

**SSI Medicaid Information
(Recordatorio de Medicaid SSI)**

IMPORTANTE: Su Medicaid no comenzará hasta que devuelva este formulario.

Número del condado

Número del trabajador

Identificación del estado

Teléfono del trabajador

Fecha de solicitud de SSI

Por favor, envíe este formulario en el sobre que se adjunta antes del _____ para que podamos decidir si usted puede obtener Medicaid.

Si necesita ayuda para completar este formulario, llame a su asistente social al número que aparece arriba. Por favor, conteste todas las preguntas. **Si está completando este formulario para otra persona**, conteste las preguntas como si fuera esa persona.

Por favor, indique el número de teléfono al que podemos llamarlo/a: (_____) _____

1. ¿Vive en un centro de cuidados especializados? Si respondió sí, ¿cuál es el nombre del centro? _____ Sí No
2. ¿Usted o su cónyuge donaron, canjearon o vendieron recursos o activos a un valor menor que el normal de mercado en los últimos 60 meses (incluida la constitución de un fideicomiso)? Sí No
3. ¿Tienen usted o su cónyuge un fideicomiso? Sí No
4. **Solo si es menor de 18 años.** ¿Viven sus padres con usted? Si respondió no, indique el/los nombre(s) y número(s) de seguro social de su padre y/o madre que no vive con usted. Nombre(s) _____ SSN(s) _____ Sí No
5. **Sólo si usted se mudó recientemente a Iowa,** ¿la fecha de solicitud para SSI es decir, el _____, es la fecha correcta de cuando usted se mudó a Iowa? Si respondió no, entonces indique la fecha correcta. _____ Sí No
6. **Solo si es menor de 23 años.** ¿Es usted estudiante? Sí No
7. **Solo si tiene un cónyuge, hijo/a o padre/madre que vive con usted y usted lo/la mantiene.** ¿Desea solicitar asistencia médica y económica para dicha persona? Sí No

Cobertura de Medicaid Retroactivo

Complete esta sección solamente si usted desea ayuda para pagar facturas médicas de los tres meses anteriores al mes en que solicitó SSI. RECUERDE: Si está completando este formulario para otra persona, complete las respuestas con la información de la persona que desea obtener SSI.

Si recibe SSI como discapacitado/a, indique la fecha de inicio de su incapacidad: _____

Ingreso

Indique todos los ingresos que usted y su cónyuge tenían (o sus padres tenían, si es menor de 18 años) en cada uno de estos meses y **proporcione comprobantes de los importes.** Adjunte la información en una hoja por separado si necesita más espacio.

	Primer mes antes de solicitud SSI			Segundo mes antes de solicitud SSI			Tercer mes antes de solicitud SSI		
	Usted	Su cónyuge	Padres o Dependientes	Usted	Su cónyuge	Padres o Dependientes	Usted	Su cónyuge	Padres o Dependientes
Tipo de ingreso recibido cada mes	Cantidad	Cantidad	Cantidad	Cantidad	Cantidad	Cantidad	Cantidad	Cantidad	Cantidad
Salario bruto									
Beneficios de Veteranos									
Seguro social									
Jubilación privada									
Seguro por incapacidad									
Beneficios de desempleo									
Dividendos e intereses									
Ingresos por propiedades									
Indemnización de trabajadores									
Retiro ferroviario									
Donativos									
Seguro de vida anticipado									
Pensión alimenticia Manutención de hijos									
Pulmón negro									
Administración pública									
Pagos en especies									
Seguro de ingresos									
IPERS									
Propiedad vitalicia									
Trabajo independiente									
Fideicomisos									
Ingresos para estudiantes									
Otros (liste)									

Recursos o Activos

Nombre todos los recursos/activos de que disponían usted y su cónyuge (y sus padres si es menor de 18 años en cada mes y **proporcione comprobantes**. Adjunte la información en una hoja por separado si necesita más espacio.

