



## Instructions for the Health Services Application (Instrucciones para Solicitud de Servicios Médicos)

Complete este formulario si vive en Iowa y quiere obtener Medical Assistance (Asistencia Médica) (Título 19 o Medicaid) que provee cobertura de atención médica. Otros programas dentro del programa de Medical Assistance son:

- ◆ Facility Care – le ayuda a pagar los costos de casa para ancianos
- ◆ Medicaid para niños bajo el cuidado de un hogar adoptivo o en adopción subvencionada
- ◆ Waiver – ayuda a permanecer en sus hogares y no en casas para ancianos
- ◆ Medicare Savings Program – paga todo o parte de su prima de Medicare
- ◆ State Supplementary Assistance (State Supp) (Asistencia Estatal Complementaria) – ayuda para personas con 65 años o más o personas discapacitadas
- ◆ Iowa Family Planning Network (Red de Planificación Familiar de Iowa) – provee cobertura limitada de Medicaid para servicios de planificación familiar

**Si desea obtener asistencia para alimentos (Food Assistance) o dinero en efectivo a través del programa Family Investment Program (FIP), complete la solicitud *Financial Support Application*, formulario 470-0462 (en inglés) o 470-0462(S) (en español).**

Por favor no deje que el temor del U.S. Citizenship and Immigration Services (USCIS) no le permita obtener ayuda para su familia. Obtener ayuda no le quitara el poder obtener residencia permanente legalmente, ciudadanía de los E.U.A., o de poder patrocinar a sus parientes.

Para aplicar por ayuda, seguir los cuatro pasos fáciles:

- 1. Completar la Solicitud**  
Complete el formulario y fírmelo. Use tinta azul o negra. Por favor, sea honesto. Si está ayudando a otra persona, responda las preguntas para dicha persona.
- 2. Llame la Solicitud**  
Llame al teléfono 877-347-5678 para averiguar dónde debe enviar la solicitud. La fecha de inicio de la asistencia dependerá de la fecha en que la oficina de DHS reciba el formulario de solicitud.
- 3. Proporcione Cualquier Prueba Necesaria**  
Ver la tabla a continuación para lo que se necesite. Incluyendo copias de las pruebas que ayudara a apresurar el proceso de su solicitud.
- 4. Se puede Necesitar Una Entrevista**  
Una entrevista puede no ser necesario si usted está solicitando para un niño. Los adultos que soliciten ayuda se le puede pedir a tener una entrevista.

### Comprobantes que debe enviar

Ademas de su solicitud, por favor proporcione cualquier prueba necesaria para el programa(s) que se estén solicitando.

	Medical Assistance	Facility or Waiver	Medicare Savings Program	Foster Care-Sub Adoption	State Supp Assistance	Iowa Family Planning Network
Prueba de quién es (I.D.) licencia de manejar, acta de nacimiento, etc.	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Prueba de que es ciudadano(a) o nacional de los EE.UU. (certificado de nacimiento, pasaporte de los EE.UU., etc.)	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Prueba de solicitud para Número de Social Security (si aún no tiene uno)	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Prueba de cualquier prima pagada de seguro médico: cuenta, talón de cheque demostrando la deducción, etc.		✓		✓	✓	
Prueba de ingreso* o cualquier dinero que entre en su hogar	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Prueba costos de cuidado para niños, adultos, manutención de niños/conyugue	✓		✓	✓	✓	✓
Reportes mensuales bancarios mas recientes; cheques, unión de crédito, ahorros, etc.**	✓	✓	✓	✓	✓	
Prueba del valor actual de valores/bonos, seguros de vida, certificados de deposito, fideicomisos**	✓	✓	✓	✓	✓	
Prueba de la presente dirección de domicilio						

\* Talón de cheque de los últimos 30 días si esta trabajando o récords de impuesto de ingreso federal si se tiene negocio propio. Cartas de Beneficios de Social Security, Beneficios de Veteranos, etc.

