



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

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 en letra de molde la información solicitada en las secciones sin sombreado.
- Si necesita ayuda, puede obtenerla de otra persona o de su oficina de asistencia del condado.
- Revise cualquier información impresa en este formulario. Si alguna parte de su información que viene ya impresa es incorrecta o ha cambiado, tache esa información impresa y proporcione la información actualizada. Revise todas las preguntas que no tengan una respuesta impresa y respóndalas, a menos que las instrucciones le indiquen que puede elegir no contestar.

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. 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.

This is an application for Medical Assistance benefits. If you need help translating it, please contact your county assistance office, CAO. Translation services will be provided free of charge.

Esta es una solicitud de beneficios de Asistencia Médica. Si necesita ayuda con la traducción comuníquese con la Oficina de Asistencia del Condado (CAO) que le corresponde. Los servicios de traducción son gratuitos.

នេះជាពាក្យសុំអនុវត្តប្រយោជន៍សំបុត្រពេទ្យ។
បើលោកអ្នកត្រូវការជំនួយបកប្រែ
សូមទាក់ទងទៅការិយាល័យដែលជិតខាងលើនៃការិយាល័យសំបុត្រពេទ្យ។
ការបកប្រែនឹងផ្តល់ដោយដោយឥតគិតថ្លៃ។

Настоящий документ является заявлением на получение обслуживания по программе Medical Assistance. Если вам нужна помощь в переводе данного заявления, обращайтесь в Окружное бюро помощи (County Assistance Office). Услуги по переводу предоставляются бесплатно.

这是关于医疗协助福利的申请。
如果你需要翻译协助，请联络你所在地方的郡县援助办事处。可以免费提供翻译服务。

Đây là mẫu đơn xin hưởng phúc lợi Bảo Trợ Y Tế. Nếu quý vị cần phiên dịch đơn này, xin liên lạc Văn Phòng Trợ Cấp Quận Hạt nơi quý vị cư ngụ. Dịch vụ phiên dịch sẽ được cung cấp miễn phí.

هذا طلب للحصول على منافع المساعدة الطبية. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في ترجمته، يرجى الاتصال بمكتب معونة مقاطعتك CAO. سنقدم خدمات الترجمة مجاناً.



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

NO LLENE ESTA SECCIÓN- SÓLO PARA USO DEL PROVEEDOR • DO NOT COMPLETE – PROVIDER USE ONLY

| | | |
|-------------------|-------------------------------------|-------------------------------|
| PROVIDER NAME | | NUMBER |
| ADDRESS | | CONTACT NAME/TELEPHONE NUMBER |
| DATE OF ADMISSION | DATE OF LEVEL OF CARE DETERMINATION | REQUESTED EFFECTIVE DATE |

NO LLENE ESTA SECCIÓN- SÓLO PARA USO DE LA OFICINA DE ASISTENCIA DEL CONDADO • DO NOT COMPLETE - COUNTY ASSISTANCE OFFICE USE ONLY

| | | | | | | |
|--|------|---------------|-----------------|----------------|-------------|----------|
| 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 | |

Getting Started

What language do you prefer? ¿Qué idioma prefiere usted? English/Inglés Spanish/Español Other/Otro (specify/especifique) _____
 Do you need an interpreter? ¿Necesita un intérprete? Yes/Sí No If yes, what language? En caso afirmativo, ¿de qué idioma? _____

Complete toda la información en esta sección para usted, el solicitante. Cuéntenos sobre usted. Revise cualquier información impresa a continuación. Si esta información es incorrecta, táchela y escriba la información correcta.

| | | | |
|---|--------------------------|-----------------------------------|---|
| NOMBRE COMPLETO (INCLUYA EL NOMBRE, LA INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE, EL APELLIDO, SUFIJO-JR./SR./ETC.): | NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: | FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA): | SEXO: <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO |
|---|--------------------------|-----------------------------------|---|

| | |
|--|---|
| ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> VIUDO EN CASO DE SEPARACIÓN, LLENE LA SECCIÓN DE PARENTESCO PARA EL CÓNYUGE SEPARADO. SI MARCÓ LA OPCIÓN VIUDO, ¿EN QUÉ FECHA FALLECIÓ SU CÓNYUGE? | SI MARCÓ LA OPCIÓN SEPARADO, ¿EN QUÉ FECHA SE SEPARÓ? ¿NOMBRE? |
|--|---|

| |
|--|
| RAZA (OPCIONAL) (MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA) <input type="checkbox"/> NEGRO O AFROAMERICANO <input type="checkbox"/> ASIÁTICO <input type="checkbox"/> NATIVO DE HAWÁI O DE LAS ISLAS DEL PACÍFICO <input type="checkbox"/> INDÍGENA NORTEAMERICANO O NATIVO DE ALASKA <input type="checkbox"/> BLANCO <input type="checkbox"/> OTRA _____ |
|--|

