

NUEVA DETERMINACIÓN PARA LOS BENEFICIARIOS DE MEDI-CAL (ATENCIÓN A LARGO PLAZO EN PROPIA MFBU)

INSTRUCCIONES: La continuación de su elegibilidad se decidirá, en base a la información que usted proporcione en este formulario. Si usted está completando este formulario, en nombre de alguien más, el término “usted”, aplica a esa persona. **TODAS LAS PREGUNTAS TIENEN QUE CONTESTARSE.**

| | | |
|---|-------------------------------------|-------------------------------|
| 1. Nombre (nombre de pila, inicial, apellido) | Fecha de nacimiento (mes, día, año) | Número de seguro social |
| 2. Nombre del establecimiento de atención a largo plazo | Estado civil | Número de reclamo de Medicare |
| Dirección del establecimiento (número, calle) | Ciudad | Código postal |
| 3. Nombre del/de la cónyuge | Número de seguro social | Teléfono () |
| Dirección del/de la cónyuge (número, calle) | Ciudad | Estado Código postal |
| 4. Nombre de la persona que le ayude a completar el formulario | Relación | Teléfono () |
| 5. Dirección de la persona que le ayude con el formulario [si la información con respecto al/a la beneficiario(a) debe enviarse a esta persona] | | |
| Número, calle | Ciudad | Estado Código postal |

6. ¿Posee usted bienes raíces, tiene interés en bienes raíces, o posee una casa remolque o casa móvil, a la que se le imponen impuestos como bienes raíces? Sí No

Si así es:

a. ¿Es esta propiedad su antiguo hogar? Sí No

Si así es, ¿pretende usted regresar a esa propiedad a vivir, en el futuro? Sí No
(Si cambian estas intenciones, usted tiene que notificárselo al condado, en un plazo de 10 días.)

Si usted no pretende regresar a esa propiedad, ¿vive alguien más ahí ahora? Sí No

Si así es, indique el nombre: _____ Relación con usted: _____

Base de la dependencia (financiera, médica, etc.) _____

¿Cuánto tiempo han vivido esas personas ahí? _____

b. ¿Está esta propiedad actualmente anunciada de venta? Sí No

Descripción de la propiedad: _____

Dirección de la propiedad: _____

Dueño(s): _____

Valor total (de la declaración de impuestos):\$ _____ Cantidad que se debe: \$ _____

Renta cobrada cada mes: \$ _____ Gastos en la propiedad: \$ _____

Interés \$ _____ Anual Mensual Seguro \$ _____ Anual Mensual

Impuestos y tasación \$ _____ Anual Mensual Mantenimiento y reparaciones \$ _____ Anual Mensual

Servicios públicos \$ _____ Anual Mensual

SÓLO PARA USO DEL CONDADO

PR Yes No

DHCS 7014

Utilized Yes No

7. ¿Tiene usted un derecho a un inmueble de por vida sobre cualquier propiedad? Sí No

Si así es, describa: _____

\$ _____

8. ¿Posee usted un pagaré, hipoteca o escritura de un fideicomiso? Sí No

Si así es: Valor tasado \$ _____ Pago mensual: \$ _____ Tasa de intereses: _____%

9. ¿Tiene usted algún cheque o dinero a la mano, en bancos, cajas de ahorros y préstamos o cooperativas de crédito, etc. (cuentas corrientes o de ahorros), o una cuenta de fideicomiso para pacientes, o un fideicomiso o convenio, en el cual se retiene dinero o propiedades, para su beneficio, o que alguien más está reteniendo para usted, o que se está guardando en algún lado para usted? Sí No

Current month income included Yes No

Si así es:

a. ¿Están a la mano?

| | | | |
|--|-------|----------|------------------|
| | Lugar | Cantidad | Número de cuenta |
| | Lugar | Cantidad | Número de cuenta |
| | Lugar | Cantidad | Número de cuenta |

b. ¿Están en el banco o en ahorros?

| | | | |
|--|-------|----------|------------------|
| | Lugar | Cantidad | Número de cuenta |
| | Lugar | Cantidad | Número de cuenta |
| | Lugar | Cantidad | Número de cuenta |

c. ¿Alguien los retiene o guarda para usted?

| | | | |
|--|-------|----------|------------------|
| | Lugar | Cantidad | Número de cuenta |
|--|-------|----------|------------------|

\$ _____

\$ _____

\$ _____

\$ _____

10. ¿Ha vendido, traspasado o regalado usted alguna propiedad (incluyendo dinero) en cualquier momento el año pasado?..... Sí No

Si así es:

| Descripción | Fecha del Traspaso, Venta o Regalo | Valor | Cantidad Recibida |
|-------------|------------------------------------|-------|-------------------|
| | | \$ | \$ |
| | | \$ | \$ |
| | | \$ | \$ |

