

Solicitud de información

Para: _____ Número de caso del condado _____

Dirección: _____ Número de distrito _____

Nombre del trabajador: _____

Fecha: _____ Número telefónico _____

Necesitamos información adicional para procesar su solicitud/reinscripción de Medicaid/Asistencia especial. Proporcione esta información antes de _____ para garantizar que su solicitud/reinscripción se procese pronto. Comuníquese con nosotros si necesita más tiempo.

Si no puede conseguir los artículos marcados a continuación, hay otros artículos que podemos usar. Continúe leyendo para conocer otros artículos que podemos aceptar. No pudimos verificar su información electrónicamente.

_____ requerirá cumplir con un deducible para recibir Medicaid completo basado en una cantidad mensual de ingresos brutos de _____ de _____. Si este ingreso es incorrecto, puede comunicarse con su trabajador social de Medicaid.

Los ingresos computables superan el límite máximo de ingresos para Medicaid completo. Para ser elegible para Medicaid completo, ___ debe cumplir con un deducible de Medicaid. La cantidad del deducible para los meses de _____ hasta _____ es \$ _____.

_____ deberá cumplir con un deducible para recibir la cobertura completa de Medicaid en el/los mes(es) retroactivo(s) siguiente(s) según sus ingresos brutos. Si esta cantidad de ingresos es incorrecta, puede comunicarse con su trabajador social de Medicaid.

La cantidad de su deducible para el/los mes(es) retroactivo(s):

_____ basado en un ingreso bruto de \$ _____ de _____ es \$ _____

_____ basado en un ingreso bruto de \$ _____ de _____ es \$ _____

_____ basado en un ingreso bruto de \$ _____ de _____ es \$ _____

Deducción de dos o tres meses basada en un ingreso mensual bruto de \$ _____ de _____. para los meses de ___ hasta _____ es \$ _____

Proporcionar facturas médicas para _____ de _____ para presentar cualquier factura médica antigua no pagada o su estado de cuenta de gastos médicos previstos (por ejemplo, cirugía) esperados dentro del período de certificación de 6 meses para cumplir con la cantidad del deducible indicado anteriormente.

Revise, complete, firme y devuelva el formulario de renovación de Medicaid adjunto. Si algo ha cambiado, táchelo y escriba la información correcta. Si necesita ayuda o desea evitar los gastos de envío, puede responder estas preguntas por teléfono llamando a su trabajador dentro de los 30 días.

Verificación de su médico si se esperan partos múltiples.

FL-2 completado por el médico para _____

Comprobante de ingresos para _____ para el/los mes(es) de _____

Comprobante de ingresos y gastos de trabajo por cuenta propia de _____ de la declaración de impuestos del año _____

Números de cuenta bancaria o extracto(s) bancarios para _____ mostrando saldo para los meses de _____

Formulario de consentimiento bancario/Formularios de autorización para la divulgación de información firmados por _____

Pólizas de seguro de vida o el nombre de las compañías de seguros y los números de póliza para _____

- Copia de los términos de la anualidad para _____
- Comprobante de que el Programa NC Medicaid está designado como Beneficiario Restante para una anualidad para _____
- Nombre e información de contacto del emisor de la anualidad _____
- Número de Seguro Social para _____
- Documentación del estatus migratorio para _____
- Solicitar beneficios de desempleo para _____
- Solicitar Seguro Social por Discapacidad para _____
- DHB-5028, Consentimiento para la divulgación de información, firmado por _____
- Tarjeta de seguro médico o el nombre de la compañía y el número de póliza para _____
- Comprobante de ciudadanía e identidad para _____
- Comprobante de residencia estatal para _____
- Comprobante de capital inmobiliario para _____
- Documentación para refutar una sanción por transferencia de bienes o para probar que una sanción por transferencia de bienes causará una dificultad excesiva o ambas cosas.
(Vea adjunto) _____

- Recursos para _____ exceden el límite máximo de recursos para _____ Medicaid. Recursos contabilizados:

_____ valorado en _____ >
 _____ valorado en _____ >
 _____ valorado en _____ >
 _____ valorado en _____ >
 _____ valorado en _____ >

- Vea el archivo adjunto para obtener información adicional sobre recursos y cantidades.

Si esta cantidad es incorrecta o no está de acuerdo con el valor, puede comunicarse con su trabajador de Medicaid. También tiene derecho a refutar el valor de sus bienes o gastarlos hasta el nivel de bienes.