| | | |
|---|---------------------|---|
| DIRECCIÓN ACTUAL (SI ESTÁ EN UN ESTABLECIMIENTO, USE LA DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO): | NÚMERO DE TELÉFONO: | FECHA EN QUE SE MUDÓ A ESTA DIRECCIÓN: |
| MUNICIPIO: | DISTRITO ESCOLAR: | DIRECCIÓN ANTERIOR (SI ESTÁ EN UN ESTABLECIMIENTO, USE LA DIRECCIÓN DE SU CASA. SI ESTÁ CASADO, PROPORCIONE LA DIRECCIÓN DE SU CÓNYUGE.): |

| | | |
|---|--|--|
| ¿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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO | SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿EN QUÉ ESTADO? ¿EN QUÉ CONDADO? | ¿DURANTE CUÁNTO TIEMPO? NÚMERO DE REGISTRO: |
| ¿YA HA VIVIDO EN ALGÚN HOGAR DE ANCIANOS/ PERSONAS CONVALENCIENTES? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, INDIQUE EL NOMBRE: | DIRECCIÓN: FECHAS: |

| | | | | |
|--|---|--------------------|--|-----------------------|
| ¿ES USTED CIUDADANO O NACIONAL DE LOS EE. UU.? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO ▶ SI USTED NO ES CIUDADANO O NACIONAL DE LOS EE. UU., RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS: | | | | |
| ¿TIENE CONDICIÓN O ESTATUS DE INMIGRACIÓN ELEGIBLE? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | SI LA RESPUESTA ES SÍ, INGRESE SU TIPO DE DOCUMENTO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN. | TIPO DE DOCUMENTO: | NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: | NÚMERO DE INMIGRANTE: |
| ¿VIVE EN LOS EE. UU. DESDE 1996? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | | PAÍS DE ORIGEN: | | |
| SI TIENE ALGUIEN QUE LO PATROCINA, NOMBRE Y DIRECCIÓN DE ESA PERSONA: | | | | |

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

| | |
|-------|-------|
| _____ | _____ |
| FIRMA | FECHA |

Complete toda la información en esta sección para su cónyuge si está casado y para cualquier hijo o hermano dependiente. Revise cualquier información impresa a continuación. Si esta información es incorrecta, táchela y escriba la información correcta.

| | | | |
|-----------------------------------|---|--------|--------------------------|
| RELACIÓN: | NOMBRE COMPLETO (INCLUYA EL NOMBRE, LA INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE, EL APELLIDO, SUFIJO-JR./SR./ETC.): | | ALIAS/NOMBRE DE SOLTERA: |
| FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA): | SEXO: | *RAZA: | SSN |

| | | | |
|-----------------------------------|---|--------|--------------------------|
| RELACIÓN: | NOMBRE COMPLETO (INCLUYA EL NOMBRE, LA INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE, EL APELLIDO, SUFIJO-JR./SR./ETC.): | | ALIAS/NOMBRE DE SOLTERA: |
| FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA): | SEXO: | *RAZA: | SSN |

| | | | |
|-----------------------------------|---|--------|--------------------------|
| RELACIÓN: | NOMBRE COMPLETO (INCLUYA EL NOMBRE, LA INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE, EL APELLIDO, SUFIJO-JR./SR./ETC.): | | ALIAS/NOMBRE DE SOLTERA: |
| FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA): | SEXO: | *RAZA: | SSN |

| | | | |
|-----------------------------------|---|--------|--------------------------|
| RELACIÓN: | NOMBRE COMPLETO (INCLUYA EL NOMBRE, LA INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE, EL APELLIDO, SUFIJO-JR./SR./ETC.): | | ALIAS/NOMBRE DE SOLTERA: |
| FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA): | SEXO: | *RAZA: | SSN |

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

1. Negro o afroamericano 2. Asiático 3. Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico 4. Indígena norteamericano o nativo de Alaska 5. Blanco 6. Otro _____

Condición militar Revise cualquier información impresa a continuación. Si esta información es incorrecta, táchela y escriba la información correcta.

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: |
|--------------------------------|-----------------------|---------------------|------------------|

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 solicitud de inscripción de electores, podemos ayudarle. 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 a 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 __/__/__ |

Si actualmente recibe o recibió en el pasado servicios, asistencia y cuidado a largo plazo, ¿cómo se pagaban sus gastos?

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

Información sobre el seguro de salud (Incluye seguro para cuidado a largo plazo) Revise cualquier información impresa a continuación. Si esta información es incorrecta, táchela y escriba la información correcta.

| ¿A quién cubre? | Compañía de seguros | Número De Póliza | Prima | Frecuencia de pago |
|-----------------|---------------------|------------------|-------|--------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Información de recursos del Solicitante y Cónyuge.

Revise cualquier información impresa a continuación. Si esta información es incorrecta, táchela y escriba la información correcta. Agregue otra hoja si necesita más espacio. Indique el número de la pregunta que esté respondiendo en las páginas adicionales.

