



FECHA DE NAC

Caso #:

Si este formulario no se devuelve antes de la fecha de vencimiento, la elegibilidad de Medicaid terminará.

### ¿Por qué debo devolver este formulario?

- Por favor, devuelva este formulario antes de la fecha límite.
- Si se devuelve este formulario ya completado antes de la fecha límite, los beneficios actuales podrán continuar.
- Una vez que hayamos completado la revisión, enviaremos una notificación con la decisión de elegibilidad actualizada.
- Si no recibimos este formulario antes de la fecha de vencimiento, le enviaremos un aviso con la fecha de finalización de su Medicaid.

### ¿Y si mi hogar ha cambiado?

- Si un miembro se ha mudado de su casa, indique que ya no vive con usted. Si alguien se ha mudado a su casa, utilice la página Nuevo miembro del hogar para añadirlo.

### ¿Qué necesito para rellenar este formulario?

- Números de Seguro Social (o números de documento para cualquier inmigrante legal que necesite un seguro)
- Información sobre el empleador y los ingresos de todos los miembros de su familia (recibos de sueldo, formularios W-2, declaraciones de impuestos)
- Números de póliza de cualquier seguro médico actual
- Información sobre diversos activos (propiedades, vehículos, etc.)
- Debe seguir cumpliendo los requisitos para que se le paguen las primas de la Parte B de Medicare en el marco del programa QI, a menos que se le notifique que ya no cumple los requisitos.
- Los derechos y responsabilidades que usted aceptó en la solicitud original siguen vigentes, por lo que no es necesario fi este formulario.

### Prueba de ingresos

- Si quiere ahorrar tiempo, puede adjuntar a este formulario de revisión un justificante de salario u otros ingresos.
- Salario del empleador: Incluya los ingresos, incluidas las propinas, correspondientes a las 4 semanas anteriores a la fecha en que recibió esta revisión. Algunos ejemplos de comprobantes de salario son los talones de cheques, las cartas de adjudicación, las impresiones o una declaración con membrete de la empresa, la agencia o el pagador.
- Si es autónomo, puede adjuntar su declaración de impuestos más reciente. Proporcione todas las declaraciones de impuestos y los anexos, tanto personales como de la empresa (anexo C), si procede.
- Si los ingresos proceden de una cuenta de jubilación o de inversión, facilite los extractos financieros completos de la cuenta (no resúmenes de cuenta), correspondientes a las 4 semanas anteriores a la fecha en que recibió esta revisión.

### ¿Qué son los activos?

- Los activos son cosas que usted posee, como coches, barcos, propiedades no relacionadas con la vivienda, cuentas bancarias, dinero en efectivo y certificados de depósito.
- El valor patrimonial es el valor de algo menos el dinero que se debe por él. (Por ejemplo, si tienes un vehículo valorado en \$5,000 y debes \$2,000, el valor patrimonial es de \$3,000).
- No cuente los valores de la vivienda en la que vive hasta dos vehículos.

### ¿Por qué pedimos esta información?

Le pedimos información sobre los ingresos y los bienes para que sepa a qué cobertura tiene derecho y cómo obtener ayuda para pagarla. Mantendremos la privacidad y la seguridad de toda la información que nos proporcione, tal y como exige la ley. Para ver la Declaración de la Ley de Privacidad, visite: [www.scdhhs.gov](http://www.scdhhs.gov)

### ¿Qué pasa después?

Envíe su formulario de revisión completo a la dirección que aparece al final del formulario. Si no tiene toda la información que le pedimos, devuelva el formulario de revisión de todos modos; nos pondremos en contacto con usted. Si no recibe noticias nuestras, visite [www.SCDHHS.gov](http://www.SCDHHS.gov) o llame al 1-888-549-0820.

### Obtenga ayuda con este formulario

- Visítenos en línea en [www.SCDHHS.gov](http://www.SCDHHS.gov) • Llame a nuestro Centro de Contacto al 1-888-549-0820.
- En persona: Visite una oficina de elegibilidad del condado del SCDHHS en su área.

¿NECESITA AYUDA CON SU REVISIÓN? Visite [www.SCDHHS.gov](http://www.SCDHHS.gov) o llámenos al 1-888-549-0820 (Teletipo: 1-888-842-3620)

## Su hogar actual de Medicaid.

La(s) persona(s) indicada(s) a continuación está(n) pendiente(s) de revisión y su cobertura finalizará si no proporciona(n) información sobre ella(s) en este formulario. Necesitamos información de todos los que aparecen en la lista, no sólo de los que tienen una fecha de cierre asociada a esta revisión. Marque la casilla "Se mudó de casa" para cada persona que se mudó de su hogar el año pasado, de lo contrario deje la casilla en blanco. Si alguien nuevo se ha mudado a su casa, escriba la información del paso 2.

