



SOLICITUD DE AYUDA PARA PAGO DE MEDICAID/MEDICARE

Información Demográfica:

Por favor, complete toda la información correspondiente a usted y a su cónyuge. Si no tiene cónyuge, escriba "Ninguno".

Su Nombre (Solicitante): _____
Primero Inicial Apellido

Su Número de Seguro Social: _____ Sexo: Masc. Fem.

Nombre del Cónyuge: _____
Primero Inicial Apellido

No. Seguro Social de Cónyuge (si solicita): _____ Sexo: Masc. Fem.

¿Vive usted con su cónyuge? Sí No

Su número de reclamo de Medicare: _____

No. Medicare de Cónyuge (si solicita): _____

Dirección de Residencia: _____
Número Calle Apt # Ciudad Código Postal

Dirección Postal: _____
Número Calle Apt # Ciudad Código Postal

Número de teléfono: _____
No. de Teléfono

Persona de contacto: _____
(Que no sea usted) Primer Nombre Apellido Inicial Segundo Nombre

Número Calle Apt # Ciudad Código Postal

No. de Teléfono

Vínculo que la Persona de Contacto tiene con usted: _____

¿Desea que se determine si cumplía con los requisitos de elegibilidad durante los tres meses previos a la solicitud? Sí No

Date Stamp:
(Uso oficial de DCF solamente)

Información Técnica:

Por favor, complete toda la información correspondiente a usted y a su cónyuge.

Fecha de Nacimiento: _____
Solicitante Cónyuge

¿Es usted ciudadano estadounidense? **Usted:** Sí No **Cónyuge:** Sí No

En caso de no ser ciudadano, indique su número de extranjero y condición: _____ ; _____
Solicitante Cónyuge (si solicita)

¿Es su intención permanecer en el Estado de Florida? **Usted:** Sí No **Cónyuge:** Sí No

¿Tiene usted y/o su cónyuge algún otro seguro además de Medicare? **Usted:** Sí No **Cónyuge:** Sí No
Si su respuesta es Sí, complete la siguiente información:

Nombre de la Otra Compañía de Seguros Número de la Otra Póliza de Seguros

Dirección de la Otra Compañía de Seguros Persona Cubierta por este Seguro

Información Patrimonial:

Por favor, indique todos los bienes de su propiedad y/o de su cónyuge (aun cuando su cónyuge no solicite el beneficio).

TIPO	NOMBRE DEL BANCO/ ENTIDAD FINANCIERA	DIRECCIÓN	NÚMERO DE CUENTA	VALOR DEL ACTIVO	PERSONA EN CUYO NOMBRE TIENE EL BIEN
DINERO EN EFECTIVO					
CAJA DE AHORRO					
CUENTA CORRIENTE					
AUTOMÓVIL Marca/ Modelo/ Año:					
VIVIENDA					
OTROS BIENES					
FONDO FIDUCIARIO					
ACCIONES/BONOS					
CUENTAS CON EXEN- CIONES IMPOSITIVAS					
SEGURO DE VIDA					
PLAN KEOGH					
Otros: (especificar)					

Información sobre Ingresos:

Por favor, complete toda la información correspondiente a usted y a su cónyuge (aun cuando el cónyuge no solicite el beneficio).

¿Es usted o su cónyuge un trabajador independiente?

Solicitante Sí No
Monto Bruto Percibido por Mes

Cónyuge Sí No
Monto Bruto Percibido por Mes

¿Es usted o su cónyuge un trabajador en relación de dependencia?

Solicitante Sí No
Monto Bruto Percibido por Mes

Cónyuge Sí No
Monto Bruto Percibido por Mes

¿Usted o su esposa recibe algún ingreso de alguna de las fuentes mencionadas a continuación?

Tipo	No. de Beneficio	Monto Bruto Recibido por Mes (Antes de Deducciones)	
		Solicitante	Cónyuge
Beneficios de Veteranos			
Pensión			
Intereses/Dividendos			
Renta por retiro del servicio civil			
Ingreso de otra persona			
Enfermedad del pulmón negro			
Seguro social Otros, por ej., SSI, Rentas Vitalicias): (Por favor, indicar)			

SUS DERECHOS Y DEBERES: *Lea esta hoja antes de firmar el presente.***TIENE DERECHO A:**

- Solicitar asistencia y pedir que se determine si cumple los requisitos de elegibilidad sin tener en cuenta su raza, color, sexo, edad, discapacidad, religión, nacionalidad, estado civil o ideas políticas.
- Pedir que un representante lo ayude a completar los formularios de elegibilidad.
- Solicitar que se adopte rápidamente una decisión respecto de su solicitud y notificar dicha decisión.
- Informarse de otros servicios disponibles del Departamento de Niños y Familias.
- Solicitar una audiencia justa cuando no está de acuerdo con una decisión adoptada por el Departamento de Niños y Familias.
- ¿Se ha brindado a la información sobre usted y/o su cónyuge recopilada por el departamento tratamiento confidencial de acuerdo con las leyes federales y estatales.

USTED TIENE EL DEBER DE (cosas que debe hacer):

- Colaborar en la determinación de su elegibilidad brindando información completa y correcta y presentar prueba escrita de la información, según lo solicitado, dentro de los límites de tiempo establecidos.
- Declarar la ciudadanía o la condición de extranjero para usted y su cónyuge mediante la firma de la Solicitud de Pago de Medicaid/Medicare.
- Solicitar pagos o beneficios de otra fuente si esta solicitud, u otra información, indica que usted o su cónyuge cumplen con los requisitos de elegibilidad para recibir dichos pagos o beneficios.
- Ceder sus derechos a beneficios de terceros y cooperar en la declaración de todo plan de seguros u otro plan de salud que cubra sus costos médicos (y/o los de su cónyuge, si corresponde) a menos que pueda probar una causa justificada para no hacerlo.
- Informar cambios en su situación (por ejemplo, ingresos, activos) dentro de los 10 días de ocurrido el cambio.
- Informar sus números de Seguro Social (el de su cónyuge, si solicita). Sin números precisos, no podremos brindarle los beneficios de pago de Medicaid/Medicare si se determina que le corresponden.

INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE MEDICAID:

Toda persona (incluido el representante designado) que, en forma intencional, omite presentar información o realiza alguna declaración falsa podrá ser sancionada conforme a la ley federal o estatal o ambas. Si obtiene asistencia médica que no le corresponde, se podrá ver obligado a devolver el importe correspondiente al valor de dicha asistencia.

Certificado de Ciudadanía/Condición de Extranjero: Mediante la firma de esta solicitud, certifico, bajo pena de perjurio que yo (y mi cónyuge, si corresponde) somos ciudadanos de los Estados Unidos o tenemos nacionalidad estadounidense o somos extranjeros habilitados.

Certificado: Mediante la firma de esta solicitud, declaro bajo juramento, bajo pena de perjurio, que la información que he suministrado en esta solicitud es correcta y completa, según mi leal saber y entender. He leído y entendido los derechos y deberes mencionados precedentemente y la información importante sobre Medicaid.

Solicitante
Firma: _____ Fecha: _____

Firma del
Cónyuge: _____ Fecha: _____

Firma del
Representante Designado: _____ Fecha: _____

PERSONA QUE LO ASISTIÓ: (Uso oficial solamente)

Firma de la Persona que Asistió al Solicitante para Completar el Formulario de Solicitud de Pago Fecha: _____

De acuerdo con la ley federal y nuestra política, se prohíbe al Departamento de Niños y Familias discriminar en razón de raza, color, nacionalidad, sexo, edad, discapacidad, religión, ideas políticas o estado civil.