Verification

11. ¿Posee usted alguno de los siguientes artículos de propiedades? Marque sí o no. Si así es, provea la otra información requerida.

| | Sí | No | Precio de Compra | Valor Actual | Cantidad que se Debe |
|--|----|----|------------------|--------------|----------------------|
| a. Acciones o bonos, certificados de depósito, mercado monetario, o cuenta de fondo común de inversión | | | \$ | \$ | \$ |
| b. Joyas valoradas por más de \$100 (que no sean reliquias de bodas o compromiso) | | | \$ | \$ | \$ |
| c. Reserva o fideicomiso para entierro | | | \$ | \$ | \$ |
| d. Lote, bóveda o cripta de entierro | | | \$ | \$ | \$ |
| e. Equipo, herramientas, inventario o material comercial | | | \$ | \$ | \$ |
| f. Otro | | | \$ | \$ | \$ |

\$ _____

Exempt

\$ _____

\$ _____

\$ _____

\$ _____

Verification of CSV on file?

\$ _____

Copy of annuity on file?

Yes No

State certified LTC policy?

Yes No

Amount paid out \$ _____

DHCS 6155 completed

Yes No

12. ¿Posee usted alguna pensión o pólizas de seguro de vida o pólizas de seguro de atención a largo plazo para usted mismo(a) o para alguien más? Sí No

Si así es:

| Compañía | Nombre de persona asegurada o pensionada | Valor Nominal | Valor Actual en Efectivo |
|----------|--|---------------|--------------------------|
| a. | | \$ | \$ |
| b. | | \$ | \$ |
| c. | | \$ | \$ |

13. ¿Posee usted un vehículo motorizado (automóvil, camión, etc.); o un barco, vehículo de remolque para acampar, casa-remolque o casa móvil o casa-remolque, a la que no se le imponen impuestos como bienes raíces?..... Sí No

Si así es:

| Descripción | Código de la Clase (de Matrícula) | Año | Precio de Compra | Cantidad que se Debe |
|-------------|-----------------------------------|-----|------------------|----------------------|
| | | | \$ | \$ |
| | | | \$ | \$ |

Exempt Yes No

\$ _____

Use copy of award letter or check or other verification

14. ¿Recibe usted o su cónyuge algún ingreso? Sí No

Si así es, Indique la fuente y cantidad de ingresos que se reciben cada mes. Si los ingresos se reciben con menos frecuencia que mensualmente, indique con qué frecuencia se reciben. Adjunte comprobante para este ingreso.

| | Cuando se pagan/ Con qué frecuencia | Solicitante | Cónyuge |
|--|-------------------------------------|-------------|---------|
| Seguro Social (cheque verde) | | \$ | \$ |
| SSI/SSP | | \$ | \$ |
| Jubilación del Sistema de Ferrocarriles | | \$ | \$ |
| Beneficios para veteranos (incluyendo pagos de ayuda y atención) | | \$ | \$ |
| Jubilación o pensión | | \$ | \$ |
| Pensiones | | \$ | \$ |
| Ingresos o dividendos de intereses | | \$ | \$ |
| Contribuciones (incluyendo aquéllas de parientes) | | \$ | \$ |
| Ingresos (brutos) | | \$ | \$ |
| Otros (incluya pagos de sumas globales, herencias, etc.) | | \$ | \$ |

\$ _____

\$ _____

\$ _____

\$ _____

\$ _____

\$ _____

\$ _____

\$ _____

\$ _____

\$ _____

\$ _____

\$ _____

CA5 (if not already completed)

15. a. ¿Ha estado usted o algún familiar alguna vez en el servicio militar de los Estados Unidos? Sí No

b. ¿Es usted o algún familiar, el/la cónyuge, padre, madre o hijo(a) de una persona que ha estado en el servicio militar de los Estados Unidos? Sí No

16. ¿Ha solicitado usted, o cree que reúne los requisitos para recibir cualesquier pagos, que no esté recibiendo ahora? Sí No

Si así es:

| Clase de Pago | Fecha de Solicitud | Fecha en que se Espera |
|---------------|--------------------|------------------------|
| | | |
| | | |

| | | | |
|---|--|---|--|
| 17. ¿Tiene usted cobertura de Medicare? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | Date verified _____ |
| Si así es: | | | |
| Nombre | Número de reclamo de Medicare | Prima mensual ¿Deducción del cheque? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Pagada por usted? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | DHCS 6155 completed? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No OHC Code _____ |
| 18. ¿Tiene usted seguro médico o de hospitalización? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | |
| Si así es: | | | |
| Nombre de la compañía de seguros | | | Service Referral <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| Prima que usted paga \$ | ¿Con qué frecuencia? <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Trimestralmente <input type="checkbox"/> Anualmente | | |
| 19. ¿Le gustaría hablar con un(a) trabajador(a) social, acerca de los servicios a su disposición? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | |
| Si así es, explique los servicios acerca de los que desea hablar: | | | |
| 20. Información adicional | | | |

ASEGÚRESE DE QUE HA LEÍDO CADA UNO DE LOS ARTÍCULOS, Y QUE HA CONTESTADO TODAS LAS PREGUNTAS.