Nombre	Fecha de nacimiento	Genero	El caso se cerrara el	¿Se mudo de la casa?
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>

**¿NECESITA AYUDA CON SU REVISIÓN? Visite [www.SCDHHS.gov](http://www.SCDHHS.gov) o llámenos al 1-888-549-0820 (Teletipo: 1-888-842-3620)**

# PASO 1

## Háblenos de usted.

Necesitamos que un adulto de la familia sea la persona de contacto principal para su cuenta.

**REVISE** su información de contacto aquí

**CORRIJA** aquí cualquier información errónea o que falte

Nombre:

Nombre, Segundo nombre, Apellido y Sufijo

Número de ID:

Dirección de la casa

Dirección de la casa:

Dirección Línea 2

Ciudad

Estado

Código postal

Dirección postal (si es diferente a la del domicilio)

Dirección Línea 2

Dirección postal:

Ciudad

Estado

Código postal

Número de teléfono

Otro número de teléfono

Condado

¿Desea recibir información sobre esta revisión por correo electrónico?

Sí  
 No

Dirección de correo electrónico:

¿Cuál es su idioma preferido, hablado o escrito (si no es el inglés)?

# PASO 2

## Díganos qué cambios se han producido en su hogar.

Escriba los nombres y la información de otras personas que se hayan mudado a su hogar en el último año. Si alguien se ha mudado a su casa, utilice la página “Nuevo miembro del hogar” para ver si tiene derecho a Medicaid.

Nombre completo	Fecha de nacimiento	Sexo

¿NECESITA AYUDA CON SU REVISIÓN? Visite [www.SCDHHS.gov](http://www.SCDHHS.gov) o llámenos al 1-888-549-0820 (Teletipo: 1-888-842-3620)

## Representante autorizado (AR)

Un representante autorizado (AR) es una persona, nombrada por usted, que tiene permiso para obtener información sobre esta revisión, firmarla y actuar en su nombre en asuntos relacionados con esta revisión.

Si los datos de su representante autorizado han cambiado, si desea un representante autorizado diferente o si quiere nombrar uno nuevo, escriba los nuevos datos a continuación. Nota: Si desea añadir una nueva representante autorizado o modificar la existente, le enviaremos un formulario para que lo rellene y lo devuelva (formulario 1282). Seguiremos tramitando esta revisión y su elegibilidad no se verá afectada por añadir o cambiar su representante autorizado.

Nombre del representante autorizado (nombre, segundo nombre, apellido)		Teléfono
Calle Uno	Calle Dos	
Ciudad		
Estado	Codigo postal	

## Miembro(s) de familia india americana o nativa de Alaska (AI/AN)

¿Es usted o alguien de su familia indio americano o nativo de Alaska?

**NO.** Si la respuesta es NO, pase al paso 3.  **SÍ.** Si la respuesta es afirmativa, rellene el siguiente apartado.

	AI/AN PERSONA 1		AI/AN PERSONA 2	
1. Nombre	Primero	Segundo	Primero	Segundo
	Apellido		Apellido	
2. ¿Miembro de una tribu reconocida por el gobierno federal?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es Sí, nombre de la tribu:		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es Sí, nombre de la tribu:	
3. ¿Ha recibido esta persona alguna vez un servicio del Servicio de Salud Indígena, un programa de salud tribal o un programa de salud indígena urbano, o a través de una derivación de uno de estos programas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es NO, ¿tiene esta persona derecho a recibir servicios de uno de estos programas? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es NO, ¿tiene esta persona derecho a recibir servicios de uno de estos programas? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
4. Cierta dinero recibido no puede ser contabilizado para Medicaid o el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP, por sus siglas en inglés). Enumere cualquier ingreso (cantidad y frecuencia) declarado en su revisión que incluya dinero de estas fuentes:	\$ ¿Con qué frecuencia?		\$ ¿Con qué frecuencia?	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pagos per cápita de una tribu que provienen de recursos naturales, derechos de uso, arrendamientos o regalías</li> <li>• Pagos procedentes de los recursos naturales, la agricultura, la ganadería, la pesca, los arrendamientos o los regalías de las tierras designadas como tierras en fideicomiso indio por el Departamento del Interior (incluidas las reservas y las antiguas reservas)</li> <li>• Dinero procedente de la venta de objetos con significado cultural</li> </ul>				

