

Fecha de notificación:

Fecha de vencimiento:

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

Caso #:


¿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 en el Paso 2. 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 documentos para cualquier inmigrante legal que necesite un seguro)
- Información sobre el empleador y los ingresos de todos los miembros de su familia (por ejemplo, a partir de recibos de sueldo, formularios W-2, o información sobre salarios y declaraciones de impuestos)
- Números de póliza de cualquier seguro médico actual
- Información sobre cualquier seguro médico relacionado con el trabajo que esté disponible para su familia



¿Por qué pedimos esta información?

Le preguntamos por sus ingresos y otros datos para que sepa a qué cobertura tiene derecho y cómo obtener ayuda para pagarla. **Mantendremos toda la información que nos proporcione de forma privada y segura, tal y como exige la ley.** Para ver la Declaración de la Ley de Privacidad, visite: www.scdhhs.gov



¿Qué pasa después?

Envíe su formulario de revisión completo a la dirección del Paso 6. **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 SCDHHS.gov o llame al 1-888-549-0820.



Obtenga ayuda con este formulario

- **Visítenos en línea en SCDHHS.gov**
- **Llame a nuestro Centro de Contacto al 1-888-549-0820.**
- **En person:** Visite una oficina de elegibilidad del condado del SCDHHS en su área.

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		
Casa #:	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 postal:	Dirección Línea 2		
	Ciudad	Estado	Código postal
	Número de teléfono	Otro número de teléfono	
	Condado		
Otros:	¿Desea recibir información sobre esta revisión por correo electrónico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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 (mm/dd/aaaa)	Género

¿NECESITA AYUDA CON SU REVISIÓN? Visite SCDHHS.gov o llámenos al 1-888-549-0820 (TTY: 1-888-842-3620)

Representante autorizado

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	Código 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 SÍ, rellene la siguiente sección.

Responda a las siguientes preguntas para asegurarse de que su familia recibe la mayor ayuda posible.

	AI/AN PERSONA 1		AI/AN PERSONA 2	
	Primer	Segundo	Primer	Segundo
1. Nombre				
	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"/> SÍ <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"/> SÍ <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: <ul style="list-style-type: none"> • Pagos per cápita de una tribu que provienen de recursos naturales, derechos de uso, arrendamientos o regalías • 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) • Dinero procedente de la venta de objetos con significado cultural 	\$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____		\$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____	

PASO 3

Háblenos de su familia (empiece por usted).

1. Nombre, Inicial del segundo nombre, Apellido y Sufijo

2. ¿Relación con la persona 1?

YO

3. Fecha de nacimiento
(mm/dd/aaaa)

4. Género:

5. Número de Seguro Social (SSN)

6. **¿Tiene previsto presentar una declaración de impuestos federal el próximo año?**

(Puede seguir solicitando un seguro médico aunque no haga la declaración de impuestos federal).

Sí. En caso afirmativo, responda a las preguntas a–c. NO. Si la respuesta es NO, pase a la pregunta c.

a. ¿Presentará una declaración conjunta con un cónyuge? Sí No

En caso afirmativo, nombre del cónyuge:

b. ¿Declarará a algún dependiente en su declaración de impuestos? Sí No

En caso afirmativo, indique el nombre de las personas a su cargo:

c. ¿Será usted reclamado/a como dependiente en la declaración de impuestos de alguien? Sí No

En caso afirmativo, indique el nombre del declarante:

¿Cuál es su relación con el declarante?

7. ¿Está usted embarazada? Sí No Si la respuesta es Sí, 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? Sí No

8. **¿Sigue necesitando cobertura médica (Medicaid)??**

Sí. Si la respuesta es Sí, responda a todas las preguntas siguientes. NO. Si la respuesta es NO, pase a las preguntas sobre los ingresos. Deje el resto de la página en blanco.

9. ¿Tiene usted una condición de salud física, mental o emocional incapacitante que le cause limitaciones en sus actividades? Sí No

10. ¿Necesita vivir en un centro médico o en una residencia de ancianos o necesita servicios de enfermería a domicilio? Sí No

11. ¿Le han diagnosticado y está recibiendo tratamiento por alguno de los siguientes motivos? Sí No
• Cáncer de mama • Cáncer de cuello de útero • Hiperplasia mamaria atípica • Lesión cervical precancerosa (CIN 2/3)

12. ¿Desea solicitar los beneficios de planificación familiar? Sí 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

13. ¿Es usted estudiante a tiempo completo? Sí No

14. ¿Estuvo en régimen de acogida en Carolina del Sur cuando tenía 18 años o más? Sí No

