

Postulación a programas de Medicaid de Mississippi para personas mayores, ciegas y con discapacidades



- Esta postulación se utiliza para postularse a Medicaid por razones de edad, ceguera o discapacidad. Un individuo o una pareja puede utilizar este formulario para postularse. Este formulario y otro tipo de información sobre programas están disponibles en el sitio web de la División de Medicaid de Mississippi (www.medicaid.ms.gov)
- Por favor, lea atentamente cada pregunta antes de responder. Las respuestas dadas determinarán si la(s) persona(s) que se postula(n) será(n) elegible(s) para Medicaid o no. Un amigo o familiar puede ayudar al postulante a completar este formulario. Un trabajador de Medicaid también está disponible si se necesita ayuda.
- Comuníquese con su trabajador si desea registrarse para votar o actualizar su información en la inscripción de votantes.

¿Cuál es el idioma más hablado en su hogar? _____ . Si no habla inglés y necesita ayuda, comuníquese con su oficina regional o llame al 1-800-421-2408. Un intérprete prestará sus servicios de forma gratuita.

Si alguna(s) de la(s) persona(s) que se postula(n) para Medicaid mediante este formulario es(son) ciega(s) o tiene(n) impedimentos auditivos, ingrese el (los) nombre(s) en este espacio para que se pueda evaluar cualquier necesidad especial:

¿Existen otras necesidades especiales?

CUANDO ESTE FORMULARIO ESTÉ COMPLETADO Y FIRMADO, USTED PUEDE ENVIARLO POR CORRESPONDENCIA, FAX O LLEVARLO A SU OFICINA REGIONAL DE MEDICAID A LA SIGUIENTE DIRECCIÓN:

Para uso exclusivo de la oficina regional:

Centro de LTC _____ Tipo de exención para HCBS _____

Exención para Healthier MS Costos compartidos de Medicare DCLH
 Programa para Trabajadores con Discapacidades SSI retroactivo SSI atribuido

Otro _____

Trabajador: _____ Fecha y lugar de la entrevista: _____

Nombre del caso: _____ Número de caso _____

Nombre del caso del cónyuge: _____ Número de caso _____

¿Se explicaron los derechos y responsabilidades en el momento de la entrevista? Sí No

¿Se facilitaron folletos programáticos? Sí No

Nombre del (de los) postulante(s) _____ SSN(s) _____

1. **USO DEL PLANIFICADOR DE MEDICAID.** ¿Alguien ha pagado (o está pagando) los servicios de un planificador de Medicaid al completar esta postulación? Sí No Si la respuesta es sí, facilite la siguiente información sobre el planificador de Medicaid:

Nombre del planificador de Medicaid _____

Información de contacto del planificador _____

Nombre del (de los) postulante(s) que utiliza(n) el servicio de planificador de Medicaid _____

2. **INFORMACIÓN DEL POSTULANTE.** Ingrese toda la información sobre el primer postulante:

Nombre completo del postulante: _____
(Nombre) (2.º nombre) (Apellido de soltera) (Apellido)

Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____ Fecha de nacimiento: (mes) _____ (día) ____ (año) _____

Estado civil: Soltero Casado Viudo Divorciado Género: Masculino Femenino

Raza, marque todo lo que corresponda (opcional): Blanco Negro Indio americano o nativo de Alaska Chino Indio asiático
 Filipino Japonés Coreano Vietnamita Otro asiático Nativo de Hawái Samoano Guameño o chamorro
 Otro isleño del Pacífico Otro _____

Si es hispano o latino, marque todo lo que corresponda (opcional): Mexicano Mexicano-estadounidense Chicano Puertorriqueño Cubano
 Otro _____

Este postulante presenta su postulación en función de lo siguiente: Edad (65 años en adelante) Ceguera Discapacidad (describa la discapacidad): _____

El postulante vive... En casa o apt. Con alguien en hogar Residencia para personas mayores Otro _____

¿El postulante planea ingresar a una residencia para personas mayores? Sí No Si la respuesta es sí, ¿cuándo? _____

Ingrese el nombre y la ubicación de la residencia para personas mayores _____

Dirección residencial: _____ N.º de apt. o lote: _____

Ciudad: _____ Condado: _____ Estado: _____ Código postal: _____

¿Quién vive en esta dirección ahora? (Indique todos los integrantes del grupo familiar) _____

Dirección de correspondencia (si es distinta de la anterior) _____

Ciudad: _____ Condado: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono (Residencia) _____ (Celular) _____ (Otro) _____

¿El postulante es ciudadano estadounidense? Sí No Si la respuesta es no, ¿cuándo ingresó el postulante a los EE. UU.? _____

¿Se encuentra el postulante en una situación migratoria satisfactoria? Sí No (no es obligatorio para inmigrantes que buscan servicios de emergencia de Medicaid). Una lista de situaciones migratorias satisfactorias para finalidades de Medicaid está disponible en una oficina regional de Medicaid.