**¿NECESITA AYUDA CON SU REVISIÓN? Visite [www.SCDHHS.gov](http://www.SCDHHS.gov) o llámenos al 1-888-549-0820 (Teletipo: 1-888-842-3620)**

# PASO 3: PERSONA 1

Háblenos del beneficiario principal (Persona 1). Se trata de la persona en el centro o que recibe servicios de

1. Nombre, Inicial del segundo nombre, Apellido y Sufijo			2. ¿Relación con la persona 1 <b>YO</b>	
3. Fecha de nacimiento	4. Sexo:	5. Número de Seguro Social (SSN)	6. Número de Medicare (si procede)	

7. ¿Necesita esta persona cobertura médica (Medicaid)? (Incluso si esta persona tiene seguro, podría haber un programa con mejor cobertura o menores costos).

Si Si la respuesta es afirmativa, responda a todas las preguntas siguientes.

No Si la respuesta es negativa, pase a las preguntas sobre los ingresos. Deje el resto de la página en blanco.

8. ¿Está esta persona embarazada?  Si  No a. En caso afirmativo, a. ¿Cuántos bebés se esperan? \_\_\_\_\_

b. ¿Cuál es su fecha de parto? \_\_\_\_\_

c. Si se trata de un embarazo reciente, introduzca la fecha de finalización del mismo \_\_\_\_\_

d. ¿Estaba inscrita en Medicaid el último día del embarazo?  Si  No

9. ¿Se le ha diagnosticado a esta persona y está recibiendo tratamiento para alguno de las siguientes?  Si  No

•Cáncer de mama • Cáncer de cuello uterino • Hiperplasia mamaria atípica

• Lesión cervical precancerosa (CIN 2/3)

10. ¿Paga esta persona por el cuidado de sus hijos, o por el cuidado de un adulto discapacitado, para esta persona poder ir al trabajo o a la escuela? En caso afirmativo, envíe el comprobante de pago.  Si  No

11. ¿Ha habido algún cambio en el estatus migratorio de esta persona?  Si  No

(Si la respuesta es no, salte la pregunta 12)

12. Si esta persona no es ciudadana o nacional de EE.UU., ¿tiene esta persona un estatus migratorio elegible?  Si  No

(Si la respuesta es afirmativa, indique a continuación el tipo de documento y el número de identificación de esta persona.)

a. Tipo de documento de inmigración: \_\_\_\_\_

b. Número de identificación del documento: \_\_\_\_\_

c. ¿Ha vivido en Estados Unidos desde 1996?  Si  No

d. ¿Es usted, su cónyuge o su padre o madre un veterano o un miembro del ejército estadounidense en servicio activo?  Si  No

## Información sobre los ingresos y recursos del hogar

13. ¿Alguien del hogar ha trabajado alguna vez en algún lugar que tenga un beneficio de jubilación, militar de jubilación o beneficio de la Administración de Veteranos a la que puede tener derecho a recibir dinero?  Si  No

En caso afirmativo, ¿quién trabajaba, dónde y durante cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

14. ¿Alguien en el hogar ha dejado de trabajar en el último año?  Si  No

En caso afirmativo, díganos quién trabajaba, dónde y cuándo terminó el trabajo: \_\_\_\_\_

15. ¿Ha recibido alguien una herencia en los últimos cinco años?  Si  No

En caso afirmativo, ¿de quién? \_\_\_\_\_

Fecha del fallecimiento \_\_\_\_\_

Estado/Condado donde se ha legalizado la herencia \_\_\_\_\_

# PASO 3: PERSONA 1

16. Díganos los ingresos de cada miembro de la familia en el hogar.

## Trabajo 1

Nombre de la persona que trabaja:

Nombre del empleador:

Dirección del empleador:

Número de teléfono:

Cantidad ganada por período de pago antes de impuestos: \$

¿Con qué frecuencia se paga?

- Semanalmente       Cada dos semanas  
 Mensualmente       Dos veces al mes

Promedio de horas trabajadas por semana:

Fecha de inicio:

En el último año, ¿ha:

- Cambió de trabajo       Dejado de trabajar  
 Empezado a trabajar menos horas

## Trabajo 2

Nombre de la persona que trabaja:

Nombre del empleador:

Dirección del empleador:

Número de teléfono:

Cantidad ganada por período de pago antes de impuestos: \$

¿Con qué frecuencia se paga?

