

Solicitud de información

A: _____ N° de caso del condado _____
Dirección: _____ N° de Distrito _____
_____ Nombre del trabajador _____
Fecha: _____ Número de teléfono _____

Necesitamos mas información para procesar su solicitud/ renovación para Medicaid o solicitud Asistencia Especial. Para asegurar que no haya retraso en el tramite de su solicitud, proporcione la información que le pedimos para _____. De esta manera su solicitud o registración sera procesada sin retraso. Comuníquese con su trabajador si necesita mas tiempo.

Si no puede conseguir los articulos indicatos, hay otros que se pueden usar. Continúe leyendo para enterarse de otros articulos que podemos aceptar.

- 1. Facturas médicas desde _____ hasta la fecha y cualquier otra factura médica anterior no pagada.
- 2. Verificación médica del embarazo _____
- 3. FL-2 completado por el médico _____
- 4. Comprobante de ingresos para _____ durante el/los mes(es) de _____
- 5. Comprobante de ingresos y gastos de trabajadores autónomos de _____ o la declaración de impuestos para el año _____
- 6. Número de cuenta bancaria o estado(s) de cuenta que demuestren el saldo para los meses de _____
- 7. Firma de _____ en el formulario de consentimiento, autorizado a Servicios Sociales obtener su información bancaria.
- 8. Pólizas de seguro de vida o el nombre de las compañías de seguro y los números de póliza para _____
- 9. Prueba del beneficiario de la anualidad o renta vitalicia _____
- 10. Prueba que el programa de Medicaid del estado de Carolina del Norte es nombrado como Beneficiario Sobrante _____
- 11. Nombre y contacto de quien le ortoga la anualidad o renta vitalicia. _____
- 12. Número del Seguro Social para _____
- 13. Documentación de estado legal de extranjero para _____
- 14. Presentar solicitud para Beneficios de desempleo, para _____
- 15. Presentar solicitud por discapacidad ante el Seguro Social, para _____
- 16. DMA-5028, Consentimiento para la divulgación de información, firmado por _____
- 17. Tarjeta del seguro de salud o el nombre de la compañía y el número de póliza _____
- 18. Prueba de ciudadanía e identidad para _____
- 19. Prueba de residencia en el estado para _____
- 20. Prueba de valor de la residencia _____
- 21. Documentación para refutar una sanción por transferencia de fondos o documentación para mostrar que una sanción por transferencia de fondos causará consecuencias excesivas. (Vea adjunto). _____
- 22. Otro

¿Necesita ayuda o más tiempo para reunir la información necesaria para completar su solicitud / reinscripción?

1. Llame a su trabajadora de Medicaid _____ al _____
O

2. Firme y devuelva la parte de abajo de este formulario al Departamento Servicios Sociales. (DSS., por sus siglas en inglés).

- Necesito ayuda para reunir la información necesaria para completar mi solicitud / reinscripción.
- Necesito más tiempo para reunir la información.

Nombre del solicitante _____ Número de teléfono _____
Dirección _____

OTROS PUNTOS QUE PODEMOS ACEPTAR PARA PROCESAR SU SOLICITUD / REINSCRIPCIÓN PARA MEDICAID

Si no puede marcar los puntos ni marcar los que se describen a continuación, por favor, comuníquese inmediatamente con su trabajador social. El mismo le ayudará.

FACTURAS MÉDICAS

Si no tiene todas sus facturas médicas, puede proporcionar:

1. Recibos de proveedores médicos.
2. Declaraciones de proveedores médicos.
3. Cheques cancelados a proveedores médicos.
4. Nombres, direcciones y números telefónicos de los proveedores médicos.
5. Recibos de seguro de salud privado, libretas de primas, nombre del agente.
6. Cartas de "Explicación de Beneficios" (EOB, por sus siglas en inglés) de Medicare y / o del seguro de salud privado.
7. Para mostrar un comprobante de medicamentos de venta libre, proporcione un recibo fechado y la tapa de la caja, en la que se vea el nombre y el precio del artículo comprado.
8. Para mostrar un comprobante de costos de transporte médico, proporcione un recibo o una declaración de la persona, si alguien le llevó al médico, a la farmacia o a otro centro médico.

SALARIOS

Si no tiene talones de pago del salario, proporcione alguno de los siguientes comprobantes:

1. Una declaración o un formulario completado por su empleador.
2. Registros comerciales personales para trabajadores autónomos.

COMPROBANTES DE OTROS INGRESOS

Tales como beneficios para Veteranos, Jubilación de personal ferroviario, otros ingresos para jubilación, ingresos de rentas e ingresos agropecuarios

1. Copia del cheque.
2. Carta de adjudicación o cualquier otro documento de la fuente de ingresos.
3. Una declaración de la fuente de ingresos o de la persona a cargo de distribuir los ingresos (fondo fiduciario, etc.).
4. Registros de pago recibidos de ocupantes / residentes.
5. Registros de la persona que le paga por ocupación / residencia.
6. Registros de impuestos.
7. Registros de ingresos agropecuarios.
8. Recibos/records de ingreso de alquiler del propietario.
9. Registros de empleados autónomos o registros de ingresos de rentas.
10. Una declaración firmada de su banco, agente de bienes raíces o de la persona que le alquila, en la que se declare cuanto dinero gana.

COMPROBANTE DE CUIDADO DE NIÑOS O ADULTOS

Si está presentando la solicitud para ciertos programas de Medicaid para Familias y Niños, existe un límite de \$200 por mes para atención pediátrica para niños menores de dos años de edad y un límite de \$175 por mes para atención pediátrica para niños de dos años de edad y mayores y para adultos. Usted puede proporcionar:

1. Una declaración o un recibo de la persona o del centro de salud que brinda la atención. Una declaración o un formulario en el que se indique que a usted se le cobra una tarifa plana o una tarifa por hora.
2. Su registro de pago hecho para el niño o el adulto que sean sus dependientes.

COMPROBANTE DE GASTOS OPERATIVOS

Si no tiene recibos para demostrar sus gastos por una propiedad en alquiler o como trabajador autónomo, proporcione alguno de los siguientes comprobantes:

1. Registros de gastos personales, tales como hojas del libro mayor, talones de cheques o registros de impuestos.
2. Asociaciones, Oficina de ASCS y compra de productos agropecuarios.
3. Declaraciones por escrito de las personas que le venden suministros.
4. Declaraciones por escrito de personas que le brindan servicios para que usted pueda ganar dinero.
5. Declaración por escrito del agente de bienes raíces.

SEGURO DE SALUD

Si no tiene su tarjeta del seguro de salud, puede proporcionar el nombre de la compañía de seguro y el número de póliza.