Nombre del (de los) postulante(s) _____ SSN(s) _____

Matrimonios anteriores. ¿Alguna vez el postulante ha sido viudo o divorciado? Sí No Si la respuesta es sí, ingrese la información de todos los matrimonios anteriores:

(Nombre)	(2. ° nombre)	Nombre del excónyuge (Apellido de soltera)	(Apellido)	¿Cuánto tiempo estuvo casado?	¿Cómo finalizó el matrimonio (muerte o divorcio)?

¿El postulante cuenta con la Parte A de Medicare? Sí No ¿Parte B de Medicare? Sí No Si la respuesta es sí, ingrese el N.º de reclamo de seguro médico, tal como se muestra en la tarjeta de Medicare: _____

¿El postulante cuenta con otro seguro médico? Sí No Si la respuesta es sí, ingrese la siguiente información necesaria:

Aseguradora N.º de póliza o grupo Fecha de inicio Fecha de finalización (si finaliza)

Representante legal: ¿Este postulante tiene un tutor o curador nombrado por un tribunal? Sí No ¿Este postulante ha designado un poder notarial a alguien? Sí No

Si la respuesta es sí, facilite el nombre, la dirección y el número de teléfono de la persona legalmente designada para actuar en nombre de este postulante:

Se exigirá verificación de tutela, curatela o poder notarial.

(Nombre) (Dirección) (Teléfono)

Representante autorizado: Si no existe un representante legal, ¿le gustaría a este postulante nombrar a una persona para que actúe como su representante? Sí No. Un representante actúa en nombre del postulante en asuntos relacionados con esta solicitud, incluyendo el suministro de la información necesaria. Ingrese el nombre, la dirección y el número de teléfono de la persona que representa a este postulante:

(Nombre) (Dirección) (Teléfono)

3. INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE O DE LOS PADRES (facilite la siguiente información respecto al cónyuge del postulante o información sobre el (la) padre (madre) que se postula en nombre de un hijo menor de edad con una discapacidad). El cónyuge del postulante n.º 1 también puede presentar su postulación completando esta sección en su totalidad.

Nombre completo del cónyuge o padre (madre) _____

Número de Seguro Social*: _____ - _____ - _____ Fecha de nacimiento: (mes) _____ (día) _____ (año) _____
(*no es obligatorio, a menos que el cónyuge esté presentando una postulación)

Estado civil: Soltero Casado Separado Viudo Divorciado **Sexo:** Masculino Femenino

Raza, marque todo lo que corresponda (opcional): Blanco Negro Indio americano o nativo de Alaska Chino Indio asiático
 Filipino Japonés Coreano Vietnamita Otro asiático Nativo de Hawái Samoano Guameño o chamorro
 Otro isleño del Pacífico Otro _____

Si es hispano o latino, marque todo lo que corresponda (opcional): Mexicano Mexicano-estadounidense Chicano Puertorriqueño Cubano
 Otro _____

Nombre del (de los) postulante(s) _____ SSN(s) _____

Dirección residencial (si es diferente de la del postulante n.º 1) _____ N.º de apt. o lote: __

Ciudad: _____ Condado: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Dirección de correspondencia (si es distinta de la anterior) _____

Ciudad: _____ Condado: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono (Residencia) _____ (Celular) _____ (Otro) _____

¿Quién vive en esta dirección ahora? (Indique todos los integrantes del grupo familiar)

Si su cónyuge no está presentando una postulación, pase a la pregunta n.º 4. Si el (la) padre (madre) está presentando una postulación en nombre de un hijo menor de edad con una discapacidad, pase a la pregunta n.º 4.

Si su cónyuge está presentando una postulación para Medicaid, responda todas las siguientes preguntas:

Este postulante presenta su postulación en función de lo siguiente: Edad (65 años en adelante) Ceguera Discapacidad (describa la discapacidad):

El postulante vive... En casa o apt. Con alguien en hogar Residencia para personas mayores Otro _____

¿El postulante planea ingresar a una residencia para personas mayores? Sí No Si la respuesta es sí, ¿cuándo?

Ingrese el nombre y la ubicación de la residencia para personas mayores _____

¿El postulante es ciudadano estadounidense? Sí No Si la respuesta es no, ¿cuándo ingresó el postulante a los EE. UU.?

¿Se encuentra el postulante en una situación migratoria satisfactoria? Sí No (no es obligatorio para inmigrantes que buscan servicios de emergencia de Medicaid). Una lista de situaciones migratorias satisfactorias para finalidades de Medicaid está disponible en una oficina regional de Medicaid.