- Semanalmente       Cada dos semanas  
 Mensualmente       Dos veces al mes

Promedio de horas trabajadas por semana:

Fecha de inicio:

En el último año, ¿ha:

- Cambió de trabajo       Dejado de trabajar  
 Empezado a trabajar menos horas

17. ¿Hay algún autónomo?     Si     No    Tipo de trabajo: \_\_\_\_\_

Nombre del autónomo: \_\_\_\_\_

Nombre de la empresa: \_\_\_\_\_

¿Cuántos ingresos netos obtendrá la persona por su trabajo por cuenta propia este mes? \$ \_\_\_\_\_

18. Marque todas las demás fuentes de ingresos que correspondan a cualquier persona del hogar y complete la tabla siguiente.

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Beneficios de la Seguridad Social (RSDI, en inglés)   | <input type="checkbox"/> Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) |
| <input type="checkbox"/> Jubilación federal (Servicio Civil, FERS)   | <input type="checkbox"/> Manutención infantil                     |
| <input type="checkbox"/> Beneficios por discapacidad   | <input type="checkbox"/> Ingresos por alquileres                  |
| <input type="checkbox"/> Beneficios de la Administración de Veteranos (VA)   | <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia                      |
| <input type="checkbox"/> Beneficios por pensiones/jubilaciones   | <input type="checkbox"/> Desempleo                                |
| <input type="checkbox"/> Contrato de arrendamiento, hipoteca u otros pagarés a favor de un miembro del hogar (Proporcione una copia del contrato, hipoteca, pagaré u otro acuerdo) | <input type="checkbox"/> Dinero de amigos y familiares            |
|  | <input type="checkbox"/> Indemnización por accidente de trabajo   |
|  | <input type="checkbox"/> Asignaciones militares                   |

Otros: \_\_\_\_\_

Persona que recibe el dinero	Ingresos Fuente	¿Con qué frecuencia?	Cantidad recibida	Comentarios
			\$	
			\$	
			\$	
			\$	

**¿NECESITA AYUDA CON SU REVISIÓN? Visite [www.SCDHHS.gov](http://www.SCDHHS.gov) o llámenos al 1-888-549-0820 (Teletipo: 1-888-842-3620)**

# PASO 3: PERSONA 1

19. ¿Esta persona o su cónyuge tienen alguna propiedad, incluso en otros estados?  Sí  No

Si la respuesta es afi marque las casillas que correspondan y cuéntenos sobre la propiedad.

- Vivienda (casa, edificios y terreno donde vive)  Terreno (no conectado a la vivienda actual)  
 Otra casa o edificio (que no sea su casa)  Casa de vacaciones o propiedad de tiempo compartido

a. ¿Cuál es la dirección/ubicación del inmueble?  
(Enumere primero la propiedad de la casa)

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Nombre del propietario: \_\_\_\_\_

Nombre del propietario: \_\_\_\_\_

¿Es el 19-a el domicilio de esta persona o la residencia principal donde vive actualmente o donde quiere volver a vivir si vive en otro lugar?  Sí  No

20. Por favor, marque la casilla junto a cualquiera de los artículos que esta persona o su cónyuge o dependiente(s) posee o está comprando. Cuéntenoslo en la tabla siguiente.

- Cuenta corriente bancaria  Cuenta de ahorro bancaria  Coche, camión, furgoneta  
 Certificado de Depósito  Motocicleta, barco, caravana  Anualidad (proporcione una copia)  
 Fondo fiduciario o cuenta fiduciaria  Contrato de entierro previo a la necesidad  Efectivo en mano  
 Dinero reservado para el entierro  Espacio de enterramiento en el cementerio  Seguro de vida  
 401k, IRA o cuenta de jubilación  Acciones, bonos y fondos de inversión  
 Maquinaria agrícola o equipo de negocio  
 Tarjeta de débito Direct Express para SSA, SSI u otros beneficios  
 Other: \_\_\_\_\_

### Háblenos del activo

Propiedad de

Incluya el nombre del banco o de la funeraria y cualquier número de cuenta u otra información utilizada para identificar el activo.