15. **Si es hispano/latino, origen étnico (OPCIONAL - marque todo lo que corresponda)**

Mexicano/a Mexicano/a-americano/a Chicano/a Puertorriqueño/a Cubano/a Otros:

16. **Raza (OPCIONAL - marque todo lo que corresponda)**

Blanco/a Indio asiático/a Filipino/a Vietnamita Guameño/a o Chamorro/a
 Negro(a)/ Japonés/a Otros asiáticos Samoano/a Chino/a
afroamericano(a) Coreano/a Nativo/a de Hawái Otros isleños del Pacífico Otros: _____

Ahora, cuéntenos sobre cualquier trabajo e ingresos en la siguiente página. ➔

¿NECESITA AYUDA CON SU REVISIÓN? Visite SCDHHS.gov o llámenos al 1-888-549-0820 (TTY: 1-888-842-3620)

PASO 3 Continúe con usted mismo - Información sobre el trabajo y los ingresos actuales

Empleado

Si usted está trabajando actualmente, indíquenos sus ingresos. Empezar con la pregunta 17.

Sin empleo

PASE a la pregunta 29.

Autónomo(a)

PASE a la pregunta 28.

EMPLEO ACTUAL 1:

17. Nombre y dirección del empleador _____

18. Número de teléfono del empleador _____

19. Salarios/propinas (antes de impuestos) Por hora Semanal Cada 2 semanas Dos veces al mes Mensualmente Anualmente
\$ _____ 20. Promedio de horas trabajadas por semana _____ 21. Fecha de inicio _____

EMPLEO ACTUAL 2: (Si tiene más trabajos y necesita más espacio, adjunte otra hoja)

22. Nombre y dirección del empleador _____

23. Número de teléfono del empleador _____

24. Salarios/propinas (antes de impuestos) Por hora Semanal Cada 2 semanas Dos veces al mes Mensualmente Anualmente
\$ _____ 25. Promedio de horas trabajadas por semana _____ 26. Fecha de inicio _____

27. En el último año, ¿usted ha: Cambiado de trabajo Dejado de trabajar Empezado a trabajar menos horas Ninguna de estas

28. Si es autónomo, responda a las siguientes preguntas:

a. Tipo de trabajo: _____

b. ¿Cuántos ingresos netos (beneficios una vez pagados los gastos del negocio) obtendrá de este trabajo por cuenta propia este mes? \$ _____

29. **OTROS INGRESOS ESTE MES:** Marque todos los que correspondan, e indique la cantidad y la frecuencia con que los recibe.

NOTA: No es necesario que nos informe sobre la manutención de los hijos, los pagos a los veteranos o la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI).

Ninguno

Desempleo \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ Agricultura/pesca con red: \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

Pensiones \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ Alquiler neto/regalías: \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

Seguro Social \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ Otros ingresos:

Ctas. de jubilación \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ Tipo: _____ \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

Pensión alimenticia recibida \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ Tipo: _____ \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

30. **DEDUCCIONES:** Marque todos los que correspondan, e indique la cantidad y la frecuencia con que los recibe.

NOTA: No debe incluir un costo que ya haya considerado en su respuesta al autoempleo neto.

Pensión alimenticia pagada \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ Otras deducciones: \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

Intereses de los préstamos estudiantiles \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ Tipo: _____

31. **INGRESOS ANUALES:** Rellene sólo si sus ingresos cambian de un mes a otro.

Si no prevé cambios en sus ingresos mensuales, puede añadir otra persona en las páginas siguientes, si es necesario.

Su ingreso total este año

Su ingreso total el próximo año (si cree que será diferente)

\$ _____

\$ _____

¡GRACIAS! Esto es todo lo que necesitamos saber sobre usted.

PASO 3: PERSON

Díganos qué miembros del hogar están inscritos actualmente en su plan de Medicaid. Si necesita añadir más miembros de los que están inscritos actualmente, utilice la sección Nuevo miembro 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
(mm/dd/aaaa)

4. Género:

5. Número de Seguro Social (SSN)

6. ¿Piensa esta persona presentar una declaración de la renta federal el PRÓXIMO AÑO?

(Puede seguir solicitando un seguro médico aunque no haga la declaración de impuestos federal).

Sí. En caso afirmativo, responda a las preguntas a–c. NO. Si la respuesta es NO, pase a la pregunta c.

a. ¿Esta persona presentará una declaración conjunta con un cónyuge? Sí No

En caso afirmativo, nombre del cónyuge:

b. ¿Declarará esta persona alguna persona a su cargo en su declaración de impuestos? Sí No

En caso afirmativo, indique el nombre de las personas a su cargo:

c. ¿Se declarará a esta persona como dependiente en la declaración de impuestos de alguien? Sí No

En caso afirmativo, indique el nombre del declarante:

¿Qué relación tiene esta persona con el declarante?