Matrimonios anteriores. ¿Alguna vez el postulante ha sido viudo o divorciado? Sí No Si la respuesta es sí, ingrese la información de todos los matrimonios anteriores:

(Nombre)	Nombre del excónyuge (2.º nombre)	(Apellido de soltera)	(Apellido)	¿Cuánto tiempo estuvo casado?	¿Cómo finalizó el matrimonio (muerte o divorcio)?

¿El postulante cuenta con la Parte A de Medicare? Sí No ¿Parte B de Medicare? Sí No Si la respuesta es sí, ingrese el

N.º de reclamo de seguro médico, tal como se muestra en la tarjeta de Medicare: _____

¿El postulante cuenta con otro seguro médico? Sí No Si la respuesta es sí, ingrese la siguiente información necesaria:

Aseguradora

N.º de póliza o grupo

Fecha de inicio

Fecha de finalización (si finaliza)

Nombre del (de los) postulante(s) _____ SSN(s) _____

Representante legal: ¿Este postulante tiene un tutor o curador nombrado por un tribunal? Sí No ¿Este postulante ha designado un poder notarial a alguien? Sí No

Si la respuesta es sí, facilite el nombre, la dirección y el número de teléfono de la persona legalmente designada para actuar en nombre de este postulante:

Se exigirá verificación de tutela, curatela o poder notarial.

(Nombre) (Dirección) (Teléfono)

Representante autorizado: Si no existe un representante legal, ¿le gustaría a este postulante nombrar a una persona para que actúe como su representante? Sí No. Un representante actúa en nombre del postulante en asuntos relacionados con esta solicitud, incluyendo el suministro de la información necesaria. Ingrese el nombre, la dirección y el número de teléfono de la persona que representa a este postulante:

(Nombre) (Dirección) (Teléfono)

4. **MEDICAID RETROACTIVO.** Medicaid puede cubrir al postulante n.º 1 y al postulante n.º 2 (si corresponde) durante los 3 meses anteriores a la fecha de esta postulación para Medicaid o la fecha en que se presentó una postulación para SSI. Se debe determinar que cada postulante sea elegible para cada mes solicitado y que haya recibido servicios cubiertos por Medicaid durante el período retroactivo. *El mes de la postulación es el mes en que Medicaid recibe este formulario firmado.*

¿El postulante n.º 1 desea presentar una postulación para Medicaid retroactivo? Sí No Si la respuesta es sí, ingrese el (los) mes(es) necesario(s)

¿El postulante n.º 2 desea presentar una postulación para Medicaid retroactivo? Sí No Si la respuesta es sí, ingrese el (los) mes(es) necesario(s)

5. CONDICIÓN DE VETERANO

¿El postulante n.º 1 es veterano? Sí No ¿El postulante n.º 1 ha estado casado alguna vez con un veterano (vivo o no)?

Sí No

¿El postulante n.º 2 es veterano? Sí No ¿El postulante n.º 2 ha estado casado alguna vez con un veterano (vivo o no)?

Sí No

¿El postulante es dependiente de un veterano? Sí No Si la respuesta es sí a cualquiera de estas preguntas, complete lo siguiente: Nombre del veterano _____ Relación con el postulante _____

Fechas de servicio _____ Rama de servicio _____

Número de servicio o número de reclamo _____

¿El postulante n.º 1 alguna vez se postuló para beneficios del VA? Sí No

¿El postulante n.º 2 alguna vez se postuló para beneficios del VA? Sí No

Si la respuesta es sí para el postulante n.º 1 o n.º 2, facilite un comprobante de la decisión del VA de otorgar o denegar beneficios.

Nombre del (de los) postulante(s) _____ SSN(s) _____

Las siguientes secciones de esta postulación piden información financiera (ingresos y recursos). La División de Medicaid está obligada a verificar todos los ingresos recibidos y los recursos que posee cada postulante, el cónyuge de cada postulante (que se postula o no) y los padres de un hijo menor de edad con una discapacidad. Si esta postulación es para un hijo menor de edad con una discapacidad, marque una de las siguientes opciones:

- Facilitaré información financiera de los padres para que mi hijo pueda ser considerado en todas y cada una de las categorías de elegibilidad para Medicaid y/o CHIP. Ingrese la información de los padres y del hijo postulante a continuación.
- Escojo que se considere la elegibilidad de mi hijo **únicamente** bajo la categoría de hijo con una discapacidad que vive en el hogar (DCLH) y no se facilitará ninguna información sobre ingresos o recursos de los padres para usarse en la evaluación bajo ninguna otra categoría de elegibilidad. La categoría DCLH exige que se verifiquen los ingresos y/o recursos del hijo con una discapacidad. Ingrese la información del hijo postulante a continuación.

6. INGRESOS E HISTORIAL LABORAL

¿Trabaja el postulante, su cónyuge (que se postula o no) o los padres de un hijo menor de edad con una discapacidad?