Valor actual o Balance

<u>Propiedad de</u>	Incluya el nombre del banco o de la funeraria y cualquier número de cuenta u otra información utilizada para identificar el activo.	<u>Valor actual o Balance</u>
_____	_____	\$ _____
_____	_____	\$ _____
_____	_____	\$ _____
_____	_____	\$ _____
_____	_____	\$ _____

NOTA: Cuando devuelva este formulario, deberá enviar una prueba de estos bienes o recursos, incluyendo cualquier documento justifi

21. ¿Ha cerrado esta persona alguna cuenta bancaria en el último año? En caso afirmativo, ¿en qué banco?  Sí  No

Banco \_\_\_\_\_ Fecha de cierre \_\_\_\_\_ Monto de cierre \$ \_\_\_\_\_

Banco \_\_\_\_\_ Fecha de cierre \_\_\_\_\_ Monto de cierre \$ \_\_\_\_\_

22. ¿Ha vendido o regalado esta persona o su cónyuge dinero en efectivo, bienes u otros recursos a cualquier persona en el último año?  Sí  No

Artículo: \_\_\_\_\_ Dado a: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Cantidad recibida \$ \_\_\_\_\_

Artículo: \_\_\_\_\_ Dado a: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Cantidad recibida \$ \_\_\_\_\_

# PASO 3: PERSONA

Díganos qué miembros del hogar están inscritos actualmente en su plan de Medicaid. Si necesita

añadir más de lo que miembros inscritos, utilice la sección de nuevos miembros del hogar. Si necesita añadir a más de un miembro, haga copias del Nuevo Miembro del Hogar según sea necesario.

1. Nombre, Inicial del segundo nombre, Apellido y Sufijo			2. ¿Relación con la persona 1
3. Fecha de nacimiento	4. Sexo:	5. Número de Seguro Social (SSN)	6. Número de Medicare (si procede)

7. ¿Necesita esta persona cobertura médica (Medicaid)? (Incluso si esta persona tiene seguro, podría haber un programa con mejor cobertura o menores costos).

Si Si la respuesta es afirmativa, responda a todas las preguntas siguientes.

No Si la respuesta es negativa, pase a las preguntas sobre los ingresos. Deje el resto de la página en blanco.

8. ¿Está esta persona embarazada?  Si  No a. En caso afirmativo, a. ¿Cuántos bebés se esperan? \_\_\_\_\_

b. ¿Cuál es su fecha de parto? \_\_\_\_\_

c. Si se trata de un embarazo reciente, introduzca la fecha de finalización del mismo \_\_\_\_\_

d. ¿Estaba inscrita en Medicaid el último día del embarazo?  Si  No

9. ¿Se le ha diagnosticado a esta persona y está recibiendo tratamiento para alguno de las siguientes?  Si  No

•Cáncer de mama • Cáncer de cuello uterino • Hiperplasia mamaria atípica

• Lesión cervical precancerosa (CIN 2/3)

10. ¿Paga esta persona por el cuidado de sus hijos, o por el cuidado de un adulto discapacitado, para esta persona poder ir al trabajo o a la escuela? En caso afirmativo, envíe el comprobante de pago.  Si  No

11. ¿Ha habido algún cambio en el estatus migratorio de esta persona?  Si  No  
(Si la respuesta es no, salte la pregunta 12)

12. Si esta persona no es ciudadana o nacional de EE.UU., ¿tiene esta persona un estatus migratorio elegible?  Si  No

(Si la respuesta es afirmativa, indique a continuación el tipo de documento y el número de identificación de esta persona.)

a. Tipo de documento de inmigración: \_\_\_\_\_

b. Número de identificación del documento: \_\_\_\_\_

c. ¿Ha vivido en Estados Unidos desde 1996?  Si  No

d. ¿Es usted, su cónyuge o su padre o madre un veterano o un miembro del ejército estadounidense en servicio activo?  Si  No



# NUEVO MIEMBRO DEL HOGAR

Si tiene una nueva persona en su hogar que no está inscrita en su plan de Medicaid, puede rellenar esta sección para ver si tiene derecho a Medicaid. Si tiene más de una persona nueva, haga copias en blanco de esta sección para añadirlas.

