

Enviar este formulario a:
DWS/CIU
PO Box 143245
SLC, UT 84114-3245
Fax: 801-526-9500



Artículo Adicional

para Asistencia Médica

Date Received

Nombre _____ Caso Número _____

1 Bienes & Vehículos

A. Bienes. Anote todos los bienes de su propiedad y la de las personas que viven con usted. Tipos de bienes incluyen cuentas bancarias, dinero en efectivo, acciones / bonos, fondos de seguro de vida/ entierro, casas, propiedades, ganado, remolque, fondo fiduciario, antigüedades/ artículos de colección, renta vitalicia, propiedades de inversión, etc. Incluya bienes de los que sea parcialmente propietario. **Anote los vehículos por separado en la parte B.**

Tipo de Bien	Nombre del Propietario	Propiedad Conjunta Sí/ No	Valor	Monto Adeudado

B. Vehículos. Anote todos los vehículos de su propiedad y la de las personas que viven con usted. Los tipos de vehículo incluyen todos los carros, camiones, camionetas, motos de nieve, motocicletas, casa rodante, barcos/ motores u otros vehículos.

Tipo de Vehículo	Hecho	Modelo	Año	# de Matrícula Estado	Propietario/ Propietarios	Monto Adeudado	Valor Actual

2 Ingresos & Gastos

- Sí No A. ¿Está usted empleado? En caso afirmativo, anote la fecha en que comenzó (mes/ día/ año): _____
- Sí No B. ¿Espera cambios en sus ingresos o la cantidad de horas trabajadas? En caso afirmativo, por favor explique: _____
- Sí No C. ¿Algún miembro de su núcleo familiar paga por el cuidado de dependientes para poder ir a trabajar? En caso afirmativo, anote el nombre y el monto pagado: _____
- Sí No D. ¿Alguno de los miembros de su núcleo familiar solicitó Ingresos de Seguridad Social, VA, Desempleo o Compensación de Trabajadores? En caso afirmativo, por favor explique: _____
- Sí No E. ¿Un padre o cónyuge de persona discapacitada paga subsidio de menores o pensión alimenticia? En caso afirmativo, anote el nombre y el monto pagado: _____
- Sí No F. ¿Alguien lo ayuda a pagar la hipoteca/ renta, comida, o las cuentas? En caso afirmativo, por favor explique: _____
- Sí No G. ¿Alguno de los miembros de su núcleo familiar trabaja a cambio de la hipoteca/ renta, comida, o las cuentas? En caso afirmativo, por favor explique: _____

(continuación)

- Sí No H. ¿Alguno de los miembros de su núcleo familiar ha recibido servicios médicos en los últimos 90 días? En caso afirmativo, por favor explique: _____
- Sí No I. ¿Está usted o alguien en su hogar embarazada o ha estado embarazada durante los últimos 90 días?
Si su respuesta es sí, apunte el nombre: _____ fecha de parto: _____
- Sí No J. ¿Ha fumado o usado tabaco en los últimos 6 meses, la persona embarazada?

3 Información del Seguro de Salud

- Sí No A. ¿Alguna otra persona debe pagar los gastos médicos de cualquiera de los miembros de su núcleo familiar? En caso afirmativo, nombre _____ Teléfono: _____
- Sí No B. ¿Alguno de los miembros de su núcleo familiar ha sido lesionado o víctima de asalto en los últimos 12 meses? En caso afirmativo, por favor complete la siguiente información:
¿Qué tipo de incidente? automóvil asalto de trabajo resbalón/ caída
 error médico otros, por favor explique _____
Nombre de la persona o personas lesionadas: _____
Fecha del Incidente: _____ ¿Se presentó un parte policial? Sí No
Departamento Policial: _____ # del Parte Policial: _____
Nombre del Abogado: _____ Teléfono: _____
- Sí No C. ¿Alguno de los miembros de su núcleo familiar tiene una necesidad médica importante? (Esto incluye embarazo/ cáncer/ enfermedad renal, etc.) En caso afirmativo, quién: _____
¿Cuál es la necesidad médica? _____
- Sí No D. ¿Usted tiene seguro de salud disponible que no ha comprado o tiene seguro que ha vencido en los últimos 60 días?
- E. Si respondió "Sí" tanto a C como a D, por favor complete la siguiente información:
Nombre de la compañía de seguros _____ Teléfono: _____
Nombre del Asegurado: _____ # de Póliza: _____
Nombre del Empleador: _____ Teléfono: _____
Si no es a través de un empleador, ¿cómo consigue el seguro? _____

4 Firma

Yo, (escriba su nombre) _____, bajo pena de perjurio, juro que las respuestas que di en esta solicitud son completas y correctas. Soy la persona representada por la firma en este documento.

Firma del Solicitante o Representante

Fecha

Por favor corte esta página y guárdela para su información.

