

Medicaid Review (Revisión de Medicaid)

Número del condado:

Nombre del trabajador:

Número de caso:

Teléfono del trabajador:

Instrucciones

Es hora de que su elegibilidad para Medicaid o para State Supplementary Assistance (Asistencia Complimentaria del Estado) sea revisada. Usted debe responder las preguntas de este formulario y **firmar la página 4**. Utilizo solo tinta azul o negro. A continuación, volver a la dirección del centro de formación de imágenes por

Asegúrese de enviar prueba de sus gastos, ingresos y activos. Envía copias porque no podemos volver a los originales que.

Si deja un espacio en blanco, entenderemos que significa que no tiene información para suministrarlos. Se le puede pedir que pruebe lo que nos dice. Por favor utilice una hoja de papel adicional si lo necesita. La mayoría de la información que solicitamos es obligatoria. Usted no tiene que contestar las preguntas que están marcadas como opcionales. Sus respuestas son usadas para decidir si puede seguir recibiendo Medicaid. Si no regresa el formulario antes de la fecha límite o no nos proporciona información, su Medicaid puede suspenderse. Llámenos si tiene alguna pregunta.

Información Acerca de su Familia

Lístese usted y las personas que viven en su hogar.

Nombre (Nombre, Apellido)	Relación con Usted	Edad	Número de Seguridad Social
	Usted		

Infórmenos si su dirección postal o de residencia es diferente de la que se indica anteriormente.

Dirección postal			Dirección en la que vive		
Ciudad	Estado	Código Postal	Ciudad	Estado	Código Postal

¿Tiene usted un guardián, curador o representante? Si es sí, escribir sus nombres: _____

Gastos

Para obtener la mayor cantidad de ayuda, infórmenos sobre sus gastos. **Envíe prueba de sus gastos.**

Gastos médicos

Si usted paga un seguro de salud, escriba cuánto paga: Cantidad \$ _____ por mes

Si inició o cambió el seguro de salud, escriba el nombre de la nueva compañía: _____

Si su seguro de salud terminó, escriba la fecha en que lo hizo: Fecha: _____

Liste a cualquiera en su hogar que tenga facturas médicas en curso, que Medicaid no pague:

Quién: _____ Relación con usted: _____

Otros gastos

Mencione su participación en el pago por el cuidado diurno de un niño o adulto discapacitado que viva con usted:

¿Quién recibe el cuidado? _____ Cantidad \$ _____ por mes

Si alguien paga el mantenimiento del niño, suministre la siguiente información:

¿Quién paga? _____ Cantidad \$ _____ por mes

Ingreso

Liste el ingreso de las personas que viven en su hogar. Esto le incluye a usted, a su cónyuge y a hijos solteros menores de 18 años, que vivan con usted o que vivan en una institución de enfermería especializada.

De Dónde Proviene el Dinero	Quién Obtiene el Dinero	Cantidad Bruta Mensual
Seguridad Social, Incapacidad de la Seguridad Social o SSI		
Beneficios de Veteranos, Pensiones o Jubilación		
Desempleo, Indemnización del Trabajador o Incapacidad		
Mantenimiento de Niños o Pensión de Alimentos		
Dinero para ayuda médica		
Dinero de Amigos o Parientes		
Dinero de Intereses o Dividendos		
Dinero Obtenido de Contratos		
Dinero del Trabajo sin Incluir Impuestos (Bruto)		
Trabajo Independiente o Trabajos Ocasionales		
Propinas, Bonos y Comisiones		
Otros:		

Nombre a todos los empleadores: _____

Enviar pruebas de su dinero del trabajo de los últimos 30 días.

¿Trabaja usted para alguien que le paga en forma de alimentación, ropa o albergue? Sí. No

¿Alguien le suministra alimentación, ropa, or albergue? Sí. No

Activos

Liste todos los autos, camiones, barcos, camperos, motocicletas y cualquier otro vehículo con o sin licencia que cualquiera en su hogar posea o esté comprando:

Marca	Modelo	Año	Valor o avalúo	Monto de la deuda

Mencione el total de dinero que todos tienen en:

Tipo	Quién	Banco o ubicación	Cantidad
Efectivo			
Cuentas bancarias o de unions de crédito (Corrientes, de ahorros, etc.)			
Acciones, bonos, certificados de ahorro, IRAs, Keogh u otros activos			
Cuenta del ancianato			
Otros			

Envíe su estado de cuenta bancaria más reciente junto con este formulario.

