



Pennsylvania

Department of Human Services

Solicitud de elegibilidad financiera de Asistencia Médica (Medicaid) para cuidados a largo plazo, apoyos y servicios

Marque las opciones para las que presenta la solicitud:

- ☐ Atención en un centro
- ☐ Servicios de Exención en el Hogar y la Comunidad - Tipo/Nombre de la Exención/Servicio: _____
- ☐ Otro: _____

- Lea todo el formulario.
- Escriba en letra de imprenta la información solicitada en las secciones sin sombread.
- Si necesita ayuda, otra persona puede ayudarle o puede recibir ayuda de su oficina de asistencia del condado.
- Revise toda la información que aparece impresa en este formulario. Si alguna información es incorrecta o ha cambiado, tache la información escrita y proporcione información actualizada. Revise todas las preguntas que no tengan una respuesta ya incluida y proporcione una respuesta a menos que las instrucciones digan que puede elegir no responder.

Usted o cualquier representante que elija puede completar esta solicitud. Su representante puede ser su cónyuge, un amigo, un familiar, una persona que tenga un poder o su proveedor médico. Debe ser alguien que usted conozca y que pueda proporcionar información sobre sus ingresos y recursos. Si está casado/a, la información en algunas secciones debe ser completada por usted y su cónyuge.

Una vez completado el formulario, llévelo usted mismo(a), haga que alguien lo lleve o envíelo por correo postal a la oficina de asistencia del condado, a menos que se le indique otra cosa.

La oficina de asistencia del condado le dirá si se necesita una entrevista. Necesitará añadir una copia de su comprobante de identidad así como constancias de otra información al formulario a menos que ya tengamos la información en nuestros registros. Si necesita ayuda para conseguir información, pídale ayuda a la oficina de asistencia del condado. Debe adjuntar los documentos a este formulario.

Las personas que hayan cedido bienes (ingresos o recursos) en los últimos 60 meses, o que hayan constituido o transferido bienes a un fideicomiso en los últimos 60 meses previos a la solicitud de Asistencia Médica para cuidados a largo plazo, apoyos y servicios, podrían no ser elegibles para recibir los beneficios. Debido a este requisito, es posible que deba presentar comprobantes de los bienes que poseía durante los últimos 60 meses, aunque ya no los tenga en su poder. Utilizaremos su número de Seguro Social para obtener información sobre sus activos correspondientes a los 60 meses anteriores a su solicitud.

Si la información está completa y ha proporcionado los comprobantes necesarios (junto con este formulario, si es posible), la oficina de asistencia del condado le notificará, en un plazo de 30 días a partir de la recepción de su solicitud, si es elegible, no es elegible o si se necesita 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.

នេះជាពាក្យដាក់សុំអត្ថប្រយោជន៍សំបុត្រពេទ្យ។
បើលោកអ្នកត្រូវការជំនួយបកប្រែ
សូមទាក់ទងទៅការិយាល័យដែលស្ថិតនៅតាមតំបន់របស់លោកអ្នក។
ការបកប្រែនិងផ្តល់

NO RELLENAR - SOLO PARA USO POR PARTE 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 RELLENAR - SOLO PARA USO POR PARTE 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
☐ AUTHORIZED REASON					CATEGORY	
☐ NOT AUTHORIZED REASON					DATE	

Comenzar

What language do you prefer? ¿Qué idioma prefiere utilizar? ☐ 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 relacionada con usted, el solicitante. Denos información sobre usted. Revise toda la información que aparece impresa a continuación. Si dicha información es incorrecta, táchela y escriba la información correcta.

