____ Fecha de ingreso _____

Firme para declarar su ciudadanía o condición de extranjero como se indica más arriba:

Firma Fecha

Nombre y dirección de su patrocinador, si tiene uno: _____

3**Estado civil**Marque una opción: Casado Soltero Viudo Divorciado Separado

Si marcó la opción viudo, ¿en qué fecha falleció su cónyuge? _____ Nombre: _____

Si marcó la opción separado, ¿en qué fecha se separó? _____ Complete el punto nro. 1 más arriba con la información de su cónyuge.

4**Condición militar**

Nombre del veterano _____

Marque una opción: Veterano Servicio activo Guardia Nacional Reservas Viuda/cónyuge o menor a cargo de un veterano

División del servicio militar: _____ Fecha en que ingresó: _____ Fecha en que salió: _____ Nro. de reclamo: _____



5**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 Given to Client __/__/__ Sent to voter registration __/__/__ Mailed to Client __/__/__ Declined, not interested __/__/__ Not a U.S. citizen __/__/__ Declined, already registered __/__/__**6****Si actualmente recibe o recibió en el pasado servicios, asistencia y cuidado a largo plazo, ¿cómo se pagaban sus gastos?**

7**¿Tiene facturas médicas sin pagar? Sí No Si solicita Asistencia Médica para estas facturas, adjunte copias.**

8**INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO DE SALUD (Incluye seguro para cuidado a largo plazo)**

COMPA—ÍA DE SEGURO/MEDICARE	DIRECCIÓN DE LA COMPA—ÍA DE SEGURO	NÚMERO DE PÓLIZA/ CONTRATO	NOMBRE DEL GRUPO NÚMERO	FECHA EFECTIVA DE COBERTURA	CANTIDAD DE LA PRIMA	FRECUENCIA DE PAGO	NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL TITULAR DE LA PÓLIZA



Agregue otra hoja si necesita más espacio. Indique el número de la pregunta que esté respondiendo en las páginas adicionales.

9 Complete la siguiente información sobre recursos para usted y su cónyuge (si está casado):

A. Inmuebles Ninguno

UBICACIÓN	DUE—O	VALOR \$	¿GENERA INGRESOS? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿ES SU RESIDENCIA? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿QUIÉN VIVE EN LA PROPIEDAD?		¿LA PROPIEDAD ESTÁ EN VENTA? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	FECHA EN QUE SE PUSO EN VENTA	
SI ESTÁ EN VENTA, INDICAR NOMBRE Y TELÉFONO DEL AGENTE INMOBILIARIO * NO OLVIDE INFORMARNOS SOBRE LA VENTA DE LA PROPIEDAD.				
¿PLANEA REGRESAR A LA PROPIEDAD? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		¿TIENE OTRA PROPIEDAD? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		

B. Casa móvil Ninguno

UBICACIÓN	DUE—O	VALOR \$	¿GENERA INGRESOS? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿ES SU RESIDENCIA? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
A—O Y MODELO	¿QUIÉN VIVE EN LA CASA MÓVIL?			
¿ESTÁ EN VENTA LA CASA MÓVIL? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SI ESTÁ EN VENTA, INDICAR NOMBRE Y TELÉFONO DEL AGENTE INMOBILIARIO				

C. Arreglos funerarios Ninguno

NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA COMPA—ÍA DE SEGURO/BANCO		NÚMEROS DE CUENTA		
FUNERARIA	VALOR DE LA CUENTA \$		FECHA EN QUE SE ESTABLECIÓ	
¿SE PUEDE RETIRAR DINERO ANTES DE QUE LA PERSONA MUERA? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		¿SE PUEDE RETIRAR INTERÉS? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
¿TIENE ALGUNA PARCELA DE CEMENTERIO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE LA UBICACIÓN		CANTIDAD DE ESPACIOS		

D. Seguro de vida Ninguno

NOMBRE DE LA COMPA—ÍA	NÚMERO DE PÓLIZA	VALOR NOMINAL	VALOR EN EFECTIVO ACTUAL	¿QUIÉN ES EL TITULAR DE LA PÓLIZA?



