

# Suplemento de Medicaid para la aplicación de HAWK-I.

Por favor completar las siguientes preguntas. La información de su aplicación para el programa Healthy And Well Kids in Iowa (HAWK-I) y esta forma será utilizada para determinar la elegibilidad de Medicaid. Los miembros adultos del hogar deberán firmar la declaración para niños que dependen de ellos. En la ausencia de un adulto en el hogar, la aplicación podrá ser firmada por un menor de edad.

Apellido de aplicante	Primer nombre		Segundo nombre	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	Condado
Dirección postal (si es diferente)			Teléfono	

Recursos ¿Alguien en su hogar posee lo siguiente?	Cantidad o valor	Nombre de la persona que sea el dueño
Dinero en efectivo <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	\$	
Cuenta de cheques <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	\$	
Cuenta de ahorros <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	\$	
Acciones y/o bonos <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	\$	
Certificados de depósitos <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	\$	
Guardia, curatela o fideicomiso <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	\$	
Seguros de vida <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	\$	
Vehículo, modelo año _____ <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	\$	
Otras - Enumerar <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	\$	
• ¿Alguien en su hogar hizo traspaso (vender, o regalar) bienes en o después del Julio 1, 1993? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		
• Si su respuesta fue si, de la fecha en que los bienes fueron vendidos, de la descripción y el valor de los bienes, ¿quien recibió los bienes y por cuanto, y la relación de esta persona con Ud.?		
• ¿Si Ud. vendió estos bienes a un valor justo en el mercado? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		
• ¿Si fue no, por que fue que Ud. vendió a menos de su valor?		

Información de padre ausente	Complete las siguientes preguntas si cualquier padre de los niños en la casa no viven en la casa.		
	Padre #1	Padre #2	Padre #3
Nombre del padre ausente			
Dirección de padre ausente			
Nombre de los niños que estan en la casa de este padre ausente			
Ciudad y Estado donde nació niño			

Seguro Social del padre ausente	Padre #1	Padre #2	Padre #3
Fecha de nacimiento de padre ausente			
Raza de padre ausente			
Peso y altura de padre ausente			
Color de cabellos y ojos de padre ausente			
El padre ausente recibe:	¿Seguro social? ¿Beneficios de veteranos? ¿Compensación de desempleo?	¿Seguro social? ¿Beneficios de veteranos? Compensación de desempleo?	¿Seguro social? ¿Beneficios de veteranos? Compensación de desempleo?
Nombre y dirección del trabajo del padre ausente			
Nombre y dirección del trabajo anterior del padre ausente			
Fecha del matrimonio, si el padre ausente alguna vez se caso con el padre del niño			
Lugar del matrimonio			
¿Existe una acción legal para manutención que este pendiente?	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
Nombre y dirección de su abogado	Nombre y dirección de abogado de padre ausente	Nombre y dirección de abogado de padre ausente	Nombre y dirección de abogado de padre ausente
Fecha y lugar de acción legal de manutención			
¿El padre ausente tiene seguro de salud para el niño o los niños?	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no

**He leído y entiendo lo que está en este formulario. La información que he dado es verdad, correcta y completa. Al firmar mi nombre yo atestigo bajo penalidad de perjurio, que soy ciudadano norteamericano o nacional o que la información que he dado sobre mi estado de inmigración es correcta.**

Firma del aplicante o del guardian legal	Fecha
Firma del otro padre o padrastro en la casa	Fecha
Testigo a la marca del aplicante si este no puede firmar	Fecha
Firma de la persona que ayudó a completar este formulario.	Fecha