

**Appendix A for Health Coverage
(Apéndice A de cobertura salud)**

Complete esta sección si usted o alguien en su grupo familiar es adulto mayor (65 o más años), ciego o discapacitado.

Nombre de la persona que solicita servicios	Estado civil	Fecha de nacimiento	N°. de Social Security

Por favor indique si usted o alguien en su grupo familiar necesita cualquiera de las siguientes coberturas:

- Ayuda para pagar los costos de su centro (enfermería, PMIC, centro de enfermería especializada)
- Servicios para permanecer en su hogar (incluye vida asistida)
 - Exención por SIDA/VIH – Sin límite de edad y diagnóstico de SIDA o infección por VIH
 - Exención por lesión cerebral – Al menos 1 mes de edad y diagnóstico de lesión cerebral
 - Exención por salud mental de menores – Menores de 18 años y diagnóstico de trastorno emocional grave
 - Exención para adultos mayores – 65 años o más y necesitan enfermería o un nivel de atención especializado
 - Exención por salud y discapacidad – Menos de 65 años y determinado como discapacitado
 - Exención por discapacidad intelectual – Sin límite de edad y diagnóstico de discapacidad intelectual
 - Exención por discapacidad física – Entre 18 y 64 años con una discapacidad física
 - Programa de atención médica con todo incluido para adultos mayores (PACE) – 55 años o más, vivir en un condado que tenga un centro PACE y cumplir con el requisito de Nivel de Atención
- Ayuda para pagar las primas de Medicare
- State Supplementary Assistance (Asistencia Estatal Suplementaria) (centro de cuidado residencial, cuidados relacionados con la salud a domicilio, persona dependiente)
- Ayuda para pagar una estadía hospitalaria de 30 días o más.
- Otro

POR FAVOR PROVEA VERIFICACIÓN DE TODOS LOS PUNTOS QUE MARQUE ABAJO (copias, no originales)

Si tiene más información para informar, utilice una hoja de papel adicional.

- I. **Ingreso** – Infórmenos sobre cualquier fuente de ingreso adicional de cada persona en su grupo familiar; por ejemplo, manutención de menores, pagos de veterano de la guerra, enfermedad del pulmón negro, ferroviario, Supplemental Security Income (SSI) (Ingreso de Seguro Suplementario), compensación del trabajador, intereses, pensión alimenticia y dividendos, etc.

Nombre de la persona con ingreso	Tipo de ingreso	Monto	¿Cada cuánto tiempo recibe el pago?

Nombre de la persona con ingreso	Tipo de ingreso	Monto	¿Cada cuánto tiempo recibe el pago?

2. **Recursos** – Infórmenos todos los recursos de cada persona en su grupo familiar, incluidos el dinero disponible, cuentas de cheques y ahorros, tarjeta de débito del seguro social, acciones, bonos, fondos mutuos, anualidades, valores en caja fuerte, plan 401ks, IRAs, CDs, etc.

Nombre del propietario del recurso	Tipo de recurso	Nombre/Ubicación de la institución financiera	Cuenta	Valor actual

3. **Vehículos motorizados** – Infórmenos sobre todos los vehículos de cada persona en su grupo familiar, incluso si el vehículo no estuviera en buenas condiciones de funcionamiento.

Propietario	Año/Marca/Modelo	Valor justo de mercado	Monto adeudado

4. **Gastos médicos insatisfechos** – Infórmenos sobre todos los gastos médicos (correspondientes a cada una de las personas en su grupo familiar) que no son reembolsados por terceros.

Nombre de la persona con gastos médicos insatisfechos	Tipo de gasto médico	Monto	¿Cada cuánto tiempo incurre en este gasto?

5. **Entierro/Funeral** – Infórmenos sobre todos los nichos de cementerio, fondos para entierro o funeral, o contratos de entierro de cada persona en su grupo familiar.

Tipo	Ubicación	Cuántos/ Para quiénes	Valor actual

Tipo	Ubicación	Cuántos/ Para quiénes	Valor actual

6. **Seguro de vida** – Infórmenos sobre todas las pólizas de seguro de vida de propiedad de cada persona en su grupo familiar.

