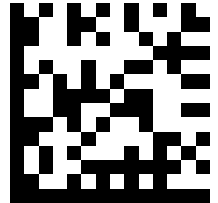




Estado de Utah
Department of Workforce Services
SOLICITUD MEDICA PARA CUIDADO DE LARGO PLAZO



D30811000170108

Caso#: _____ PID#: _____

POR FAVOR USE UNA PLUMA DE TINTA NEGRA PARA COMPLETAR ESTE FORMULARIO

Conteste las preguntas en este formulario para solicitar servicios de Asilo de Ancianos u otra organización médica o programas de Exención Médica (Medical Waiver). Las preguntas se refieren a la persona que necesita asistencia. Las preguntas 18, 19, y 20 no se aplican a los solicitantes de la Exención. **Si es que necesita ayuda en completar este formulario, por favor avísenos.**

Si es que sólo está solicitando una Evaluación de Bienes para una Pareja Casada, marque esta casilla:

Su Nombre: _____ Sexo: m/f _____ Estado Civil: _____

Fecha de Nacimiento: _____ N° de Seguro Social: _____

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Dirección de Correo: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Teléfono de Casa _____ Celular/Otro teléfono _____

E-mail: (opcional) _____

¿Quién vive en su casa? Liste las personas que están viviendo en su casa mientras que está recibiendo cuidado de asilo de ancianos u otro cuidado de largo plazo mediante el programa de Exención Médica.

Nombre	Sexo	Relación con Usted	Fecha de Nacimiento	# de SS o ID de Extranjero Legal*
1				
2				
3				
4				

* El Número de Seguro Social e Información de Ciudadanía se necesitan solamente para los solicitantes de beneficios.

- ¿Es usted un residente de Utah? Sí No
Si respondió "No", por favor explique:
- ¿Es usted un ciudadano de EE.UU. o Extranjero Legal? Sí No
- ¿Cuándo necesita que la ayuda de Medicaid comience?
- ¿Está viviendo en un asilo de ancianos/institución de cuidado? Si respondió "Sí", agregue el nombre de la institución

Escriba la fecha de ingreso.

¿Dónde vivía antes de ingresar a este establecimiento?

¿Ha vivido en otro establecimiento por más de 30 días consecutivos? Sí No

Si respondió "Sí", ¿cuál? _____ Fecha de Ingreso: _____ Fecha de Alta: _____

¿Ha cambiado su estado civil desde su ingreso? Sí No

¿Hizo su ingreso a este establecimiento desde un hospital? Sí No

Si respondió "Sí", ¿cual hospital? _____

¿Cual fue la fecha de ingreso al hospital? _____ Fecha en que fue dado/a de alta _____

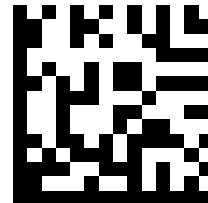
¿Tiene la intención de volver a su casa? Sí No

Si respondió "Sí", 90 días, 6 meses o menos (se necesita declaración del doctor), o más de 6 meses.

5. ¿Quiere que alguien actúe como su representante autorizado y pueda acceder a información de su caso? Sí No

Si respondió "Sí", por favor ponga el nombre, dirección y teléfono:

_____ ¿Tiene esta persona poder o tutela legal, etc. por usted?..... Sí No



D30811000170208

6. ¿Es usted un ex-combatiente de las Fuerzas Armadas de los EE.UU. o es dependiente de un ex-combatiente?

Nombre del ex-combatiente _____ Relación con usted _____

¿Sirvió este ex-combatiente en tiempo de guerra? Sí No

¿Ha este ex-combatiente recibido beneficios de la Administración de Ex-combatientes (V.A.)? Sí No

¿Tiene este ex-combatiente una discapacidad relacionada a su tiempo de servicio? Sí No

¿Ha este ex-combatiente fallecido?..... Sí No

Si respondió "Sí" ¿Estaba el ex-combatiente en las Fuerzas Armadas al momento de fallecer? Sí No

Si respondió "Sí", Fecha del fallecimiento: _____

7. **Bienes** – Liste cualquier bien que posean usted o su cónyuge. Incluya los bienes de cualquier otra persona que tiene propiedad conjunta con usted o su cónyuge, sea firmante o como fideicomisario. Los bienes son cosas como cuentas de banco, dinero en efectivo, casas o bienes raíces, Cuenta Individual de Jubilación (IRA) ó 401k, acciones/bonos, notas, anualidades, ganado, acciones de agua, derechos a petróleo/minerales, seguro de vida, planes de funerales, parcela de entierro, etc. Liste los vehículos en la sección después de ésta.

