



## INFORMACIÓN ADICIONAL NECESARIA SOBRE INGRESOS Y BIENES PARA MEDI-CAL

Aún estamos evaluando su elegibilidad para Medi-Cal y necesitamos información adicional. Por favor responda las siguientes preguntas para todas las personas que forman parte de su hogar. Esto lo incluye a usted, su esposo(a) y niños menores de 21 años que viven con usted o alguna persona que está temporalmente ausente de su hogar, porque asiste a la escuela, trabaja o está hospitalizada.

Nombre del Caso: \_\_\_\_\_

Número de Caso: \_\_\_\_\_

Nombre del Trabajador: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono del Trabajador: \_\_\_\_\_

Fecha de Envío: \_\_\_\_\_

Devuelva este Formulario para el: \_\_\_\_\_

### Información Adicional Necesaria del Hogar

**Es necesario incluir la siguiente información adicional. Conteste únicamente si las preguntas en esta página son aplicables para usted o algún miembro de su familia.**

Marque aquí si usted, o un miembro de su familia, está legalmente casado(a) pero actualmente vive separado de su esposo(a).

Si usted marcó la casilla, indique el nombre de la persona de su familia que vive separada de su esposo(a).

\_\_\_\_\_

Marque aquí si un miembro de su familia es un padrastro/madrastra.

Si marcó esta casilla, indique:

El nombre del padrastro/madrastra: \_\_\_\_\_

Los hijos de este padrastro/madrastra: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Marque aquí si un miembro de la familia es un menor que está recibiendo cuidado de parte de un familiar, que no sea el padre o la madre, y quien también viva en el hogar.

Si marcó esta casilla, indique:

El nombre del familiar que es el encargado del cuidado: \_\_\_\_\_

El niño que recibe cuidado: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Infórmenos Sobre sus Ingresos y Gastos

Indique los ingresos y gastos suyos, de su esposo(a) y cualquiera de sus hijos menores de 21 años de edad que aún vive con usted o que está temporalmente ausente del hogar debido a que este asistiendo la escuela, trabaja o está hospitalizado(a).

### Ingresos

Marque **Sí** o **No** si alguna persona en su hogar recibe el tipo de ingresos que se anota a continuación.

Marque una casilla para cada tipo de ingresos.

- |                               |                             |                             |
|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Prestaciones por discapacidad | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Beneficios para veteranos     | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Mantenimiento de hijos        | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Regalos                       | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

Si contestó que **Sí** a cualquiera de los artículos anteriores, envíe una prueba de dichos ingresos junto con este formulario. Ejemplos de documentos que se pueden usar incluyen: las cartas o estados de cuenta de la Social Security Administration, Veteran's Administration, Employment Development Department, resoluciones judiciales que ordenen mantenimiento de los hijos u otros documentos escritos que incluyan información específica sobre los ingresos.

### Gastos

Marque **Sí** o **No** si alguna persona en su hogar está pagando por el tipo de gasto que se anota a continuación.

Marque una casilla para cada tipo de gasto.

- |                                  |                             |                             |
|----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Pago de mantenimiento de hijos   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Otras primas de salud            | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Primas de Medicare               | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Gastos por el cuidado de niños   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Gastos por el cuidado de adultos | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Gastos de educación              | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

Si contestó que **Sí** a cualquiera de los artículos anteriores, envíe una prueba de dicho gasto junto con este formulario. Ejemplos de documentos que se pueden usar incluyen: resoluciones judiciales que ordenen mantenimiento de los hijos, estados de cuenta de matrícula, estados de cuenta de Medicare u otra aseguradora, facturas o recibos de pago y otros documentos escritos que incluyan información específica sobre el gasto.

# Infórmenos Sobre sus Bienes y Pertenenencias

Marque **Sí** o **No** si alguna persona en su hogar tiene o ha tenido algún tipo de estos bienes.  
Se debe marcar una casilla para cada artículo de los que aparecen a continuación: 1, 2 y 3.

## SECCIÓN 1

1. Efectivo o cheques no cobrados  Sí  No  
Si contestó que **Sí**, coloque la cantidad aquí \$ \_\_\_\_\_
2. Cuenta de cheques o cuenta de ahorros  Sí  No  
Si la respuesta es **Sí**, envíe copias de los estados de cuenta que muestren los saldos actuales.
3. ¿Posee usted o alguno de los miembros de su familia más de un vehículo (automóviles, motocicletas, camiones)?  Sí  No
4. ¿Es usted o uno de los miembros de su familia propietario de barcos, vehículos recreativos o remolques?  Sí  No  
Si contestó que **Sí a la pregunta 3 o 4**, envíe copias de los títulos de propiedad o matrícula más recientes, contratos de compra-venta, recibos o estimaciones del valor.
5. Revise la lista de bienes que aparece a continuación.

Marque esta casilla si cualquier miembro de su familia es propietario o su nombre aparece en **uno o más** de los artículos siguientes.

