

Solicitud de cobertura de salud y ayuda con el pago de los costos

APÉNDICE D

Completar el Apéndice D si solicita cobertura de atención médica para:

- **alguien que tiene una discapacidad**
- **alguien de 65 años o mayor**
- **todas las personas, incluidos los niños, que necesiten servicios de atención a largo plazo** (centro de enfermería o atención basada en la comunidad)
- **alguien que tenga una necesidad médica** (tiene ingresos mayores al límite de Medicaid y le gustaría que se le evaluará en función de sus ingresos, recursos y gastos médicos) - obligación de pago

¿Para qué se usa el Apéndice D?

El apéndice D recoge información adicional necesaria para determinar si usted califica para cobertura médica.

El apéndice D no es una solicitud independiente. También debe completar la Solicitud para la Cobertura de Salud y Ayuda para el Pago de Costos y presentar el Apéndice D con la solicitud.

Si completa el Apéndice D para otra persona, responda a las preguntas para esa persona.

SECCIÓN 1 Información del hogar

1. ¿Es usted? Casado Nunca se ha casado Divorciado Viudo Separado

2. ¿Alguien en su hogar ha solicitado o recibido cualquier cobertura de atención médica de una agencia de servicio social en otro estado o ciudad o condado de Virginia?

Sí No

—En caso afirmativo, indique el estado o la ciudad o el condado de Virginia a continuación:

Estado o ciudad o condado de Virginia

3. ¿Hay alguien en su hogar que esté temporalmente fuera de casa? Sí No

— En caso afirmativo, sírvase proporcionar la siguiente información:

Nombre	Fecha de partida
Motivo de la partida	
¿Dónde reside la persona actualmente?	Fecha prevista de retorno

Responda a las preguntas 4-11 si alguno de los solicitantes es menor de 65 años

4. ¿Usted o la persona para quien presenta la solicitud es discapacitado? Sí No

— En caso afirmativo, indique el nombre de las personas:

Nombre de la persona

Nombre de la persona

5. ¿Usted o la persona para quien presenta la solicitud ha solicitado alguna vez beneficios del Seguro Social, Ingreso Suplementario del Seguro (SSI) o Jubilación Ferroviaria como persona discapacitada?

Sí No

— En caso afirmativo, indique el nombre de las personas y la fecha de la solicitud:

Nombre de la persona y fecha de solicitud

Nombre de la persona y fecha de solicitud

6. ¿Usted o alguien en su hogar para quien presenta la solicitud ha recibido aprobación para discapacidad para fines del Seguro Social, SSI, Jubilación Ferroviaria o Medicaid? Sí No

— En caso afirmativo, indique el nombre de la persona:

Nombre

Nombre

7. Si se le negó la solicitud de beneficios del Seguro Social, SSI o de Jubilación Ferroviaria, ¿presentó una apelación? Sí No

— En caso afirmativo, díganos el resultado de la apelación:

Explique

8. ¿Han transcurrido menos de 12 meses desde que se le negó la solicitud más reciente para beneficios del Seguro Social, SSI o Jubilación Ferroviaria?

Sí No

9. ¿La condición ha cambiado o empeorado desde que se le negó la más reciente solicitud de discapacidad? Sí No

10. ¿Usted o alguien para quien presenta la solicitud tiene una nueva condición médica desde que se le negó la más reciente solicitud de discapacidad? Sí No

11. ¿Usted o alguien para quien presenta la solicitud recibió alguna vez beneficios por discapacidad de SSI de la Administración del Seguro Social o pagos de subvención auxiliar?

Sí No

¿El pago dejó de llegar? Sí No

— En caso afirmativo, a quién le dejaron de llegar los pagos, cuándo dejaron de llegar y porqué dejaron de llegar.

Explique

SECCIÓN 2 Cuidado a largo plazo

Responda a las preguntas 12-14 si usted está presentando una solicitud en nombre de alguien que está en un centro de enfermería o centro de vida asistida, o que requiere el cuidado en un hogar de ancianos o asistencia para permanecer en el hogar

12. ¿Usted o alguien para quien presenta la solicitud necesita atención en un centro de enfermería o ayuda para actividades como bañarse, vestirse, ir al baño, etc., para que pueda permanecer en su propio hogar? Sí No

— Si es así, y hay un cónyuge que viva en otro lugar, ¿cuál es el nombre y la dirección del cónyuge?