NOMBRE (INCLUYA EL NOMBRE, INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE, APELLI- DO, SUFJO-JR./SR./ETC.):		NUMERO DE SEGURO SOCIAL:	FECHA DE NACIMIENTO (MM/ DD/AAAA):	SEXO: ☐ MASCULINO ☐ FEMENINO
ESTADO CIVIL: ☐ SOLTERO/A ☐ SEPARADO/A ☐ CASADO/A ☐ DIVORCIADO/A ☐ VIUDO/A SI ESTÁ SEPARADO/A, COMPLETE LA SECCIÓN DE RELACIÓN PARA EL/LA CÓNYUGE DEL QUE SE HA SEPARADO. SI MARCÓ VIUDO/A, ¿CUÁL FUE LA FECHA DE DEFUNCIÓN DE SU CÓNYUGE?			SI MARCÓ SEPARADO/A, ¿CUÁL FUE LA FECHA DE SEPARACIÓN? ¿NOMBRE DEL CÓNYUGE?	
RAZA (OPCIONAL) (MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN): ☐ NEGRA O AFROAMERICANA ☐ ASIÁTICA ☐ NATIVA DE HAWAII O DE UNA ISLA DEL PACÍFICO ☐ AMERINDIA (NATIVA AMERICANA) O NATIVA DE ALASKA ☐ BLANCA ☐ OTRA _____				
DIRECCIÓN ACTUAL (SI SE ENCUENTRA VIVIENDO EN UNA INSTITUCIÓN, USE LA DIRECCIÓN DE DICHO CENTRO):		NÚMERO DE TELÉFONO:	FECHA EN LA QUE SE MUDÓ A ESTA DIRECCIÓN:	
MUNICIPIO:	DISTRITO ESCOLAR:	DIRECCIÓN ANTERIOR (SI SE TRATA DE UNA INSTITUCIÓN, ESCRIBA SU DOMICILIO PARTICULAR. SI ESTÁ CASADO/A, PROPORCIONE LA DIRECCIÓN DE SU CÓNYUGE):		
¿ALGUNA VEZ HA SOLICITADO O RECIBIDO BENEFICIOS EN EFECTIVO O MÉDICOS, O HA PARTICIPADO EN EL PROGRAMA DE ASISTENCIA NUTRICIONAL SUPLEMENTARIA (SNAP), ANTERIORMENTE CONOCIDO COMO CUPONES DE ALIMENTOS, EN OTRO CONDADO DE PENNSIL				

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

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?: ☐ Sí ☐ NO	¿ES SU RESIDENCIA?: ☐ Sí ☐ NO
¿QUIÉN VIVE EN LA PROPIEDAD?		¿PLANEA REGRESAR A LA PROPIEDAD? ☐ Sí ☐ NO		¿TIENE OTRA PROPIEDAD? ☐ Sí ☐ NO
¿LA PROPIEDAD ESTÁ EN VENTA? ☐ Sí ☐ 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?: ☐ Sí ☐ NO	¿ES SU RESIDENCIA?: ☐ Sí ☐ NO
¿QUIÉN VIVE EN LA PROPIEDAD?		¿PLANEA REGRESAR A LA PROPIEDAD? ☐ Sí ☐ NO		¿TIENE OTRA PROPIEDAD? ☐ Sí ☐ NO
¿LA PROPIEDAD ESTÁ EN VENTA? ☐ Sí ☐ 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?: ☐ Sí ☐ NO	¿ES SU RESIDENCIA?: ☐ Sí ☐ NO
AÑO Y MODELO:		¿QUIÉN VIVE EN LA CASA MÓVIL?		
¿LA PROPIEDAD ESTÁ EN VENTA? ☐ Sí ☐ 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? ☐ SÍ ☐ NO	¿SE PUEDE RETIRAR INTERÉS? ☐ SÍ ☐ NO	
¿TIENE ALGUNA PARCELA DE CEMENTERIO? ☐ SÍ ☐ 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? ☐ SÍ ☐ NO	¿SE PUEDE RETIRAR INTERÉS? ☐ SÍ ☐ NO	
¿TIENE ALGUNA PARCELA DE CEMENTERIO? ☐ SÍ ☐ 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
		☐ SÍ ☐ NO				
		☐ SÍ ☐ NO				
		☐ SÍ ☐ NO				
		☐ SÍ ☐ NO				
		☐ SÍ ☐ NO				
		☐ SÍ ☐ 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, ganancias de lotería/juegos de azar, 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

Derechos y responsabilidades Lea sobre sus derechos y responsabilidades:

DERECHO A NO SER DISCRIMINADO

Esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, discapacidad, edad, sexo y, en algunos casos, religión o creencias políticas.

Las personas con discapacidades que necesitan medios alternativos de comunicación para la información del programa (p. ej., braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano, etc.) deben comunicarse con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidades del habla pueden ponerse en contacto con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión llamando al (800) 877-8339. Asimismo, se podrá entregar información del programa en otros idiomas, además del inglés.

Para presentar una queja de discriminación respecto de un programa que recibe asistencia financiera federal por medio del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de los EE. UU., 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 (TTY).

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

DERECHO A LA CONFIDENCIALIDAD

Mantendremos la privacidad de su información. Solo se utilizará para decidir para qué programas es usted elegible. La Oficina de Asistencia del Condado (CAO), cuando se le solicite, debe proporcionar a los agentes de policía a nivel federal, estatal o local la dirección, el número de Seguro Social (SSN) y la fotografía (si está disponible) de una persona que se fuga para evitar su procesamiento judicial, o custodia o reclusión por un delito grave, o por violar la libertad condicional o bajo palabra. Toda persona que, a sabiendas, viole cualquiera de las normas y regulaciones de este departamento será culpable de un delito menor y, tras ser condenada, será sentenciada a pagar una multa que no exceda los cien dólares (\$100), o a cumplir una pena en prisión que no exceda los seis meses, o ambas sanciones (62 P.S. sección 483).