1. Nombre, Segundo nombre, Apellido y Sufijo \_\_\_\_\_ 2. ¿Relación con la persona 1? \_\_\_\_\_
3. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) 4. Sexo:  Hombre  Mujer 5. Número de Seguro Social (SSN) \_\_\_\_\_
6. Número de Medicare (si procede) \_\_\_\_\_
7. ¿Necesita esta persona cobertura sanitaria (Medicaid)?  
 Si. En caso afirmativo, responda a las siguientes preguntas.  
 No. Si la respuesta es negativa, pase a las preguntas sobre los ingresos. Deje el resto de la página en blanco.
8. ¿Está esta persona embarazada o recientemente embarazada?  Si  No En caso afirmativo,  
a. ¿Cuántos bebés se esperan? \_\_\_\_\_ b. ¿Fecha prevista para dar a luz? \_\_\_\_\_  
c. Si se trata de un embarazo reciente, introduzca la fecha de finalización del mismo: \_\_\_\_\_  
d. Estaba esta persona inscrita en Medicaid el último día del embarazo?  Si  No
9. ¿Se le ha diagnosticado a esta persona y está recibiendo tratamiento para alguno de las siguientes?  Si  No  
• Cáncer de mama • Cáncer de cuello uterino • Hiperplasia mamaria atípica  
• Lesión cervical precancerosa (CIN 2/3)
10. ¿Paga esta persona por el cuidado de sus hijos, o por el cuidado de un adulto discapacitado, para poder ir al trabajo o a la escuela?  Si  No  
Si la respuesta es afirmativa, debe enviar el comprobante de pago.
11. ¿Ha habido algún cambio en el estatus migratorio de esta persona?  Si  No
12. ¿Es esta persona ciudadana o nacional de EE.UU.?  Si  No
13. Si esta persona no es ciudadana o nacional de EE.UU., ¿tiene un estatus de inmigración elegible?  Si  No  
Si la respuesta es afirmativa, indique a continuación el tipo de documento y el número de identificación de esta persona.  
a. Tipo de documento de inmigración: \_\_\_\_\_ b. Número de identificación del documento: \_\_\_\_\_  
c. ¿Ha vivido esta persona en Estados Unidos desde 1996?  Si  No  
d. ¿Es esta persona, su cónyuge o su padre o madre un veterano o un miembro del ejército estadounidense en servicio activo?  Si  No
14. Si esta persona no ha solicitado un número de la Seguridad Social, indique los motivos:  No puede obtener el SSN  
 Emitido sólo por razones no laborales  Sin SSN por motivos religiosos  
 Recién nacido, madre recibe actualmente Medicaid  Recién nacido, madre NO recibe Medicaid
15. ¿Vive esta persona con al menos un hijo menor de 19 años y es la persona principal que se ocupa de este hijo?  Si  No
16. ¿Es esta persona un estudiante a tiempo completo?  Si  No
17. ¿Estaba esta persona en régimen de acogida en Carolina del Sur cuando tenía 18 años o más?  Si  No
18. ¿Piensa esta persona presentar una declaración de impuestos federal el próximo año  Si. En caso afirmativo, responda a las preguntas a-c  
(Puede solicitar un seguro médico aunque no presente la declaración de la renta).  No Si la respuesta es negativa, pase a la pregunta c.  
a. ¿Esta persona presentará una declaración conjunta con un cónyuge?  Si  No En caso afirmativo, nombre del cónyuge: \_\_\_\_\_  
b. ¿Declarará esta persona alguna persona a su cargo en la declaración de impuestos?  Si  No  
En caso afirmativo, indique las personas a su cargo: \_\_\_\_\_  
c. ¿Se declarará a esta persona como dependiente en la declaración de impuestos de alguien?  Si  No  
En caso afirmativo, indique el declarante: \_\_\_\_\_ ¿Qué relación tiene esta persona con el declarante? \_\_\_\_\_
19. ¿Tiene esta persona una condición de salud física, mental o emocional incapacitante que le cause limitaciones en sus actividades?  Si  No
20. ¿Necesita esta persona vivir en un centro médico o en una residencia de ancianos o necesita servicios de enfermería a domicilio?  Si  No
21. ¿Desea esta persona solicitar los beneficios de planificación familiar?  Si  No  
*La planificación familiar es un programa de beneficios limitados, que ofrece servicios de planificación familiar, servicios relacionados con la planificación familiar y ciertas revisiones preventivas limitadas. La planificación familiar no es una cobertura completa de Medicaid. Si deja esta pregunta en blanco, no le evaluaremos para la planificación familiar.*
22. ¿Desea esta persona ayuda para pagar las facturas médicas o las primas de Medicare de los últimos 3 meses?  Si  No  
a. Si la respuesta es afirmativa, ¿el tamaño del hogar de esta persona era el mismo durante estos 3 meses que el actual?  Si  No  
b. ¿Los ingresos del hogar de esta persona fueron los mismos durante estos 3 meses que los actuales?  Si  No  
Si la respuesta es NO, introduzca el total de ingresos mensuales para: El último mes: \$ \_\_\_\_\_ 2 meses atrás: \$ \_\_\_\_\_ 3 meses atrás: \$ \_\_\_\_\_
23. ¿Esta persona vive actualmente en un hogar de acogida?  Si  No
24. Esta persona vive actualmente en un hogar de grupo del DJJ?  Si  No
25. Si es hispano(a)/latino(a), origen étnico (OPCIONAL-marque todo lo que corresponda)  
 Mexicano/a  Mexicano/a-Americano/aa  Chicano/a  Puertorriqueño/a  Cubano/a  
 Otros: \_\_\_\_\_
26. OPCIONAL-marque todas las que correspondan)  
 Blanco/a  Indio Asiático/a  Filipino/a  Vietnamita  Guamanense or Chamorro  
 Negro/a /Africano/a  Japones  Otros Asiáticos  Samoano  Chino/a  
 Americano/a  Coreano/a  Nativo/a de Hawai  Otros islenos Pacifico  
 Otros: \_\_\_\_\_