E. Automóviles, vehículos recreativos, camiones, motocicletas Ninguno

NOMBRE DEL O LOS DUE—OS	A—O	MARCA	MODELO	¿MATRÍCULA?	NÚMERO DE PLACA	CUENTA

F. Cuentas bancarias (corriente, de ahorros, IRA, etc.) Liste todas las cuentas que incluyan el nombre del solicitante y/o su cónyuge y su dinero. Ninguno

NOMBRE DEL BANCO/SUCURSAL	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE CUENTA	SALDO ACTUAL	NOMBRE(S) EN LA CUENTA/DUE—O

G. Acciones, bonos (incluidos los bonos de ahorro de los EE. UU.), fideicomisos, fondos de inversión, dinero efectivo disponible, etc. Ninguno

A NOMBRE DE QUIÉN ESTÁ LA INVERSIÓN	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE CUENTA	VALOR ACTUAL DE LA CUENTA	NOMBRE(S) EN LA CUENTA/DUE—O

10 ¿En los últimos 60 meses, usted o su cónyuge han cerrado, cedido, vendido o transferido algún activo, tales como: una casa, terreno, propiedad personal, pólizas de seguro de vida, anualidades, cuentas bancarias, depósitos a plazo fijo (CDs), acciones, IRA, bonos o un derecho a ingresos? Sí No

En los últimos 60 meses, ¿usted o su cónyuge han transferido algún activo a un fideicomiso? Sí No

Si la respuesta es afirmativa para cualquiera de estas preguntas, explique las circunstancias (adjunte hojas adicionales de ser necesario) _____

TIPO DE RECURSO(S)	VALOR DE MERCADO AL MOMENTO DE LA TRANSFERENCIA 	\$	FECHA DE LA TRANSFERENCIA O CIERRE
--------------------	---	----	------------------------------------



11 Si cerró o gastó todos los fondos de alguna cuenta para pagar por servicios de cuidado/enfermería, liste las cuentas.

TIPO DE RECURSO	UBICACIÓN	NÚMERO DE CUENTA	DUE—O(S)	FECHA DE CIERRE

12 ¿Recibieron usted o su cónyuge, o esperan recibir, algún ingreso/bien/liquidación por acuerdo/pago único/herencia? Sí No

Si la respuesta es afirmativa, describa: _____ CANTIDAD \$ _____
 _____ FECHA EN QUE SE ESPERA COBRAR _____

13 Información sobre los ingresos del solicitante:

FUENTES DE INGRESOS	IDENTIFIQUE EL TIPO DE INVERSIÓN/NOMBRE	CANTIDAD DEL INGRESO BRUTO	FRECUENCIA DE
PAGO			
<input type="checkbox"/> SEGURO SOCIAL	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> AYUDA Y ASISTENCIA DE BENEFICIOS PARA VETERANOS	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> PENSIONES	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> COMPENSACIÓN A TRABAJADORES	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> JUBILACIÓN DE TRABAJADORES FERROVIARIOS	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> NEUMOCONIOSIS (PULMÓN NEGRO)	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> ANUALIDAD (COMPA—ÍA)	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> PAGOS DE UN FIDEICOMISO	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> INTERESES/DIVIDENDOS (FUENTE)	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> OTROS INGRESOS	_____	_____	_____

¿A QUIÉN SE ENVÍAN LOS CHEQUES? (CURADOR, REPRESENTANTE BENEFICIARIO DEL PAGO) 	DIRECCIÓN
---	-----------



Complete esta sección si tiene cónyuge o una persona a cargo. No debe completar esta sección si no está casado o no tiene una persona a cargo.

14 Income information for the spouse and/or dependent:

FUENTES DE INGRESOS	IDENTIFIQUE EL TIPO DE INVERSIÓN/NOMBRE	CANTIDAD DEL INGRESO BRUTO	FRECUENCIA DE
PAGO			
<input type="checkbox"/> SEGURO SOCIAL	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> AYUDA Y ASISTENCIA DE BENEFICIOS PARA VETERANOS	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> PENSIONES	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> COMPENSACIÓN A TRABAJADORES	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> JUBILACIÓN DE TRABAJADORES FERROVIARIOS	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> NEUMOCONIOSIS (PULMÓN NEGRO)	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> ANUALIDAD (COMPA—ÍA)	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> PAGOS DE UN FIDEICOMISO	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> INTERESES/DIVIDENDOS (FUENTE)	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> OTROS INGRESOS	_____	_____	_____