Tipo de Bien	Dueño(s)	# de Cuenta	Valor	Cantidad que se Debe

Vehículos - (Carro Camioneta/Van Otro Vehículo Autocaravana Motocicleta Motonieve Botes/Motores etc.)

Tipo de Vehículo	Marca	Modelo	Año	Licenciado Sí/No Lic. # / Estado	Dueño/ Dueños en Conjunto	Cantidad Debida	Valor Actual

En los últimos 60 meses, ¿Ha usted o su cónyuge poseído propiedad fuera del Estado de Utah?..... Sí No

Si respondió "Sí", ¿En qué estado?: _____ Valor de la Propiedad: _____ Valor de Equidad: _____

En los últimos 60 meses, ¿Ha usted o su cónyuge poseído propiedad en el Estado de Utah?..... Sí No

Si respondió "Sí", valor de la propiedad: _____ Cantidad que se debe en la propiedad: _____

8. ¿Hay alguien que le deba dinero a usted o su cónyuge, como de un contrato de ventas?..... Sí No

Si respondió "Sí", por favor explique: _____

9. ¿Ha vendido o regalado alguno de sus bienes que solía poseer, en los últimos 60 meses?..... Sí No

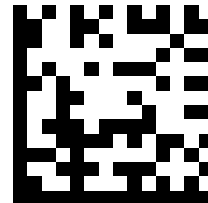
Si respondió "Sí", por favor explique: _____

10. ¿Tiene un fideicomiso? Sí No

¿Ha transferido algún bien, hacia o desde el fideicomiso en los últimos 60 meses?..... Sí No

Si respondió "Sí", por favor explique: _____

11. **Ingresos** - Liste todos los ingresos que usted o su cónyuge reciben. Incluya ingresos de Seguro Social, SSI, Servicio Civil, Jubilación del Ferrocarril, Beneficios de Excombatientes, ingreso de jubilación, pensiones, ingreso de discapacidad, ganancias, empleo por cuenta propia, desempleo, manutención de los hijos, pensión alimenticia, asistencia eclesiástica, ingreso de renta, regalos de dinero en efectivo, intereses, inversiones, herencias o ingresos de liquidación, etc.



D30811000170308

		Tipo de Ingreso	Cantidad de Ingreso	Con qué frecuencia se paga
Yo	1			
	2			
	3			
Cónyuge	1			
	2			
	3			

12. ¿Espera algunos cambios en los ingresos con usted o su cónyuge? Sí No

Si respondió "Sí", por favor explique:

13. ¿Ha alguien solicitado algún tipo de ingreso que aún no se ha recibido? Sí No

Si respondió "Sí", por favor explique:

14. Si no está trabajando actualmente ¿Cuándo fue la última vez que trabajo en forma remunerada?

¿Su cónyuge?

15. ¿Hay alguna persona o organización que le de dinero para cubrir los gastos? Sí No

Otra Información

16. ¿Vive en esta casa o tiene a su cónyuge u otro dependiente en casa? Sí No

Por favor liste lo siguiente:

Utilidades (electricidad, calefacción, teléfono)	\$ _____	Renta o Hipoteca	\$ _____
Impuestos de Propiedad si no son incluidos	\$ _____	Segunda Hipoteca	\$ _____
Tarifas de Condominio	\$ _____	Renta de Lote de Tráiler	\$ _____
		Seguro de Propiedad	\$ _____

17. ¿Hay alguien que le ayude a usted o su cónyuge o dependiente a cubrir estos gastos? Sí No

Si respondió "Sí", de nombre y relación con usted

18. ¿Está el programa Medicare pagando por cualquiera de estos días en el asilo de ancianos? Sí No

Si respondió "Sí", ¿Qué días?

19. ¿Está el programa de Administración de Excombatientes pagando por cualquiera de estos días en el asilo de ancianos? Sí No

Si respondió "Sí", ¿Qué días?