Liste a cualquier miembro de su hogar que tenga o posea algún terreno, edificios o casas distintas de la casa en que vive: _____

Liste a cualquier miembro de su hogar que tenga o haya vendido bienes en custodia, en fideicomiso o en usufructo: _____

Si usted compró, cambió o dispuso de un seguro de vida, un contrato funerario o un lote funerario durante el último año, infórmenos acerca del cambio: _____

Si recibió o rechazó una herencia, mencione lo siguiente:

¿Cuándo? _____ Cantidad \$ _____

Si alguien ha regalado algo de valor, transferido algo por menos de su valor, o a añadido el nombre de alguien más a un recurso, infórmenos:

¿Cuándo? _____ ¿Qué? _____

Otros Cambios o Comentarios

Su Firma

Entiendo que, si los niños que están en esta solicitud no son elegibles para recibir Medicaid, esta solicitud puede ser enviada al programa **hawk-i** para ver si pueden obtener la cobertura de salud **hawk-i**.

Certifico, bajo la gravedad del juramento, que:

- Mis respuestas son correctas y completas según mi leal saber y entender.
- Guardé la información en la páginas 7 y 8.

Su firma o marca	Número de teléfono	Fecha de hoy
Firma de la persona que ayudó a llenar el formulario, si la hay	Relación/teléfono	Fecha de hoy

Acuérdese de enviar prueba de sus gastos, ingresos y activos.

**Addendum to Application and Review Forms for Release of Information
(Adenda de los Formularios de Solicitud y Revisión para Divulgación de Información)**

Divulgación de Información OPCIONAL

¡Ayúdenos a ayudarle!

No es obligatorio que firme esta autorización, pero nos ayudaría a obtener la información que necesitamos para ayudarle, y no tendríamos que pedirle que firme solicitudes específicas.

Debe saber que:

- Podríamos necesitar más información para decidir si puede obtener asistencia.
- Si necesitáramos que nos proporcione más información, recibirá una carta informándole qué necesitamos y la fecha en debe entregarla.
- Es su responsabilidad conseguir dicha información o pedirnos que le ayudemos a conseguirla.
- Si no nos proporciona dicha información ni nos pide ayuda antes de la fecha de entrega de la misma, su solicitud podría ser denegada o la asistencia podría terminar.
- Podríamos utilizar la siguiente autorización para obtener la información necesaria. **Pero aún así, deberá conseguir la información que le solicitemos o pedirnos ayuda para conseguirla.**
- Podríamos adjuntar una copia del mismo a otros formularios para solicitarles a otras personas u organizaciones (como, por ejemplo, su empleador) que nos proporcionen información específica sobre usted o los miembros de su grupo familiar.

Escriba su nombre en letra de imprenta y firme debajo para autorizarnos a obtener la información necesaria.

**DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN
(Release of Information)**

Por la presente autorizo a cualquier individuo u organización a entregar a Department of Human Services de Iowa la información solicitada sobre mi persona o mi grupo familiar.

(I hereby authorize any person or organization to give the Iowa Department of Human Services requested information about me or other members of my household.)

Una copia de esta autorización es tan válida como el original.

(A copy of this release is as valid as the original.)

Esta autorización no es válida en el caso de información protegida referida a la salud.

(This release does not apply to protected health information.)

Esta autorización es válida por 12 meses a partir de la fecha de mi firma.

(This release is good for 12 months from the date signed.)

Su nombre (en imprenta legible)
(Your Name – please print clearly)

Nombre de otro adulto (en imprenta legible)
(Other Adult Name – please print clearly)

Firma o marca
(Signature or Mark)

Firma o marca
(Signature or Mark)

Fecha
(Date)

Mantener esta página para sus archivos.