Sus Derechos & Obligaciones

Usted tiene derecho a:

- Solicitar o volver a solicitar cuantas veces quiere cualquier programa médico ofrecido por el Departamento de Salud. Las solicitudes de PCN, CHIP, y UPP sólo se aceptan durante los períodos de inscripciones abiertas. Si usted necesita ayuda, alguien lo ayudará a completar la solicitud.
- Recibir una notificación de que hemos aprobado o negado su solicitud y la razón para la decisión. Para asistencia médica, tenemos 30 días (90 días si usted reclama que es discapacitado) para procesar su solicitud. Si usted necesita más tiempo, por favor contacte a su agente elector.
- Recibir una notificación si reducimos, detenemos o suspendemos su asistencia y el motivo. En la mayoría de los casos, debemos enviar por correo la notificación 10 días antes de realizar el cambio.
- Hacer lo siguiente si está en desacuerdo con la decisión tomada referente a su caso:
 - A. Hablar con su agente elector. Asegurarse de que haya un entendimiento mutuo.
 - B. Hablar con el supervisor de su agente elector.
 - C. Hablar con los Servicios al Votante. Salt Lake 538-6417 o llame gratis al 1-877-291-5583.
 - D. Solicitar una audiencia justa dentro de los 90 días siguientes a la decisión; 10 días para obtener beneficios mientras se lleva a cabo la audiencia. Si a usted se le negó la condición de discapacitado, también puede solicitar la reconsideración como parte de la audiencia justa. Si SSA le negó su discapacidad, usted deberá pasar por el proceso de apelaciones.
 - E. Solicitar representación legal referente a su audiencia justa. Usted puede tener derecho a recibir asistencia legal gratuita de los Servicios Legales de Utah. En Ogden, 394-9431; Salt Lake, 328-8891. El número para llamadas gratis es 1-800-662-2538. Además puede recibir una referencia para consejo legal de Salt Lake Lawyer Referral al 531-9075.
- Revisar la información en su caso. La información sobre usted y su caso es confidencial. Nosotros podemos otorgarle información a otras agencias para impartir un programa para ayudarlo.

Sus Obligaciones:

- **Verificar la información** - El Reglamento del Seguro Social (Social Security Act, U.S.C 1320 b – 7 (a) (1) requiere que usted nos dé un número de Seguridad Social por cada miembro de su núcleo familiar que quiere asistencia médica. Si usted no tiene un número, debe probar que ha solicitado uno. Usted puede ser elegible para recibir asistencia mientras está esperando recibir un número. Si usted está solicitando solamente Medicaid de emergencia, no tiene que tener un número de Seguridad Social.

Su número de Seguridad Social será utilizado con el Sistema de Verificación y Elegibilidad del Estado para asegurar que su núcleo familiar es elegible para los programas de asistencia federal. Las comparaciones por computadora, las revisiones de programas, y las auditorias serán realizadas con los registros de Servicio de Trabajo, Inmigración y Naturalización, Seguridad Social, y Servicios de Hacienda. Podemos también hacer averiguaciones en instituciones bancarias y de préstamos y cualquier otra organización o individuo que pueda tener información pertinente sobre su núcleo familiar. Usted debe darnos pruebas para demostrar que es elegible para recibir asistencia. Este Departamento no reportará al INS a los miembros indocumentados de su núcleo familiar.

(continuación)

- Los niños afiliados a Medicaid están automáticamente afiliados al Sistema de Información de Inmunizaciones Estatal de Utah (USIIS.) Si usted no desea que sus hijos estén afiliados al sistema, debe llamar a la línea de ayuda del USIIS al 801-538-6872 o la línea de ayuda de Inmunizaciones al 1-800-275-0659.
- **Cooperar** - Usted debe cooperar en cualquier revisión de su caso, hecha por Control de Calidad, Servicios de Cobro, y la oficina de Servicios de Elegibilidad. Además, debe cooperar proveyendo información de cualquier otra fuente de pagos médicos y la obtención de apoyo médico. Si usted cree que puede salir perjudicado por otorgar dicha información, puede solicitar un reclamo por “buena causa.” Un asistente puede explicarle este procedimiento.

Usted y su núcleo familiar deben obedecer las reglas del programa de asistencia médica.

Cambios Que Usted Debe Reportar

Recuerde que **Usted** debe reportar los cambios de su situación en el plazo de **10 días** luego de enterarse de los cambios. No demore en reportar cambios. Los cambios pueden afectar su elegibilidad. Si usted recibe beneficios para los que no es elegible, deberá reembolsar el monto.

Cambios en sus ingresos

- Cambios de más de \$25 en el ingreso bruto mensual o deducciones.
- Recibos de pagos únicos de cualquier fuente de ingresos.

Cambios en el estado civil o situación habitacional

- Casamiento, separación, divorcio; padre ausente que se muda a la casa, nacimiento de un bebé o terminación de un embarazo, miembro del núcleo familiar que se muda a la casa o fuera de la casa, muerte de un miembro del núcleo familiar.
- Internación hospitalaria de más de 30 días.
- Si algún miembro de su núcleo familiar va preso o es encarcelado.
- Si usted se muda.

Cambios en cualquier bien o bienes

- Reporte los cambios de propiedad o valor de cualquier cosa de su propiedad que tenga valor monetario.

Cambios de cobertura de seguro

- Cambios en la habilidad de afiliarse a un seguro.
- Cobertura o afiliación a cualquier plan de cobertura de salud (incluyendo Medicare) de cualquier miembro del núcleo familiar.
- Además debe reportar accidentes o lesiones que puedan ser pagadas por terceras partes.

Asistente Social _____ Teléfono _____ Número del Caso _____