DERECHO A RECIBIR UN AVISO POR ESCRITO

Le daremos un aviso por escrito explicándole sus beneficios. Si denegamos, modificamos, suspendemos o cancelamos las prestaciones, le daremos una explicación por escrito del motivo. Tiene 30 días a partir de la fecha de envío del aviso para solicitar una audiencia.

DERECHO A APELAR

Tiene derecho a solicitar una audiencia del Departamento de Servicios Humanos (DHS) para apelar una decisión si considera que es injusta o incorrecta, o si el DHS no actúa en relación con su solicitud de beneficios. Puede presentar la apelación ante la CAO. Si apela, también puede solicitar una conversación con un representante del organismo antes de la audiencia. En la audiencia puede representarse usted mismo(a) u otra persona, como un abogado, amigo o familiar puede representarlo.

DERECHO A ALEGAR CAUSA JUSTIFICADA

Si presenta una solicitud para recibir beneficios de efectivo o Asistencia Médica, la ley exige que coopere para establecer la paternidad y obtener manutención. Puede quedar exento de estos requisitos si demuestra que esto podría ser peligroso para usted y/o sus hijos. Esto se conoce como causa justificada. A menos que se establezca una exención por causa justificada, deberá cumplir con los requisitos de empleo y capacitación. Además, deberá cumplir con los requisitos de informes semestrales, a menos que se conceda una causa justificada.

RECUPERACIÓN DE BIENES

Si tiene 55 años o más y recibe Asistencia Médica para pagar por los servicios de un centro o institución que brinda atención de enfermería, servicios de exención basados en el hogar y la comunidad y cualquier servicio relacionado de hospital y medicamentos recetados, se le exigirá reembolsar el costo de estos servicios con cargo a su patrimonio. Puede

llamar al Programa de Recuperación de Bienes de Asistencia Médica al 1-800-528-3708.

DERECHO AL CERTIFICADO DE COBERTURA ACREDITABLE

La ley federal limita en qué casos puede denegarse o restringirse la cobertura médica debido a una enfermedad preexistente. Si se inscribe en un plan de salud colectivo que excluye el tratamiento para una enfermedad que usted ya tenía, puede obtener crédito por el tiempo que haya recibido Asistencia Médica. Esto podría ayudarlo a obtener cobertura. Comuníquese con el trabajador del caso para solicitar este certificado.

RESPONSABILIDAD DE PROPORCIONAR INFORMACIÓN

Debe proporcionar información verdadera, correcta y completa. Debe ayudar a comprobar la información que proporciona. Si no proporciona ciertas pruebas, es posible que se le denieguen los beneficios. Si no puede proporcionar comprobantes o evidencia, debe pedirle ayuda a la CAO para obtenerlas. Si el DHS o la Oficina del Inspector General del Estado se comunica con usted, debe cooperar plenamente con esas personas o investigadores. Si tiene 55 años o más y recibe Asistencia Médica para pagar los servicios de un centro o institución que brinda atención de enfermería, servicios de exención basados en el hogar y la comunidad y cualquier servicio relacionado de hospital y medicamentos recetados, es posible que se le exija reembolsar el costo de estos servicios con cargo a su patrimonio. Si presentó una solicitud para recibir asistencia en efectivo, es posible que deba firmar un acuerdo para reembolsar los beneficios que usted, su cónyuge y sus hijos hayan recibido.

RESPONSABILIDAD DE PROPORCIONAR LOS NÚMEROS DE SEGURO SOCIAL

Para recibir beneficios de Asistencia Médica, debe proporcionar el SSN de cada persona para la que esté presentando una solicitud. Si no tiene un SSN, debe solicitar uno. Si no proporciona el SSN, es posible que no pueda recibir las prestaciones. Si está casado/a, puede decidir si quiere proporcionar el número de seguro social (SSN) de su cónyuge, en caso de que él o ella no presente una solicitud. Los SSN proporcionados se utilizarán para verificar la identidad, realizar comparaciones electrónicas que confirmen ingresos y recursos y evitar la duplicación de beneficios estatales y federales. Proporcionar los SSN puede reducir el tiempo necesario para tramitar los beneficios. Una persona no ciudadana que solicita únicamente Asistencia médica de emergencia no está obligada a proporcionar el SSN.

RESPONSABILIDAD DE USAR LA TARJETA PA ACCESS LEGALMENTE

Una vez que sea elegible para recibir los beneficios, recibirá una tarjeta PA ACCESS. Dicha tarjeta solo puede ser utilizada por la persona que es elegible y únicamente durante el periodo de elegibilidad. Solamente puede utilizar la tarjeta para los servicios que son necesarios y razonables.