LEA LO SIGUIENTE DETENIDAMENTE, ANTES DE FIRMAR.

Declaro, bajo pena de perjurio, que las respuestas que he dado son correctas y verídicas, según mi leal saber y entender.

Accedo a informarle al departamento de asistencia pública del condado, en un plazo de diez días, si hay algún cambio en mis (o los de la persona en nombre de la cual estoy actuando) ingresos, posesiones o gastos, o un cambio en la situación en la que vivo. Accedo a cumplir con todas las demás responsabilidades explicadas en el formulario titulado "Información Importante para las Personas que Solicitan Medi-Cal" (MC 219) que recibí al momento de mi solicitud para beneficios de Medi-Cal. [Se me proveerá un nuevo formulario de "Información Importante para las Personas que Solicitan Medi-Cal" (MC 219), si hay un cambio en la persona que actúe en nombre del/de la beneficiario(a).]

Entiendo que la Sección 1137, de la Ley del Seguro Social, exige que yo provea mi número de Seguro Social (SSN). Mi SSN se verificará, y se utilizará en una correlación por computadora, para comprobar los ingresos y recursos que yo reporto, con información del departamento de asistencia pública, empleo del estado, impuestos sobre los ingresos, Administración del Seguro Social y de otras agencias.

Entiendo que las Secciones 215, 9202 y 9203, del Código de Normas en Materia Testamentaria (*Probate Code*), y la Sección 14009.5, del Código de Asistencia Pública e Instituciones (*Welfare and Institutions Code*) tienen disposiciones, para la recuperación de todos los beneficios de Medi-Cal, recibidos después de los 55 años de edad, del estado, de un(a) beneficiario(a) de Medi-Cal, si no existe un(a) cónyuge, hijos menores de edad o hijos ciegos o totalmente incapacitados sobrevivientes, o si crearía una penuria para mis herederos. Después de la muerte de mi cónyuge sobreviviente, el Estado tiene derecho a reclamar, de la parte de su caudal hereditario, que reciba de mi, todos los beneficios de Medi-Cal, que yo recibí después de la edad de 55 años, hasta el máximo de la cantidad de los bienes de mi cónyuge, recibidos de mi caudal hereditario.

Entiendo que es posible que se me pida que compruebe mis declaraciones, pero que la ley exige al condado, que las mantenga de manera confidencial.

Entiendo que si estoy insatisfecho(a) con cualquier medida o falta de la misma, del departamento de asistencia pública del condado, tengo derecho a una audiencia estatal, misma que puedo solicitar del departamento de asistencia pública del condado, en un plazo de 90 días, después de la medida o falta de la misma, con la que esté insatisfecho(a).

Estoy al tanto de que si yo hago declaraciones falsas o retengo información, deliberadamente, yo (o la persona en nombre de la cual actúo) podría perder mi o su tarjeta de Medi-Cal, o se me (le) podría enjuiciar por fraude.

| | |
|--|-------|
| Firma del/de la beneficiario(a) | Fecha |
| Firma de la persona que actúa en nombre del/de la beneficiario(a) | Fecha |
| Firma del/de la testigo [si el/la beneficiario(a) firmó con una marca] | Fecha |
| Firma del/de la Trabajador(a) de Elegibilidad (E.W.) | Fecha |

DECLARACIÓN SOBRE LA PRIVACIDAD

Notificación sobre la Confidencialidad de Medi-Cal: La información proporcionada en esta solicitud es privada y confidencial, conforme a la Sección 14100.2, del Código de Asistencia Pública e Instituciones. Esta información se revelará únicamente en conformidad con esas leyes.

Notificación sobre la Privacidad de Medi-Cal: Es posible que esta información se comparta con las agencias locales, estatales y federales, para fines de verificar la elegibilidad, así como para otros fines relacionados a la administración del programa de Medi-Cal, incluyendo la confirmación con el *INS*, de la situación de inmigración de únicamente aquellas personas que solicitan beneficios completos de Medi-Cal. (La ley federal estipula que el *INS* no puede usar la información para nada más, excepto para los casos de fraude.)

La información requerida en este formulario es obligatoria, con la excepción de la información sobre la etnicidad, así como cualquier otro artículo marcado como voluntario u opcional.