

Iowa Department of Human Services
Informe de cambio de diez días para Medicaid/Hawki

Usted debe informarnos si algo cambia en su caso. Deberá informarnos en un plazo no mayor a diez días después del cambio. Si no nos informa los cambios, es posible que le entreguemos cobertura que no debería recibir. Si es así, tendrá que devolver lo que recibió por error. **Complete este formulario solo cuando tenga un cambio.**

Si tiene algún comprobante del cambio que ha informado, envíelo junto con este formulario. Esto podría acelerar el procesamiento del cambio informado.

Cuéntenos sobre usted

Nombre completo (Nombre, Apellido):	Número de caso o Ident. del estado:
Dirección, línea 1:	Últimos 4 dígitos del SSN (Número de Seguro Social):
Dirección, línea 2:	Fecha de nacimiento:
Ciudad y Estado:	Teléfono:
Código postal:	Otro teléfono:
Correo electrónico:	
¿Es esta una nueva dirección? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
Dirección postal (si es diferente):	

Con quién vive

Embarazo		
¿Hay alguien en su grupo familiar que esté embarazada?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
Si la respuesta es Sí, ¿está solicitando Medicaid para esta persona?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
¿Quién?	Fecha de parto:	Número de bebés esperados:

Cambios en los miembros del grupo familiar:

¿Se ha mudado alguien a la casa o de la casa (incluido un bebé recién nacido)? Provea los detalles a continuación.

Nombre				
Fecha de la mudanza				
¿Se mudó a la casa o de la casa?	<input type="checkbox"/> A la casa <input type="checkbox"/> De la casa	<input type="checkbox"/> A la casa <input type="checkbox"/> De la casa	<input type="checkbox"/> A la casa <input type="checkbox"/> De la casa	<input type="checkbox"/> A la casa <input type="checkbox"/> De la casa
Fecha de nacimiento				
Sexo	<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre
SSN (Número de seguro social)				
Relación				
¿Es un contribuyente?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

Si la respuesta es Sí, ¿cuál es el Estado de declaración de impuestos de la persona?

	<input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Jefe(a) de hogar <input type="checkbox"/> Casado(a) con declaración conjunta <input type="checkbox"/> Casado(a) con declaración por separado <input type="checkbox"/> Viudo(a) calificado(a)	<input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Jefe(a) de hogar <input type="checkbox"/> Casado(a) con declaración conjunta <input type="checkbox"/> Casado(a) con declaración por separado <input type="checkbox"/> Viudo(a) calificado(a)	<input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Jefe(a) de hogar <input type="checkbox"/> Casado(a) con declaración conjunta <input type="checkbox"/> Casado(a) con declaración por separado <input type="checkbox"/> Viudo(a) calificado(a)	<input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Jefe(a) de hogar <input type="checkbox"/> Casado(a) con declaración conjunta <input type="checkbox"/> Casado(a) con declaración por separado <input type="checkbox"/> Viudo(a) calificado(a)
--	---	---	---	---

Si seleccionó "Casado(a) con declaración conjunta" o "Casado(a) con declaración por separado", indique el nombre de su cónyuge:

Nombre del cónyuge				
--------------------	--	--	--	--

¿Esta persona declara a alguien como dependiente para fines tributarios?

	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
--	---	---	---	---

Si la respuesta es Sí, indique las personas declaradas como dependientes.

Dependientes				
--------------	--	--	--	--

¿Es esta persona un dependiente para fines tributarios de alguien más?

	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
--	---	---	---	---

Si la respuesta es Sí, ¿quién declara a la persona como dependiente para fines tributarios?

--	--	--	--	--

Para las personas que se mudaron a la casa

¿Está solicitando Medicaid para esta persona?

	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
--	---	---	---	---

Si la respuesta es Sí, ¿necesita(n) ayuda para pagar sus facturas médicas de los últimos tres meses calendario?				
	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Para las personas que se mudaron de la casa				
¿La persona que se mudó de la casa se cambió a un asilo de ancianos?				
	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿Se espera que la persona que se mudó de la casa regrese?				
	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Si la respuesta es Sí, ¿cuándo se espera que regrese?				
Fecha de regreso				