RESPONSABILIDAD DE INFORMAR CAMBIOS

Si reúne los requisitos para obtener beneficios, tiene la obligación de informar los cambios en sus circunstancias al trabajador del caso o al Centro de Atención al Cliente. Los tipos de cambios que deben informarse incluyen: personas que abandonan o se mudan al hogar, una nueva dirección, un miembro del hogar obtiene un nuevo empleo, si alguien pierde su empleo, el nacimiento de un hijo, nuevas fuente de ingresos o cambios en los ingresos, y ganancias de lotería o juegos de azar. Su trabajador del caso y los avisos que reciba le darán información específica en función de los programas y beneficios para los que sea elegible. No informar los cambios que se indican en las normas del programa puede dar lugar a la pérdida de beneficios, sanciones o cargos civiles o penales. Puede informar los cambios a la CAO en persona, por teléfono, por fax, por correo electrónico o mediante una cuenta de MyCOMPASS. También puede informar los cambios al Centro de Atención al Cliente al 1-877-395-8930, o para Filadelfia, llamar al 1-215-560-7226 en cualquier momento.

Entender sus derechos y responsabilidades

Al momento de firmar este formulario:

- Entiendo que Pensilvania recibe información del Sistema de Verificación de Elegibilidad e Ingresos (IEVS), instituciones financieras, informes de consumidores y agencias estatales y federales para comprobar la información que les proporciono. La información disponible a través del IEVS y otras entidades será solicitada, utilizada y podrá ser verificada a través de contactos colaterales si la agencia estatal encuentra detalles contradictorios, y dicha información podría afectar la elegibilidad y el nivel de beneficios de mi hogar.
- Entiendo que, al firmar esta solicitud, estoy autorizando a cualquier institución financiera a divulgar, mediante medios electrónicos o cualquier otro medio disponible, toda la información financiera que tenga dicha institución, al Departamento de Servicios Humanos o su agente o proveedor designados con el objetivo de identificar y verificar los recursos (también llamados "activos") cuando sea necesario para determinar y volver a determinar la elegibilidad para recibir Asistencia Médica. Entiendo que la información financiera incluye depósitos, retiros, cierres de cuentas y otra información pertinente solicitada o recibida de la institución financiera, incluidas otras transacciones realizadas por la institución financiera con respecto a la cuenta o el activo. Entiendo que esta autorización estará vigente hasta que se deniegue o finalice la elegibilidad para recibir Asistencia médica, o si decido revocarla mediante notificación por escrito al Departamento, lo que ocurra primero. Comprendo que si revoco esta autorización, eso puede hacer que yo o mi unidad familiar dejemos de reunir los requisitos para recibir Asistencia médica.
- Entiendo que si tergiverso, oculto o retengo datos que puedan afectar mi derecho a recibir beneficios, se me podrá exigir que los devuelva y se me podrá procesar e inhabilitar para recibir determinadas prestaciones a futuro.
- Entiendo que puedo designar a un representante u otorgar un poder al completar la sección Representante o poder.
- Entiendo y acepto que soy responsable de cualquier declaración fraudulenta realizada en esta solicitud, incluso si la solicitud es presentada por alguien que actúa en mi nombre.
- Entiendo que cualquier persona enriquecida como resultado de una transferencia de activos o ingresos, que hubiera afectado mi elegibilidad, será responsable del reembolso de esos beneficios asignados de forma incorrecta.
- He recibido una copia de mis derechos y responsabilidades, los he leído o alguien me los ha leído y los entiendo.
- Entiendo que la información introducida en esta solicitud se mantendrá confidencial y con el único fin de administrar los beneficios. Autorizo la divulgación de mi información personal y de salud a efectos de determinar mi elegibilidad.
- Entiendo que cualquier cambio que esté obligado a reportar debe informarse dentro de los 10 días del cambio.
- Entiendo que estoy obligado a declarar cualquier ganancia de lotería y juegos de azar.
- Entiendo que recibiré una notificación por escrito en la que se me explicarán los beneficios. Si los beneficios se deniegan, cambian, suspenden o cancelan, el aviso por escrito explicará el motivo.
- Entiendo que dispondré de 30 días a partir de la fecha de la notificación para solicitar una audiencia si no estoy de acuerdo con la decisión tomada sobre esta solicitud.
- Entiendo que mi situación está sujeta a verificación por parte de empleadores, fuentes financieras y otros terceros.
- Entiendo que los solicitantes deben proporcionar su número de seguro social o solicitar uno si no lo tienen. Este número puede utilizarse para comprobar la información de esta solicitud.
- Entiendo que debo utilizar la tarjeta PA ACCESS únicamente durante el período en que sea elegible. Debo usar la tarjeta PA ACCESS solo para la persona que es elegible y solamente puedo obtener 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, se podrá utilizar para comprobar la información de

esta solicitud. Proporcionar su número de Seguro Social puede ampliar mis beneficios y disminuir el periodo de tiempo hasta recibirlos.

