



# Apéndice de Medicaid



**Por favor, responda las siguientes preguntas si está solicitando para Medicaid**

- Si es un adulto que presenta la solicitud para Medicaid en nombre de su(s) hijo(s) a cargo, ¿desea usted también recibir los beneficios de Medicaid?  
 Sí       No
- ¿Tiene otro seguro médico que cubra a alguna persona de su grupo familiar?  
 Sí       No
- ¿Tiene su cónyuge otro seguro médico?  
 Sí       No

Si respondió 'sí' a las preguntas 2 o 3 anteriores, por favor complete los siguientes datos:

	Nombre, dirección y número de teléfono de la compañía de seguros	Tipo de cobertura (hospitalaria, suplemento de Medicare, de medicamentos recetados, odontológica para tratamientos avanzados)	Cantidad de personas cubiertas	Fecha de vigencia	Número de la póliza
Usted					
Su cónyuge					

- ¿Están usted o su cónyuge actualmente cubiertos por Medicare?  
 Sí       No
- ¿Está presentando una solicitud para que Medicaid cubra las facturas médicas no pagadas de los tres meses previos a solicitar la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por su sigla en inglés)?  
 Sí       No      Fecha de la solicitud de la SSI: \_\_\_\_\_
- ¿Está presentando una solicitud para que Medicaid le ayude a pagar el costo de los cuidados de una persona en un asilo de ancianos?  
 Sí       No
- ¿Está presentando una solicitud de Medicaid para una persona mayor de 18 años cuyo cheque de la SSI se ha suspendido?  
 Sí       No
- ¿Está presentando una solicitud para que Medicaid le ayude a pagar servicios comunitarios incluidos en los programas de exención de ciertos requisitos de Medicaid (*waiver programs*), tales como servicios de cuidado comunitarios, para retrasados mentales, atención en hospitales para enfermos terminales, o cuidado independiente, o la exención de la valoración de bienes y recursos de la SSI (Katie Beckett)?  
 Sí       No

**Recursos:** Marque todos los recursos (bienes) que usted, su cónyuge o sus familiares a cargo poseen, o bien aquellos que posee conjuntamente con otra persona; agregue páginas adicionales si es necesario.

- Cuentas corrientes  Sí  No      Planes para funerales/Entierro prepago  Sí  No
- Cajas de ahorro  Sí  No      Terrenos o contratos para entierros  Sí  No
- Bonos del gobierno  Sí  No      Acciones y bonos  Sí  No
- Fideicomisos  Sí  No      Otros (cuentas de retiro (IRA)  Sí  No  
certificados de depósito, etc.)
- Bienes inmobiliarios/Vivienda  Sí  No
- ¿Usted o su cónyuge donaron bienes por menos de lo que valían?  Sí  No

Si su respuesta es 'sí' a cualquiera de estas preguntas, por favor explíquelas a continuación.

Tipo de recurso	Número de cuenta/póliza	Valor	Nombre del banco, compañía de seguros, etc.

¿Alguna persona del grupo familiar posee un vehículo? En caso afirmativo, descríballo a continuación.  
 Sí  No

Marca del vehículo	Modelo	Año	Monto adeudado

¿Usted o su cónyuge tienen una póliza de seguro de vida?  Sí  No  
En caso afirmativo, por favor complete la siguiente información.

Propietario de la póliza	Compañía de seguros	Número de la póliza	Valor nominal	Valor en efectivo

**Ingresos y ganancias:** Enumere todos los tipos de ingresos y ganancias que recibe su grupo familiar; indique el monto de los ingresos antes de que se efectúen las deducciones tales como impuestos, seguro médico o primas de Medicare.

Tipo de ingresos	Monto bruto	¿Con cuánta frecuencia? (semanal, quincenal, mensual, etc.)	Nombre del beneficiario
Salarios/Jornales			
Empleador actual:			
Salarios/Jornales			
Empleador actual:			
Seguro de desempleo			
Ingresos del Seguro Social SSI			
Seguro por accidentes de trabajo			
Beneficios de retiro			
Beneficios para veteranos			
Manutención infantil			
Aportes			
Otros ingresos (por favor, aclare)			