

**División de Social Services de North Carolina**  
**LIBRO DE TRABAJO DE LA AYUDA ESPECIAL PARA ADULTOS DEL ESTADO/CONDADO**  
**SOLO PARA BENEFICIARIOS DEL SSI**

**I.**

Fecha	Identificación del caso	N.º de trabajador	Condado
N.º de caso del condado	N.º de distrito	Programa/categoría de ayuda <input type="checkbox"/> SAA <input type="checkbox"/> SAD	Ciudadano estadounidense <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Tipo de acción <input type="checkbox"/> Nueva solicitud <input type="checkbox"/> Revisión  <input type="checkbox"/> Segunda solicitud <input type="checkbox"/> Cambio		Raza <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> H  <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> O	Sexo <input type="checkbox"/> F  <input type="checkbox"/> M

<b>NOMBRE DEL SOLICITANTE/BENEFICIARIO</b>		
Nombre de la residencia para adultos	Código ACH	
Dirección postal de la residencia para adultos		
Ciudad	Estado	Código postal
N.º de teléfono del residente en ACH		

<b>NOMBRE DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO</b>		
Dirección postal	N.º de calle/casilla postal/R. Rt.	
Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono del representante		Teléfono del trabajo

**Dirección del residente (si aún no está en atención domiciliaria) N.º de teléfono del residente**

---

**II. COMPLETE ESTA SECCIÓN EN LA SOLICITUD. PREGUNTE AL BENEFICIARIO EN CADA REVISIÓN SI SE PRODUJERON CAMBIOS EN LA SECCIÓN II. SI ES ASÍ, ACTUALICE DICHA SECCIÓN.**

**A. FECHA DE NACIMIENTO**

Mes/Día/Año

---

**Verificación y fecha de verificación:**

**B. NÚMEROS DEL SEGURO SOCIAL**

---

**Verificación del SSN:**

**C. CONSULTA EIS (Marque todo lo que corresponda)**

SÍ	NO	SOLICITANTE
		Consulta EIS
		Recepción de MAABD
		Activo en CAP
		Recepción de MQB solamente
		Recepción de asistencia de otro estado

Dónde \_\_\_\_\_ Tipo \_\_\_\_\_

**Verificación y fecha de verificación:**

**D. RESIDENCIA**

**1. Estado**

SÍ	NO

¿Cumple el solicitante con el requisito de residencia en NC para la SA?

**Verificación del estado y el condado de residencia:**

**2. Condado**

---

### III. INGRESOS

TIPO	/		/		Verificación
	Mes	Año	Mes	Año	
A. SSI	\$		\$		<input type="checkbox"/> SOLQ Fecha de comprobación ____ (Presente una copia de SOLQ en el registro).  *Aplique la exclusión general de \$20 a los solicitantes de reembolso que reciban SSI <u>únicamente</u> y a los solicitantes de reembolso que reciban pagos de compensación de la VA pagados al cónyuge, hijo o viuda(o) de un veterano.
B. Ganado	\$		\$		
C. No ganado	\$		\$		
D. TOTAL (A+B+C)	\$	0.00	\$	0.00	
E. Para la exclusión general de \$20, consulte el bloque de verificación*	-		-		
F. TOTAL CONTABLE (D. - E.)	\$	0.00	\$	0.00	

### IV. CÁLCULO DEL PAGO REGULAR DE SA

FL-2/MR-2 con fecha \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ semiambulatorio \_\_\_\_\_ ambulatorio

	/		/	
	Mes	Año	Mes	Año
A. Tasa	\$		\$	
B. Subsidio por necesidades personales	\$		\$	
C. Monto de mantenimiento (A + B)	\$		\$	
D. Ingresos contables totales (III.F.)	-	0.00	-	0.00
E. Diferencia C. - D.	\$		\$	
<b>PAGO SA (E. redondeado al dólar más cercano)</b>	\$		\$	

#### Período de revisión de pagos:

Desde \_\_\_\_\_

Hasta \_\_\_\_\_

Fecha de entrada en vigor del pago: \_\_\_\_\_

¿Sistema actualizado?

\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No

Fecha de registro: \_\_\_\_\_

Número de formulario: \_\_\_\_\_

Código de acción: \_\_\_\_\_

Anulación de avisos

\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No

### V. PAGO PARCIAL DE SA

Utilice este presupuesto cuando los solicitantes entren en la ACH y cumplan con los criterios de elegibilidad después del primer día del mes y permanezcan todo el mes.