Propiedades que no sean la residencia en la que vive (casas, condominios, edificios, casas móviles, usufructos vitalicios (life estates), tiempos compartidos), acciones, fondos de inversión, Individual Retirement Accounts (IRAs), Keoghs o los fondos de pensiones relacionadas con el empleo, fideicomisos, acuerdos o cuentas bloqueadas (en los cuales se retenga dinero o bienes para el beneficio de cualquier miembro de la familia que forma parte del hogar), sentencias, acuerdos extrajudiciales, resoluciones que ordenan mantenimiento, acuerdos prenupciales o post nupciales letras de cambio, hipotecas o escrituras de fideicomiso, cuentas corporativas, bienes comerciales, derechos sobre minerales y petróleo, joyas cuyo valor sea mayor de \$100.00 (excluyendo los anillos de boda, anillos de compromiso o reliquias), otros bienes, activos o recursos que valgan \$500 o más.

Si **MARCÓ** la casilla, pase a la **SECCIÓN 2** (a continuación).

Si **NO** marcó esta casilla, pase a la **SECCIÓN 3** en la página 6.

## SECCIÓN 2

Si marcó la casilla en el **Número 5** anterior, llene esta sección y **responda a TODAS las preguntas**. Por favor, proporcione documentación por escrito junto con este formulario para cualquiera de las categorías a continuación a las que conteste que **Sí**. Ejemplos de documentos incluyen: pólizas, contratos, fideicomisos, contratos de compra, órdenes judiciales, acuerdos extrajudiciales, estados financieros, declaraciones de impuestos sobre actividades comerciales, facturas, recibos, licencias, estados de pérdidas y ganancias u otros documentos que prueban que es el dueño o que tiene otro tipo de interés legal.

6. Acciones o fondos de inversión  Sí  No  
Si contestó que **Sí**, envíenos una copia de sus estados de cuenta, o los certificados de acciones o fondos de inversión que demuestren el número de acciones.

7. Individual Retirement Accounts (IRAs), Keoghs, fondos de pensión relacionados con el empleo o cuentas de jubilación, como cuentas 401k o 457.  Sí  No  
Si la respuesta es **Sí**, envíe los estados de cuenta más recientes de su empleador, institución financiera o de corretaje que demuestren la cantidad de capital e intereses que está recibiendo o el valor en efectivo de la cuenta (después de las penalizaciones por retiro anticipado).
8. Pensiones anuales o seguros de vida  Sí  No
9. Parcelas de cementerio, fideicomisos, contratos de servicios funerarios o seguros para servicios funerarios  Sí  No
10. Fideicomisos, acuerdos o cuentas bloqueadas (en los cuales se retenga dinero o bienes para el beneficio de cualquier miembro de la familia que forma parte del hogar)  Sí  No
11. Sentencias, acuerdos extrajudiciales, resoluciones que ordenan mantenimiento, acuerdos prenupciales o postnupciales  Sí  No
12. Letras de cambio, hipotecas o escrituras de fideicomiso  Sí  No  
Si contestó que **Sí** a alguna de las **preguntas 6 a 12** (anteriores), proporcione copias de las pólizas, contratos, fideicomisos, contratos de compra, órdenes judiciales, acuerdos extrajudiciales o documentos de cuentas que demuestran los pagos, los valores del mercado actuales, valor de rescate, saldos, inversiones y distribuciones.
13. Joyas que valen más de \$100.00 (no incluye anillos de boda, de compromiso o reliquias).  Sí  No  
Si la respuesta es **Sí**, envíe copias de recibos, avalúos, estimaciones de valor o documentos del seguro.
14. Cuentas y bienes comerciales  Sí  No  
Si la respuesta es **Sí**, envíe declaraciones de impuestos, facturas, recibos, licencias, estados de pérdidas y ganancias u otros documentos que demuestran que es el dueño, tiene ingresos y/o gastos.
15. ¿Es propietario de una casa, condominio, unidad de vivienda múltiple, rancho, terrenos, casas móviles o usufructos vitalicios (life estate) (derecho para el uso de) en la propiedad que actualmente es o era anteriormente su residencia?  Sí  No  
Si contestó que **Sí**, ¿vive en esa propiedad ahora?
- Si la respuesta es **Sí**, escriba la dirección de la propiedad aquí y pase a la **pregunta 16**.
- 
- 
- Si usted no vive actualmente en esa propiedad, ¿vivía allí y espera volver a usarlo como su residencia en el futuro?  Sí  No  
Si contestó que **Sí**, vaya a la **pregunta 16**.

Si contestó que **No**, ¿uno o más de los miembros de su familia que se anotan a continuación vive actualmente en esa propiedad?

- Su esposo(a)
- Un niño menor de 21 años
- Un hijo(a) discapacitado(a)
- Un familiar dependiente que es un dependiente para efectos de impuestos
- Un hermano que también es dueño de la propiedad y que ha vivido allí durante al menos un año antes de haber sido usted ingresado en un establecimiento de cuidado médico
- Otro miembro de la familia que ha vivido en la propiedad al menos dos años con usted para cuidarle y para que pudiera quedarse en casa inmediatamente antes de haber sido usted internado en un establecimiento de cuidado médico

Sí  No

Si contestó que **Sí**, vaya a la **pregunta 16**.