\*\* Pueda que no sea necesario si solo esta solicitando por un niño.

**INFORMACIÓN PARA ADULTOS Y NIÑOS SOLICITANDO PARA MEDICAL ASSISTANCE**

- Yo tengo entendido que yo asumo total responsabilidad por la certeza de las declaraciones en esta forma. Yo entiendo que el Department of Human Services (DHS) usara esta declaración para determinar mi elegibilidad para Medical Assistance.
- Entiendo que mi elegibilidad no se verá afectada por mi raza, credo, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, excepto cuando esto sea restringido por la ley.
- Yo tengo entendido que yo tengo el derecho de una audiencia si esta solicitud es negada o no es manejada rápidamente o si los servicios otorgados son cancelados, reducidos o suspendidos. Entiendo que puedo obtener una audiencia solicitándola por escrito a la oficina local del DHS y que puedo representarme a mí mismo, pedir la ayuda de un abogado, pariente, amigo u otro portavoz.
- Yo se que mi caso puede ser escogido por el Departamento para una completa revisión de Quality Control o cualquier otra de la elegibilidad para asistencia. Si mi caso es seleccionado para verificación, yo cooperare en total para la verificación. Yo en esta forma doy mi autorización a todas las personas para divulgar información confidencial relacionada con mi elegibilidad a una persona que revise para DHS. Yo entiendo que fallar en cooperar con dicha persona puede resultar en la negación o cancelación de los beneficios.
- Le notificaré a DHS en el plazo de 10 días sobre cualquier tipo de cambio con respecto a beneficios médicos o cobertura del seguro médico. Además, entiendo que debo notificarles a mis proveedores de servicios médicos (médicos, farmacéutico, etc.) si un tercero es responsable de pagar mis gastos médicos. Le notificaré a DHS en el plazo de 10 días si presento un reclamo al seguro o contrato un abogado con el fin de presentar una demanda por lesiones o por los gastos médicos resultantes de dichas lesiones que, de lo contrario, serían pagados por Medicaid. La falta de cumplimiento con mis obligaciones será causal suficiente para que el Departamento deniegue o rescinda mi elegibilidad para Medicaid.
- 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 autorizada a asignar beneficios. Además, acepto cooperar para obtener pagos de gastos médicos provenientes de terceros.
- Yo entiendo que yo debo reembolsar al Department por cualquier dinero pagado a mi o pagado a un proveedor a mi favor al cual yo no tenga derecho.
- Es mas yo entiendo que el Department puede proporcionar documentos o formas de demanda describiendo los servicios pagados por Medicaid cuando yo lo pida o a la petición de un abogado actuando a mi favor. Dichos documentos puedan también ser proporcionados a una tercera parte cuando sea necesario para establecer el punto en que la demanda del Department sea reembolsada.
- Yo entiendo que las leyes Federales y Estatales y las reglas permiten el acceso a oficiales Federales y Estatales autorizados para récords de Medicaid. Yo también entiendo en su totalidad que mi aceptación de Medicaid es mi consentimiento para que estas personas autorizadas tengan acceso a mis récords de atención medica durante el tiempo que yo sea elegible para Medicaid, como sea necesario para verificar los pagos apropiados de Medicaid.
- Concedo autorización para revelar a quienes me proporcionan asistencia médica el estado de mi caso de Medically Needy (Médicamente Necesitado), incluyendo el monto de mi spend-down (la parte no cubierta por Medicaid), o en los casos que deba una prima a Medicaid for Employed People with Disabilities (Medicaid por Personas Discapacitadas Empleadas).
- Si yo quedo registrado en un plan de cuidado medico manejado, yo doy consentimiento de la divulgación de información medica, incluyendo cualquier salud mental clínica o información de abuso de substancia, por mis proveedores médicos al HMO, PHP, otros proveedores de cuidado medico manejado o al cuerpo administrativo autorizado contratado por el proveedor de cuidado medico manejado para determinar aproporcion, calidad, o utilización de servicios que yo he recibido cuando estuve registrado en el cuidado medico manejado.
- Entiendo que, si se aprueba mi pedido de Ayuda Médica, los pagos de dicha ayuda para cubrir los costos médicos deben asignarse y pagarse al DHS en la medida de los beneficios que reciba. Entiendo que el Departamento puede intervenir, de acuerdo a, pero sin limitarse a, los Capítulos 252A, 252B, 252C, 252D, 598 y 600B del Código de Iowa, para presentar un reclamo y garantizar la ayuda de parte de toda persona o parte que pueda ser responsable de mi manutención o la de mis hijos. Entiendo que, si recibo Medicaid, el Departamento buscará obtener asistencia no médica para mi persona y para mis hijos, en caso de que lo pida. Los servicios de ayuda médica incluyen la determinación de la paternidad y la determinación y exigencia de la ayuda médica.
- Yo se que la Sección 1128B del Social Security Act dice que los castigos Federales por actos fraudulentos y por reportes falsos. Cualquiera que obtenga, o trate de obtener, o ayuda a otra persona a obtener asistencia publica a la cual la persona no tiene derecho es culpable de violación de las leyes del Estado de Iowa. Estas leyes incluyen, pero no están limitadas a, Código de Iowa Capitulo 243, 293B, 249 A, y 249A.
- Entiendo y acepto que necesito entregar al Departamento documentación del U.S. Citizenship and Immigration Services (USCIS) u otros documentos que el Departamento considere válidos como prueba del estatus migratorio de cada persona que vive en mi hogar, que no sea ciudadano estadounidense. Yo entiendo que la situación de extranjero puede ser sujeta a verificación con USCIS, lo cual puede requerir la entrega de cierta información de esta solicitud a USCIS. Yo además entiendo que la información recibida de USCIS puede afectar la elegibilidad de mi hogar y el nivel de beneficios.
- Si diligencio una solicitud separada para asistencia alimenticia, y dicha aplicación es remitida a la Food Stamp Investigation Unit (Unidad de Investigación de Estampillas de Alimentos), cooperaré con la investigación para recibir Medicaid cuando la investigación se refiera a ingresos recursos y composición del hogar que pueda afectar mi elegibilidad para Medicaid.