15 Gasto de vivienda:

ALQUILER/HIPOTECA MENSUAL	\$ _____	SERVICIO TELEFÓNICO BÁSICO \$ _____
CONTRATO DE COMPRA-VENTA O ALQUILER.....	\$ _____	GAS
CARGO POR ALQUILER DE ATENCIÓN A DOMICILIO O PERSONAL ..	\$ _____	ELECTRICIDAD
CARGOS DE MANTENIMIENTO DE CONDOMINIO O RESIDENCIA CO-OP\$	_____	COMBUSTIBLE PARA CALEFACCIÓN \$ _____
ALQUILER DE TERRENO PARA CASA MÓVIL	\$ _____	AGUA.....
IMPUESTOS SOBRE LA PROPIEDAD - CANTIDAD ANUAL	\$ _____	SERVICIOS DE CLOACAS .. \$ _____
SEGURO DE LA PROPIEDAD - CANTIDAD ANUAL	\$ _____	RECOLECCIÓN DE RESIDUOS \$ _____

¿Paga los gastos de calefacción y/o aire acondicionado por separado de su alquiler? Sí No



DERECHO A LA NO DISCRIMINACIÓN

No podemos discriminar en función de la edad, sexo, raza, color, ascendencia, discapacidad, credo religioso, nacionalidad, preferencia sexual, estilo de vida, afiliación a un sindicato, ideología política o porque haya solicitado y/o recibido asistencia con anterioridad. Si considera que el departamento, o alguien que provee servicios para el departamento, lo discriminó puede presentar una queja verbal o escrita ante el departamento o la oficina de asistencia del condado. El Departamento u oficina de asistencia del condado enviarán la queja a la agencia estatal o federal correspondiente.

DERECHO DE APELACIÓN

Tiene derecho a solicitar una audiencia del departamento para apelar una decisión u omisión de acción por parte del departamento, que afecte sus beneficios o que usted considere injusta o incorrecta. Puede interponer la apelación ante la oficina de asistencia del condado. En la audiencia de apelación, puede representarse a sí mismo o puede representarlo otra persona, tal como un abogado, amigo o familiar.

DERECHO A UN CONFERENCIA CON LA AGENCIA

Si interpone una apelación, puede tener una conferencia con la agencia antes de la audiencia.

DERECHO A UNA NOTIFICACIÓN ESCRITA

Le entregaremos una notificación escrita para explicarle sus beneficios. Si denegamos, cambiamos, suspendemos o finalizamos los beneficios, explicaremos la causa en la notificación. Tiene 30 días desde la fecha de la notificación para solicitar una audiencia si no estuviera de acuerdo con la medida tomada y/o las razones explicadas.

DERECHO A LA CONFIDENCIALIDAD

Mantenemos la confidencialidad de la información que nos provee y usamos esa información solamente para administrar los programas para los que usted presenta una solicitud y para los que pueda ser elegible. Toda persona que intencionalmente viole cualquiera de las reglas y reglamentos de este Departamento, determinados de conformidad con este artículo, será culpable de una infracción menor y, una vez definida la condena por la misma, será sentenciada a pagar una multa, que no excederá cien dólares (\$100), o a ser puesta en prisión por un período que no excederá los seis meses, o ambos (Título 62 de la Ley Estatal de Pennsylvania [P.S.], sección 483).

RECUPERACIÓN DEL PATRIMONIO

Si tiene 55 años de edad o más y recibe asistencia médica para pagar servicios de una residencia para personas mayores, servicios en el hogar y en la comunidad a través de un programa de exención ("waiver") y cualquier otro servicio de medicamentos recetados y servicios hospitalarios, se le exigirá que reintegre el costo de dichos servicios con su patrimonio de sucesión. Puede llamar al Programa de Recuperación del Patrimonio por Asistencia Médica (por sus siglas en inglés, MA) al número 800-528-3708.

CAMBIOS

Si no está seguro si debe informar un cambio en particular, le aconsejamos que lo informe. Puede informarlo a un miembro del personal de la oficina de asistencia del condado en persona, por teléfono o por correo postal.

USO DE LA TARJETA PA ACCESS

Puede usar la tarjeta PA ACCESS para los servicios solamente durante el período en que usted es elegible. Debe usar la tarjeta solamente para la persona que es elegible y solamente puede obtener los servicios que sean necesarios y razonables.

RESPONSABILIDAD DE PROPORCIONAR SSN

Debe proporcionar un número de seguro social (por sus siglas en inglés, SSN). Si no tuviera un SSN, debe solicitarlo. El hecho de no proporcionar un SSN, o de negarse a hacerlo, puede resultar en su descalificación. Si tiene un cónyuge que vive en la comunidad, también debe proporcionar el SSN de dicho cónyuge. Usamos el SSN para verificar la identidad, administrar nuestros programas, evitar la duplicación en los programas federales y estatales, para verificar la coincidencia de los registros informáticos con otros programas y para obtener información sobre los ingresos y recursos para determinar su elegibilidad y/o la cantidad de sus beneficios (Título 42 del Código de los Estados Unidos [U.S.C.], sección 1320b-7).

