

Vamos a considerar esta solicitud sin distinción de raza, color de piel, sexo, edad, discapacidad, religión, origen nacional o creencia política.

SOLICITUD DE MEDICAID

PARA USO EXCLUSIVO DEL CONDADO
Fecha de recibo en el Dpto. del Condado

Marque la(s) casilla(s) que correspondan: Mujer embarazada Familias con niños – LIM
 Sólo niño(s) Only – RSM Medicaid del Programa Chafee Independence
 ¿Estuvo Ud. en cuidado tutelar (foster care) en su cumpleaños número 18? Sí No ¿En cuál estado? _____

TOME EN CUENTA: Para las solicitudes de Medicaid, no es necesario una entrevista en persona. Por favor, conteste todas las preguntas de la manera más completa y exacta posible. Si no comprende o no puede completar esta solicitud, por favor, notifique al personal de DFCS y se le dará asistencia gratuita.

Su nombre: (En letra de molde) NOMBRE		I. Sdo. Nombre	Apellido	De soltera (si aplica)	Fecha de hoy:		
Dirección postal:				Ciudad:	Estado:	Código postal:	
Dirección de domicilio (si es distinta a la postal):				Número(s) de teléfono:	Correo electrónico:		

Escriba los nombres de todas las personas que viven con usted para quién usted quiere Medicaid. Escriba su nombre si desea Medicaid para usted.

Nombre de pila	I. Sdo. Nombre	Apellido	Sufijo (Jr.)	Raza	Sexo M/F	Fecha de nacimiento	Parentesco con usted	Número de Seguro Social	¿Es esta persona ciudadano de EE.UU.? (S/N) (pudiese calificar para Medicaid, incluso si responde No)	¿El padre de este niño vive en su casa? (S/N)	¿La madre de este niño vive en su casa? (S/N)

Escriba los nombres de todas las personas que viven con usted para quien usted NO quiere Medicaid. Escriba su nombre si no desea Medicaid para usted. Usted no tiene que proporcionar un número de Seguro Social ni información del estatus de inmigración de las personas que no están solicitando Medicaid. Si se proporciona, se utilizará el número de Seguro Social para que la computadora lo compare con otras agencias y puede ayudarnos a procesar la solicitud de su hijo. NO compartiremos su información con el Departamento de Seguridad Nacional (anteriormente el INS).

Nombre de pila	I. Sdo. Nombre	Apellido	Sufijo (Jr.)	Raza	Sexo M/F	Fecha de nacimiento	Parentesco con usted	Número de Seguro Social	¿Es esta persona ciudadano de EE.UU.? (S/N) (pudiese calificar para Medicaid, incluso si responde No)	¿El padre de este niño vive en su casa? (S/N)	¿La madre de este niño vive en su casa? (S/N)

¿Hay alguien embarazada en el hogar? Sí No De ser así, ¿quién? _____ Fecha del alumbramiento: _____ Favor de adjuntar verificación del embarazo, si la tiene.

¿Tiene cuentas médicas sin pagar de los últimos tres meses? Sí No De ser así, ¿cuáles meses? _____

¿Alguien en su hogar tiene seguro médico? Sí No En caso afirmativo, indique la compañía de seguros y el número de póliza: _____

¿Usted o alguien en su hogar ha sido diagnosticada con cáncer de mama o cáncer de cuello uterino? Sí No En caso afirmativo, ¿ha recibido Medicaid para Salud de la Mujer anteriormente? Sí No

INGRESOS, RECURSOS y GUARDERÍAS

Anote todos los ingresos que reciben las personas nombradas en la página 1 de esta solicitud. Asegúrese de mostrar la cantidad antes de las deducciones. Adjunte una hoja adicional si es necesario. Vamos a decidir, basándonos en el tipo de Medicaid, cuáles de esos ingresos deben ser contados y cuáles pueden excluirse. **Si está solicitando Medicaid Sólo para Niños o para Embarazadas, usted no tiene que completar las siguientes secciones sobre recursos y vehículos.**

Ingresos	Cantidad bruta por cheque de pago (Cantidad antes de deducciones)	¿Con qué frecuencia? (Semanal, cada dos semanas, mensual, etc?)	Nombre de la persona que los recibe	Recursos	Cantidad en la cuenta / valor	¿De quién es el recurso?
Salarios / ganancias				Dinero en efectivo		
Empleador actual:				Cuenta de cheques		
Salarios / ganancias				Cuenta de ahorros		
Empleador actual:				Cooperativa de crédito		
Ingresos del Seguro Social / SSI				401K / Cuenta de jubilación		
Compensación al Trabajador				Otros		
Pensiones o Beneficios de Jubilación				Vehículo(s): Carros, camionetas, motocicletas (con licencia)		
Manutención de Menores/Contribuciones				Marca	Modelo	Año
Beneficios de desempleo						¿Cantidad adeudada?
Otros ingresos, por favor, especifique:						

¿Paga por cuidado de dependientes (guardería para un niño o el cuidado de un adulto que no puede cuidar de sí mismo) para que alguien en su casa pueda trabajar?