- Otro _____

Además de la información solicitada anteriormente, **es muy importante que nos informe de cualquier cambio en su situación desde su última revisión.**

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

Llame a su trabajador social de Medicaid _____ al _____ 0
 Firme y devuelva este formulario al DSS.

- Necesito ayuda para obtener la información necesaria para completar mi solicitud/reinscripción.

Necesito más tiempo para obtener la información.

Sé que la información de esta solicitud es necesaria para determinar la elegibilidad para recibir ayuda para pagar la cobertura médica y/o Medicaid y se verificará con bases de datos electrónicos, el Servicio de Impuestos Internos (IRS), el Seguro Social, el Departamento de Seguridad Nacional, agencias de informes de crédito al consumidor, instituciones financieras y/u otras agencias gubernamentales.

Nombre del solicitante _____ Número telefónico _____

Dirección _____

OTROS DOCUMENTOS QUE PODEMOS ACEPTAR PARA PROCESAR SU SOLICITUD/REINSCRIPCIÓN DE MEDICAID

Si no puede obtener los artículos marcados o los artículos que se describen a continuación, comuníquese con su trabajador social de inmediato. Su trabajador social le ayudará.

REPORTAR CAMBIOS

No olvide informar de todos los cambios al departamento de servicios sociales de su condado en un plazo de 10 días naturales (5 días naturales para Asistencia Especial). Si no sabe si un cambio es importante, pregúntele a su trabajador social. Si no informa de forma veraz sobre la información y los cambios, **podría ser culpable de un delito menor o grave.**

FACTURAS MÉDICAS

Si no tiene todas sus facturas médicas, puede proporcionar:

1. Recibos de proveedores médicos.
2. Estados de cuenta de proveedores médicos.
3. Cheques cancelados a nombre de proveedores médicos.
4. Nombres, direcciones y números de teléfono de proveedores médicos.
5. Recibos de seguro médico privado, talonarios de primas y nombre del agente.
6. Cartas de "Explicación de Beneficios" (EOB) de Medicare y/o seguro médico privado.
7. Para demostrar la compra de medicamentos de venta libre, presente un recibo con fecha y la etiqueta del envase que muestre el nombre y el precio del producto.
8. Para demostrar los gastos de transporte médico, presente un recibo o estado de cuenta de la persona que lo llevó al médico, farmacia u otro centro médico.

COMPROBANTE DE OTROS INGRESOS

Tales como beneficios para veteranos, jubilación ferroviaria, otros ingresos de jubilación, ingresos por alquiler, ingresos agrícolas:

1. Copia del cheque.
2. Carta de adjudicación u otro documento de la fuente de ingresos.
3. Un extracto de la fuente de ingresos o de la persona encargada de su distribución (fondos fiduciarios, etc.).
4. Comprobantes de pago recibidos de huéspedes.
5. Comprobantes de la persona que le paga el alojamiento.
6. Comprobante de impuestos.
7. Comprobantes de ingresos agrícolas.
8. Comprobantes de ingresos por alquiler del arrendador
9. Comprobantes de ingresos por trabajo por cuenta propia o alquiler.
10. Un extracto firmado de su banco, agente inmobiliario o persona que le alquila la propiedad, indicando la cantidad de dinero que recibe.

SALARIOS

Si no tiene recibos de nómina, proporcione uno de los siguientes documentos:

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

COMPROBANTE DE CUIDADO DE NIÑOS O DE ADULTOS

Si solicita ciertos programas de Medicaid para familias y niños, existe un límite de \$200 por mes para el cuidado de niños menores de dos años y un límite de \$175 por mes para el cuidado de niños de dos años o más y de adultos. Puede proporcionar:

1. Declaración o recibo de la persona o el centro que presta los servicios. Declaración o formulario que indique si se le cobra una tarifa fija o una tarifa por hora.
2. Su comprobante de pago realizado por el niño o adulto que es su dependiente.

COMPROBANTE DE GASTOS OPERATIVOS

Si no tiene recibos para justificar los gastos de alquiler de propiedades o de trabajo por cuenta propia, proporcione uno de los siguientes documentos:

1. Registros personales de gastos, como hojas de contabilidad, comprobantes de pago o declaraciones de impuestos.
2. Asociaciones, oficina de ASCS y compra de productos agrícolas.
3. Declaraciones escritas de quienes le venden suministros.
4. Declaraciones escritas de quienes le prestan servicios para que usted pueda obtener ingresos.
5. Declaración escrita de un agente inmobiliario.

SEGURO MÉDICO

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