20. ¿Tiene cualquier otra ayuda en pagar por el asilo de ancianos? Sí No

Si respondió "Sí", por favor explique

21. ¿Necesita ayuda con cualquier cuenta médica que no se ha pagado todavía? Sí No

22. Si usted tiene seguro médico ¿Cuánto paga? _____ ¿Con qué frecuencia paga? _____

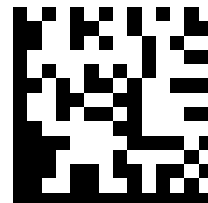
¿Cuándo vence el próximo pago? _____ ¿Quién paga la prima? _____ ¿El seguro incluye a su cónyuge? Sí No

INFORMACION DE TERCEROS Y DE SEGURO

Nombre:

Fecha de Nacimiento:

de Caso



D30811000170408

1. ¿Hay alguien en su casa actualmente que tenga seguro médico incluyendo Medicare? Sí No
Si respondió "Sí", complete la Sección 1.

2. ¿Hay alguien que haya tenido seguro que venció en los últimos 6 meses?..... Sí No
Si respondió "Sí", complete la Sección 2.

3. ¿Tiene seguro disponible para usted en el cual no se ha registrado?..... Sí No
Si respondió "Sí", complete la Sección 2.

4. ¿Hay alguien en su casa que tenga una necesidad médica mayor*? Sí No
¿Quién tiene la necesidad médica? _____ ¿Cuál es la necesidad médica?
Si respondió "Sí", tiene: 1. ¿seguro disponible el cual no ha comprado?..... Sí No
2. ¿seguro el cual ha expirado en los últimos 60 días?..... Sí No
*El embarazo se considera una necesidad médica mayor. Si respondió "Sí", ingrese la información en la Sección 2.

5. ¿Ha usted u otro ocupante de su casa resultado herido en un accidente o asalto?..... Sí No
Si respondió "Sí", complete la Sección 3.

6. ¿Hay alguien más que sea responsable de pagar cuentas médicas por alguien que es ocupante de esta casa?..... Sí No
Si respondió "Sí", nombre de la persona _____ Teléfono #: _____

7. ¿Hay alguien ocupante de esta casa que haya servido en las Fuerzas Armadas?..... Sí No
Nombre: _____ Fechas de Servicio: _____

Sección 1 – Información de Seguro (si respondió NO a la pregunta 1, **NO** complete esta sección)

Nombre de Compañía de Seguros: _____ Teléfono: _____
Dirección de la Compañía de Seguros: _____ # de Group : _____
¿A Nombre de Quién está la Póliza?: _____ # de Póliza: _____
Fecha de nacimiento del dueño de la póliza: _____ Número de Seguro Social del dueño: _____
Si es que el seguro es mediante un empleador, liste el nombre de empleador y teléfono
Prima \$ _____ Fecha de Pagos: _____ ¿Con qué frecuencia?
Nombres de las personas cubiertas: _____
Número de Medicare (si se aplica) _____

Nombre de la 2ª Compañía de Seguros: _____ Teléfono: _____
Dirección de la Compañía de Seguros: _____ # de Group : _____
¿A Nombre de Quién está la Póliza?: _____ # de Póliza: _____
Fecha de nacimiento del dueño de la póliza: _____ Número de Seguro Social del dueño: _____
Si es que el seguro es mediante un empleador, liste el nombre de empleador y teléfono
Prima \$ _____ Fecha de Pagos: _____ ¿Con qué frecuencia?
Nombres de las personas cubiertas (si no están listados en la tarjeta de seguro): _____

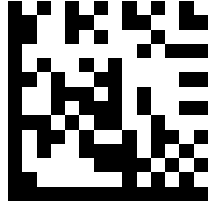
Sección 2 – Opción de Compra/Información de PCN (complete si es que respondió "Sí" en 4 arriba)

Nombre y Teléfono de la Compañía de Seguros _____
¿A Nombre de Quién está la Póliza?: _____ # de Póliza: _____
Nombre y Teléfono del Empleador (si se aplica): _____
Si no es mediante un empleador, ¿Cómo se hace disponible este seguro?

Sección 3 – Información de Accidente o Asalto (si es que respondió "NO" a la pregunta 5, no complete esta sección)

Por favor marque el tipo de incidente: automóvil asalto accidente laboral resbalón/caída
 mordedura de perro negligencia médica otro, por favor explique
Nombre(s) de persona(s) heridas: _____
Fecha de Incidente: _____ ¿Se hizo un informe policial? Sí No
Departamento de Policía: _____ Número de Informe Policial: _____
Nombre de Abogado: _____ Número de Teléfono: _____

ANTES DE FIRMAR ESTE SOLICITUD, ASEGURESE DE ENTENDER ESTA INFORMACION



D30811000170508

*Las referencias al Estado de Utah (el Estado) debajo incluyen al Utah Department of Health, al Department of Workforce Services y/o al Office of Recovery Services.