Usted Tiene Derecho a Apelar

Usted o quien le esté ayudando, puede solicitar una audiencia de apelación en caso que usted no esté de acuerdo con alguna acción tomada en su caso. Para apelar por escrito, haga **una** de las siguientes cosas:

- Llene una apelación electrónicamente en <https://dhssecure.dhs.state.ia.us/forms/>, ó
- Escriba una carta en la que nos diga por qué cree que la decisión está errada, o
- Llene un formulario de Apelación y Solicitud de Audiencia. Puede obtener este formulario en la oficina del DHS de su condado.

Envíe o lleve su apelación al Department of Human Services, Appeals Section, 5th Floor, 1305 E Walnut Street, Des Moines, Iowa 50319-0114. Si necesita ayuda para llenar una apelación, solicítela en la oficina del DHS de su condado.

Usted puede representarse a sí mismo(a). O puede hacer que un amigo, pariente, abogado o alguien más actúe en su nombre.

Puede contactar su oficina del DHS del condado para obtener servicios legales. Es posible que deba pagar por estos servicios legales. Si lo hace, su pago se basará en su ingreso. También puede llamar a Iowa Legal Aid al (800) 532-1275. Si vive en Polk County, llame al (515) 243-1193.

No Será Discriminado

Es política del Iowa Department of Human Services ofrecer trato igualitario en cuanto a empleo y ofrecimiento de servicios a los solicitantes, empleados y clientes, sin importar su raza, color, nacionalidad, sexo, orientación sexual, identidad de género, religión, edad, incapacidad, creencia política o estatus de veterano.

Si cree que DHS le ha discriminado o acosado, le agradeceremos que envíe una carta explicando detalladamente su queja a:

Iowa Department of Human Services, Office of Human Resources, Hoover Building – 1st Floor, 1305 E. Walnut, Des Moines IA 50319-0114; fax (515) 281-4243, o a través de correo electrónico a stopit@dhs.state.ia.us

Cambios Que Debe Informarnos

Dentro de los 10 días siguientes a que el cambio ocurra, deberá informar a la oficina del DHS del condado acerca de cambios como:

- Ingresos, incluyendo pagos por una única vez que usted reciba
- Recursos, que incluyen la obtención de una herencia o pagos atrasados de apoyo infantil
- Alguien que se entre a vivir o salga de su hogar
- La cobertura de su seguro de salud
- Si usted reclama un seguro o consigue un abogado para recuperar facturas pagadas por Medicaid
- Alguien que ya no esté incapacitado

Cosas Que Debe Saber

Mediante la firma de este formulario, usted concede permiso para revelar información confidencial a las unidades de Quality Control o Investigations. Usted debe cooperar con ellos para mantener sus beneficios.

Usted deberá rembolsar cualquier beneficio que obtuvo o que fue pagado a una tercera persona en su nombre si no era elegible para ello. Mis activos pueden estar sujetos a ser recuperados por el Estado.

La Sección 1128B de la Social Security Act establece penas federales para actos fraudulentos e informaciones falsas en relación con estos programas.

Cualquiera que obtenga, intente obtener, o ayude a otra persona a obtener asistencia a la cual no tiene derecho, es culpable de violación de las leyes del Estado de Iowa. Esto incluye, pero no se limita a los Capítulos 239B, 243, 249, 249A y 249F del Código de Iowa.

Usted debe suministrar los números de seguridad social de todo aquel que desee Medicaid. Esto lo requiere la sección 1137(a)(1) de la Ley de Seguridad Social y 42 CFR 435.910. Nosotros usamos los números de seguridad social para:

- Identificar personas que solicitan u obtienen Medicaid
- Verificar el ingreso y la elegibilidad para Medicaid
- Cruzar registros con otras agencias

Mediante la firma de esta solicitud, usted otorga permiso al DHS para que comparta:

- El estado de su caso de Medically Needy (Médicamente Necesitado), el monto de sus gastos, y las facturas usadas para reducir esos gastos con el proveedor.
- Si la prima de Medicaid para Personas Discapacitadas Empleadas (MEPD por su sigla en inglés) ha sido pagada antes de la fecha de vencimiento a su proveedor de atención médica.

Usted acepta asignar a la agencia Medicaid los pagos de gastos médicos realizados por un tercero para usted y otras personas que sean elegibles para Medicaid y para las cuales pueda legalmente asignar beneficios. También acepta cooperar para obtener pagos de terceros para gastos médicos.