PENALIDADES

Si no informa sobre cambios ocurridos, según lo requerido, sus beneficios se podrán reducir o terminar. Si intencionalmente no proporciona la información correcta o no informa sobre los cambios ocurridos, puede ser multado o puesto en prisión. El uso indebido de la tarjeta PA Access para servicios podrá resultar en una multa, prisión o ambos.

RESPONSABILIDAD DE PROPORCIONAR INFORMACIÓN

Debe proporcionar, dentro de sus posibilidades, información verdadera, correcta y completa. Debe colaborar con la provisión de documentación de respaldo o con la verificación de la información. Si no pudiera presentar comprobantes, debe solicitar ayuda a la oficina de asistencia del condado. Debe colaborar plenamente con el control de la calidad y con las personas del departamento o de la Oficina del Inspector General que conducen las investigaciones.

ENTIENDO QUE:

Mis beneficios pueden reducirse o me pueden penalizar por brindar información falsa o incompleta o por no informar sobre cambios que afectarían mis beneficios.

Toda persona enriquecida como resultado de una transferencia de bienes o ingresos, que hubieran afectado mi elegibilidad, será responsable del reintegro de aquellos beneficios suministrados incorrectamente.

Otorgo al estado el derecho de procurar, mediante acción legal o no, el pago por parte de un seguro de salud público o privado o de un tercero responsable. La cantidad recuperada no excederá la cantidad pagada por Asistencia Médica.

El estado tiene el derecho de revisar todos los registros de los servicios médicos pagados por Asistencia Médica.

Los pagos por servicios médicos se harán directamente al proveedor, no a mí. Esto incluye los pagos de Medicare.

Recibí una copia de mis derechos y responsabilidades, los leí o alguien me los ha leído, y los comprendo.

Me comprometo a proporcionar o colaborar para obtener cualquier información necesaria para verificar mis declaraciones.

Debo informar sobre cualquier cambio en mi situación dentro de los 10 días posteriores al cambio.

Soy responsable de cualquier declaración fraudulenta hecha en esta solicitud, aún cuando la solicitud sea presentada por alguien que actúe en mi nombre.

El estado dirige un programa de control de fraude según el cual los funcionarios federales, estatales y locales pueden verificar la información que proporcioné.

Entiendo que Pennsylvania recibe información del Sistema de Verificación de Elegibilidad de Ingresos (IEVS), instituciones financieras, informes de consumidores y agencias estatales y federales para verificar la información que proporciono. La información disponible a través del IEVS y otras entidades será solicitada, utilizada y puede ser verificada a través de contacto colateral cuando la agencia estatal encuentre datos contradictorios, y tal información puede afectar la elegibilidad y el nivel de beneficios de mi familia.

Entiendo que, al firmar esta solicitud, autorizo a cualquier institución financiera a divulgar, a través de medios electrónicos o cualquier otro medio, toda la información financiera que posee dicha institución, al Departamento de Servicios Humanos o a su agente designado o contratista con la finalidad de identificar y verificar los activos cuando sea necesario para determinar y redeterminar la elegibilidad para Asistencia Médica. Entiendo que la información financiera incluye depósitos, retiros, cierres de cuentas y otra información relevante solicitada o recibida de la institución financiera, incluidas otras transacciones realizadas por la institución financiera con respecto a la cuenta o activo. Entiendo que esta autorización estará vigente hasta que la elegibilidad de Asistencia Médica sea denegada o termine, o si decido revocarla por notificación escrita al departamento, lo que suceda primero. Entiendo que, si revoco esta autorización, esto puede hacer que mi familia o yo dejemos de ser elegibles para Asistencia Médica.

Entiendo que, si malinterpreto, oculto o retengo hechos que pueden afectar mi elegibilidad para beneficios, se me puede exigir que pague mis beneficios y puedo ser procesado y descalificado de recibir algunos beneficios en el futuro.



DECLARACIÓN JURADA

Certifico que, sujeto a las penalidades previstas por ley, la información que brindé es, a mi leal saber y entender, verdadera, correcta y completa. He leído esta solicitud en su totalidad, o alguien me la ha leído, y comprendo las preguntas realizadas. Recibí una copia de mis derechos y responsabilidades, los leí o alguien me los ha leído, y los comprendo.