A. Inmuebles Ninguno

| | | | | |
|---|---|--------------|---|--|
| UBICACIÓN: | DUEÑO: | 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? | ¿PLANEA REGRESAR A LA PROPIEDAD? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO | | ¿TIENE OTRA PROPIEDAD? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO | |
| ¿LA PROPIEDAD ESTÁ EN VENTA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO | SI ESTÁ EN VENTA, INDICAR EL NOMBRE Y TELÉFONO DEL AGENTE INMOBILIARIO: (NO OLVIDE INFORMARNOS SOBRE LA VENTA DE LA PROPIEDAD.) | | | FECHA EN QUE SE PUSO EN VENTA: |

| | | | | |
|---|---|--------------|---|--|
| UBICACIÓN: | DUEÑO: | 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? | ¿PLANEA REGRESAR A LA PROPIEDAD? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO | | ¿TIENE OTRA PROPIEDAD? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO | |
| ¿LA PROPIEDAD ESTÁ EN VENTA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO | SI ESTÁ EN VENTA, INDICAR EL NOMBRE Y TELÉFONO DEL AGENTE INMOBILIARIO: (NO OLVIDE INFORMARNOS SOBRE LA VENTA DE LA PROPIEDAD.) | | | FECHA EN QUE SE PUSO EN VENTA: |

B. Casa móvil Ninguno

| | | | | |
|---|---|--------------|---|--|
| UBICACIÓN: | DUEÑO: | VALOR: \$ | ¿GENERA INGRESOS?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO | ¿ES SU RESIDENCIA?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO |
| AÑO Y MODELO: | ¿QUIÉN VIVE EN LA CASA MÓVIL? | | | |
| ¿LA PROPIEDAD ESTÁ EN VENTA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO | SI ESTÁ EN VENTA, INDICAR EL NOMBRE Y TELÉFONO DEL AGENTE INMOBILIARIO: (NO OLVIDE INFORMARNOS SOBRE LA VENTA DE LA PROPIEDAD.) | | | FECHA EN QUE SE PUSO EN VENTA: |

C. Arreglos funerarios Ninguno

| | | |
|--|---|-----------------------------|
| DUEÑO: | NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO/BANCO: | NÚMEROS DE CUENTA: |
| CASA 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: |

| | | |
|--|---|-----------------------------|
| DUEÑO: | NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO/BANCO: | NÚMEROS DE CUENTA: |
| CASA 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

Revise cualquier información impresa a continuación. Si esta información es incorrecta, táchela y escriba la información correcta.

| Titular del seguro | Nombre de la compañía | Número de póliza | Valor nominal | Valor en efectivo actual | Beneficiario |
|--------------------|-----------------------|------------------|---------------|--------------------------|--------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

E. Automóviles, vehículos recreativos, camiones, motocicletas Ninguno

Revise cualquier información impresa a continuación. Si esta información es incorrecta, táchela y escriba la información correcta.

| Nombre de los dueños | Año, marca, modelo | ¿Matrícula? | Número de placa | Cantidad adeudada | Porcentaje de participación | Comentarios |
|----------------------|--------------------|--|-----------------|-------------------|-----------------------------|-------------|
| | | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | | | | |

F. Otros Recursos Ninguno

Revise cualquier información impresa a continuación. Si esta información es incorrecta, táchela y escriba la información correcta. Los recursos incluyen: cuentas bancarias (entre ellos, cuentas de cheques, ahorros, ahorros para vacaciones); certificados de depósito (CD); planes de jubilación (entre ellos, IRA, KEOGH); acciones; bonos (entre ellos, bonos de ahorro de los EE. UU.); anualidades; fideicomisos; fondos mutuos y dinero en efectivo.

| Nombre del propietario | Recurso | Valor actual | Nombre del banco / número de cuenta | Porcentaje de participación | Comentarios |
|------------------------|---------|--------------|-------------------------------------|-----------------------------|-------------|
| | | \$ | | | |
| | | \$ | | | |
| | | \$ | | | |
| | | \$ | | | |
| | | \$ | | | |
| | | \$ | | | |
| | | \$ | | | |
| | | \$ | | | |
| | | \$ | | | |

¿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 |
|---------------------|---|------------------------------------|

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

| Titulares de la cuenta | Titulares de la cuenta | Ubicación | Número de cuenta | Fecha de cierre |
|------------------------|------------------------|-----------|------------------|-----------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

¿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: (Añada otra hoja, si es necesario) _____

| | |
|-----------------|--------------------------------|
| CANTIDAD: \$ | FECHA EN QUE SE ESPERA COBRAR: |
|-----------------|--------------------------------|

Información de ingresos del Solicitante, Cónyuge o Dependientes Revise cualquier información impresa a continuación. Si esta información es incorrecta, táchela y escriba la información correcta. Agregue otra hoja si necesita más espacio. Indique el número de la pregunta que esté respondiendo en las páginas adicionales.