**MAS INFORMACIÓN PARA ADULTOS SOLICITANDO PARA ASISTENCIA MEDICA**

- Notificaré a la oficina del DHS LOCAL acerca de cualquier cambio en la información de esta aplicación, incluyendo, pero sin limitarse a ingresos anticipados o propiedad tales como una herencia, pagos integrales para el apoyo a niños delincuentes, o cualquier cambio en el ingreso o en mi vivienda o en la de cualquier otro miembro de mi familia. Si tengo alguna duda sobre si un cambio particular en las circunstancias, es información que debe ser informada, reportaré eso a mi oficina LOCAL dentro de los diez días siguientes a la fecha en que el cambio se presente. Yo también entiendo que yo debo reembolsar al Department cualquier dinero recibido por mi o pagado a un vendedor a mi nombre al cual yo no tenga derecho.
- Yo entiendo que los pagos bajo el Medical Insurance Program (Part B de Medicare) se haran directamente a los médicos y a los proveedores médicos de cualquier factura no pagada por servicios de atención medica que se me haya proporcionado cuando tenia elegibilidad de Medicaid.
- Si usted dejó al estado de Iowa como beneficiario remanente de una Anualidad, para calificar para el pago de atención médica a largo plazo de Medicaid, el estado de Iowa recibirá cualquier beneficio remanente de la anualidad, hasta el monto pagado de los beneficios de Medicaid.

**INFORMACIÓN ACERCA DEL WIC O SERVICIOS MÉDICOS PARA MUJERES EMBARAZADAS**

- Yo entiendo que una declaración de ingreso y personas en mi familia y viviendo en mi hogar es necesario para asegurar que fondos Federales y Estatales sean dirigidos a esas personas que tengan menos habilidad para asegurar servicios de otros recursos.
- Yo entiendo que el Maternal and Child Health Director of the Iowa Department of Public Health, el Director de WIC, o sus asignados deberán tener acceso a toda la información disponible de los récords que son mantenidos por la agencia proporcionando salud maternal, salud a niños, o servicios WIC.