Sí No

Si la respuesta es sí, mencione la(s) persona(s) que trabaja(n): _____

Nombre del (de los) empleador(es): _____

Salarios totales (antes de deducciones) \$ _____ ¿Con que frecuencia cobra? _____

Si cobra semanal o bisemanalmente, ¿qué día de la semana cobra? _____ *Se deben verificar los salarios de los últimos tres (3)*

meses. Copias de talones de cheques o registros impresos de salarios son ejemplos de verificación que se pueden facilitar.

¿El postulante, su cónyuge (que se postula o no) o los padres de un hijo menor de edad actualmente trabajan por cuenta propia o lo hicieron durante los últimos 12 meses? Sí No Si la respuesta es sí, mencione la(s) persona(s) que trabaja(n) actualmente por cuenta propia o lo hizo (hicieron) con anterioridad:

Tipo de negocio _____ Fecha de finalización (si no está activo) _____

Se debe verificar el trabajo por cuenta propia. Se requiere una copia de la última declaración de impuestos federales que verifique las ganancias netas. Si no hay una declaración de impuestos disponible, se exigirá otra modalidad de verificación.

Si no está empleado actualmente, ¿cuál es la última fecha de empleo (para el postulante, su cónyuge o los padres de un hijo menor con una discapacidad)? Facilite el nombre del empleador y la fecha de finalización del empleo:

¿El postulante, su cónyuge o los padres presentaron una declaración de impuestos federales el año pasado? Sí No

¿Hay niños menores de 18 años en el hogar que tengan ingresos? Sí No Si es así, nombre el niño y la fuente y/o monto de ingresos _____

Los ingresos de un niño (que no solicita Medicaid) se utilizan para determinar qué parte de los ingresos de un cónyuge o padre (madre) que no solicita se contabiliza.

Complete las siguientes dos (2) preguntas solo si el postulante n.º 1 o n.º 2 se encuentra en una residencia para personas mayores:

- Si el postulante tiene un cónyuge que vive en su hogar, ¿el postulante desea poner sus ingresos a disposición del cónyuge comunitario? Sí No
- ¿El postulante en la residencia para personas mayores recibe ingresos de talleres especiales o ingresos por terapia laboral? Sí No Si la respuesta es sí, ¿cuáles son los ingresos mensuales?

\$ _____

Nombre del (de los) postulante(s) _____ SSN(s) _____

Todos los demás ingresos recibidos por el **postulante, su cónyuge** (que se postula o no) o **padres** de un hijo menor de edad con una discapacidad deben verificarse para fines de elegibilidad. Si tenemos disponible una fuente de verificación electrónica, verificaremos los ingresos por usted. De otra manera, la verificación debe provenir de la fuente de remuneración. Se le pedirá que facilite un talón de cheque u otro tipo de documento oficial. Ingrese el monto bruto (antes de cualquier deducción) de los ingresos recibidos de cualquier fuente en el espacio a continuación:

Fuente de ingresos	Con qué frecuencia se reciben	Postulante n.º 1:	Postulante n.º 2 o cónyuge	Padre (Madre) de un hijo menor de edad con una discapacidad	Padre (Madre) de un hijo menor de edad con una discapacidad
Seguro Social					
SSI					
Jubilación de empleados ferroviarios					
Pensión del VA					
Compensación del VA					
Otros beneficios del VA					
Jubilación militar					
Jubilación estatal					
Servicio civil federal					
Jubilación municipal					
Pensión privada					
Indemnización por desempleo					
Ingresos por alquiler					
Indemnización laboral					
Ingresos por un acuerdo de jubilación individual (IRA)					
Ingresos por anualidades					
Ingresos por intereses					
Ingresos fiduciarios					
Dividendos					
Ingresos por pagarés					
Concesiones para explotación petrolera, gasífera, minera o maderera					
Pagos gubernamentales por tierras					
Regalías					
Manutención infantil					
Pensión alimenticia					
Contribuciones en efectivo					
Asistencia pública (TANF o de otro tipo)					
Otro (especifique)					
Otro (especifique)					

¿El postulante o su cónyuge ha cedido algún tipo de ingresos o el derecho a recibir ingresos en un periodo de 5 años tras esta postulación? Sí No Si la respuesta es sí, explique:

Se exigirá verificación para demostrar cualquier transferencia de ingresos o los derechos a ingresos.