Enumere todos los ingresos de su hogar que incluyan, entre otros: ingresos devengados (salario, trabajo por cuenta propia, dinero proveniente de inmuebles que da en alquiler, dinero que le pagan a usted por dar alojamiento y comida, comisiones, etc.) e ingresos no devengados (pensiones, beneficios para veteranos del Ejército de los EE. UU., beneficios de Seguridad Social, compensación por desempleo, compensación a trabajadores, pagos por enfermedad pulmonar minera, beneficios por enfermedad, pagos por fideicomisos o anualidades, manutención o pensión alimenticia, dividendos o intereses, etc.)

| ¿Quién percibe este ingreso? | Tipo de ingreso | Fuente de ingresos | Frecuencia (semanal, quincenal, mensual, anual) | Promedio de horas trabajadas por semana: | Monto bruto (monto de los ingresos antes de impuestos y deducciones) | Comentarios |
|------------------------------|-----------------|--------------------|---|--|--|-------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

| | |
|---|------------|
| ¿A quién se envían los cheques? (Curador, representante beneficiario del pago): | Dirección: |
|---|------------|

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 desagües |
| \$ | Seguro de la propiedad - cantidad anual | \$ | Recolección de basura |

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

Sus derechos y responsabilidades

Lea la siguiente información sobre sus derechos y responsabilidades:

DERECHO A LA NO DISCRIMINACIÓN

Se prohíbe a esta institución discriminar sobre la base de raza, color, nacionalidad, discapacidad, edad, sexo y, en algunos casos, creencias religiosas o políticas.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación relacionada con un programa que recibe asistencia financiera federal a través del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (HHS, por sus siglas en inglés), escriba a: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, o llame al (202) 619-0403 (voz) o al (800) 537-7697 (sistema TTY).

Esta institución es un proveedor y empleador de oportunidades igualitarias.

DERECHO A LA CONFIDENCIALIDAD

Mantendremos la confidencialidad de su información. Se utilizará solamente para determinar los programas en los que pueda participar según su elegibilidad. Cuando se le solicite, la oficina de asistencia del condado (por sus siglas en inglés, CAO) deberá proporcionarles a los agentes de policía federales, estatales y locales la dirección, el número de Seguro Social (por sus siglas en inglés, SSN) y la fotografía (si estuviera disponible) de cualquier persona que esté fugada para evitar acciones legales, arresto o confinamiento por haber cometido un delito grave o violado la libertad bajo palabra o condicional. Toda persona que intencionalmente viole cualquiera de las reglas y reglamentos de este departamento será culpable de una infracción menor y, una vez definida la condena, será sentenciada a pagar una multa que no excederá los cien dólares (\$100) o a una pena de prisión por un período que no excederá los seis meses, o ambos (Título 62 de la Ley Estatal de Pennsylvania [por sus siglas en inglés, P.S.], sección 483).

DERECHO A UNA NOTIFICACIÓN ESCRITA

Le entregaremos una notificación escrita para explicarle sus beneficios. Si denegamos, cambiamos, suspendemos o interrumpimos los beneficios, le entregaremos una explicación escrita de los motivos. Usted tiene 30 días desde la fecha de la notificación para solicitar una audiencia.

DERECHO DE APELACIÓN

Usted tiene derecho a solicitar una audiencia del Departamento de Servicios Humanos (por sus siglas en inglés, DHS) para apelar una decisión que usted considere injusta o incorrecta, o si el DHS no toma medidas con relación a su solicitud de beneficios. Puede presentar la apelación ante la CAO. Si interpone una apelación, también puede solicitar una conferencia con la agencia antes de la audiencia. En la audiencia, usted puede representarse a sí mismo o puede representarlo otra persona, tal como un abogado, amigo o familiar.

DERECHO A PRESENTAR UNA PETICIÓN DE CAUSA JUSTIFICADA

Si usted solicita beneficios de Asistencia Médica (MA) o Monetaria, la ley exige que coopere para establecer la paternidad y obtener manutención de menores. Es posible que usted sea eximido de estos requisitos si demuestra que su cumplimiento puede ser peligroso para usted y/o sus hijos. Esto se denomina causa justificada. A menos que se establezca una exención porque tiene causa justificada, usted deberá cumplir los requisitos de empleo y capacitación. También deberá cumplir los requisitos de reportes semestrales, a menos que se le otorgue exención por causa justificada.

RECUPERACIÓN DEL PATRIMONIO

Si tiene 55 años de edad o más y recibe asistencia médica para pagar servicios de un hogar de ancianos/personas convalecientes, 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.

DERECHO A RECIBIR UN CERTIFICADO DE COBERTURA ACREDITADA

Las leyes federales limitan cuándo la cobertura de salud puede ser denegada o limitada por una condición preexistente. Si usted se inscribe en un plan de salud grupal que excluya el tratamiento para una enfermedad que ya tenía, se le puede acreditar el tiempo en el que recibió cobertura de MA. Es posible que esto le ayude a obtener cobertura. Comuníquese con su trabajador social para solicitar este certificado.

RESPONSABILIDAD DE PROPORCIONAR INFORMACIÓN

Debe proporcionar información verdadera, correcta y completa. Debe ayudar con la verificación de la información que brinde. Es posible que se denieguen los beneficios si usted no proporciona ciertos comprobantes. Si no puede presentar comprobantes, debe pedirle a la CAO que le ayude a obtenerlos. Si el DHS o la Oficina del Inspector General se comunican con usted, debe cooperar plenamente con esas personas o investigadores. Si tiene 55 años de edad o más y recibe beneficios de MA para pagar servicios de un hogar de ancianos/personas convalecientes, servicios en el hogar y en la comunidad a través de un programa de exención (en inglés, waiver) y cualquier otro servicio de medicamentos recetados y servicios hospitalarios, se le podrá exigir que reintegre el costo de dichos servicios con su patrimonio de sucesión. Si está solicitando asistencia monetaria, es posible que deba firmar un acuerdo para reintegrar los beneficios que usted, su cónyuge y sus hijos hayan recibido.