- Certifico que toda la información que he introducido es verdadera bajo pena de perjurio.
- Entiendo que tengo derecho a un certificado de cobertura acreditable para verificar mi cobertura médica. La legislación federal limita los casos en los que se puede denegar o limitar la cobertura de atención médica por una enfermedad preexistente. Si me inscribo en un plan de salud colectivo que tenga una cláusula de enfermedades preexistentes, puedo obtener crédito por el tiempo que haya recibido Asistencia médica.
- Entiendo que si se determina que soy elegible para recibir Asistencia médica, me asignarán el paquete de beneficios de atención médica más completo que me corresponda. Entiendo que se me puede exigir 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 en mi nombre. Entiendo que la cuota mensual es una cuota de capitación. Entiendo que si recibo Asistencia médica para la que no cumpla los requisitos, por error, fraude o cualquier otro motivo, es posible que deba devolver al Departamento todas las cuotas mensuales pagadas en mi nombre.
- Entiendo que si soy elegible para más de una categoría de Asistencia médica, se me asignará la categoría de atención médica más ventajosa que me corresponda. Entiendo que tengo derecho a elegir qué categoría de asistencia médica recibo y que puedo solicitar el cambio a una categoría diferente si soy elegible para dicha categoría.
- Entiendo que es posible que se determine que soy elegible para recibir Asistencia médica que incluya el pago de primas mensuales.
- Entiendo que el estado tiene derecho a revisar todos los registros de los servicios médicos pagados por la Asistencia Médica. El pago por los servicios se hará directamente al proveedor, no a mí. Esto incluye los pagos de Medicare.
- Otorgo al estado el derecho a reclamar, con o sin acción legal, el pago a un seguro médico privado o público o a un tercero responsable. El monto registrado no excederá el monto pagado por la Asistencia Médica.
- Entiendo que tengo derecho a pedir ayuda a la oficina de asistencia del condado (CAO) para obtener comprobantes de gastos y que la CAO puede ponerse en contacto con otras personas para obtener confirmación si tengo problemas para obtener cualquier tipo de comprobantes.
- Entiendo que si algunas o todas las personas que presentan una solicitud no califican para recibir Asistencia Médica mediante el Departamento, es posible que sean elegibles para recibir beneficios federales o consultar opciones de atención médica privada a través del Mercado de Seguros Médicos de Pensilvania (Pennie). Si este es el caso, autorizo al Departamento a proporcionar mi nombre y la información de esta solicitud a Pennie.
- Renovación de la cobertura en los próximos años:** Para facilitar la determinación de mi elegibilidad para recibir ayuda para pagar la cobertura médica en años futuros, acepto permitir que el Mercado de Seguros Médicos de Pensilvania (Pennie) utilice los datos de mis ingresos, incluida la información de las declaraciones de impuestos. Pennie me enviará un aviso, me permitirá hacer cambios y podré elegir salir de este sistema en cualquier momento.

Sí, renovar mi elegibilidad de forma automática para los próximos: (Marque uno):

- ☐ Cinco años (la cantidad máxima de años permitida)
- ☐ Cuatro años
- ☐ Tres años
- ☐ Dos años
- ☐ Un año
- ☐ No deseo usar la información de mis declaraciones de impuestos para renovar mi cobertura.

X

Firma del solicitante o de un representante autorizado

Fecha

X

Firma del cónyuge del solicitante o de un representante autorizado

Fecha

IMPORTANTE: Si su unidad familiar es elegible para recibir beneficios del SNAP/LIHEAP, es posible que reciba por correo un formulario de consentimiento de Fast Track que podría permitir que usted y los miembros de su unidad familiar sean inscritos automáticamente en Asistencia Médica.

Nombre del representante autorizado	Dirección del representante autorizado	Número de teléfono

OFICINA DE ASISTENCIA DEL CONDADO ÚNICAMENTE

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

CAO Signature

Date

ASEGÚRESE DE FIRMAR Y FECHAR ESTA SOLICITUD E INCLUIR LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS

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:		☐ REPRESENTANTE
				☐ APODERADO
Dirección:	CIUDAD:	ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:	NÚMERO DE TELÉFONO:

DESEO RETIRAR MI SOLICITUD

_____	_____
FIRMA	FECHA

Derechos y responsabilidades

Lea sobre sus derechos y responsabilidades:

DERECHO A NO SER DISCRIMINADO

Esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, discapacidad, edad, sexo y, en algunos casos, religión o creencias políticas.