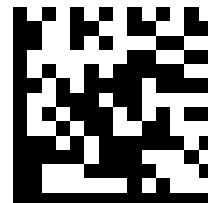
- I garantizo que todos los ocupantes de la casa que estamos solicitando cobertura médica o reembolso somos ciudadanos de los EE.UU. o extranjeros con estatus de inmigración legal, a menos que estemos solamente solicitando asistencia médica de emergencia. Entiendo que no tengo que reportar información de estatus de ciudadanía para aquellos ocupantes de la casa que no están solicitando cobertura médica o reembolso. El Estado verificará los números de registración de extranjeros con el Servicio de Inmigración y Ciudadanía de EE.UU. (USCIS). El Estado no reportará a los ocupantes de una casa que no tengan documentos legales al USCIS.
- El Estado no discrimina en base a raza, etnicidad, religión, sexo o discapacidad.
- Yo debo seguir las reglas del programa de asistencia médica. Mi cónyuge y/o hijos, según se aplique, también deben seguir estas reglas.
- Si recibo una tarjeta médica, solamente permitiré que las personas listadas en ésta, la usen.
- Si el Estado paga por mi cuidado médico, yo le asigno mis derechos de pago de cualquier tercera parte y a beneficios por mis gastos médicos. Yo le daré al Estado cualquier dinero que reciba de alguna póliza de seguros o de alguien que tenga obligación de pagar por mis gastos médicos. Yo autorizo estos pagos directamente al Estado y eximo de responsabilidad a terceros que hagan pagos a ellos.
- Yo estoy de acuerdo en cooperar con el Estado de Utah para establecer apoyo médico para mi familia y en proseguir a terceros que sean responsables por pagos médicos. Yo estoy de acuerdo con cooperar con el Estado de Utah para establecer y cobrar pensión alimenticia y manutención para mis hijos a menos que tenga una causa justa (good cause).
- Los beneficios médicos que reciba se limitan a aquellos que se describen en el Manual del Proveedor que se ha establecido para el programa, según se aplique. Yo entiendo que estos manuales se pueden enmendar sin mi consentimiento o consideración.
- Los beneficios para los cuales soy elegible de recibir pueden cambiar sin mi conocimiento o consentimiento. Yo entiendo que tengo responsabilidades de hacer cualquier copago a los proveedores al momento de entrega de los servicios médicos a menos que esté exento de estos copagos.
- Yo autorizo al Estado a que entregue a los proveedores de cuidado de salud la información acerca de mi elegibilidad para los beneficios médicos. El Estado puede intercambiar información con mi compañía de seguros de salud y/o mi empleador durante el periodo en que reciba beneficios del programa.
- El Estado tiene el derecho a recuperar de mis bienes todo el dinero que se gaste para pagar mis cuentas médicas si recibo Medicaid en cualquier momento mientras que tenga 55 años de edad o más. Las primas de Medicare, deducibles y copagos que se paguen bajo el programa de Reparto de Costos de Medicare se excluyen de cualquier Recuperación de Bienes.
- Yo doy mi autorización a que CUALQUIER INFORMACION que de se verifique cuando solicite beneficios y después de recibir beneficios. Mis beneficios médicos se pueden reducir, negar o detener debido a la información reportada. Yo entiendo que el fallar en reportar cambios y cualquier información falsa que yo de en esta solicitud, o que más adelante yo entregue, puede resultar en prosecución por fraude. Si yo recibo beneficios para los cuales no soy elegible de recibir, yo seré responsable de devolver los beneficios recibidos.
- Yo entiendo que puedo solicitar una audiencia imparcial si no estoy de acuerdo con la decisión hecha en esta solicitud.
- Se me ha entregado una copia de los Derechos y Responsabilidades y los Requisitos de Informar Cambios.