RESPONSABILIDAD DE PROPORCIONAR LOS NÚMEROS DE SEGURO SOCIAL

Para recibir beneficios de MA, usted debe proporcionar el SSN de cada persona para la que solicite dichos beneficios. Si no tuviera un SSN, debe solicitarlo. Es posible que no se le otorguen los beneficios si no proporciona un SSN. Su SSN será utilizado para verificar la identidad, para hacer comparaciones mediante programas de computadora a fin de verificar ingresos y recursos, así como para evitar la duplicación de beneficios estatales y federales. Si un extranjero solicita solamente MA en caso de emergencia, no deberá proporcionar un SSN (Título 42 del Código de los Estados Unidos [por sus siglas en inglés, U.S.C.] 1320b-7).

RESPONSABILIDAD DE USAR LA TARJETA PA ACCESS DE MANERA LEGAL

Una vez que se determine su aprobación para recibir los beneficios, usted recibirá una tarjeta PA ACCESS que podrá ser usada solamente por la persona que es aprobada y únicamente durante el período de aprobación. Podrá usar la tarjeta solamente para aquellos servicios que sean necesarios y razonables.

RESPONSABILIDAD DE INFORMAR CAMBIOS

Si cumple los requisitos para recibir los beneficios, deberá informar los cambios en su situación particular a su trabajador social o al Centro de Servicio al Cliente. Los cambios que deben informarse incluyen, por ejemplo, si una persona viene a vivir a su hogar o se muda de él, si usted/ el grupo familiar tiene una nueva dirección, si una persona tiene un nuevo empleo, si alguien pierde el empleo, si nace un niño o si existen nuevas fuentes de ingresos o se producen cambios en éstos. Su trabajador social y las notificaciones que usted reciba cubrirán los detalles específicos de acuerdo con los programas y beneficios para los cuales usted tiene derecho. Si no informa los cambios según los lineamientos del programa, usted podría perder los beneficios, recibir sanciones o enfrentar acciones penales o civiles. Puede informarle los cambios a la CAO personalmente; por teléfono, fax o correo postal; o a través de su cuenta COMPASS. También puede informar los cambios al Centro de Servicio al Cliente al 1-877-395-8930, o para el área de Philadelphia al 1-215-560-7226, en cualquier momento.

Entendiendo sus derechos y responsabilidades

Al firmar este formulario:

- 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 (también llamados "recursos") 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.
- Entiendo que puedo designar a un representante autorizado por medio de llenar la sección Representante autorizado y enviarla con esta solicitud.
- Entiendo y acepto que soy responsable de cualquier declaración fraudulenta hecha en esta solicitud, aun cuando la solicitud sea presentada por alguien que actúe en mi nombre.
- Entiendo que 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.
- Recibí una copia de mis derechos y responsabilidades, los leí o alguien me los ha leído, y los comprendo.
- Entiendo que la información ingresada en esta solicitud será confidencial y utilizada únicamente para administrar los beneficios. Autorizo la divulgación de la información personal, económica y médica con el propósito de determinar la elegibilidad.
- Entiendo que, para cualquier cambio que esté obligado a informar, deberé hacerlo dentro de los 10 días en que se produzca el cambio.
- Entiendo que recibiré una notificación por escrito donde se expliquen los beneficios. Si se deniegan, cambian, suspenden o interrumpen los beneficios, la notificación por escrito explicará los motivos.
- Entiendo que tendré 30 días desde la fecha de la notificación para solicitar una audiencia si no estoy de acuerdo con la decisión tomada con respecto a esta solicitud.
- Entiendo que mi situación está sujeta a verificación por parte de empleadores, fuentes financieras y terceros.
- Entiendo que los solicitantes deben proporcionar su número de Seguro Social o solicitar uno si no lo tienen. Este número puede ser utilizado para verificar la información ingresada en esta solicitud.
- Entiendo que debo utilizar la tarjeta PA ACCESS, únicamente durante el período en que soy elegible. Debo usar la tarjeta PA ACCESS únicamente para la persona que es aprobada y sólo puedo recibir los beneficios que sean necesarios y razonables.

