

## INFORME SOBRE BENEFICIOS DE TRANSICIÓN

Una vez completado, devuelva este formulario a:

**DEBE** devolver este formulario a más tardar el \_\_\_\_\_.  
Use this form to report information or changes for these months:

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
Si la dirección es incorrecta, por favor, cámbiela.

### Cómo afecta este informe a sus beneficios de transición

Si no completa, firma y devuelve este formulario antes de la fecha indicada, es posible que se interrumpan sus beneficios de transición. Lo que declare en este formulario puede hacer que se le suspenda Medicaid.

**No** complete ni devuelva este formulario hasta después del último día del tercer mes indicado anteriormente.

Responda sí o no a las siguientes preguntas. Si su respuesta es sí, complete las siguientes preguntas. Una vez completado, envíe este formulario a la dirección indicada arriba en la esquina izquierda.

¿Recibió usted o alguien de su hogar dinero procedente de un **empleo** durante los tres meses indicados anteriormente? **SÍ**  **NO**  En caso de que sí, indique los ingresos de los tres meses. Indique cada uno de los meses.

Mes de \_\_\_\_\_

¿Quién trabajó?	Empleador	Fechas pagadas	Cantidades brutas (totales)

Mes de \_\_\_\_\_

¿Quién trabajó?	Empleador	Fechas pagadas	Cantidades brutas (totales)

Mes de \_\_\_\_\_

¿Quién trabajó?	Empleador	Fechas pagadas	Cantidades brutas (totales)

Adjunte los recibos de sueldo si sus ingresos han cambiado con respecto al último informe.

1. ¿Tuvo usted o alguien de su hogar un cambio de situación durante los tres meses?

**SÍ**  **NO**

En caso de que sí, responda a las siguientes preguntas:

Un miembro de mi hogar consiguió un nuevo seguro médico o perdió el seguro médico.  
¿Cuándo? \_\_\_\_\_

¿Un nuevo seguro? \_\_\_\_¿o perdió el seguro? \_\_\_\_¿Quién? \_\_\_\_\_

Nombre de la compañía de seguro: \_\_\_\_\_ Número de póliza: \_\_\_\_\_

¿Ha habido otros cambios en la situación, como la mudanza de un miembro del hogar o el nacimiento de un bebé? \_\_\_\_\_

2. ¿Había un niño de su hogar en una guardería para que alguien de su hogar pudiera trabajar?

**SÍ**  **NO**

Si ha tenido gastos de guardería, complete a continuación. Si (nombre de la persona empleada) necesita espacio adicional, adjunte una hoja a este formulario.

Mes de \_\_\_\_\_

Nombre del/de los niño(s)	Fechas en que se proporcionó cuidado infantil	Cantidades que pagó por la guardería

Mes de \_\_\_\_\_

Nombre del/de los niño(s)	Fechas en que se proporcionó cuidado infantil	Cantidades que pagó por la guardería

Mes de \_\_\_\_\_

Nombre del/de los niño(s)	Fechas en que se proporcionó cuidado infantil	Cantidades que pagó por la guardería

Firma del proveedor de servicios de guardería \_\_\_\_\_  
(nombre en letra de imprenta)

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**Certifico que la información que he facilitado en este formulario es correcta según mi conocimiento.**

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha de hoy

\_\_\_\_\_  
Teléfono de casa

\_\_\_\_\_  
Teléfono del trabajo