7. ¿Esta persona está embarazada? Sí No Si la respuesta es Sí, a. ¿Cuántos bebés se esperan? _____ b. ¿Cuál es la fecha de parto? _____

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? Sí No

8. ¿Aún necesita esta persona cobertura médica (Medicaid)?

Sí. Si la respuesta es Sí, responda a todas las preguntas siguientes. NO. Si la respuesta es NO, pase a las preguntas sobre los ingresos. Deje el resto de la página en blanco.

9. ¿Tiene esta persona una condición de salud física, mental o emocional incapacitante que le cause limitaciones en sus actividades? Sí No

10. ¿Necesita esta persona vivir en un centro médico o en una residencia de ancianos o necesita servicios de enfermería a domicilio? Sí No

11. ¿Se le ha diagnosticado a esta persona y está recibiendo tratamiento por alguno de los siguientes motivos? Sí No

• Cáncer de mama • Cáncer de cuello de útero • Hiperplasia mamaria atípica • Lesión cervical precancerosa (CIN 2/3)

12. ¿Desea esta persona solicitar los beneficios de planificación familiar? Sí 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

13. ¿Es esta persona un estudiante a tiempo completo? Sí No

14. ¿Estaba esta persona en régimen de acogida en Carolina del Sur cuando tenía 18 años o más? Sí No

15. Si es hispano/latino, origen étnico (OPCIONAL - marque todo lo que corresponda)

Mexicano/a Mexicano/a-americano/a Chicano/a Puertorriqueño/a Cubano/a Otros:

16. Raza (OPCIONAL - marque todo lo que corresponda)

Blanco/a Indio asiático/a Filipino/a Vietnamita Guameño/a o Chamorro/a
 Negro(a)/africano-americano(a) Japonés/a Otros asiáticos Samoano/a Chino/a
 Coreano/a Nativo/a de Hawái Otros isleños del Pacífico Otros: _____

PASO 3: PERSONA

Empleado
Si actualmente tiene un empleo, indíquenos los ingresos. Empezar con la pregunta 17.

Sin empleo
PASE a la pregunta 29.

Autónomo(a)
PASE a la pregunta 28.

EMPLEO ACTUAL 1:

17. Nombre y dirección del empleador _____ 18. Número de teléfono del empleador _____

19. Salarios/propinas (antes de impuestos) Por hora Semanal Cada 2 semanas Dos veces al mes Mensualmente Anualmente
\$ _____ 20. Promedio de horas trabajadas por semana _____ 21. Fecha de inicio _____

EMPLEO ACTUAL 2: (Si esta persona tiene más trabajos y necesita más espacio, adjunte otra hoja)

22. Nombre y dirección del empleador _____ 23. Número de teléfono del empleador _____

24. Salarios/propinas (antes de impuestos) Por hora Semanal Cada 2 semanas Dos veces al mes Mensualmente Anualmente
\$ _____ 25. Promedio de horas trabajadas por semana _____ 26. Fecha de inicio _____

27. En el último año, ¿esta persona Cambiado de trabajo Dejado de trabajar Empezado a trabajar menos horas Ninguna de estas

28. Si es autónomo, responda a las siguientes preguntas:

a. Tipo de trabajo: _____

b. ¿Cuántos ingresos netos (beneficios una vez pagados los gastos del negocio) obtendrá de este trabajo por cuenta propia este mes? \$ _____

29. **OTROS INGRESOS ESTE MES:** Marque todo lo que corresponda, e indique la cantidad y la frecuencia con la que esta persona los recibe. **NOTA:** No es necesario que nos informe sobre la manutención de los hijos, los pagos a los veteranos o la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI).

Ninguno

Desempleo \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ Agricultura/pesca con red: \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

Pensiones \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ Alquiler neto/regalías: \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

Seguro Social \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ Otros ingresos:

Ctas. de jubilación \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ Tipo: _____ \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

Pensión alimenticia recibida \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ Tipo: _____ \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

30. **DEDUCCIONES:** Marque todo lo que corresponda, e indique la cantidad y la frecuencia con la que esta persona los recibe.

NOTA: No debe incluir un costo que ya haya considerado en su respuesta al autoempleo neto.

Pensión alimenticia pagada \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ Otras deducciones: \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

Intereses de los préstamos estudiantiles \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ Tipo: _____

31. **INGRESOS ANUALES:** Rellene sólo si los ingresos de esta persona cambian de un mes a otro.