Nombre del padre que trabaja	Nombre del niño o adulto que requiere el cuidado	Nombre del proveedor del cuidado	Monto del Pago	¿Con qué frecuencia? (Semanal, cada dos semanas, mensual, etc?)

Si usted está solicitando Medicaid para niños y uno o ambos padres del (los) niño(s) no están en la casa, suministre la siguiente información:

Nombre del niño	Nombre del padre ausente (Madre o padre)	¿Tienen ellos seguro médico para el niño? Sí/No	Si tiene cobertura médica, anote el nombre de la compañía aseguradora y número de grupo

Entiendo que esta información quizá tenga que ser verificada para determinar la elegibilidad. Entiendo que quizá se obtenga información de sueldos y salarios proporcionada por el Departamento del Trabajo de Georgia para verificar y determinar la elegibilidad para Medicaid. Estoy de acuerdo en asignar al Estado todos los derechos a pagos de servicios médicos y servicios de terceros (beneficios médicos y hospitalarios). Estoy de acuerdo en dar al Estado el derecho de exigir que un padre ausente proporcione seguro médico, si está disponible. Entiendo que tengo que conseguir la ayuda médica del padre ausente si la hay disponible y que tengo que cooperar con la División de Servicios de Manutención de Menores para obtener esta ayuda. Si yo **no** coopero, entiendo que puedo perder mis beneficios de Medicaid, y sólo mis hijos recibirán beneficios a menos que se establezca una buena causa. Entiendo que debo reportar cambios en mis ingresos y circunstancias dentro de los diez (10) días después de tener conocimiento del cambio. ¹ Certifico bajo pena de perjurio que soy un ciudadano de los EE. UU. o que estoy legalmente en los Estados Unidos. Si soy un padre o tutor legal, certifico que el (los) solicitante(s) es (son) ciudadano(s) de los EE. UU. o está(n) legalmente en los Estados Unidos. ¹ Certifico a mi leal saber y entender que la(s) persona(s) para las cuales estoy solicitando Medicaid es (son) ciudadano(s) de los EE. UU. o se encuentran en los Estados Unidos legalmente. Además, certifico que toda la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta según mi opinión.

Firma (Obligatoria): _____

Fecha: _____

DECLARACIÓN DE CIUDADANÍA / ESTATUS DE EXTRANJERO

Entiendo que la División de Servicios para Familias y Niños de Georgia (DFCS) puede requerir la verificación del Departamento de Seguridad Nacional (DHS) de los Estados Unidos de mi ciudadanía o estado de extranjero o de mis hijos al solicitar beneficios. La información recibida de DHS puede afectar mi elegibilidad o la de mis hijos.

Por favor, llene y firme **UNA o AMBAS** de las siguientes declaraciones en lo que respecta a la situación de cada una de las personas que solicita beneficios.

NIÑOS QUE SOLICITAN BENEFICIOS

Nombre	Lugar de nacimiento (ciudad, estado, país)	Ciudadano de EE. UU. (Marque el que corresponda)	Inmigrante Legalmente Admitido	Fecha de naturalización o de admisión a los EE. UU. (Si aplica)

Yo, _____ doy fe de la identidad del niño / los niños antes mencionados y
(ESCRIBA SU NOMBRE EN LETRA DE MOLDE)
 certifico bajo pena de perjurio que la información escrita y marcada arriba es cierta.

 FIRMA (PADRE / TUTOR)

 (FECHA)

ADULTO(S) QUE SOLICITA(N) BENEFICIOS

Nombre	Lugar de nacimiento (ciudad, estado, país)	Ciudadano de EE. UU. (Marque el que corresponda)	Inmigrante Legalmente Admitido	Fecha de naturalización o de admisión a los EE. UU. (Si aplica)

Yo, _____ certifico bajo pena de perjurio que la información escrita y marcada arriba es cierta.
(ESCRIBA SU NOMBRE EN LETRA DE MOLDE)

 FIRMA (PADRE / TUTOR)

 (FECHA)

 FIRMA (PADRE / TUTOR)

 (FECHA)