Las personas con discapacidades que necesitan medios alternativos de comunicación para la información del programa (p. ej., braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano, etc.) deben comunicarse con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidades del habla pueden ponerse en contacto con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión llamando al (800) 877-8339. Asimismo, se podrá entregar información del programa en otros idiomas, además del inglés.

Para presentar una queja de discriminación con relación a un programa que recibe asistencia financiera federal por medio del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de los EE. UU., 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 (TTY).

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

DERECHO A LA CONFIDENCIALIDAD

Mantendremos la privacidad de su información. Solo se utilizará para decidir para qué programas es usted elegible. La Oficina de Asistencia del Condado (CAO), cuando se le solicite, debe proporcionar a los agentes de policía a nivel federal, estatal o local la dirección, el número de Seguro Social (SSN) y la fotografía (si está disponible) de una persona que se fuga para evitar su procesamiento judicial, o custodia o reclusión por un delito grave, o por violar la libertad condicional o bajo palabra. Toda persona que, a sabiendas, viole cualquiera de las normas y regulaciones de este departamento será culpable de un delito menor y, tras ser condenada, será sentenciada a pagar una multa que no exceda los cien dólares (\$100), o a cumplir una pena en prisión que no exceda los seis meses, o ambas sanciones (62 P.S. sección 483).

DERECHO A RECIBIR UN AVISO POR ESCRITO

Le daremos un aviso por escrito explicándole sus beneficios. Si denegamos, modificamos, suspendemos o cancelamos los beneficios, le daremos una explicación por escrito del motivo. Tiene 30 días a partir de la fecha de envío del aviso para solicitar una audiencia.

DERECHO A APELAR

Tiene derecho a solicitar una audiencia del Departamento de Servicios Humanos (DHS) para apelar una decisión si considera que es injusta o incorrecta, o si el DHS no actúa en relación con su solicitud de beneficios. Puede presentar la apelación ante la CAO. Si apela, también puede solicitar una conversación con un representante del organismo antes de la audiencia. En la audiencia puede representarse usted mismo(a) u otra persona, como un abogado, amigo o familiar, puede representarlo.

DERECHO A ALEGAR CAUSA JUSTIFICADA

Si presenta una solicitud para recibir beneficios de efectivo o Asistencia Médica, la ley exige que coopere para establecer la paternidad y obtener manutención. Puede quedar exento de estos requisitos si demuestra que esto podría ser peligroso para usted y/o sus hijos. Esto se conoce como causa justificada. A menos que se establezca una exención por causa justificada, deberá cumplir con los requisitos de empleo y capacitación. Además, deberá cumplir con los requisitos de informes semestrales, a menos que se conceda una causa justificada.

RECUPERACIÓN DE BIENES

Si tiene 55 años o más y recibe Asistencia Médica para pagar por los servicios de un centro o institución que brinda atención de enfermería, servicios de exención basados en el hogar y la comunidad y cualquier servicio relacionado de hospital y medicamentos recetados, se le exigirá reembolsar el costo de estos servicios con cargo a su patrimonio. Puede llamar al Programa de Recuperación de Bienes de Asistencia Médica al 1-800-528-3708.

DERECHO AL CERTIFICADO DE COBERTURA ACREDITABLE

La ley federal limita en qué casos puede denegarse o restringirse la

cobertura médica debido a una enfermedad preexistente. Si se inscribe en un plan de salud colectivo que excluye el tratamiento para una enfermedad que usted ya tenía, puede obtener crédito por el tiempo que haya recibido Asistencia Médica. Esto podría ayudarle a obtener cobertura. Comuníquese con el trabajador del caso para solicitar este certificado.

RESPONSABILIDAD DE PROPORCIONAR INFORMACIÓN

Debe proporcionar información verdadera, correcta y completa. Debe ayudar a comprobar la información que proporciona. Si no proporciona ciertas pruebas, es posible que se le denieguen los beneficios. Si no puede proporcionar comprobantes o evidencia, debe pedirle ayuda a la CAO para obtenerlas. Si el DHS o la Oficina del Inspector General del Estado se comunica con usted, debe cooperar plenamente con esas personas o investigadores. Si tiene 55 años o más y recibe Asistencia Médica para pagar los servicios de un centro o institución que brinda atención de enfermería, servicios de exención basados en el hogar y la comunidad y cualquier servicio relacionado de hospital y medicamentos recetados, es posible que se le exija reembolsar el costo de estos servicios con cargo a su patrimonio. Si presentó una solicitud para recibir asistencia en efectivo, es posible que deba firmar un acuerdo para reembolsar los beneficios que usted, su cónyuge y sus hijos hayan recibido.