Tipo de recurso o activo	Primer mes antes de solicitud SSI			Segundo mes antes de solicitud SSI			Tercer mes antes de solicitud SSI		
	Usted	Su cónyuge	Padres o Dependientes	Usted	Su cónyuge	Padres o Dependientes	Usted	Su cónyuge	Padres o Dependientes
	Cantidad	Cantidad	Cantidad	Cantidad	Cantidad	Cantidad	Cantidad	Cantidad	Cantidad
Efectivo en mano									
Cuenta corriente									
Caja de ahorros									
Acciones o bonos									
Certificados de depósito									
Fondo de inversión									
Valor de los contenidos de la caja de seguridad									
IRA/Keogh									
Mercado de dinero									
Rentas anuales									
Fondos de sepultura									
Lotes de sepultura									
Vivienda en la que no reside									
Vivienda en la que reside									
Bienes raíces (no su vivienda familiar)									
Contratos para venta de bienes raíces									
Propiedades vitícolas									
Recursos usados para trabajo independiente									
Seguro de vida									
Compensaciones diferidas									
Otros (especifique)									
Vehículos de su propiedad o de su cónyuge, y si es menor de 18 años incluya los vehículos de sus padres.	Año _____ Marca _____ Modelo _____ Valor de mercado _____	Año _____ Marca _____ Modelo _____ Valor de mercado _____	Año _____ Marca _____ Modelo _____ Valor de mercado _____						

Información sobre Seguro Médico

Recuerde: Si completa este formulario para otra persona, conteste las preguntas con la información de dicha persona.

1. ¿Tiene Medicare? Sí No
Si respondió sí, ¿tiene Parte A? Sí No ¿Parte B? Sí No ¿Plan de medicamentos? Sí No
2. ¿Tiene otras pólizas de seguros médico en este momento? Sí No
3. ¿Tiene o puede obtener seguro médico a través de su empleo o del de su cónyuge? Sí No
4. Si es menor de 18 años, ¿tiene o puede conseguir seguro médico a través del empleo de sus padres? Sí No
5. ¿Recibe ayuda médica por orden judicial? Sí No
6. ¿Tiene una demanda judicial debido a un accidente? Sí No
7. ¿Tenía un seguro médico que finalizó desde que el proceso de elegibilidad para SSI se inició? Si respondió sí, indique la fecha en que finalizó: _____ Sí No
8. ¿Puede obtener seguro médico gratis? Sí No

Si tiene otras prestaciones médicas o si respondió “Sí” a alguna de las preguntas sobre seguro médico, complete lo siguiente:

Tipo de póliza _____
Nombre del titular de la póliza _____ Su parentesco con Ud _____
Domicilio _____

Nombre de la compañía de seguros _____
Domicilio de la oficina de reclamos _____

Número de póliza _____ Número de grupo _____

¿Qué cubre la póliza? (Marque todo lo que corresponda) Hospital Médico Medicamentos Dentista

Si tiene cobertura de más de un seguro médico, entréguenos la información en una hoja por separado.

Si obtiene Medicaid, deberá aceptar lo siguiente

Si necesitáramos más información, nos comunicaremos con usted después que envíe este formulario al Department of Human Services (DHS). Si necesita utilizar Medicaid inmediatamente, puede llamar al teléfono que aparece en la primera página. Si usted califica para Medicaid, se lo comunicaremos por escrito. **Usted, o la persona que actúe en su representación, debe firmar aceptando las declaraciones de la página titulada “Important Statements” antes de obtener Medicaid.**

Creo que la información que entrego es verdadera, correcta y completa. Sé que existen sanciones por esconder o dar información falsa. Lo comprendo y acepto conseguir pruebas de lo que digo cuando DHS me lo pida. Certifico bajo pena de cometer perjurio que todas las respuestas que presento son correctas y están completas en mi opinión.