¿NECESITA AYUDA CON SU REVISIÓN? Visite [www.SCDHHS.gov](http://www.SCDHHS.gov) o llámenos al 1-888-549-0820 (Teletipo: 1-888-842-3620)

## PASO 4 La cobertura sanitaria de su familia

¿Alguien tiene un seguro médico privado, Medicaid de otro estado (que no sea SC) o Medicare?

Sí  No

Titular de la póliza	Lista de todos los cubiertos por este seguro	Nombre de compañía de seguros Número	Número de póliza de Medicaid	Cambio
				<input type="checkbox"/> Añadido <input type="checkbox"/> Eliminado
				<input type="checkbox"/> Añadido <input type="checkbox"/> Eliminado
				<input type="checkbox"/> Añadido <input type="checkbox"/> Eliminado

## PASO 5

Por favor, lea los siguientes derechos y responsabilidades. Si no está de acuerdo con una declaración, su elegibilidad para los programas puede verse afectada.

- Sé que la ley federal no permite la discriminación por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad. Puedo presentar una queja por discriminación llamando al (888) 808-4238 (Teletipo: 1-888-842-3620) o escribiendo a Civil Rights Division, SCDHHS, P.O. Box 8206, Columbia, SC 29202-8206.
- Sé que se me pedirá que coopere con la agencia que recauda la ayuda médica del padre ausente. Si creo que cooperar para cobrar la manutención médica me perjudicará a mí o a mis hijos, puedo decírselo a la agencia y puede que no tenga que cooperar.
- Asigno y cedo mis derechos a cualquier pago de un tercero responsable al SCDHHS hasta el monto de pago que Healthy Connections ha hecho por mi atención médica. Esta asignación se aplica a cualquiera de mis hijos menores de edad que puedan resultar lesionados.  
Estos pagos pueden incluir pagos del seguro médico, acuerdos legales u otros terceros. También entiendo que tengo el deber de cooperar en la identificación y el suministro de información para ayudar a Healthy Connections en la búsqueda de terceros que pueden ser responsables de pagar por la atención y los servicios.
- Entiendo que debo cooperar plenamente con los trabajadores estatales y federales si se revisa mi caso. También comprendo que, como condición para ser elegible, debo solicitar y tomar medidas para obtener cualquier otra prestación, incluidas, entre otras, las pensiones vitalicias, las pensiones, la jubilación, la invalidez y otros beneficios.
- Como solicitante/beneficiario de los servicios de Medicaid, entiendo que hay dos grupos de personas que se ven afectadas por la recuperación del patrimonio:
  - Una persona de cualquier edad que era paciente de un centro de enfermería, de un centro de cuidados intermedios para discapacitados intelectuales o de otra institución médica en el momento del fallecimiento, y que debía pagar la mayor parte de sus ingresos por el costo de los cuidados; o
  - Una persona que tenía 55 años o más cuando recibía asistencia médica consistente en servicios en centros de enfermería, servicios basados en el hogar y la comunidad, y servicios hospitalarios y de medicamentos recetados prestados a personas en centros de enfermería o que reciben servicios basados en el hogar y la comunidad. Entiendo que al recibir cualquiera de estos servicios, el SCDHHS presentará un reclamo contra mi patrimonio (todos los bienes muebles e inmuebles de mi propiedad al momento de mi muerte) por el monto que Medicaid haya pagado por mis servicios.
- Sé que debo avisar al SCDHHS en un plazo de 10 días si cualquier información que haya anotado en esta revisión cambia y es diferente de lo que escribí en esta revisión. Entiendo que un cambio en mi información podría afectar a la elegibilidad de los miembros de mi hogar.
- La información que proporcione en esta revisión y en futuras interacciones con el SCDHHS se utilizará para comprobar si cumplo los requisitos para recibir ayuda para pagar la cobertura médica, si decido solicitarla. Si la información que proporciono no coincide con los datos electrónicos, es posible que se me pida que envíe pruebas. Sé que, a menos que pida expresamente que se me excluya, la información recopilada