Si contestó que **No**, envíe una copia del cálculo de impuestos más reciente o un avalúo de un valuador inmobiliario calificado. Usaremos el valor más bajo para la propiedad.

- 16.** Otras propiedades que usted posea pero que no viva en ellos (por ej., condominios, edificios, casas móviles, usufructos vitalicios (life estates), tiempos compartidos)

Sí  No

Si la respuesta es **Sí**, ¿está produciendo ingresos alguna de las propiedades?

Si la respuesta es **Sí**, envíe copias de los recibos de la renta y facturas de servicios públicos, impuestos sobre la propiedad, seguros, mantenimiento y reparaciones.

- 17.** Derechos sobre minerales y petróleo

Sí  No

Si contestó que **Sí** a las **preguntas 15, 16 o 17**, envíe copias de documentos de la hipoteca, cálculo de impuestos más reciente, matrícula y títulos de propiedad.

- 18.** Cualesquiera otros bienes, activos o recursos valorados en \$500 o más.

Sí  No

Si la respuesta es **Sí**, envíe los estados de cuenta del bien y su valor.

- 19.** ¿Alguno de los artículos enumerados anteriormente en las preguntas 2 a la 18 ha sido usado para financiar o garantizar el pago de servicios médicos?

Sí  No

Si la respuesta es **Sí**, por favor explique en la sección de "Comentarios adicionales e información" al final de este formulario y adjunte pruebas del gravamen, préstamo o los documentos de garantía.

Sí  No

- 20.** ¿Debe usted dinero por alguno de los artículos enumerados en las **preguntas 2 a la 18**?

Sí  No

Si la respuesta es **Sí**, envíe copias del gravamen, préstamo o los documentos de garantía.

- 21.** Póliza de Seguro Certificada de la Alianza de California para la Atención Médica a Largo Plazo (California Partnership for Long-Term Care)

Sí  No

Si contestó que **Sí**, envíenos una copia de su póliza. Si ha recibido beneficios de la póliza, envíe una copia de su certificado de beneficios más reciente.

### SECCIÓN 3

Responda a las **preguntas 22-23 ÚNICAMENTE** si usted o algún miembro de su familia está presentando una solicitud o reside actualmente en un centro de atención a largo plazo o un establecimiento de cuidado médico. Si la respuesta es **No**, vaya a la página siguiente, leala y firme este formulario.

**22.** Si está recibiendo Medi-Cal actualmente para el nivel de atención de un establecimiento de cuidado médico, ¿usted o algún miembro de la familia en el hogar ha vendido o regalado dinero o bienes en los últimos 12 meses?  Sí  No  
 Si la respuesta es **Sí**, por favor explique en la sección de "Comentarios adicionales e información" al final de este formulario y adjunte pruebas.

- 23.** Si está solicitando Medi-Cal para el nivel de atención de un establecimiento de cuidado médico, usted o su esposo(a):
- A. ¿Ha vendido o regalado dinero o bienes en los últimos 30 meses (o 2 años y ½)?  Sí  No  
 Si la respuesta es **Sí**, por favor explique en la sección de "Comentarios adicionales e información" al final de este formulario y adjunte pruebas.
  - B. Ha depositado dinero o bienes en un fideicomiso u otro acuerdo para el beneficio de alguna otra persona en los últimos 30 meses (o 2 años y ½)?  Sí  No  
 Si la respuesta es **Sí**, por favor explique en la sección de "Comentarios adicionales e información" al final de este formulario y adjunte pruebas.
  - C. ¿Ha retirado dinero o bienes de un fideicomiso u otro acuerdo para el beneficio de alguna otra persona en los últimos 30 meses?  Sí  No  
 Si la respuesta es **Sí**, por favor explique en la sección de "Comentarios adicionales e información" al final de este formulario y adjunte pruebas.

### Comentarios adicionales o información:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Lea y Firme al Final

Al firmar abajo, esto significa que:

Declaro bajo pena de perjurio conforme a las leyes del State of California lo siguiente:

- Entiendo todas las preguntas de esta solicitud, y mis respuestas son verdaderas y correctas según mi leal saber y entender. Si no sabía la respuesta, he tratado de confirmar la información con alguna persona que sí sabía la respuesta.
- Sé que si no digo la verdad se me podrían aplicar sanciones civiles o penales, incluyendo hasta cuatro años en prisión.
- Esta es la ley: California Penal Code Section 126
- Se que toda la información incluida en esta solicitud será utilizada para decidir si las personas de mi familia que están solicitando la cobertura de salud califican. La información se mantendrá privada, así como lo mandan las leyes federales y las de California.
- Acepto informarle al trabajador del condado dentro de 10 días (en persona, por teléfono, por correo electrónico o por fax) si la información que he proporcionado en este formulario cambia o es diferente de lo que he escrito.

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

La firma del solicitante, persona responsable o representante autorizado