RESPONSABILIDAD DE PROPORCIONAR LOS NÚMEROS DE SEGURO SOCIAL

Para recibir beneficios de Asistencia Médica, debe proporcionar el SSN de cada persona para la que esté presentando una solicitud. Si no tiene un SSN, debe solicitar uno. Si no proporciona el SSN, es posible que no pueda recibir las prestaciones. Si está casado/a, puede decidir si quiere proporcionar el número de seguro social (SSN) de su cónyuge, en caso de que él o ella no presente una solicitud. Los SSN proporcionados se utilizarán para verificar la identidad, realizar comparaciones electrónicas que confirmen ingresos y recursos y evitar la duplicación de beneficios estatales y federales. Proporcionar los SSN puede reducir el tiempo necesario para tramitar los beneficios. Una persona no ciudadana que solicita únicamente Asistencia médica de emergencia no está obligada a proporcionar el SSN.

RESPONSABILIDAD DE USAR LA TARJETA PA ACCESS LEGALMENTE

Una vez que sea elegible para recibir los beneficios, recibirá una tarjeta PA ACCESS. Dicha tarjeta solo puede ser utilizada por la persona que es elegible y únicamente durante el periodo de elegibilidad. Solamente puede usar la tarjeta para los servicios que son necesarios y razonables.

RESPONSABILIDAD DE INFORMAR CAMBIOS

Si reúne los requisitos para recibir beneficios, tiene la obligación de informar los cambios en sus circunstancias al trabajador del caso o al Centro de Atención al Cliente. Los tipos de cambios que deben informarse incluyen: personas que abandonan o se mudan al hogar, una nueva dirección, un miembro del hogar obtiene un nuevo empleo, si alguien pierde su empleo, el nacimiento de un hijo, nuevas fuente de ingresos o cambios en los ingresos, y ganancias de lotería o juegos de azar. Su trabajador del caso y los avisos que reciba le darán información específica en función de los programas y beneficios para los que sea elegible. No informar los cambios que se indican en las normas del programa puede dar lugar a la pérdida de beneficios, sanciones o cargos civiles o penales. Puede informar cambios a la CAO en persona, por teléfono, por fax, por correo electrónico o mediante una cuenta de MyCOMPASS. También puede informar los cambios al Centro de Atención al Cliente al 1-877-395-8930, o para Filadelfia, 1-215-560-7226, en cualquier momento.

Entender sus derechos y responsabilidades

Al momento de firmar este formulario:

- Entiendo que Pensilvania recibe información del Sistema de Verificación de Elegibilidad e Ingresos (IEVS), instituciones financieras, informes de consumidores y agencias estatales y federales para comprobar la información que les proporciono. La información disponible a través del IEVS y otras entidades será solicitada, utilizada y podrá ser verificada a través de contactos colaterales si la agencia estatal encuentra detalles contradictorios, y dicha información podría afectar la elegibilidad y el nivel de beneficios de mi hogar.
- Entiendo que, al firmar esta solicitud, estoy autorizando a cualquier institución financiera a divulgar, mediante medios electrónicos o cualquier otro medio disponible, toda la información financiera que tenga dicha institución, al Departamento de Servicios Humanos o su agente o proveedor designado con el objetivo de identificar y verificar los recursos (también llamados "activos") cuando sea necesario para determinar y volver a determinar la elegibilidad para recibir Asistencia Médica. Entiendo que la información financiera incluye depósitos, retiros, cierres de cuentas y otra información pertinente solicitada o recibida de la institución financiera, incluidas otras transacciones realizadas por la institución financiera con respecto a la cuenta o el activo. Entiendo que esta autorización estará vigente hasta que se deniegue o finalice la elegibilidad para recibir Asistencia médica, o si decido revocarla mediante notificación por escrito al Departamento, lo que ocurra primero. Comprendo que si revoco esta autorización, eso puede hacer que yo o mi unidad familiar dejemos de reunir los requisitos para recibir Asistencia médica.
- Entiendo que si tergiverso, oculto o retengo datos que puedan afectar a mi derecho a recibir beneficios, se me podrá exigir que los devuelva y se me podrá procesar e inhabilitar para recibir determinadas prestaciones a futuro.
- Entiendo que puedo designar a un representante u otorgar un poder al completar la sección Representante o poder.
- Entiendo y acepto que soy responsable de cualquier declaración fraudulenta realizada en esta solicitud, incluso si la solicitud es presentada por alguien que actúa en mi nombre.
- Entiendo que cualquier persona enriquecida como resultado de una transferencia de activos o ingresos, que hubiera afectado mi elegibilidad, será responsable del reembolso de esos beneficios asignados de forma incorrecta.
- He recibido una copia de mis derechos y responsabilidades, los he leído o alguien me los ha leído y los entiendo.
- Entiendo que la información introducida en esta solicitud se mantendrá confidencial y con el único fin de administrar los beneficios. Autorizo la divulgación de mi información personal y de salud a efectos de determinar mi elegibilidad.
- Entiendo que cualquier cambio que esté obligado a reportar debe informarse dentro de los 10 días del cambio.
- Entiendo que estoy obligado a declarar cualquier ganancia de lotería y juegos de azar.
- Entiendo que recibiré una notificación por escrito en la que se me explicarán los beneficios. Si los beneficios se deniegan, cambian, suspenden o cancelan, el aviso por escrito explicará el motivo.
- Entiendo que dispondré de 30 días a partir de la fecha de la notificación para solicitar una audiencia si no estoy de acuerdo con la decisión tomada en relación a esta solicitud.
- Entiendo que mi situación está sujeta a verificación por parte de empleadores, fuentes financieras y otros terceros.
- Entiendo que los solicitantes deben proporcionar su número de seguro social o solicitar uno si no lo tienen. Este número puede utilizarse para comprobar la información de esta solicitud.
- Entiendo que debo utilizar la tarjeta PA ACCESS únicamente durante el período en que sea elegible. Debo usar la tarjeta PA ACCESS solo para la persona que es elegible y solamente puedo obtener 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, se podrá utilizar para comprobar la información de esta solicitud. Proporcionar su número de Seguro Social puede ampliar mis beneficios y disminuir el periodo de tiempo hasta recibirlos.