(Nota: Conforme a la ley de Virginia las personas se consideran casadas y mutuamente responsables en términos legales hasta que se divorcien)

Nombre

Dirección

13. ¿Usted o alguien para quien presenta la solicitud vive en uno de los siguientes tipos de vivienda?

Centro de vida asistida Centro de enfermería Vivienda en grupo

Hospital u otro centro médico

— Si marcó uno de los anteriores, proporcione la siguiente información:

Nombre

Fecha de ingreso

¿En qué condado era la dirección anterior?

Dirección de la persona antes de ingresar al centro

Nombre del centro

Dirección del centro

¿La colocación la hizo una agencia estatal?

Sí No

14. ¿La persona en el centro de enfermería o que necesita asistencia en el hogar tiene un seguro para cuidados a largo plazo? Sí No

— En caso afirmativo, sírvase proporcionar la siguiente información:

Nombre de la compañía de seguros

Dirección

Ciudad, Estado, Código postal

Número de póliza

Persona asegurada

¿Es esta una póliza compartida?

Sí No

15. ¿Usted o su cónyuge vendió, transfirió, colocó en un fideicomiso/anualidad, o regaló recursos, como su casa u otros bienes inmuebles, dinero en efectivo, cuentas bancarias, o vehículos en los últimos sesenta (60) meses (5 años)? Sí No

— En caso afirmativo, sírvase proporcionar la siguiente información:

Tipo de propiedades transferidas	Valor al momento de la transferencia \$	Cantidad recibida \$	Fecha de la transferencia
De quién		A quién	
Explique la razón de la transferencia			

Nota: Si ha ocurrido más de una transferencia, por favor adjuntar la documentación de cada transferencia.

SECCIÓN 3 Recursos y Bienes

16. ¿Usted o su cónyuge tiene dinero/efectivo disponible que no esté en el banco? Sí No

— En caso afirmativo, sírvase proporcionar la siguiente información:

Nombre	Cantidad \$
Nombre	Cantidad \$

17. ¿Usted o su cónyuge tiene cualquiera de los siguientes recursos? Sí No

— En caso afirmativo, marque las casillas que correspondan y proporcione la información solicitada a continuación:

- Cuenta corriente, cuenta de ahorro
 plan de compensación diferida
 Club de Navidad
 Cooperativa de crédito
 Certificado de depósito
 Fondos del mercado

1. Nombre del propietario		Nombre del copropietario	
Nombre del banco	Tipo de cuenta	Número de cuenta	Saldo/Valor \$
2. Nombre del propietario		Nombre del copropietario	
Nombre del banco	Tipo de cuenta	Número de cuenta	Saldo/Valor \$
3. Nombre del propietario		Nombre del copropietario	
Nombre del banco	Tipo de cuenta	Número de cuenta	Saldo/Valor \$

¿Su ingreso (beneficios del Seguro Social o de SSI, pensión de jubilación, salarios, etc.) se depositan directamente en alguna de las cuentas? Sí No ¿En caso afirmativo, ¿cuál cuenta? _____

18. Debe reportar todas las anualidades que usted y su cónyuge tengan. Usted y su cónyuge podrían tener que designar al estado de Virginia como beneficiario de cualquier anualidad que usted o su cónyuge tengan.

¿Usted o su cónyuge tienen acciones o bonos, fondos fiduciarios, planes de pensiones, cuentas de jubilación, fideicomisos, anualidades, pagarés, o escrituras de fideicomiso? Sí No

— En caso afirmativo, sírvase proporcionar la siguiente información:

1. Nombre del propietario		Nombre del copropietario	
¿Dónde tiene la cuenta?	Tipo de cuenta	Número de cuenta	Saldo/Valor \$
2. Nombre del propietario		Nombre del copropietario	
¿Dónde tiene la cuenta?	Tipo de cuenta	Número de cuenta	Saldo/Valor \$
3. Nombre del propietario		Nombre del copropietario	
¿Dónde tiene la cuenta?	Tipo de cuenta	Número de cuenta	Saldo/Valor \$

19. ¿Usted o su cónyuge tienen algún seguro de vida? Sí No

— En caso afirmativo, sírvase proporcionar la siguiente información:

1. Nombre del propietario	Persona asegurada	Tipo de seguro (por vida o temporal)	
Nombre de la compañía de seguros	Número de póliza	Valor suscrito \$	Valor en efectivo \$
2. Nombre del propietario	Persona asegurada	Tipo de seguro (por vida o temporal)	
Nombre de la compañía de seguros	Número de póliza	Valor suscrito \$	Valor en efectivo \$
3. Nombre del propietario	Persona asegurada	Tipo de seguro (por vida o temporal)	
Nombre de la compañía de seguros	Número de póliza	Valor suscrito \$	Valor en efectivo \$

20. ¿Usted o su cónyuge tienen lotes en el cementerio, arreglos funerarios, o fondos fiduciarios para el entierro? Sí No

— En caso afirmativo, sírvase proporcionar la siguiente información:

Propietario(s)	Artículo/Tipo	Valor/Monto propio \$
Propietario(s)	Artículo/Tipo	Valor/Monto propio \$
Propietario(s)	Artículo/Tipo	Valor/Monto propio \$

21. ¿Usted o su cónyuge tienen bienes inmuebles, tales como una casa, derechos de vivienda/fincas, participaciones en una propiedad indivisa heredada, tierras, edificios o casas móviles?

Sí No — En caso afirmativo, sírvase proporcionar la siguiente información:

Propietario(s)	Tipo de propiedad/Extensión en acres	Valor/Monto propio \$
¿Vive usted en esta propiedad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿La propiedad está en venta actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿La propiedad está alquilada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Recibe dinero de esta propiedad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

22. ¿Usted o su cónyuge tienen algún vehículo, camión, furgoneta, bote, casa rodante, vehículo recreacional, remolque utilitario, motocicleta o bicicleta a motor con placas o sin placas?

Sí No — En caso afirmativo, sírvase proporcionar la siguiente información:

Propietario(s)	Año-Marca-Modelo	Valor/Monto propio \$
Propietario(s)	Año-Marca-Modelo	Valor/Monto propio \$
Propietario(s)	Año-Marca-Modelo	Valor/Monto propio \$

23. ¿Usted o su cónyuge tienen alguna propiedad que se utiliza en la operación de una empresa, tales como maquinaria agrícola, herramientas o ganado? Sí No

— En caso afirmativo, sírvase proporcionar la siguiente información:

Propietario(s)	Tipo	Valor \$	Monto propio \$
Propietario(s)	Tipo	Valor \$	Monto propio \$

24. ¿Usted o su cónyuge esperan un cambio en los recursos de este mes o del mes que viene?

Sí **No** — En caso afirmativo, explique abajo y dé la fecha en la cual espera el cambio:

Explique

Fecha en la que se espera el cambio

SECCIÓN 4 Otros Ingresos

25. ¿Recibe pensión alimenticia por los hijos? **Sí** **No**

— En caso afirmativo, sírvase proporcionar la siguiente información:

Cantidad \$	¿Con qué frecuencia?	¿Los pagos por la pensión alimenticia se encuentran en mora? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
----------------	----------------------	---

26. ¿Recibe beneficios de la Administración de Veteranos? **Sí** **No**

— En caso afirmativo, sírvase proporcionar la siguiente información:

Cantidad \$	¿Con qué frecuencia?	Tipo
----------------	----------------------	------

27. ¿Alguien le ayuda a pagar, o le presta dinero para pagar alquiler, servicios públicos, gastos médicos, o cualquier otra cuenta? **Sí** **No**

— En caso afirmativo, sírvase proporcionar la siguiente información:

Persona que recibe el dinero	Persona que proporcione la ayuda
Tipo de ayuda recibida	Cantidad \$
¿El dinero le llega directamente a usted?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Es un préstamo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Se espera que pague el dinero?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Persona que recibe el dinero	Persona que proporcione la ayuda
Tipo de ayuda recibida	Cantidad \$
¿El dinero le llega directamente a usted?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Es un préstamo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Se espera que pague el dinero?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Firme la solicitud

Firmo esta solicitud bajo pena de falso testimonio, que significa que he proporcionado respuestas verdaderas a todas las preguntas de esta solicitud según mi leal saber y entender. Sé que puedo estar sujeto a sanciones conforme a la ley federal si proporciono información falsa.

Firma

Relación con el solicitante

Fecha