Firma o marca del beneficiario (o tutor legal)		Fecha	
Firma de la persona que ayudó a completar el formulario, si corresponde.		Fecha	
Nombre del representante del beneficiario		Teléfono	
Domicilio	Localidad	Estado	Código postal

Declaraciones Importantes

Si soy responsable de un(a) menor de 18 años y uno de sus padres no vive con él/ella, sé que debo cooperar para conseguirle ayuda médica y para establecer la paternidad si ésta no hubiera sido establecida para dicho(a) menor. Además, con el fin de obtener ayuda médica para el/la menor, DHS puede iniciar acciones legales contra cualquier persona que tenga la obligación de proporcionar ayuda médica. En el caso que se hubiera ordenado el pago de ayuda médica por gastos médicos, dichas personas deben dirigirse a DHS para colaborar con el pago de las facturas médicas.

No debo permitir que otra persona use mi tarjeta médica.

Si estoy viviendo en un una residencia geriátrica o deseo obtener servicios que me ayuden a quedarme en mi hogar, es necesario que me haga un examen médico antes de obtener Medicaid. El examen lo realizará la empresa Iowa Medicaid Enterprise (IME). Autorizo a DHS, IME, a la residencia geriátrica y a cualquier persona que me brinda atención médica a compartir información sobre mi salud y otra información necesaria para realizar dicho examen.

La ley de Seguridad Social requiere que DHS utilice mi número de seguro social para verificar y comparar datos con los sistemas informáticos de otras agencias federales y gubernamentales, como por ejemplo el sistema de Internal Revenue Service (Servicio de Recaudación de Impuestos). Si DHS descubriera que presenté información falsa, deberé devolver lo que conseguí indebidamente. También podría afrontar acciones legales civiles o penales por presentar información falsa.

Todos los seguros médicos, incluido Medicare, deberán realizar los pagos directamente a los médicos y a los proveedores de atención médica mientras obtengo Medicaid. Yo cooperaré para devolverle a DHS el pago de cualquier beneficio que consiga y que esté destinado al pago de facturas médicas, si Medicaid hubiera pagado las facturas.

La ley dice que DHS no necesita autorización para recuperar los pagos por prestaciones médicas. DHS puede solicitar el pago a cualquier persona o compañía que sea responsable de pagar las facturas médicas de una persona que obtenga Medicaid. Yo cooperaré con DHS en la obtención de la información necesaria.

La ley federal y estatal autoriza que los agentes de los gobiernos federal y estatal vean los registros de pagos de Medicaid. Sé que al aceptar Medicaid, estoy autorizando a dichos agentes a ver mi historia clínica y mis expedientes de atención médica durante el período en que obtengo Medicaid, con el fin que dichos agentes puedan comprobar que Medicaid le pagó correctamente al proveedor.

Acepto entregar a la agencia Medicaid los pagos de gastos médicos realizados por terceros para mí y otras personas elegibles para Medicaid, para las cuales yo estoy legalmente autorizado/a a asignar beneficios. Además, acepto cooperar para obtener pagos de gastos médicos provenientes de terceros.

Si me ponen en un plan de medicina prepaga (managed health care plan), autorizaré a las personas que me brindan atención médica a que divulguen mi información médica, incluyendo cualquier tipo de información clínica sobre salud mental. Dicha información será entregada a la organización para el mantenimiento de la salud (HMO), o a otro plan managed care que me brinde servicios, si correspondiera. Además, dicha información podrá ser entregada a los empleados del plan managed care para que determinen si los servicios provistos son adecuados, son de buena calidad o son usados correctamente.

Si soy la persona que desea obtener SSI y soy menor de 21 años, puedo participar del programa llamado "Care for Kids" que promueve la salud. El/La asistente social me dará más información.

Si no está de acuerdo con alguna de las decisiones tomadas sobre su caso Medicaid, usted o su representante pueden solicitar una audiencia. Dicha solicitud debe ser hecha por escrito. Usted puede elegir a otra persona para que presente su caso en la audiencia.

Su Department of Human Services local le prestará ayuda para que presente una apelación si se los solicita. Si usted no está de acuerdo con alguna de las decisiones tomadas sobre su Medicaid, puede comunicarse con **Iowa Legal Aid** (Asistencia Legal de Iowa) **al teléfono 1-800-532-1275** o, si vive en **Polk County, llame al teléfono 243-1193** si necesita ayuda con la apelación.