**RECUPERACIÓN DE PATRIMONIO**

- La ley federal requiere que Iowa tenga un programa de recuperación de patrimonio. Si usted recibe Medicaid, podría estar sujeto al programa de recuperación de patrimonio. Esto significa que cualquier dinero de Medicaid usado para pagar su atención médica, incluido el cobro mensual pagado a la Managed Care Organization (MCO) (Organización de Cuidado Administrado), necesitará ser pagado de vuelta de su patrimonio después de su muerte. La recuperación de patrimonio corresponde si usted recibe Medicaid y tiene 55 años o más, o bien tiene menos de 55 años y vive en una instalación médica y se espera razonablemente que no volverá a casa.
- Para obtener más información, llame a Iowa Medicaid Estate Recovery Program al 1-877-463-7887 o visite <http://dhs.iowa.gov/sites/default/files/Comm123.pdf> (English) o <http://dhs.iowa.gov/sites/default/files/Comm123S.pdf> (Español).



**Health Services Application (Solicitud de Servicios Médicos)**

INFORMACIÓN DEL HOGAR - Completar para todos los programas				
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido Nombre		
Dirección del Hogar	Ciudad	Estado	Condado	Código
Dirección Postal (si es diferente a la anterior) O Nombre y Dirección del Pagador				
Numero Tel. Hogar ( )	Número Mensajería ( )	Nombre del Mensaje Persona Contacto		
<b>Marcar los programas que usted quiere recibir:</b> <input type="checkbox"/> <b>Medical Assistance (Title 19 or Medicaid)</b> <input type="checkbox"/> <b>Facility</b> <input type="checkbox"/> <b>Medicare Savings Program</b> <input type="checkbox"/> <b>Waiver</b> <input type="checkbox"/> <b>Breast and Cervical Cancer Treatment</b>				
<input type="checkbox"/> <b>Foster Care/Subsidized Adoption</b> <input type="checkbox"/> <b>State Supplementary Assistance (Renuncia)</b> <input type="checkbox"/> <b>Iowa Family Planning Network (IFPN)</b>				
<b>SI USTED NECESITA MAS ESPACIO PARA CONTESTAR CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS, ADJUNTAR HOJAS ADICIONALES</b>				

A partir de ti mismo, una lista de todas las personas que viven en su casa y marque la casilla de sí o no, si usted está solicitando para esa persona. Si decide que no, sólo es necesario a la lista su nombre, relación con usted y su fecha de nacimiento.

NOMBRE (Primer, Segundo, Apellido)	¿Solicita por esta persona?	¿Cual relación con esta persona?	¿Disabilidad?	Sexo	Fecha Nacimiento	Nº de Social Security	Nº de Estado ID de Medicaid (si lo sabe)	Estado de nacimiento	¿Es ciudadano norteamericano?	Condición de extranjero	Etnicidad*	Raza**	¿Si es niño, los padres NO viven con el?	¿Actualmente tiene Medicaid?	¿Otro seguro médico disponible?
	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	MISMO	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.					<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.					<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.					<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.					<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.					<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Debemos preguntarle su origen étnico y raza, pero usted no está obligado/a a contestar. Su respuesta no afectará cuánto reciba o con qué rapidez. Si contesta, utilice la siguiente codificación:

\* Origen étnico: H = Hispano o Latino; N = No Hispano ni Latino

\*\* Raza (Seleccione todas las que correspondan): W = Blanca; B = Negra o Afroamericana; A = Asiática; I = Amerindia o Nativas de Alaska; N = Nativas de Hawai u otras islas del Pacífico.

