

N.º de registro de la paciente _____
 Fecha de inicio de la atención _____

Elegible _____
 No elegible _____
 Fecha de parto _____

DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE CAROLINA DEL NORTE
 DIVISIÓN DE ASISTENCIA MÉDICA

FORMULARIO DE DETERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD PRESUNTA PARA RECIBIR ATENCIÓN RELACIONADA CON EL EMBARAZO

Información de la paciente: Dirección _____ Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Cód. postal _____ Condado _____ Teléfono _____ Correo electrónico _____

Miembros del hogar:

N.º de línea	MIEMBROS DEL HOGAR								CLASIFICACIÓN IMPOSITIVA				
	NOMBRE (nombre, inicial del 2.º nombre, apellido)	FECHA DE NACIMIENTO (mm/dd/aaaa)	RELACIÓN CON LA SOLICITANTE	SEXO	RAZA* (opcional)	ORIGEN ÉTNICO** (opcional)	N.º DEL SEGURO SOCIAL (opcional)	¿ES RESIDENTE DE CN? (s/n)	¿Esta persona presentará una declaración del impuesto federal sobre el ingreso para el año en curso?	¿La persona será declarada como dependiente a los fines impositivos en la declaración de impuestos del año en curso? (s/n)	Si la persona es un dependiente a los fines impositivos, ¿quién la declarará?	¿Tiene alguna excepción impositiva?	¿Declara a alguien que no vive en el hogar? De ser así, ¿a quién?
1													
2	HIJO POR NACER												
3													
4													
5													
6													

*Asiática = A Indioamericana o nativa de Alaska = I Nativa de Hawái o de otra isla del Pacífico = P Caucásica o blanca = B Negra o afroamericana = N No responde = NR
 **No hispana/latina = NH Hispana de Cuba = C Hispana de México = M Hispana de Puerto Rico = P Hispana de otro país = H

Información sobre elegibilidad financiera:

INGRESO MENSUAL CONTABLE TOTAL = \$ _____	CANT. DE INTEGRANTES DEL HOGAR: _____	NIVEL DE INGRESOS SEGÚN EL ÍNDICE DE POBREZA: \$ _____
---	---------------------------------------	--

Información sobre el seguro médico (opcional):

Nombre de la compañía	Nombre del titular de la póliza	Número de póliza	Número de grupo	Tipo(s) de seguro	Fecha de inicio de la póliza

Certifico que estoy embarazada de _____ feto(s). Entiendo que esta es una determinación provisoria de mi elegibilidad para Medicaid y que si no presento una solicitud oficial para la cobertura de Medicaid antes del último día del mes posterior al mes en que se firme este formulario, mi elegibilidad terminará en esa fecha. También entiendo que soy elegible únicamente para la atención prenatal ambulatoria relacionada con mi embarazo. Certifico que he proporcionado información verdadera y exacta sobre mi hogar, ingresos y estado de residencia.

El gobierno federal le exige al estado que brinde información sobre su idioma de preferencia. Le pedimos que nos ayude informándonos el idioma en el que prefiere hablar (marque una opción con un círculo) Inglés Español Otro (especifique) _____

Fecha de la solicitud _____ Firma de la solicitante _____

Nombre/N.º de NPI del proveedor _____ Completado por (en letra de molde): _____ Cargo _____ Firma/fecha _____

INSTRUCCIONES PARA EL PROVEEDOR:

- I. Generales
- Use tinte negra.
 - Complete 3 copias.
 - Envíelo por correo o entréguelo al DSS del condado de residencia de la solicitante, a más tardar, 5 días hábiles después de la determinación presunta.
- II. Información de la paciente
- Proporcione la fecha en la que inició la atención prenatal para este embarazo.
 - Proporcione la dirección postal actual de la mujer embarazada.
 - Indique el nombre del condado al que se enviará la referencia del DSS.
 - Documente si se determinó que la paciente era elegible o no para la elegibilidad presunta.
- III. Miembros del hogar: consulte la Carta administrativa 18-13 para obtener instrucciones sobre cómo determinar el tamaño de la familia.
- Indique los nombres de los miembros de la familia en el siguiente orden:
 - Mujer embarazada.
 - Cónyuge de la mujer embarazada, si está casada.
 - Otros miembros del hogar.
 - Fecha de nacimiento de la mujer embarazada (dato obligatorio). Opcional para otros miembros del hogar.
 - Indique la relación del miembro del hogar con la mujer embarazada.
 - Indique el código de sexo de cada miembro.
 - Opcional: indique la raza, el origen étnico y el número del seguro social de la mujer embarazada. Los números del seguro social no son un dato obligatorio para las personas que no sean la solicitante.
 - Indique si la persona es residente de Carolina del Norte.
 - Indique la clasificación impositiva de todos los miembros de la familia.
- V. Información sobre elegibilidad financiera
- Indique el ingreso mensual total según el formulario DMA-5034.
 - Registre la cantidad de integrantes del hogar. Consulte la Carta administrativa 18-13 para obtener instrucciones sobre cómo determinar el tamaño de la familia.
 - Registre el nivel de ingresos según el índice de pobreza para la cantidad de integrantes del hogar en el bloque designado. Si el ingreso bruto total es igual o inferior al nivel de ingresos según el índice de pobreza para la cantidad de integrantes del hogar: DETÉNGASE. La mujer embarazada es presuntamente elegible.
- IV. OPCIONAL: proporcione la información solicitada sobre la cobertura de seguro médico de la mujer embarazada únicamente. Si la mujer informa que no tiene ningún seguro, escriba NINGUNO. Si se necesita espacio para más de dos pólizas, adjunte una hoja adicional. La cobertura de seguro médico incluye los siguientes tipos:
- | | | | | | | |
|---|---|--|-------------------------------|----------------------------|------------------------------|------------------------|
| Servicios médicos importantes | Servicios hospitalarios/quirúrgicos básicos | Servicios hospitalarios básicos | Servicios dentales únicamente | Cáncer únicamente | Hogar de ancianos únicamente | Medicare suplementario |
| Cuidados intensivos | Atención de médicos únicamente | Servicios médicos+dentales importantes | Atención de la vista | Ataque cardíaco únicamente | Indemnización | |
| Medicamentos recetados únicamente | | | | | | |
| Servicios médicos importantes+hogar de ancianos | Servicios hospitalarios ambulatorios únicamente | | Accidentes únicamente | | | |
- VI. Firmas
- Indique la fecha de solicitud.
 - Obtenga la firma de la mujer embarazada y la fecha de la firma.
- Indique el nombre y el número de NPI del proveedor.
 - La persona que complete el formulario DMA-5032 debe firmar e indicar la fecha en que se determinó la elegibilidad presunta.