Examinamos su solicitud de Medicaid sin tener en cuenta su raza, credo, color, sexo, edad, incapacidad física o mental, religión, país de procedencia o creencias políticas. (Existen normas con respecto a su edad e incapacidad para la obtención de Medicaid).

Lo que debe saber

Cómo informar cambios

Cuando obtenga Medicaid, deberá informar algunos cambios a la oficina del condado del Department of Human Services y otras modificaciones a Social Security Administration. Informe sus ingresos, recursos y arreglos de alojamiento a Social Security Administration.

Informe los siguientes cambios a la oficina DHS del condado en un plazo de 10 días a partir de la fecha en que se entere de la modificación:

- La cobertura del seguro médico.
- El costo del seguro médico si vive en un centro de cuidados especializados.
- El ingreso a un centro de cuidados especializados.
- La donación de recursos o activos.
- La creación de un fideicomiso con sus recursos o activos.
- Su permanencia en un hospital por 15 días o más si obtiene servicios de exención (waiver services).
- Su mudanza a un nuevo domicilio.

Si obtiene otro tipo de asistencia de nuestro Departamento, como Food Assistance (Asistencia para Alimentos) o State Supplementary Assistance (Asistencia Estatal Suplementaria), también deberá informar estos datos. Pregúntele a su asistente social sobre este tema.

Sus derechos

Usted tiene derecho a:

- Tener Medicaid algunos meses antes de obtener los beneficios SSI, si usted tuviera facturas médicas que pagar. Su asistente social le dirá si DHS puede ayudarle a pagar dichas facturas.
- Solicitar la ayuda de otros programas que no sean Medicaid.
- Que le respondan sus preguntas.
- Que la información sea confidencial, a menos que sea necesaria para pagar sus facturas médicas correctamente.

Sus responsabilidades

Usted debe proporcionar pruebas de los datos sobre los que le preguntamos para recibir Medicaid. (*Ésta es solamente una guía.*)

Su asistente social de Income Maintenance podría pedirle más información o más datos con respecto a la información que ya nos ha entregado. Si no puede conseguir la información, pídale a su asistente social que le preste ayuda. Su asistente social necesitará su autorización para comunicarse con otras personas y conseguir dicha información. Usted debe mostrarnos:

- Un fideicomiso creado con sus recursos o activos.
- El valor de los recursos o ingresos que usted donó, vendió o canjeó por menos del valor normal de mercado o de los que nunca tomó posesión.
- Los recursos de su cónyuge, si su cónyuge vive en su hogar y usted vive en un centro de cuidados especializados.
- Los datos de sus ingresos y recursos o los de su cónyuge, si desea recibir Medicaid durante el período anterior a que comiencen los beneficios SSI.
- Podríamos necesitar más datos con respecto a su seguro médico.
- Podríamos necesitar más datos con respecto al padre ausente de un menor de 18 años.
- Los datos de sus ingresos y recursos, y los de sus padres si desea recibir Medicaid antes que comiencen los beneficios SSI, y si usted es menor de 18 años y vivía en su hogar antes del inicio de los beneficios SSI.

"Ingresos" significa: sueldo, ingresos por trabajo independiente, ingresos por rentas, beneficios de seguridad social, beneficios para veteranos, beneficios por retiro ferroviario, manutención de hijos, ingresos por intereses y dividendos, jubilaciones, y dinero en efectivo proveniente de propiedades vendidas por contrato, subsidios de desempleo, o beneficios de Workers' Compensation.

"Recursos" o activos significa: dinero en efectivo, dinero en el banco, certificados de depósito, IRA (cuentas de jubilación particular), cuentas Keogh (plan de jubilación para profesionales autónomos o propietarios de microempresas), acciones y bonos, vehículos con o sin licencia, tierras o terrenos, propiedades vendidas por contrato, contratos funerarios, bienes inmuebles que no sean su vivienda familiar, lotes de sepultura, vehículos recreativos, propiedades, seguros de vida, o cuentas en el mercado de dinero.