¿Alguien recibió atención médica en los últimos tres meses?  Si  No      ¿Quién? \_\_\_\_\_      ¿Que meses? \_\_\_\_\_

Lista de cualquier persona que está en el ejército, un veterano o el cónyuge de un veterano \_\_\_\_\_

¿Hay alguien huyendo para evitar persecución, custodia, o en la cárcel por un delito mayor?  Si  No

¿Hay alguien violando una condición de libertad condicional o libertad condicional?  Si  No

¿Hay alguien en o esperando para ir a la cárcel o prisión?  Si  No

Lista de embarazadas que viven en su casa \_\_\_\_\_      Fecha de Entrega (MMDDYY) \_\_\_\_\_

Escriba el nombre de su proveedor de seguro médico \_\_\_\_\_

**INGRESOS:** Indique los ingresos de todas las personas que viven con usted. Incluya ingresos laborales en relación de dependencia, por cuenta propia, Social Security, pensión a ex combatientes (Veteran's Benefits), seguro de desempleo, manutención de menores, indemnización por accidentes laborales (Worker's Compensation), jubilación de empleados ferroviarios, IPERS, jubilación, administración pública, dinero en efectivo recibido de amigos o familiares, y cualquier otro tipo de ingresos.

Persona que recibe el dinero	Patron o fuente de Ingreso	Cantidad antes de impuestos o deducciones	¿Qtan seguido se paga?	¿Se espera que este ingreso continúe? Si NO explicar:
			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Semana terciada <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Dos al mes <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Semana terciada <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Dos al mes <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Semana terciada <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Dos al mes <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Semana terciada <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Dos al mes <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

**RECURSOS:** Un recurso es dinero en efectivo o cualquier cosa que pueda canjearse por dinero. Enumerar todos los recursos y la cantidad o valor. Incluya dinero en efectivo disponible, cuentas corrientes, vehículos, seguros de vida, títulos valores, bonos, certificados de depósitos (CDs), fondos fiduciarios, cuentas de jubilación, contratos de entierro, espacios de entierro, anualidades, etc. Si solo se aplica la cobertura por un niño, los recursos no deberán contarse.

Persona con Recurso	Tipo de Recurso	Cantidad o Valor	Lugar (nombre del banco, y dirección, hogar, etc.)

¿Alguna de las personas que viven con usted vendió o cedió algo de valor por menos de su valor en los últimos 5 años?     Si     No

¿Alguien en el hogar paga manutención para niños o conyugue para una persona que no viva con ustedes?     Si     No

Si es si, ¿quién paga? \_\_\_\_\_ ¿Cantidad? \_\_\_\_\_

Alguien en el hogar paga a alguien para que cuide a un niño o aun adulto incapacitado?     Si     No

Si es si, ¿quién paga? \_\_\_\_\_ Que tan seguido? \_\_\_\_\_ ¿A quien? \_\_\_\_\_

¿La Unidad de Recuperación de Apoyo Infantil ya le está ayudando a obtener o exigir pagos de manutención infantil o ayuda médica?  Sí  No

Si respondió que no, Child Support Recovery Unit (Unidad de recuperación de manutención de menores) puede ayudarle a conseguir que el padre ausente abone manutención o seguro médico. También pueden ayudarle a localizar al padre ausente y a su empleador, a determinar la paternidad o a modificar órdenes judiciales de manutención. **¿Desea que Child Support Recovery le ayude con alguno de estos temas?**  Sí  No

¿Está dispuesto a cooperar con nosotros para obtener cobertura o ayuda médica de parte del padre que no vive en el hogar? (No tiene la obligación de cooperar si sólo desea obtener Medicaid para un menor)  Sí  No

Nombre y domicilio del padre que no vive en el hogar:	Fecha de nacimiento de este padre:	Número de seguro social de este padre:	Nombre de los hijos de este padre:	Condado en el cual se presentó la orden del tribunal, si la hubiere:	¿El padre tiene la orden de un tribunal de pagar dinero para la ayuda médica?

