

Addendum to Application for Presumptive Eligibility
(Anexo a la solicitud por presunta elegibilidad)

¿Quiere presentar la solicitud para extensión de Medicaid? Sí No

¿Ha recibido elegibilidad temporal (*Presumptive Eligibility*, PE) para Medicaid durante los últimos 12 meses? Sí No

Nota: Si está embarazada, **responda Sí** a esta pregunta en el caso de haber tenido elegibilidad temporal durante el embarazo. **Responda NO** en el caso de haber tenido elegibilidad temporal durante los últimos 12 meses, pero no durante el embarazo.

¿Tiene personas dependientes o a su cargo que viven con usted? Sí No

¿Todas esas personas tienen otro seguro médico o actualmente están presentando la solicitud para otro seguro médico? Sí No

¿Estuvo inscripto o inscripta simultáneamente en crianza temporal (*foster care*) y en Medicaid en el estado de Iowa siendo mayor de 18 años? Sí No