Important Notice to Property Owners and Renters (Aviso Importante para Propietarios y Arrendatarios)

Bajo las leyes de Iowa, sus impuestos sobre la propiedad pueden suspenderse o reducirse. Usted puede ser elegible si es anciano(a) o incapacitado(a).

¿Qué es la suspensión de impuestos?

La suspensión de impuestos significa que usted no tendrá que pagar sus impuestos sobre la propiedad hasta que ésta se venda o se transfiera a otra persona.

¿Pueden ser suspendidos mis impuestos sobre la propiedad?

Sus impuestos sobre la propiedad pueden suspenderse si:

- Usted recibe Supplemental Security Income (SSI) o State Supplementary Assistance (SSA), ó
- Si usted vive en un ancianato y el Department of Human Services paga la totalidad o parte del costo de la atención que usted recibe.

Usted no tendrá que pagar ninguna multa mientras sus impuestos estén suspendidos. Deberán pagarse los impuestos suspendidos cuando la propiedad se venda o transfiera. Si lo desea, puede aún pagar sus impuestos mientras están suspendidos.

La Junta de Supervisores del Condado dirige el programa de suspensión de impuestos. Usted debe brindarle pruebas a la Junta de Supervisores del Condado acerca de que usted califica para la suspensión de impuestos sobre la propiedad. Este trámite debe ser realizado en el condado donde está ubicada la propiedad.

Usted recibirá un Aviso de Decisión que le dirá si es elegible para la suspensión del impuesto. Este aviso será prueba de que usted califica. Este aviso dirá lo siguiente:

“Usted recibe SSI, Asistencia Estatal Suplementaria, o vive en una vivienda cuyo costo es pagado parcial o totalmente por el Department of Human Service. Es posible que no deba pagar impuestos inmobiliarios en este momento. Lleve esta notificación al Consejo del Condado (Board of Supervisors) para plantear la posibilidad de que sus impuestos inmobiliarios sean demorados.”

Lleve su aviso a la Junta de Supervisores del Condado del condado donde está ubicada su propiedad. Puede encontrar la dirección y número telefónico de la Junta de Supervisores del Condado en la sección de gobierno de su directorio telefónico.

¿Qué es el crédito de impuestos?

Un crédito de impuestos elimina o reduce el monto de impuestos que deberá pagar cuando venda o transfiera la propiedad.

¿Yo puedo obtener un crédito de impuestos?

Usted puede obtener un crédito de impuestos adicional hasta de \$1.000. Usted debe ser dueño de su hogar y ser el responsable de pagar los impuestos sobre la propiedad.

El monto del crédito de impuestos se basa en su ingreso. Usted puede obtener crédito de impuestos adicional si el ingreso de su hogar es menor a \$22.584,00, y usted:

- Tenía 65 años de edad o más al 31 de diciembre del año pasado, o
- Estaba totalmente incapacitado/a al 31 de diciembre del año pasado.

Nota: El cónyuge, el abogado, el tutor o el administrador de una persona elegible fallecida pueden radicar un reclamo de crédito fiscal a nombre de la persona fallecida.

Para obtener crédito de impuestos, debe solicitarlo ante el tesorero del condado.

¿Puedo obtener ambos?

Sí, es mejor si usted solicita tanto una suspensión de impuestos y un crédito de impuestos.

¿Qué pasa si estoy arrendando mi hogar?

Si usted arrienda su hogar y éste está sujeto a impuestos, usted puede recibir una devolución de hasta \$1.000 del total de la renta que paga cada año. Si usted vive en un ancianato, usted se considera un arrendador para estos propósitos.

Usted puede ser elegible para un crédito de impuestos adicional si el ingreso de su hogar es menor a \$22.584,00, y usted:

- Tenía 65 años de edad o más al 31 de diciembre del año pasado, o
- Estaba totalmente incapacitado/a al 31 de diciembre del año pasado.

Nota: El cónyuge, el abogado, el tutor o el administrador de una persona elegible fallecida pueden radicar un reclamo de reembolso de alquiler a nombre de la persona fallecida.

Los formularios de reembolso de renta están disponibles en la oficina del tesorero de su condado.