**** Yo(escriba su nombre) _____, *leí o alguien me leyó las declaraciones en esta página. Yo entiendo esas declaraciones. Yo juro bajo pena de perjurio, que las respuestas a las preguntas que he dado en esta solicitud son verdaderas y correctas. Yo soy la persona representada por la firma en este documento.*

Firma o Marca del Solicitante

Firma del Cónyuge o Representante

Fecha



D30811000170608

INFORMACION DE REGISTRACION PARA VOTAR

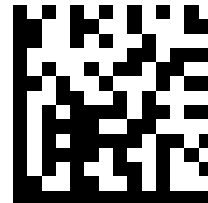
Si es que no se ha registrado para votar en el lugar donde vive ahora, ¿Le gustaría registrarse para votar aquí hoy?

Sí **No**

Si no marca ninguna de estas casillas, asumiremos que ha decidido no registrarse para votar por ahora. Usted puede llenar este formulario en privado. Si necesita ayuda en llenar este formulario, nosotros le ayudaremos. La decisión de buscar ayuda o no es suya. El decidir de registrarse o no, no afectará la cantidad de asistencia que usted puede recibir de esta agencia. Si usted piensa que alguien ha interferido con su derecho a registrarse, su derecho a negarse a registrarse para votar, su derecho a privacidad en el decidir a registrarse o no, en solicitar un formulario para votar, o el derecho a escoger su propio partido político u otra preferencia política, usted puede abrir un queja con el Lt. Governor, Greg Bell, State of Utah, 203 State Capitol Building, Salt Lake City, UT 84114.

****Por favor arranque estas páginas para su información.****

Sus Derechos y Responsabilidades



D30811000170708

Usted tiene el derecho a:

- Solicitar cualquier programa médico cada vez que quiera. Las solicitudes para los programas PCN y UPP solamente se aceptan durante periodos de registración. Si es que necesita ayuda alguien le ayudará a solicitar los programas.
- Recibir un aviso de que hemos aprobado o negado su solicitud y las razones por la decisión. Para la asistencia médica, tenemos 30 días para procesar su solicitud, ó 90 días si es que dice estar discapacitado, a menos que necesite más tiempo.
- Que se le notifique de por qué hemos reducido, detenido o suspendido su asistencia. En la mayoría de los casos, debemos enviar un aviso 10 días antes de que tomemos una de estas acciones.
- Tomar los siguientes pasos si no está de acuerdo con alguna decisión hecha en su caso:
 - A. Conversar con su trabajador. Asegurarse de que no haya malentendidos.
 - B. Conversar con el supervisor de su trabajador.
 - C. Conversar con los Servicios de Constituyentes. Salt Lake 801-538-6417 o llame al número sin cobro 1-877-291-5583.
 - D. Solicitar una Audiencia Imparcial (Fair Hearing) dentro de 90 días de la decisión o dentro de 10 días para aún recibir beneficios mientras que se organiza la audiencia imparcial. Si se le ha negado el estatus de incapacidad, también puede solicitar que se reconsidere esto como parte de su audiencia imparcial. Si es que SSA negó su discapacidad, entonces es necesario que pase por el proceso de apelación de ellos.
 - E. Requerir representación legal en relación a su audiencia imparcial. También es posible que tenga el derecho a tener asistencia legal gratis de Utah Legal Services. En Ogden, 801-394-9431; Salt Lake, 801-328-8891. El número sin cobro es 1-800-662-2538. Usted puede recibir también una referencia para consejería legal del Salt Lake Lawyer Referral al 801-531-9075.
- Ver la información en su caso. La información acerca de usted y su caso es confidencial. Esta información se puede compartir con otras agencias para poder administrar algún programa para asistirle.

Sus Responsabilidades:

Verificar Información – El Acta de Seguro Social (U.S.C. 1320 b - 7 (a) (1) requiere que usted nos de el número de seguro social para cada uno de los ocupantes de la casa que quieren asistencia médica. Si es que no tiene un número todavía, debe probar que ha solicitado uno. Es posible que sea elegible para asistencia mientras que espera recibir un número. Si es que solamente está solicitando ayuda de Medicaid de emergencia, no es necesario que tenga un Número de Seguro Social.