Nombre del (de los) postulante(s) _____ SSN(s) _____

7. RECURSOS. En esta sección, notifique los bienes muebles o inmuebles que pertenecen o que están siendo comprados en parte o en su totalidad por el postulante, su cónyuge o los padres de un hijo menor de edad con una discapacidad. No todos los recursos se contabilizan para fines de elegibilidad, pero debe informarnos sobre todos los recursos. Marque todo lo que corresponda e ingrese la información solicitada:

Posesión de vivienda Sí No Si la respuesta es sí, ingrese el estado y condado _____

Dirección y ciudad _____

Si la titularidad es compartida, ¿quién más figura en la escritura? _____

¿Alguien vive en la vivienda? Sí No Si la respuesta es sí, ¿quién? _____

¿La vivienda se alquila o genera ingresos? Sí No Si la respuesta es sí, explique: _____

_____ Monto de ingresos por alquiler \$ _____

¿El postulante debe dinero por la propiedad? Sí No Si la respuesta es sí, ¿cuánto debe? \$ _____

¿El postulante tiene una hipoteca inversa? Sí No Si la respuesta es sí, ¿de cuánto son los pagos? \$ _____

Es posible que se exija la escritura y el comprobante de pago de impuestos más recientes para verificar la posesión de vivienda.

Otros bienes inmuebles Sí No Si la respuesta es sí, cantidad de otros bienes: _____

Si la respuesta es sí, indique cada bien a continuación: *Se exigirán copias de escrituras y de comprobantes de pago de impuestos para verificar otros bienes inmuebles.*

Ubicación (ciudad, condado, estado) de cada bien	Tipo de titularidad Nombre en la escritura	¿Quién vive allí?	Ingresos generados por el bien

¿El postulante es propietario de una casa rodante? Sí No Si la respuesta es sí, ¿a quién pertenece el terreno donde se encuentra la casa rodante?

¿El postulante o su cónyuge ha vendido o cedido algún bien en un periodo de 5 años tras esta postulación? Sí No

Si la respuesta es sí, indique la(s) fecha(s) y describa el bien que se vendió o transfirió. _____

Se necesitarán copias de las escrituras que demuestren la titularidad actual o la titularidad en el momento en que se vendió o transfirió el bien respecto a todos los bienes que posea o haya poseído en los últimos 5 años con el fin de determinar la elegibilidad para atención médica de larga duración o servicios domiciliarios y comunitarios (HCBS) para el (los) postulante(s).

Nombre del (de los) postulante(s) _____ SSN(s) _____

EFFECTIVO DISPONIBLE. ¿El postulante, su cónyuge o los padres cuentan con efectivo disponible (más de \$200 para gastos)? Sí No Si la respuesta es sí, ¿cuánto? \$ _____

FONDOS MANTENIDOS EN UN BANCO O COOPERATIVA DE CRÉDITO. Marque todos los siguientes tipos de cuentas de propiedad individual o conjunta, o utilizadas por el postulante, su cónyuge o los padres para mantener fondos que pertenecen al postulante, su cónyuge o padres. *Será necesaria la verificación de los saldos por parte del banco o cooperativa de crédito.*

- Cuenta(s) corriente(s) Cuenta(s) de ahorros Certificado(s) de depósito u otros depósitos a plazo
 Cuenta de curatela Fondos mantenidos en una cuenta bancaria perteneciente a otra persona Recaudador de fondos
 IRA Anualidad Caja de seguridad Fondo de ahorro universitario

Nombre del banco	Tipo de cuenta	Número de cuenta	Nombre(s) en la cuenta	Saldo actual

Si el postulante se encuentra en una residencia para personas mayores, ¿existe una cuenta de paciente en la residencia? Sí No

¿Se han cerrado cuentas, se han cambiado nombres o se han transferido fondos desde alguna cuenta en los últimos 5 años?
 Sí No Si la respuesta es sí, explique:

Es posible que se exija la verificación de cambios en las cuentas para el (los) postulante(s) de atención médica a largo plazo y exención para HCBS.

FONDOS DE JUBILACIÓN. ¿El postulante, su cónyuge o los padres cuentan con fondos de jubilación en depósito provenientes de un plan de pensión, IRA, anualidad u otro tipo de fondo? Sí No ¿Se ha solicitado pago periódico de este (estos) fondo(s)? Sí No ¿El titular de este (estos) fondo(s) todavía está empleado y trabajando? Sí No

Titular del (de los) fondo(s) de jubilación _____ *Se exigirá verificación de los fondos.*

ANUALIDADES. ¿El postulante, su cónyuge o los padres poseen, de manera individual o conjunta, una anualidad?

Sí No Si la respuesta es sí, mencione el (los) titular(es). _____

_____ Inversión inicial \$ _____ Fecha de compra _____

Nombre del pensionista _____ ¿La anualidad genera pagos fijos? Sí No ¿Los pagos se efectúan con respecto a la inversión en su totalidad? Sí No

Cada anualidad debe verificarse mediante el contrato de anualidad. También puede ser necesaria otra información.

FONDOS FIDUCIARIOS. ¿El postulante, su cónyuge o los padres son beneficiarios de un fideicomiso? Sí No Si la respuesta es sí, ingrese el nombre, la dirección y el teléfono del fideicomisario. _____

¿Se ha creado un fideicomiso mediante activos que pertenecen al postulante, su cónyuge o los padres? Sí No
Se debe facilitar una copia de todos los fideicomisos creados por el postulante, su cónyuge o los padres en su totalidad o parcialmente.