Dinero que recibe su grupo familiar
--

Ingresos y cambios de trabajo				
Si alguien en su grupo familiar tiene un nuevo trabajo o si uno de los nuevos miembros del grupo familiar que se ha mudado a la casa tiene un trabajo, indique los detalles a continuación.				
	Trabajo 1	Trabajo 2	Trabajo 3	Trabajo 4
¿Quién?				
Nombre del empleador				
Fecha de inicio				
Sueldos y propinas (antes de impuestos) por período de pago:				
Fecha del primer sueldo				
Frecuencia de pago				
¿Hay un seguro médico disponible?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Si alguien ha dejado de trabajar, indique los detalles a continuación				
¿Quién?				
Nombre del empleador				
Fecha del último sueldo				
Última fecha trabajada				

Si alguien en su grupo familiar tuvo un cambio en las horas de trabajo o en el pago, indique los detalles a continuación

¿Quién?				
Nombre del empleador				
Frecuencia de pago				
Nuevos sueldos y propinas por periodo de pago (antes de impuestos)				
Fecha del primer sueldo que refleja este cambio:				

Cambios en otros ingresos

(Empleo por cuenta propia, beneficios de desempleo, beneficios del Seguro Social, SSI, discapacidad, manutención de menores, etc.).

Si alguien en su grupo familiar tuvo un cambio en otros ingresos, explique a continuación:

(Si es un empleo por cuenta propia, informe el monto neto mensual después de deducir los gastos)

Tipo de ingreso	Persona que lo recibe	Cambio	Monto mensual
		<input type="checkbox"/> Inicio <input type="checkbox"/> Término <input type="checkbox"/> Aumento <input type="checkbox"/> Reducción	
		<input type="checkbox"/> Inicio <input type="checkbox"/> Término <input type="checkbox"/> Aumento <input type="checkbox"/> Reducción	
		<input type="checkbox"/> Inicio <input type="checkbox"/> Término <input type="checkbox"/> Aumento <input type="checkbox"/> Reducción	
		<input type="checkbox"/> Inicio <input type="checkbox"/> Término <input type="checkbox"/> Aumento <input type="checkbox"/> Reducción	

¿Hay alguien en su casa que espera recibir un pago único, como un pago retroactivo de manutención de menores, una herencia o un pago de beneficios del seguro? Si la respuesta es Sí, explique:

Deducciones de ingresos

Si alguien en su hogar tiene un cambio en las deducciones de ingresos que paga, explique a continuación:

(Esto incluye pensión alimenticia, intereses de préstamos estudiantiles u otros artículos que pueden deducirse de una declaración de impuestos federales sobre la renta)

	¿Quién paga?	¿Qué cantidad?	¿Con qué frecuencia?
Gastos médicos no cubiertos por el seguro			

Pensión alimenticia pagada a otra persona			
Interés de préstamo estudiantil			
Otras deducciones			
Tipo: _____			

Activos y recursos

Debe informar cualquier cambio en los recursos (cuentas de cheque/ahorro, bonos, casa/terreno, vehículos/bote, seguro de vida, cuenta de jubilación, etcétera). Incluya información específica sobre la apertura, cierre, compra, venta o cambios en los recursos.

Tipo de activo	Propiedad de	Valor	Ubicación/Compañía

Información adicional:

Cobertura médica

¿Alguien tuvo un cambio en su prima del seguro de salud, comenzó o dejó de pagar las primas, incluidas las de Medicare, o dejó o comenzó a recibir otro seguro médico?

Explique:

Otros cambios

Alguien en mi grupo familiar:

Obtuvo un Número de Seguro Social

Explique:

Que es menor de 18 años, se matriculó o dejó de estudiar

Explique:

Cambió su estado civil para efectos de la declaración del impuesto sobre la renta federal, incluido el cambio en los dependientes reclamados

Explique:

Cambió su estatus migratorio

Explique:

Cualquier otro cambio que aún no se ha indicado

Explique:

Si se quiere registrar para votar, puede completar el formulario de registro de votante en https://hhs.iowa.gov/sites/default/files/Voter_Registration.pdf. Solicitar o rechazar registrarse para votar no afectará la cantidad de asistencia que recibirá de esta agencia.

Firma

Fecha

Para informar su cambio por teléfono, llame al 1-877-347-5678 entre las 7 a. m. y las 6 p. m. de lunes a viernes.

Para informar por correo postal, fax o correo electrónico, envíe el formulario a:

HHS, Income Maintenance Customer Service Center, Imaging Center 1

417 E Kaneshville Blvd, Council Bluffs, IA, 51503

Fax: 515-564-4041

Correo electrónico: IMCSC@dhs.state.ia.us