Propietario de la póliza	Nombre y dirección de la compañía	N.º de póliza

¿Tiene la intención de utilizar su seguro de vida para pagar los gastos de funeral? Sí No

7. **Propiedad** – Infórmenos sobre todas las propiedades de cada persona en su grupo familiar, incluida su casa (la casa donde usted vive) y otros bienes inmuebles (otras propiedades; por ejemplo, casa de vacaciones, casa para el alquiler, terreno sin construir, edificios, etc.).

Dueño de la propiedad	Dirección de la propiedad	Valor de la propiedad

8. ¿Usted o cualquiera persona en su grupo familiar tiene el dominio vitalicio de algún bien? Sí No

Si la respuesta es sí, quién: _____

9. ¿Usted o cualquiera persona en su grupo familiar tiene un fideicomiso? Sí No

Si la respuesta es sí, quién: _____

10. ¿Usted o cualquiera en su grupo familiar nunca ha aceptado una herencia en los últimos cinco años? Sí No

Si la respuesta es sí, quién: _____

11. ¿Usted o cualquiera en su grupo familiar transfirió, vendió o donó recursos por menos de su valor en los últimos cinco años? Sí No

Si la respuesta es sí, quién/qué: _____

Fecha en que ocurrió: _____ de _____ de _____

12. ¿Alguien de los que solicita beneficios vive en una institución médica (enfermería, hospital, PMIC, etc.)? Sí No

Si la respuesta es sí, quién: _____

Fecha de admisión: _____ de _____ de _____

Nombre del centro: _____

Teléfono: _____

13. ¿Usted o alguien en su grupo familiar recibe seguro para cuidados a largo plazo? Sí No

Nombre de la compañía: _____

14. Si actualmente vive en una institución médica y es propietario de una casa, ¿pretende volver a su casa? Sí No

15. ¿Alguien en su grupo familiar que esté solicitando tiene algún trámite pendiente del beneficio por Discapacidad del Seguro Social? Sí No

Si la respuesta es sí, quién: _____

Para acelerar el procesamiento de su solicitud, puede proveer verificación de lo siguiente con su solicitud. Si no presenta la verificación con su solicitud, recibirá una carta que indicará lo que necesitamos antes de procesar su solicitud.

Para cualquier persona que solicite y no sea ciudadano estadounidense:

▪ **Estatus migratorio**

Tarjeta de identificación de extranjero (tarjeta verde, I-551, I-94), visa, pasaporte, o documentos del Servicio de Inmigraciones

Envíe verificación de aquellos que:

▪ **Trabajan**

Talones de cheques de los últimos 30 días o una declaración escrita de las ganancias de su empleador si no tuviera los talones de cheques.

▪ **Son empleados por cuenta propia**

La declaración de impuestos más reciente y todas las planillas relacionadas o registros del negocio si no presentó la declaración de impuestos.

▪ **Reciben otro ingreso**

(Esto incluye manutención de menores, pagos de veterano de la guerra, enfermedad de pulmón negro, ferroviario, compensación del trabajador, intereses y dividendos, dinero recibido de amigos o parientes, pensión, etc.) Una declaración de la persona o compañía que emite el ingreso, copia de los cheques (que muestren el monto de ingreso bruto), carta de otorgamiento de beneficio, formularios de impuestos, orden de la corte, u otros documentos de los últimos 30 días o el más reciente recibido.

Envíenos un comprobante en el caso de cualquier persona que durante los últimos 90 días, a partir de la fecha de la solicitud, tenga 19 años o más.

▪ **Cuentas bancarias**

Estados de cuenta recientes o una declaración escrita del banco donde se indique el saldo o valor actual de las cuentas.

▪ **Propiedad**

Estado de cuenta de impuestos de la propiedad. Incluya documentos que muestren el monto adeudado contra la propiedad.

▪ **Contratos de entierro/funeral**

Contrato de entierro y declaración de bienes y servicios de la compañía o funeraria que tiene el contrato.

▪ **Otros recursos**

Incluye acciones, bonos, fondos mutuos, anualidades, valores en caja fuerte, 401ks, IRAs, CDs, vehículos, etc.

▪ **Pólizas de seguro de vida**

Valor nominal y en efectivo, bonos, anualidades, fideicomisos, declaraciones de propiedad de acciones, u otros documentos que muestren el valor de los activos. Incluya documentos que muestren el saldo actual de los préstamos contra los activos.

▪ **Gastos médicos insatisfechos**

Facturas médicas, facturas de farmacia, transporte médico.

Envíe copias de los comprobantes. No envíe sus documentos originales.