- Entiendo que no tengo que proporcionar el número de Seguro Social de ninguna persona que no esté solicitando asistencia. Si proporciono su número de Seguro Social, podrá ser utilizado para verificar la información ingresada en esta solicitud.
- Certifico que toda la información ingresada es verídica bajo pena de falso testimonio (criminal).
- Entiendo que tengo derecho a recibir un certificado de cobertura acreditable para verificar mi cobertura médica. Las leyes federales limitan cuándo la cobertura de salud puede ser denegada o limitada por una condición preexistente. Si me inscribo en un plan de salud grupal que tenga una cláusula de condición preexistente, puedo obtener crédito por el período de tiempo en el que recibí Asistencia Médica.
- Entiendo que, si se determina que soy elegible para recibir Asistencia Médica, será colocado en el paquete de beneficios de atención médica más completo disponible para mí. Entiendo que se me puede requerir que me inscriba en un plan de salud. Entiendo que la inscripción en un plan de salud puede ser gratuita o de bajo costo para mí, porque el Departamento paga una cuota mensual al plan de salud por mí. Entiendo que la cuota mensual es una cuota de capitación. Entiendo que, si recibo Asistencia Médica para la cual no soy elegible, debido a un error, fraude o cualquier otro motivo, entonces se me puede requerir que pague al Departamento todas las cuotas mensuales pagadas en mi nombre.
- Entiendo que 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.
- 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.
- Entiendo que tengo derecho a pedir ayuda a la oficina de asistencia del condado (por sus siglas en inglés, CAO) para conseguir comprobantes de los gastos, y que la CAO puede contactar a otras personas para confirmar si estoy teniendo inconvenientes para obtener alguno de los comprobantes.
- Entiendo que si algunas o todas las personas solicitantes no cumplen con los requisitos para participar en el programa de Asistencia Médica, es posible que sean aprobados para recibir beneficios federales o para consultar las opciones de asistencia de salud privada a través del Mercado de seguros médicos. En ese caso, autorizo al departamento a proporcionar mi nombre y la información contenida en esta solicitud al Mercado de seguros médicos.
- Renovación de la cobertura en años futuros:** Para facilitar la determinación de mi derecho para recibir ayuda para la cobertura médica en el futuro, acepto permitir que el Mercado de Seguros Médicos use los datos de mis ingresos, incluyendo la información de las declaraciones de impuestos. El Mercado de Seguros Médicos me enviará una notificación, me permitirá hacer los cambios necesarios y yo podré dejar de participar en cualquier momento.

Sí, acepto que se renueve mi elegibilidad automáticamente en el/los próximo(s): (marque una opción):

- Cinco años (el número máximo de años permitidos)
- Cuatro años
- Tres años
- Dos años
- Un año
- No deseo que se utilice mi información de las declaraciones de impuestos para renovar mi cobertura.

X

Firma del solicitante o representante autorizado

Fecha

IMPORTANTE: Si su hogar es elegible para SNAP/LIHEAP, usted puede recibir un formulario de consentimiento Fast Track por correo postal, el cual podría permitir que usted y los miembros de su hogar se inscriban automáticamente en Asistencia Médica.

| Nombre del representante autorizado | Dirección del representante autorizado | Número de teléfono |
|-------------------------------------|--|--------------------|
| | | |

SÓLO PARA LA CAO

I have explained to the applicant her or his rights and responsibilities.

CAO Signature

Date

ASEGÚRESE DE FIRMAR Y FECHAR ESTA SOLICITUD Y DE INCLUIR LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

Entrevista en persona con: _____

Entrevista telefónica con: _____

CAO U OPCIONES FECHA No hubo entrevista

Representante o apoderado

Complete si tiene un representante o apoderado. Se enviarán copias de las notificaciones a la persona nombrada.

| | | | | |
|---|---------|------------------------------|----------------|--|
| APELLIDO, NOMBRE, INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE: | | RELACIÓN CON EL SOLICITANTE: | | <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE |
| | | | | <input type="checkbox"/> APODERADO |
| Dirección: | CIUDAD: | ESTADO: | CÓDIGO POSTAL: | NÚMERO DE TELÉFONO: |
| | | | | |

DESEO RETIRAR MI SOLICITUD

FIRMA FECHA

Sus derechos y responsabilidades

Lea la siguiente información sobre sus derechos y responsabilidades:

DERECHO A LA NO DISCRIMINACIÓN

Se prohíbe a esta institución discriminar sobre la base de raza, color, nacionalidad, discapacidad, edad, sexo y, en algunos casos, creencias religiosas o políticas.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación relacionada con un programa que recibe asistencia financiera federal a través del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (HHS, por sus siglas en inglés), escriba a: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, o llame al (202) 619-0403 (voz) o al (800) 537-7697 (sistema TTY).

Esta institución es un proveedor y empleador de oportunidades igualitarias.

DERECHO A LA CONFIDENCIALIDAD

Mantendremos la confidencialidad de su información. Se utilizará solamente para determinar los programas en los que pueda participar según su elegibilidad. Cuando se le solicite, la oficina de asistencia del condado (por sus siglas en inglés, CAO) deberá proporcionarles a los agentes de policía federales, estatales y locales la dirección, el número de Seguro Social (por sus siglas en inglés, SSN) y la fotografía (si estuviera disponible) de cualquier persona que esté fugada para evitar acciones legales, arresto o confinamiento por haber cometido un delito grave o violado la libertad bajo palabra o condicional. Toda persona que intencionalmente viole cualquiera de las reglas y reglamentos de este departamento será culpable de una infracción menor y, una vez definida la condena, será sentenciada a pagar una multa que no excederá los cien dólares (\$100) o a una pena de prisión por un período que no excederá los seis meses, o ambos (Título 62 de la Ley Estatal de Pennsylvania [por sus siglas en inglés, P.S.], sección 483).