¿NECESITA AYUDA CON SU REVISIÓN? Visite [www.SCDHHS.gov](http://www.SCDHHS.gov) o llámenos al 1-888-549-0820 (Teletipo: 1-888-842-3620)

se almacenará de forma segura para estar seguro de que los servicios prestados a mi familia y a mí son suficientes y necesarios.

8. Si creo que SCDHHS, la agencia que administra Healthy Connections, el programa estatal de Medicaid, ha cometido un error, puedo apelar su decisión. Apelar significa decirle a alguien del SCDHHS que creo que la acción es incorrecta, y pedir una audiencia justa. Debo presentar una solicitud por escrito para dicha audiencia a la SCDHHS o apelar en línea en [www.scdhhs.gov/appeals](http://www.scdhhs.gov/appeals). Sé que puedo representarme a mí mismo o ser representado por otra persona.
9. Sé que la información personal de salud que proporciono o que posteriormente es recopilada por el SCDHHS está cubierta por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HIPAA) y que recibiré un Aviso de Prácticas de Privacidad junto con mi(s) tarjeta(s) de Conexiones Saludables.

¿Algún niño de esta revisión tiene un padre que vive fuera de casa?  Sí  No

Confirmando que ninguna de las personas que solicitan el seguro de enfermedad en esta revisión está encarcelada

(detenida o encarcelada). Si no es así, \_\_\_\_\_ está encarcelado.

### Renovación de la cobertura en años futuros

Para facilitar la determinación de mi derecho a recibir ayuda para pagar la cobertura médica en años futuros, acepto que Medicaid o el Mercado de Seguros Médicos utilicen los datos de ingresos, incluida la información de las declaraciones de impuestos. Medicaid me enviará un aviso, me permitirá hacer cualquier cambio y podré excluirme en cualquier momento.

Sí, renovar mi elegibilidad automáticamente para la siguiente:

5 años (el número máximo de años permitido), o por un número menor de años:

4 años  3 años  2 años  1 año  No utilizar la información de la declaración de impuestos para renovar mi cobertura.

Al firmar, declaro que he leído y acepto los derechos y responsabilidades que se indican en esta revisión.

Firmo esta solicitud bajo pena de perjurio. Esto significa que he respondido con veracidad a todas las preguntas de este formulario según mi leal saber y entender. Sé que si no digo la verdad, puede haber una sanción según la ley federal.

Firma

Fecha (mm/dd/aaaa)

\_\_\_\_\_

## **PASO 6** Envíe por correo la revisión completa.

Envíe su revisión por correo a:

**SCDHHS -Central Mail**  
**PO Box 100101**  
**Columbia SC 29202-3101**

Si quiere registrarse para votar, puede rellenar un formulario de registro de votantes en [scvotes.org](http://scvotes.org).

**! Por favor, devuelva el formulario cumplimentado antes de la fecha de vencimiento indicada en la página 1.**

Las oficinas de las agencias estatales también pueden ayudarle a registrarse para votar. Si desea registrarse para votar, puede completar un formulario de registro de votantes en [scvotes.org](http://scvotes.org); llamar al Centro de Contacto para Miembros de South Carolina Healthy Connections al (888) 549-0820 o visitar la oficina local de SCDHHS de su condado si desea que lo ayudemos a registrarse para votar.

**¿NECESITA AYUDA CON SU REVISIÓN? Visite [www.SCDHHS.gov](http://www.SCDHHS.gov) o llámenos al 1-888-549-0820 (Teletipo: 1-888-842-3620)**