PAGARÉS, PRÉSTAMOS O ACUERDOS DE BIENES. ¿El postulante, su cónyuge o los padres poseen un acuerdo para el reintegro de dinero prestado o del bien vendido? Sí No Si la respuesta es sí, ingrese lo siguiente: Saldo del préstamo \$ _____ Ingresos recibidos \$ _____ ¿Cuán a menudo? _____

Se exigirá una copia del pagaré o del acuerdo con el fin de determinar la elegibilidad del postulante.

Nombre del (de los) postulante(s) _____ SSN(s) _____

ACCIONES, BONOS U OTRO TIPO DE INVERSIONES SIMILARES. ¿El postulante, su cónyuge o los padres son titulares individuales o parciales de alguna de las siguientes inversiones? Acciones Participaciones en fondos mutuos Bonos corporativos Bonos municipales Bonos gubernamentales o títulos valores estadounidenses Bonos de ahorro estadounidenses Inversiones extranjeras Otros _____. Ingrese información para cada inversión que posea:

Tipo de inversión	Titular(es)	Valor actual

Todas las inversiones poseídas deben ser verificadas mediante un documento oficial que confirme su valor.

AUTOMÓVILES (autos, camionetas, motocicletas, embarcaciones). Indique cualquier vehículo utilizado para transporte perteneciente al postulante, su cónyuge o los padres.

Tipo de vehículo	Titular(es)	Modelo y año	Monto adeudado

Es posible que se exija verificación de titularidad de los vehículos.

BIENES PERSONALES. Incluye vehículos recreativos, caravanas y embarcaciones utilizados únicamente para recreación, antigüedades u otros objetos de colección de valor considerable. ¿El postulante, su cónyuge o los padres poseen algún bien personal de este tipo? Sí No Si la respuesta es sí, ¿qué les pertenece?

Describe y facilite un valor: _____

Es posible que se exija verificación para confirmar el valor.

SEGURO DE VIDA. ¿El postulante, su cónyuge o los padres tienen un seguro de vida?

Sí No Si la respuesta es sí, especifique:

Titular	Asegurado	Valor nominal	Aseguradora	<input type="checkbox"/> Vitalicio <input type="checkbox"/> A término
				<input type="checkbox"/> Vitalicio <input type="checkbox"/> A término
				<input type="checkbox"/> Vitalicio <input type="checkbox"/> A término
				<input type="checkbox"/> Vitalicio <input type="checkbox"/> A término

Se necesita una copia de la página del valor nominal para su verificación.

FONDOS PARA SEPELIO. ¿El postulante, su cónyuge o los padres cuentan con fondos reservados para sepelio?

Sí No Si la respuesta es sí, ¿cómo se constituyen los fondos? Seguro de sepelio Contrato de prenecesidad con funeraria Otro (especifique)

Valor del (de los) fondo(s) _____

Es posible que se exija verificación del valor de los fondos y si los fondos son accesibles.

ESPACIOS DE SEPELIO. ¿El postulante, su cónyuge o los padres poseen parcelas o espacios de sepelio? Sí No

Si la respuesta es sí, cantidad de tumbas que posee _____ Ubicación del cementerio _____

Nombre del (de los) postulante(s) _____ SSN(s) _____

¿Todas las tumbas son utilizadas o destinadas a ser utilizadas por familiares del postulante? Sí No

OTRO. ¿Existen otros recursos pertenecientes o adquiridos por el postulante, su cónyuge o los padres que no se muestren anteriormente en la sección “Recursos”? Sí No Si la respuesta es sí, especifique y facilite el valor del recurso:

ACTIVIDAD DE RECURSOS EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS. ¿El postulante o su cónyuge ha vendido o cedido algún recurso en un periodo de 5 años tras esta postulación que aún no se haya divulgado en esta postulación?

Sí No Si la respuesta es sí, especifique: _____
Se puede aplicar un período retrospectivo de 5 años para el (los) postulante(s) de exenciones para HCBS y de residencias para personas mayores. Se exigirá la verificación de todas las transferencias identificadas en los últimos 5 años.