DERECHO A UNA NOTIFICACIÓN ESCRITA

Le entregaremos una notificación escrita para explicarle sus beneficios. Si denegamos, cambiamos, suspendemos o interrumpimos los beneficios, le entregaremos una explicación escrita de los motivos. Usted tiene 30 días desde la fecha de la notificación para solicitar una audiencia.

DERECHO DE APELACIÓN

Usted tiene derecho a solicitar una audiencia del Departamento de Servicios Humanos (por sus siglas en inglés, DHS) para apelar una decisión que usted considere injusta o incorrecta, o si el DHS no toma medidas con relación a su solicitud de beneficios. Puede presentar la apelación ante la CAO. Si interpone una apelación, también puede solicitar una conferencia con la agencia antes de la audiencia. En la audiencia, usted puede representarse a sí mismo o puede representarlo otra persona, tal como un abogado, amigo o familiar.

DERECHO A PRESENTAR UNA PETICIÓN DE CAUSA JUSTIFICADA

Si usted solicita beneficios de Asistencia Médica (MA) o Monetaria, la ley exige que coopere para establecer la paternidad y obtener manutención de menores. Es posible que usted sea eximido de estos requisitos si demuestra que su cumplimiento puede ser peligroso para usted y/o sus hijos. Esto se denomina causa justificada. A menos que se establezca una exención porque tiene causa justificada, usted deberá cumplir los requisitos de empleo y capacitación. También deberá cumplir los requisitos de reportes semestrales, a menos que se le otorgue exención por causa justificada.

RECUPERACIÓN DEL PATRIMONIO

Si tiene 55 años de edad o más y recibe asistencia médica para pagar servicios de un hogar de ancianos/personas convalecientes, 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.

DERECHO A RECIBIR UN CERTIFICADO DE COBERTURA ACREDITADA

Las leyes federales limitan cuándo la cobertura de salud puede ser denegada o limitada por una condición preexistente. Si usted se inscribe en un plan de salud grupal que excluya el tratamiento para una enfermedad que ya tenía, se le puede acreditar el tiempo en el que recibió cobertura de MA. Es posible que esto le ayude a obtener cobertura. Comuníquese con su trabajador social para solicitar este certificado.

RESPONSABILIDAD DE PROPORCIONAR INFORMACIÓN

Debe proporcionar información verdadera, correcta y completa. Debe ayudar con la verificación de la información que brinde. Es posible que se denieguen los beneficios si usted no proporciona ciertos comprobantes. Si no puede presentar comprobantes, debe pedirle a la CAO que le ayude a obtenerlos. Si el DHS o la Oficina del Inspector General se comunican con usted, debe cooperar plenamente con esas personas o investigadores. Si tiene 55 años de edad o más y recibe beneficios de MA para pagar servicios de un hogar de ancianos/personas convalecientes, servicios en el hogar y en la comunidad a través de un programa de exención (en inglés, waiver) y cualquier otro servicio de medicamentos recetados y servicios hospitalarios, se le podrá exigir que reintegre el costo de dichos servicios con su patrimonio de sucesión. Si está solicitando asistencia monetaria, es posible que deba firmar un acuerdo para reintegrar los beneficios que usted, su cónyuge y sus hijos hayan recibido.

RESPONSABILIDAD DE PROPORCIONAR LOS NÚMEROS DE SEGURO SOCIAL

Para recibir beneficios de MA, usted debe proporcionar el SSN de cada persona para la que solicite dichos beneficios. Si no tuviera un SSN, debe solicitarlo. Es posible que no se le otorguen los beneficios si no proporciona un SSN. Su SSN será utilizado para verificar la identidad, para hacer comparaciones mediante programas de computadora a fin de verificar ingresos y recursos, así como para evitar la duplicación de beneficios estatales y federales. Si un extranjero solicita solamente MA en caso de emergencia, no deberá proporcionar un SSN (Título 42 del Código de los Estados Unidos [por sus siglas en inglés, U.S.C.] 1320b-7).

RESPONSABILIDAD DE USAR LA TARJETA PA ACCESS DE MANERA LEGAL

Una vez que se determine su aprobación para recibir los beneficios, usted recibirá una tarjeta PA ACCESS que podrá ser usada solamente por la persona que es aprobada y únicamente durante el período de aprobación. Podrá usar la tarjeta solamente para aquellos servicios que sean necesarios y razonables.

RESPONSABILIDAD DE INFORMAR CAMBIOS

Si cumple los requisitos para recibir los beneficios, deberá informar los cambios en su situación particular a su trabajador social o al Centro de Servicio al Cliente. Los cambios que deben informarse incluyen, por ejemplo, si una persona viene a vivir a su hogar o se muda de él, si usted/el grupo familiar tiene una nueva dirección, si una persona tiene un nuevo empleo, si alguien pierde el empleo, si nace un niño o si existen nuevas fuentes de ingresos o se producen cambios en éstos. Su trabajador social y las notificaciones que usted reciba cubrirán los detalles específicos de acuerdo con los programas y beneficios para los cuales usted tiene derecho. Si no informa los cambios según los lineamientos del programa, usted podría perder los beneficios, recibir sanciones o enfrentar acciones penales o civiles. Puede informarle los cambios a la CAO personalmente; por teléfono, fax o correo postal; o a través de su cuenta COMPASS. También puede informar los cambios al Centro de Servicio al Cliente al 1-877-395-8930, o para el área de Philadelphia al 1-215-560-7226, en cualquier momento.