Si esta persona no prevé cambios en los ingresos mensuales, puede añadir otra persona en las páginas siguientes, si es necesario.

Total de ingresos este año

Ingresos totales del próximo año (si cree que serán diferentes)

\$ _____ \$ _____

¡GRACIAS! Esto es todo lo que necesitamos saber sobre esta persona.

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, Inicial del 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) _____
 a. Si no tiene SSN, ¿ha solicitado esta persona uno? Sí No

6. ¿Vive en la misma dirección que la Persona 1? Sí No **Lo necesitamos si esta persona quiere cobertura médica y tiene un SSN.** En caso negativo, indique el motivo en la pregunta 16.

Si no, indique la dirección: _____

7. ¿Piensa esta persona presentar una declaración de la renta federal el PRÓXIMO AÑO?

(Puede seguir solicitando un seguro médico aunque no haga la declaración de impuestos federal).

Sí. En caso afirmativo, responda a las preguntas a-c. NO. Si la respuesta es NO, pase a la pregunta c.

a. ¿Esta persona presentará una declaración conjunta con un cónyuge? Sí No En caso afirmativo, nombre del cónyuge: _____

b. ¿Declarará esta persona alguna persona a su cargo en la declaración de impuestos? Sí No

Si la respuesta es Sí, indique las personas a su cargo: _____

c. ¿Se declarará a esta persona como dependiente en la declaración de impuestos de alguien? Sí No

Si la respuesta es Sí, indique el declarante: _____ ¿Qué relación tiene esta persona con el declarante? _____

8. ¿Está esta persona embarazada o recientemente embarazada? Sí No Si la respuesta es Sí, 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? Sí No

9. ¿Necesita esta persona cobertura sanitaria (Medicaid)?

Sí. Si la respuesta es Sí, responda a las siguientes preguntas. NO. Si la respuesta es NO, pase a las preguntas sobre los ingresos. Deje el resto de la página en blanco.

10. ¿Tiene esta persona una condición de salud física, mental o emocional incapacitante que le cause limitaciones en sus actividades? Sí No

11. ¿Necesita esta persona vivir en un centro médico o en una residencia de ancianos o necesita servicios de enfermería a domicilio? Sí No

12. ¿Se le ha diagnosticado a esta persona y está recibiendo tratamiento por alguno de los siguientes motivos? Sí No

• Cáncer de mama • Cáncer de cuello de útero • Hiperplasia mamaria atípica • Lesión cervical precancerosa (CIN 2/3)

13. ¿Desea esta persona solicitar los beneficios de planificación familiar? Sí 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.

14. ¿Es esta persona ciudadana o nacional de EE.UU.? Sí No

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

Si la respuesta es Sí, 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? Sí No d. Fecha de entrada: _____

e. ¿Es esta persona, su cónyuge o su padre o madre un veterano o un miembro del ejército estadounidense en servicio activo? Sí No

16. Si esta persona no ha solicitado un número de la Seguridad Social, indique los motivos

Emitido sólo por razones no laborales Sin SSN por motivos religiosos No tiene derecho al SSN

Recién nacido, la madre recibe actualmente Medicaid Recién nacido, madre que NO recibe Medicaid

17. ¿Quiere esta persona ayuda para pagar las facturas médicas de los últimos 3 meses? Sí No

a. Si la respuesta es Sí, ¿el tamaño del hogar de esta persona era el mismo durante estos 3 meses que el actual? Sí No

b. ¿Los ingresos del hogar de esta persona fueron los mismos durante estos 3 meses que los actuales? Sí No

Si la respuesta es NO, introduzca el total de ingresos mensuales para: Último mes: \$ _____ Hace 2 meses: \$ _____ Hace 2 meses: \$ _____

18. ¿Vive esta persona con al menos un hijo menor de 19 años y es la persona principal que se ocupa de este hijo? Sí No

19. ¿Es esta persona un estudiante a tiempo completo? Sí No

20. ¿Estaba esta persona en régimen de acogida en Carolina del Sur cuando tenía 18 años o más? Sí No

21. Is this person currently living in a foster home? Sí No

22. Is this person currently living in a DJJ group home? Sí No

23. Si es hispano/latino, origen étnico (OPCIONAL)

Mexicano/a Mexicano/a-americano/a
 Chicano/a
 Puertorriqueño/a Cubano/a Otros:

24. Raza (OPCIONAL - marque todo lo que corresponda)

Blanco/a Nativo/a de Hawái Filipino/a Coreano/a Negro(a)/afroamericano(a)
 Chino/a Japonés/a Vietnamita Indio asiático/a Otros asiáticos
 Samoano/a Indio americano o nativo/a de Alaska Guameño/a o Chamorro/a
 Otros isleños del Pacífico Otros: _____

¿NECESITA AYUDA CON SU REVISIÓN? Visite SCDHHS.gov o llámenos al 1-888-549-0820 (TTY: 1-888-842-3620)

NUEVO MIEMBRO DEL HOGAR

Empleado Si actualmente tiene un empleo, indiquenos los ingresos. Empiece con la pregunta 24.