**NUMERO DE SOCIAL SECURITY (SSN)**

Debe poner el SSN de todas las personas mencionadas en esta solicitud para obtener Medical Assistance. La Sección 1137(a)(1) del Social Security Act y el 42 CFR 435.910 requiere esto. Si usted no quiere Medicaid, usted no tiene que darnos su SSN. El SSN será utilizado:

- Para checar el ingreso, elegibilidad y la cantidad de pagos de Medical Assistance que se harán a su favor.
- Para determinar el derecho de otras personas a Medical Assistance.
- Para cumplir con las leyes Federales que requieren divulgación de información para récords de Medicaid.
- Para comparar con récords en otras agencias tales como: Social Security Administration, Internal Revenue Services, y Iowa Workforce Development. Estas comparaciones de pueden hacer por una computadora e un base individual.

Mis derechos y responsabilidades me serán proporcionados en la parte de atrás de las instrucciones de esta Health Services Application. He leído y quitado la hoja de Derechos y Responsabilidades de la Solicitud de Servicios de Salud para mi uso futuro.

Entiendo que, si los niños que están en esta solicitud no son elegibles para recibir Medicaid, esta solicitud puede ser enviada al programa **hawk-i** para ver si pueden obtener la cobertura de salud **hawk-i**.

**YO CERTIFICO QUE ESTAS DECLARACIONES SON CORRECTAS A LO MEJOR DE MI CONOCIMIENTO Y CREENCIA.**

\_\_\_\_\_  
Firma o marca del solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma o marca de otro padre o padrastro en el hogar

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona, si hay que haya ayudado a completar esta forma

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Addendum to Application and Review Forms for Release of Information (Anexo a los Formularios de Solicitud y Revisión para Divulgar Información)**

**Divulgación de Información - OPCIONAL**

**¡Ayúdenos a ayudarle!**

No tiene obligación de firmar esta autorización, pero nos ayudaría a obtener la información que necesitamos para ayudarle y no tendríamos que pedirle que firme ciertas solicitudes.

**Debe saber que:**

- Podríamos necesitar más información para decidir si puede obtener asistencia.
- Si necesitáramos que nos proporcione más información, recibirá una carta informándole qué necesitamos y la fecha en que debe entregarla.
- Es su responsabilidad conseguir dicha información o pedirnos que le ayudemos a conseguirla.
- Si no nos proporciona dicha información ni nos pide ayuda antes de la fecha de entrega de la misma, su solicitud podría ser denegada o la asistencia podría terminar.
- Podríamos utilizar esta autorización para obtener la información necesaria. **Pero aún así, deberá conseguir la información que le solicitemos o pedirnos ayuda para conseguirla.**
- Podríamos adjuntar una copia de la autorización a otros formularios para solicitarles a otras personas u organizaciones (como, por ejemplo, su empleador) que nos proporcionen determinada información sobre usted o su grupo familiar.

**Escriba su nombre en letra de imprenta y firme para autorizarnos a obtener la información necesaria.**

**DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN**

Por la presente autorizo a cualquier individuo u organización a entregar a Department of Human Services de Iowa la información solicitada sobre mi persona o mi grupo familiar.  
(I hereby authorize any person or organization to give the Iowa Department of Human Services requested information about me or other members of my household.)

Una copia de esta autorización es tan válida como el original.  
(A copy of this release is as valid as the original.)

Esta autorización no es válida en el caso de información médica protegida.  
(This release does not apply to protected health information.)

Esta autorización es válida por 12 meses a partir de la fecha de mi firma.  
(This release is good for 12 months from the date signed.)

\_\_\_\_\_  
Su nombre (en imprenta legible)  
(Your Name – please print clearly)

\_\_\_\_\_  
Nombre de otro adulto (en imprenta legible)  
(Other Adult Name – please print clearly)

\_\_\_\_\_  
Firma o marca (Signature or Mark)

\_\_\_\_\_  
Firma o marca (Signature or Mark)

\_\_\_\_\_  
Fecha (Date)