8. DECLARACIÓN DE RESIDENCIA. ¿El postulante n.º 1 planea permanecer en Mississippi? Sí No

¿El postulante n.º 2 planea permanecer en Mississippi? Sí No

9. RECUPERACIÓN PROCEDENTE DE PATRIMONIO. La disposición de recuperación procedente de patrimonio se aplica a los beneficiarios de Medicaid de 55 años de edad en adelante y que se encuentran en una residencia para personas mayores o están inscritos en un programa de exención para servicios domiciliarios y comunitarios al momento de la muerte. Si esto se aplica al postulante n.º 1, al postulante n.º 2 o a ambos, lea lo siguiente:

Entiendo que, tras mi muerte, la División de Medicaid tiene el derecho legal de solicitar la recuperación procedente de mi patrimonio respecto a servicios pagados por Medicaid en ausencia de un cónyuge legal sobreviviente o un dependiente legal sobreviviente. Se tendrán en cuenta los casos difíciles. Un patrimonio se compone de bienes muebles e inmuebles. Entiendo que los bienes de patrimonio familiar en muchos casos se encuentran protegidos de reclamos de acreedores y exentos de subasta judicial y que, al firmar este contrato, renuncio de manera voluntaria a mi derecho a esta protección respecto a estos bienes en relación con reclamos en virtud de en este contrato.

10. LEY DE PRIVACIDAD Y USO DE NÚMEROS DE SEGURO SOCIAL. La División de Medicaid de Mississippi está autorizada para determinar la elegibilidad para Medicaid y está protegida por ley contra la divulgación a personas no autorizadas. Es posible que este formulario se utilice para determinar el derecho de otra persona a los beneficios de Medicaid. De conformidad con la autoridad investida en la ley federal en la sección 1320b-7(a) del título 42 del Código de Reglamentos Federales (42 USC 1320b-7(a)) y los reglamentos federales estipulados en la sección 435.910 del título 42 del Código de Reglamentos Federales (42 CFR 435.910), usted tiene la obligación de divulgar el número de Seguro Social (SSN) de cada persona que se postula a Medicaid. Este es un requisito obligatorio con el fin de ser elegible para los beneficios de Medicaid, a menos que el postulante sea un extranjero no calificado que solicite servicios de emergencia de Medicaid. Si usted no puede recordar el SSN de cada postulante o si el postulante no tiene un SSN, la agencia puede ayudarle a solicitar un SSN para cada postulante. Si el postulante tiene una objeción religiosa reconocida para no facilitar su SSN, debe indicar el fundamento de dicha objeción y la agencia revisará esta solicitud. El SSN se utilizará para verificar información tal como activos, ingresos y cobertura de seguros, así como para ayudar a conservar archivos relacionados con la elegibilidad, de conformidad con la autoridad descrita en las secciones 435.940 a 435.960 del título 42 del Código de Reglamentos Federales. En consonancia con la ley federal, la sección 1940 de la Ley del Seguro Social (sección 1396w, título 42, Código de los Estados Unidos), que exige servicios de verificación de activos por parte de todas las agencias estatales de Medicaid, y la Ley 1391 de la Cámara de Representantes de Mississippi, el SSN se utilizará para la verificación electrónica de activos divulgados y no divulgados. El SSN también se puede usar para comparar registros dentro de la agencia estatal de Medicaid y en otras agencias estatales, federales y/o locales, tales como la Administración del Seguro Social, el Servicio de Impuestos Internos y departamentos de seguridad laboral, así como bancos y otras instituciones financieras.

11. DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN FINANCIERA. Al firmar esta solicitud, usted certifica que, según su conocimiento, toda la información financiera facilitada es verdadera y correcta. Además, usted autoriza a cualquier institución financiera a divulgar información relativa a las cuentas financieras mantenidas por esa institución a la División de Medicaid de Mississippi o a su agente o contratista designado con el fin de identificar y verificar sus

Nombre del (de los) postulante(s) _____ SSN(s) _____

activos al momento de la presentación de la postulación y redeterminación de la elegibilidad para Medicaid. Esto incluye el monto de depósitos y cualquier otro tipo de información descrita o solicitada a la institución financiera, incluyendo una solicitud del historial de la cuenta. Esta autorización entra en vigencia hasta que se niegue la elegibilidad para Medicaid, finalice la elegibilidad para Medicaid o usted revoque esta autorización, lo que ocurra primero. Puede revocar esta autorización en cualquier momento notificando por escrito a la División de Medicaid de Mississippi respecto a su deseo de revocar esta autorización; sin embargo, dicha revocación impediría que se determine o redetermine la elegibilidad. Esta autorización de divulgación de información no altera ni suspende su derecho en virtud de la Ley de Derecho a la Privacidad Financiera (sección 3401 y siguientes, título 12, Código de los Estados Unidos), excepto en la medida en que algunos de esos derechos puedan modificarse mediante las disposiciones de verificación de activos de la sección 1940 de la Ley del Seguro Social (sección 1396w, título 42, Código de los Estados Unidos).

12. DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS POSTULANTES

- Entiendo que, si esta postulación muestra que puedo ser elegible para recibir pagos o beneficios de otras fuentes, debo postularme a estos.
- Entiendo que, como condición para recibir servicios de Medicaid, la División de Medicaid de Mississippi puede convertirse en beneficiario remanente de cualquier anualidad que mi cónyuge o yo hayamos comprado o en la que hayamos realizado ciertas transacciones a partir del 8 de febrero de 2006.
- Entiendo que, si me conceden servicios de Medicaid en una residencia para personas mayores, esa parte o la totalidad de mis ingresos deben aplicarse al costo de mi atención médica en la residencia, según las instrucciones de la División de Medicaid de Mississippi.
- Entiendo que mi caso está sujeto a revisión por parte de auditores estatales o federales o para fines de control de calidad y debo cooperar con los revisores. No se necesita ningún permiso adicional para obtener verificación u otro tipo de información.
- Cedo todos los beneficios de seguros y apoyo médico a Medicaid si recibo aprobación para recibir servicios de Medicaid. Si Medicaid paga mis facturas, entonces mi seguro u otros beneficios (tales como acuerdos de demandas) deben usarse para reembolsar a Medicaid. Al aceptar servicios de Medicaid, accedo a renunciar a mis derechos a cualquier pago de terceros a la División de Medicaid de Mississippi. Acepto ayudar y cooperar con la División de Medicaid de Mississippi para identificar y cobrar este dinero, o puedo perder mis servicios de Medicaid.
- Acepto notificar a la División de Medicaid de Mississippi en un plazo de diez (10) días si hay un cambio en mi dirección, situación de vivienda, composición familiar, ingresos o recursos. También acepto notificar a la División de Medicaid de Mississippi si regreso a trabajar, me dan de alta de una residencia para personas mayores u hospital o me mudo de una residencia a otra. Informaré cualquier mejora en mi afección médica si recibo servicios de Medicaid debido a una discapacidad o ceguera.
- Se exigen entrevistas presenciales para nuevas postulaciones y es posible que se requieran para revisiones anuales.
- Se exige una revisión anual para todos los beneficiarios de Medicaid. Los adultos pueden ser sometidos a revisión más de una vez al año dependiendo de los tipos de cambios informados durante el año.
- La información que usted comparte es confidencial. Su información médica solo puede divulgarse si es necesario para administrar el programa de Medicaid. Si recibe atención o tratamiento bajo Medicaid, usted autoriza al proveedor de atención médica a divulgar a Medicaid su historial médico y la información relacionada con su diagnóstico, exámenes y tratamiento.
- Puede solicitar una audiencia si no está satisfecho con cualquier medida tomada por la División de Medicaid de Mississippi en relación con esta postulación.
- Su postulación será considerada sin distinción de raza, color, edad, discapacidad, religión, origen nacional, creencias políticas o dominio limitado del inglés. La División de Medicaid de Mississippi acata todas las políticas estatales y federales que prohíben la discriminación, tal y como se define en la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990, la Ley de Rehabilitación de 1973 y la Ley de Derechos Civiles de 1964.
- Los adultos elegibles para Medicaid deben recibir un examen de salud anual de su médico o clínica. Este examen no contará para el límite anual de consultas médicas bajo Medicaid. Los niños menores de 21 años de edad que sean elegibles para Medicaid son elegibles para un programa gratuito de prevención de atención médica que brinda una manera para que los niños reciban exámenes médicos, chequeos, tratamientos de seguimiento y atención especial con el fin de garantizar que conserven una buena salud.

Nombre del (de los) postulante(s) _____ SSN(s) _____

13. DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN. Por la presente, autorizo y doy mi consentimiento para que la División de Medicaid de Mississippi obtenga información de cualquier fuente con el fin de determinar mi elegibilidad para los beneficios de Medicaid. Autorizo que este formulario de divulgación esté vigente mientras tenga Medicaid, independientemente de la fecha en que se firme. Además, autorizo el uso de copias de este documento en lugar del original. Doy mi consentimiento para la divulgación de información respecto a aquellos fines directamente relacionados con la administración del programa Medicaid. Estos fines incluyen, entre otros, establecer la elegibilidad para beneficios, determinar la cantidad de asistencia médica recibida, la prestación de servicios y la investigación de infracciones al programa.

FIRMA(S)

Certifico que la información que he facilitado anteriormente es verdadera a mi leal saber y entender, y doy permiso para que el estado de Mississippi haga cualquier contacto necesario con la finalidad de verificar mis declaraciones. He leído la lista de mis derechos y responsabilidades que está impresa con anterioridad. Si a sabiendas doy declaraciones falsas u omito información solicitada en esta postulación, tales como ingresos o integrantes del grupo familiar, estoy cometiendo un delito punible en virtud de las leyes federales y/o estatales.

¿Acepta estas responsabilidades y está de acuerdo en notificar a la oficina regional de Medicaid sobre todos y cada uno de los cambios indicados anteriormente? Sí No

Firma del primer postulante o representante legal o autorizado **Fecha**

Firma del segundo postulante o representante legal o autorizado **Fecha**

Firma del cónyuge o padre (madre) no postulante (si corresponde) **Fecha**

Firma del testigo si alguien firma con una marca **Fecha**