Sin empleo PASE a la pregunta 36.

Autónomo(a) PASE a la pregunta 35.

EMPLEO ACTUAL 1:

24. Nombre y dirección del empleador _____

25. Número de teléfono del empleador _____

26. Salarios/propinas (antes de impuestos) Por hora Semanal Cada 2 semanas Dos veces al mes Mensualmente Anualmente
\$ _____ 27. Promedio de horas trabajadas por semana _____ 28. Fecha de inicio _____

EMPLEO ACTUAL 2: (Si esta persona tiene más trabajos y necesita más espacio, adjunte otra hoja)

29. Nombre y dirección del empleador _____

30. Número de teléfono del empleador _____

31. Salarios/propinas (antes de impuestos) Por hora Semanal Cada 2 semanas Dos veces al mes Mensualmente Anualmente
\$ _____ 32. Promedio de horas trabajadas por semana _____ 33. Fecha de inicio _____

34. En el último año, ¿esta persona Cambiado de trabajo Dejado de trabajar Empezado a trabajar menos horas Ninguna de estas

35. Si es autónomo, responda a las siguientes preguntas:

a. Tipo de trabajo: _____

b. ¿Cuántos ingresos netos (beneficios una vez pagados los gastos del negocio) obtendrá de este trabajo por cuenta propia este mes?
\$ _____

36. **OTROS INGRESOS ESTE MES:** Marque todo lo que corresponda, e indique la cantidad y la frecuencia con la que esta persona los recibe. **NOTA:** No es necesario que nos informe sobre la manutención de los hijos, los pagos a los veteranos o la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI).

Ninguno

Desempleo \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ Agricultura/pesca con red: \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

Pensiones \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ Alquiler neto/regalías: \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

Seguro Social \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ Otros ingresos:

Ctas. de jubilación \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ Tipo: _____ \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

Pensión alimenticia recibida \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ Tipo: _____ \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

37. **DEDUCCIONES:** Marque todo lo que corresponda, e indique la cantidad y la frecuencia con la que esta persona los recibe.

NOTA: No debe incluir un costo que ya haya considerado en su respuesta al autoempleo neto.

Pensión alimenticia pagada \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ Otras deducciones: \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

Intereses de los préstamos estudiantiles \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ Tipo: _____

38. **INGRESOS ANUALES:** Rellene sólo si los ingresos de esta persona cambian de un mes a otro.

Si esta persona no prevé cambios en los ingresos mensuales, puede añadir otra persona en las páginas siguientes, si es necesario.

Total de ingresos este año

Ingresos totales del próximo año (si cree que serán diferentes)

\$ _____

\$ _____

PASO 4 La cobertura médica de su familia

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

Sí No

Titular de la póliza	Lista de todas las personas cubiertas por este seguro	Nombre de la compañía de seguros	Número de póliza / número de Medicaid

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.

1. Sé que la ley federal no permite la discriminación por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad. Puedo presentar una queja de discriminación para quejas relacionadas con Medicaid llamando o escribiendo a la División de Derechos Civiles del SCDHHS (SCDHHS Civil Rights Division) al (888) 808-4238 o al P.O. Box 8206, Columbia, SC 29202-8206.
2. 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 decirselo a la agencia y puede que no tenga que cooperar.
3. 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.
4. 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.
5. 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 una reclamación contra mi patrimonio (todos los bienes muebles e inmuebles de mi propiedad en el momento de mi fallecimiento) por el montos que Medicaid ha pagado por mis servicios.
6. 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.
7. La información que proporcione en esta revisión y en futuras interacciones con el SCDHHS se utilizará para comprobar si cumpla 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 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 para dicha audiencia al SCDHHS por escrito, por teléfono, en persona o puedo apelar en línea en www.scdhhs.gov/appeals. Sé que puedo representarme a mí mismo o ser representado por otra persona.

Los derechos y responsabilidades continúan en la página siguiente)

¿NECESITA AYUDA CON SU REVISIÓN? Visite SCDHHS.gov o llámenos al 1-888-549-0820 (TTY: 1-888-842-3620)

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 Healthy Connections.

¿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/a.

Renovación de la cobertura en años futuros

Medicaid

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 los siguientes:

- 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 este formulario 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**

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; 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.