Entendiendo sus derechos y responsabilidades

Al firmar este formulario:

- 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 (también llamados "recursos") 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.
- Entiendo que puedo designar a un representante autorizado por medio de llenar la sección Representante autorizado y enviarla con esta solicitud.
- Entiendo y acepto que soy responsable de cualquier declaración fraudulenta hecha en esta solicitud, aun cuando la solicitud sea presentada por alguien que actúe en mi nombre.
- Entiendo que 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.
- Recibí una copia de mis derechos y responsabilidades, los leí o alguien me los ha leído, y los comprendo.
- Entiendo que la información ingresada en esta solicitud será confidencial y utilizada únicamente para administrar los beneficios. Autorizo la divulgación de la información personal, económica y médica con el propósito de determinar la elegibilidad.
- Entiendo que, para cualquier cambio que esté obligado a informar, deberé hacerlo dentro de los 10 días en que se produzca el cambio.
- Entiendo que recibiré una notificación por escrito donde se expliquen los beneficios. Si se deniega, cambian, suspenden o interrumpen los beneficios, la notificación por escrito explicará los motivos.
- Entiendo que tendré 30 días desde la fecha de la notificación para solicitar una audiencia si no estoy de acuerdo con la decisión tomada con respecto a esta solicitud.
- Entiendo que mi situación está sujeta a verificación por parte de empleadores, fuentes financieras y terceros.
- Entiendo que los solicitantes deben proporcionar su número de Seguro Social o solicitar uno si no lo tienen. Este número puede ser utilizado para verificar la información ingresada en esta solicitud.
- Entiendo que debo utilizar la tarjeta PA ACCESS, únicamente durante el período en que soy elegible. Debo usar la tarjeta PA ACCESS únicamente para la persona que es aprobada y sólo puedo recibir los beneficios que sean necesarios y razonables.

- Entiendo que no tengo que proporcionar el número de Seguro Social de ninguna persona que no esté solicitando asistencia. Si proporciono su número de Seguro Social, podrá ser utilizado para verificar la información ingresada en esta solicitud.
- Certifico que toda la información ingresada es verídica bajo pena de falso testimonio (criminal).
- Entiendo que tengo derecho a recibir un certificado de cobertura acreditable para verificar mi cobertura médica. Las leyes federales limitan cuándo la cobertura de salud puede ser denegada o limitada por una condición preexistente. Si me inscribo en un plan de salud grupal que tenga una cláusula de condición preexistente, puedo obtener crédito por el período de tiempo en el que recibí Asistencia Médica.
- Entiendo que, si se determina que soy elegible para recibir Asistencia Médica, será colocado en el paquete de beneficios de atención médica más completo disponible para mí. Entiendo que se me puede requerir que me inscriba en un plan de salud. Entiendo que la inscripción en un plan de salud puede ser gratuita o de bajo costo para mí, porque el Departamento paga una cuota mensual al plan de salud por mí. Entiendo que la cuota mensual es una cuota de capitación. Entiendo que, si recibo Asistencia Médica para la cual no soy elegible, debido a un error, fraude o cualquier otro motivo, entonces se me puede requerir que pague al Departamento todas las cuotas mensuales pagadas en mi nombre.
- Entiendo que 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.
- 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.
- Entiendo que tengo derecho a pedir ayuda a la oficina de asistencia del condado (por sus siglas en inglés, CAO) para conseguir comprobantes de los gastos, y que la CAO puede contactar a otras personas para confirmar si estoy teniendo inconvenientes para obtener alguno de los comprobantes.
- Entiendo que si algunas o todas las personas solicitantes no cumplen con los requisitos para participar en el programa de Asistencia Médica, es posible que sean aprobados para recibir beneficios federales o para consultar las opciones de asistencia de salud privada a través del Mercado de seguros médicos. En ese caso, autorizo al departamento a proporcionar mi nombre y la información contenida en esta solicitud al Mercado de seguros médicos.
- **Renovación de la cobertura en años futuros:** Para facilitar la determinación de mi derecho para recibir ayuda para la cobertura médica en el futuro, acepto permitir que el Mercado de Seguros Médicos use los datos de mis ingresos, incluyendo la información de las declaraciones de impuestos. El Mercado de Seguros Médicos me enviará una notificación, me permitirá hacer los cambios necesarios y yo podré dejar de participar en cualquier momento.

Sí, acepto que se renueve mi elegibilidad automáticamente en el/los próximo(s): (marque una opción):

- Cinco años (el número máximo de años permitidos)
- Cuatro años
- Tres años
- Dos años
- Un año
- No deseo que se utilice mi información de las declaraciones de impuestos para renovar mi cobertura.