FIRMA DEL SOLICITANTE O DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO	FECHA	I.D. VERIFICADA	RELACIÓN CON EL SOLICITANTE
DIRECCIÓN DEL REPRESENTANTE	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL + 4 () NÚMERO DE TELÉFONO
TESTIGO (SI FIRMÓ CON UNA X ARRIBA)	FECHA		
DIRECCIÓN DEL TESTIGO	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL + 4 () NÚMERO DE TELÉFONO
FIRMA DEL PROVEEDOR (SI LA PRESENTA UN PROVEEDOR)	FECHA		
CAO U OPTIONS	FECHA	<input type="checkbox"/> Entrevista en persona con _____ <input type="checkbox"/> Entrevista telefónica con _____ <input type="checkbox"/> No hubo entrevista	

¿Quién es su representante o apoderado?

Se enviarán copias de las notificaciones a la persona nombrada a continuación.

APELLIDO, NOMBRE, INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE			RELACIÓN CON EL SOLICITANTE		<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE <input type="checkbox"/> APODERADO
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL + 4	NÚMERO DE TELÉFONO ()	

DESEO RETIRAR MI SOLICITUD

_____ FIRMA	____ / ____ / ____ FECHA
----------------	-----------------------------



DERECHO A LA NO DISCRIMINACIÓN

No podemos discriminar en función de la edad, sexo, raza, color, ascendencia, discapacidad, credo religioso, nacionalidad, preferencia sexual, estilo de vida, afiliación a un sindicato, ideología política o porque haya solicitado y/o recibido asistencia con anterioridad. Si considera que el departamento, o alguien que provee servicios para el departamento, lo discriminó puede presentar una queja verbal o escrita ante el departamento o la oficina de asistencia del condado. El Departamento u oficina de asistencia del condado enviarán la queja a la agencia estatal o federal correspondiente.

DERECHO DE APELACIÓN

Tiene derecho a solicitar una audiencia del departamento para apelar una decisión u omisión de acción por parte del departamento, que afecte sus beneficios o que usted considere injusta o incorrecta. Puede interponer la apelación ante la oficina de asistencia del condado. En la audiencia de apelación, puede representarse a sí mismo o puede representarlo otra persona, tal como un abogado, amigo o familiar.

DERECHO A UN CONFERENCIA CON LA AGENCIA

Si interpone una apelación, puede tener una conferencia con la agencia antes de la audiencia.

DERECHO A UNA NOTIFICACIÓN ESCRITA

Le entregaremos una notificación escrita para explicarle sus beneficios. Si denegamos, cambiamos, suspendemos o finalizamos los beneficios, explicaremos la causa en la notificación. Tiene 30 días desde la fecha de la notificación para solicitar una audiencia si no estuviera de acuerdo con la medida tomada y/o las razones explicadas.

DERECHO A LA CONFIDENCIALIDAD

Mantenemos la confidencialidad de la información que nos provee y usamos esa información solamente para administrar los programas para los que usted presenta una solicitud y para los que pueda ser elegible. Toda persona que intencionalmente viole cualquiera de las reglas y reglamentos de este Departamento, determinados de conformidad con este artículo, será culpable de una infracción menor y, una vez definida la condena por la misma, será sentenciada a pagar una multa, que no excederá cien dólares (\$100), o a ser puesta en prisión por un período que no excederá los seis meses, o ambos (Título 62 de la Ley Estatal de Pennsylvania [P.S.], sección 483).

RECUPERACIÓN DEL PATRIMONIO

Si tiene 55 años de edad o más y recibe asistencia médica para pagar servicios de una residencia para personas mayores, servicios en el hogar y en la comunidad a través de un programa de exención ("waiver") y cualquier otro servicio de medicamentos recetados y servicios hospitalarios, se le exigirá que reintegre el costo de dichos servicios con su patrimonio de sucesión. Puede llamar al Programa de Recuperación del Patrimonio por Asistencia Médica (por sus siglas en inglés, MA) al número 800-528-3708.

CAMBIOS

Si no está seguro si debe informar un cambio en particular, le aconsejamos que lo informe. Puede informarlo a un miembro del personal de la oficina de asistencia del condado en persona, por teléfono o por correo postal.

USO DE LA TARJETA PA ACCESS

Puede usar la tarjeta PA ACCESS para los servicios solamente durante el período en que usted es elegible. Debe usar la tarjeta solamente para la persona que es elegible y solamente puede obtener los servicios que sean necesarios y razonables.