- Certifico que toda la información que he introducido es verdadera bajo pena de perjurio.
- Entiendo que tengo derecho a un certificado de cobertura acreditable para verificar mi cobertura médica. La legislación federal limita los casos en los que se puede denegar o limitar la cobertura de atención médica por una enfermedad preexistente. Si me inscribo en un plan de salud colectivo que tenga una cláusula de enfermedades preexistentes, puedo obtener crédito por el tiempo que haya recibido Asistencia médica.
- Entiendo que si se determina que soy elegible para recibir Asistencia médica, me asignarán el paquete de beneficios de atención médica más completo que me corresponda. Entiendo que se me puede exigir 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 en mi nombre. Entiendo que la cuota mensual es una cuota de capitación. Entiendo que si recibo Asistencia médica para la que no cumplo los requisitos, por error, fraude o cualquier otro motivo, es posible que deba devolver al Departamento todas las cuotas mensuales pagadas en mi nombre.
- Entiendo que si soy elegible para más de una categoría de Asistencia médica, se me asignará la categoría de atención médica más ventajosa que me corresponda. Entiendo que tengo derecho a elegir qué categoría de asistencia médica recibo y que puedo solicitar el cambio a una categoría diferente si soy elegible para dicha categoría.
- Entiendo que es posible que se determine que soy elegible para recibir Asistencia médica que incluye el pago de primas mensuales.
- Entiendo que el estado tiene derecho a revisar todos los registros de los servicios médicos pagados por la Asistencia Médica. El pago por los servicios se hará directamente al proveedor, no a mí. Esto incluye los pagos de Medicare.
- Otorgo al estado el derecho a reclamar, con o sin acción legal, el pago a un seguro médico privado o público o a un tercero responsable. El monto registrado no excederá el monto pagado por la Asistencia Médica.
- Entiendo que tengo derecho a pedir ayuda a la oficina de asistencia del condado (CAO) para obtener comprobantes de gastos y que la CAO puede ponerse en contacto con otras personas para obtener confirmación si tengo problemas para obtener cualquier tipo de comprobantes.
- Entiendo que si alguien o todas las personas que presentan una solicitud no califican para recibir Asistencia Médica mediante el Departamento, es posible que sean elegibles para recibir beneficios federales o consultar opciones de atención médica privada a través del Mercado de Seguros Médicos de Pensilvania (Pennie). Si este es el caso, autorizo al Departamento a proporcionar mi nombre y la información de esta solicitud a Pennie.
- **Renovación de la cobertura en los próximos años:** Para facilitar la determinación de mi elegibilidad para recibir ayuda para pagar la cobertura médica en años futuros, acepto permitir que el Mercado de Seguros Médicos de Pensilvania (Pennie) utilice los datos de mis ingresos, incluida la información de las declaraciones de impuestos. Pennie me enviará un aviso, me permitirá hacer cambios y podré elegir salir de este sistema en cualquier momento.

Sí, deseo renovar mi elegibilidad de forma automática para los próximos: (Marque uno):

- ☐ Cinco años (la cantidad máxima de años permitida)
- ☐ Cuatro años
- ☐ Tres años
- ☐ Dos años
- ☐ Un año
- ☐ No deseo usar la información de mis declaraciones de impuestos para renovar mi cobertura.