



Iowa Department of Human Services
Anexo a la solicitud por presunta elegibilidad
(Addendum to Application for Presumptive Eligibility)

Los aspirantes que soliciten presunta elegibilidad deben completar la “Solicitud de cobertura médica y asistencia para abonar el costo” (formulario 470-5170S) y el “Anexo a la solicitud para presunta elegibilidad” (formulario 470-5192S).

¿Quiere presentar la solicitud para extensión de Medicaid? Sí No

¿Ha recibido elegibilidad temporal (*Presumptive Eligibility, PE*) para Medicaid durante los últimos 12 meses? Sí No

*Nota: Si está embarazada, **responda SÍ** a esta pregunta en el caso de haber tenido elegibilidad temporal durante el embarazo. **Responda NO** en el caso de haber tenido elegibilidad temporal durante los últimos 12 meses, pero no durante el embarazo.*

¿Tiene personas dependientes o a su cargo que viven con usted? Sí No

¿Todas esas personas tienen otro seguro médico o actualmente están presentando la solicitud para otro seguro médico? Sí No

¿Estuvo inscripto o inscripta simultáneamente en crianza temporal (*foster care*) y en Medicaid en el estado de Iowa siendo mayor de 18 años? Sí No