RESPONSABILIDAD DE PROPORCIONAR SSN

Debe proporcionar un número de seguro social (por sus siglas en inglés, SSN). Si no tuviera un SSN, debe solicitarlo. El hecho de no proporcionar un SSN, o de negarse a hacerlo, puede resultar en su descalificación. Si tiene un cónyuge que vive en la comunidad, también debe proporcionar el SSN de dicho cónyuge. Usamos el SSN para verificar la identidad, administrar nuestros programas, evitar la duplicación en los programas federales y estatales, para verificar la coincidencia de los registros informáticos con otros programas y para obtener información sobre los ingresos y recursos para determinar su elegibilidad y/o la cantidad de sus beneficios (Título 42 del Código de los Estados Unidos [U.S.C.], sección 1320b-7).

PENALIDADES

Si no informa sobre cambios ocurridos, según lo requerido, sus beneficios se podrán reducir o terminar. Si intencionalmente no proporciona la información correcta o no informa sobre los cambios ocurridos, puede ser multado o puesto en prisión. El uso indebido de la tarjeta PA Access para servicios podrá resultar en una multa, prisión o ambos.

RESPONSABILIDAD DE PROPORCIONAR INFORMACIÓN

Debe proporcionar, dentro de sus posibilidades, información verdadera, correcta y completa. Debe colaborar con la provisión de documentación de respaldo o con la verificación de la información. Si no pudiera presentar comprobantes, debe solicitar ayuda a la oficina de asistencia del condado. Debe colaborar plenamente con el control de la calidad y con las personas del departamento o de la Oficina del Inspector General que conducen las investigaciones.

ENTIENDO QUE:

Mis beneficios pueden reducirse o me pueden penalizar por brindar información falsa o incompleta o por no informar sobre cambios que afectarían mis beneficios.

Toda persona enriquecida como resultado de una transferencia de bienes o ingresos, que hubieran afectado mi elegibilidad, será responsable del reintegro de aquellos beneficios suministrados incorrectamente.

Otorgo al estado el derecho de procurar, mediante acción legal o no, el pago por parte de un seguro de salud público o privado o de un tercero responsable. La cantidad recuperada no excederá la cantidad pagada por Asistencia Médica.

El estado tiene el derecho de revisar todos los registros de los servicios médicos pagados por Asistencia Médica.

Los pagos por servicios médicos se harán directamente al proveedor, no a mí. Esto incluye los pagos de Medicare.

Recibí una copia de mis derechos y responsabilidades, los leí o alguien me los ha leído, y los comprendo.

Me comprometo a proporcionar o colaborar para obtener cualquier información necesaria para verificar mis declaraciones.

Debo informar sobre cualquier cambio en mi situación dentro de los 10 días posteriores al cambio.

Soy responsable de cualquier declaración fraudulenta hecha en esta solicitud, aún cuando la solicitud sea presentada por alguien que actúe en mi nombre.

El estado dirige un programa de control de fraude según el cual los funcionarios federales, estatales y locales pueden verificar la información que proporcioné.

Entiendo que Pennsylvania recibe información del Sistema de Verificación de Elegibilidad de Ingresos (IEVS), instituciones financieras, informes de consumidores y agencias estatales y federales para verificar la información que proporciono. La información disponible a través del IEVS y otras entidades será solicitada, utilizada y puede ser verificada a través de contacto colateral cuando la agencia estatal encuentre datos contradictorios, y tal información puede afectar la elegibilidad y el nivel de beneficios de mi familia.

Entiendo que, al firmar esta solicitud, autorizo a cualquier institución financiera a divulgar, a través de medios electrónicos o cualquier otro medio, toda la información financiera que posee dicha institución, al Departamento de Servicios Humanos o a su agente designado o contratista con la finalidad de identificar y verificar los activos cuando sea necesario para determinar y redeterminar la elegibilidad para Asistencia Médica. Entiendo que la información financiera incluye depósitos, retiros, cierres de cuentas y otra información relevante solicitada o recibida de la institución financiera, incluidas otras transacciones realizadas por la institución financiera con respecto a la cuenta o activo. Entiendo que esta autorización estará vigente hasta que la elegibilidad de Asistencia Médica sea denegada o termine, o si decido revocarla por notificación escrita al departamento, lo que suceda primero. Entiendo que, si revoco esta autorización, esto puede hacer que mi familia o yo dejemos de ser elegibles para Asistencia Médica.

Entiendo que, si malinterpreto, oculto o retengo hechos que pueden afectar mi elegibilidad para beneficios, se me puede exigir que pague mis beneficios y puedo ser procesado y descalificado de recibir algunos beneficios en el futuro.