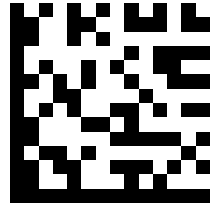
Su número de Seguro Social será usado con el Sistema de Verificación de Ingreso y Elegibilidad del Estado para asegurar que su familia es elegible para los programas de asistencia federal. Se harán verificaciones electrónicas, recertificaciones de programa, y auditorías con DWS, Servicio de Inmigración, Seguro Social y archivos de Impuestos Internos. También es posible que hagamos consultas con instituciones bancarias y de préstamos y con cualquier otra organización o individuos que puedan tener información de elegibilidad acerca de su familia. Usted debe proveer pruebas de elegibilidad para la asistencia. El Departamento no reportará a USCIS a ningún miembro de la familia que no tenga estatus legal en el país al día.

Los niños que se registran para Medicaid quedan automáticamente registrados en el Sistema de Información de Inmunizaciones del Estado de Utah (USIIS). Si no quiere que sus niños queden registrados en este sistema, usted debe llamar la Línea USIIS al 801-538-6872 o la Línea de Inmunizaciones al 1-800-275-0659.

Cooperar

Usted debe cooperar en cualquier revisión de su caso hecha por ya sea Control de Calidad, Recovery Services, o el Bureau of Eligibility Policy. Usted además debe cooperar en proveer información acerca de cualquier otro recurso de pagos médicos y en obtener apoyo médico. Si es que siente que esto significaría peligro para usted, usted puede hacer una petición por causa justa ("good cause"). Su trabajador puede explicarle este procedimiento.

Usted y los ocupantes de su casa también deben obedecer las reglas del programa de asistencia médica.



D30811000170808

Por favor, recuerde que debe reportar cualquier cambio en su situación durante los primeros 10 días que se entere del cambio. No demore reportar sus cambios. Ciertos cambios pueden afectar la cantidad de asistencia que reciba, o su elegibilidad. Si recibe más asistencia de la que hubiera calificado, tendrá que devolver todo el dinero. Los cambios que reporte para un programa también podrían afectar otros programas.

Por favor, infórmenos de sus cambios en Internet en <https://jobs.utah.gov/mycase>.

SIEMPRE DEBE REPORTAR LO SIGUIENTE:

- Si el ingreso total de su hogar (antes de deducciones) es más de: \$ _____ mensualmente.

Y si recibe ASISTENCIA FINANCIERA, también debe reportar:

- Si sólo tiene un hijo(a) recibiendo Asistencia Financiera, y éste se muda de casa.

Y si recibe ASISTENCIA PARA EL CUIDADO INFANTIL, también debe reportar:

- Si un padre de familia, padrastro o madrastra, esposo(a) o ex-esposo(a) se muda al hogar, si alguien se casa, si un hijo(a) recibiendo Asistencia para el Cuidado Infantil se muda de casa.
- Si el horario de un padre de familia o la escuela del niño cambia, de manera que el cuidado infantil no es necesario durante las horas de actividades aprobadas laborales y/ o de capacitación.
- Si deja de participar en un programa aprobado de educación o entrenamiento.
- Si cambia su proveedor de cuidado infantil.
- Si no reúne los requisitos mínimos de empleo. Esto incluye la finalización de un trabajo. (Padres solteros deben trabajar por lo menos 15 horas semanales. En hogares donde hay dos-padres de familia, uno debe trabajar por lo menos 15 horas semanales, mientras que el otro debe trabajar por lo menos 30 horas semanales.)

Y si recibe ASISTENCIA MEDICA debe reportar cambios en:

- Cambio en la fuente de ingresos.
- Cambios de más de \$25 dólares en ingresos salariales totales mensuales.
- Obtención de un pago global de cualquier fuente:
 - Incluyendo pagos de aseguradoras
 - Por daños y perjuicios
- Cambios en sus bienes económicos:
 - Tales como la pérdida u obtención de un vehículo
 - El abrir una cuenta bancaria
- Obtención de un vehículo.
- Cambios de más de \$25 dólares en deducciones permisibles totales.
- Cambios en su seguro médico.
- Cambios en el número de personas viviendo en su hogar, arreglos de vivienda, o cambio en su estado civil.
- Cambio en el tipo de residencia, tal como ingresar a, o ser dado de alta de alguna institución.

Programa Empresarial No Discriminatorio.

Servicios y ayuda auxiliar se encuentran disponibles a personas minusválidas bajo petición. Para mayor información llame al teléfono (801) 526-9240. Las personas con impedimentos en el habla y /o sordera pueden marcar el número 711 (state relay). Para asistencia en Español, marque el número 1-800-346-3162.