	/	
	Mes	Año
A. Número de días en el mes de ingreso: 28, 29, 30, 31		
B. Fecha de ingreso - Introduzca el <b>DÍA</b> de ingreso (entre 2 y 31)	-	
C. Número de días para los cuales se necesita un pago (A. - B.) + 1	=	
D. Tasa mensual de la atención	\$	
E. Número de A. arriba	÷	
F. Tasa diaria (D. ÷ E.)	=	
G. Número en C. arriba	X	
H. Costo de la atención (F. x G.)	=	
I. Subsidio por necesidades personales	+	
J. Necesidades totales (H. + I.)	=	0.00
K. <b>Pago parcial</b> (redondee el monto en J. al dólar más cercano)	\$	

### VI. ABRIR/CERRAR PAGO DE SA

Utilice este presupuesto para una solicitud de apertura/cierre cuando los solicitantes hayan entrado en la ACH después del primer día del mes y hayan salido antes de final de mes.

A. Fecha de alta		
B. Fecha de ingreso	-	
C. Número de días para los cuales se necesita un pago (A. - B. + 1)	=	
D. Tasa SA	\$	
E. Número de días en el mes de entrada (28, 30 o 31)	÷	
F. Costo de la atención tasa por día (D. ÷ E.)	\$	
G. Número real de días de atención (C.)	x	
H. Costo de la atención (F.xG.)	\$	
I. Subsidio por necesidades personales	+	
J. Pago abierto/cerrado (no redondeado) (H.+I.)	\$	0.00
K. <b>Pago real de apertura/cierre de SA</b> (redondeado)	\$	

Utilice este presupuesto para una solicitud de apertura/cierre cuando los solicitantes hayan entrado en la ACH durante el primer día del mes y hayan salido antes de final de mes.

A. Tasa SA	\$
B. Ingresos contables totales	-
C. Parte de SA del costo de la atención (necesidades personales no incluidas)	\$
D. Número de días en el mes (28, 30 o 31)	÷
E. Parte de SA del importe por día del costo de la atención (C. ÷ D.)	\$
F. Fecha de alta	x
G. Parte de SA del costo de la atención (E. x F.)	\$
H. Subsidio por necesidades personales	\$
I. Pago abierto/cerrado (no redondeado) (G. + H.)	\$ 0.00
J. <b>Pago real de apertura/cierre de SA (redondeado)</b>	\$

**VII. SEGURO DE SALUD/MEDICARE**

- A. ¿Medicare A?  Sí  No Vigente: \_\_\_\_\_  
 B. ¿Medicare B?  Sí  No Vigente: \_\_\_\_\_  
 C. ¿Seguro de salud?  Sí  No

<b>Verificación y fecha:</b>
------------------------------

<b>Compañía de seguros</b>	<b>N.º de póliza</b>	<b>Tipo de cobertura</b>	<b>Fecha de entrada en vigor</b>
----------------------------	----------------------	--------------------------	----------------------------------

D. ¿DMA-2041 completado?  Sí Fecha: \_\_\_\_\_  N/A

**VIII. MISCELÁNEO**

	Explicado	*Folleto entregado
FRAUDE		
MEDICAID		

	Explicado	*Folleto entregado
APELACIONES		
SERVICIOS		

<p><b>ESPACIO DE TRABAJO Y OBSERVACIONES:</b>                  Utilice este espacio para anotar los cambios de situación y cualquier otra documentación o cálculo necesario para el caso.</p>
---

**DERECHOS (leer y explicar)**

Usted tiene derecho a:

- Solicitar asistencia y, si se considera que no cumple con los requisitos, volver a solicitarla en cualquier momento.
- Hacer que cualquier persona participe en la entrevista para la redeterminación de la elegibilidad.
- Hacer que se mantenga confidencial toda la información facilitada a la agencia.
- Recibir asistencia, si se determina que cumple con los requisitos.
- Estar al tanto de la información necesaria para determinar la elegibilidad médica continua.

Tiene derecho a una audiencia si:

- Le retiraron la asistencia y cree que la decisión no es correcta.
- Cree que su asistencia es incorrecta basándose en la interpretación que hace el condado de la normativa estatal.
- La solicitud de revisión de sus circunstancias se retrasó más de 30 días o fue rechazada.

El Departamento de Salud y Servicios Humanos de N.C. no discrimina por motivos de raza, color, origen natural, sexo, religión, edad o discapacidad en el empleo o la prestación de servicios.

**RESPONSABILIDADES**

- Me comprometo a informar a mi trabajador social de cualquier cambio que se produzca en los 5 días siguientes al cambio de mi situación. Notificaré a mi trabajador social cualquier cambio de domicilio, empleo, propiedad, recursos, gastos o necesidades, régimen de vida o número de miembros de la familia, o en cualquier otro momento en que tenga dudas sobre si debe notificarse un cambio concreto de circunstancias. Además, notificaré inmediatamente a mi trabajador social cuando el importe de la asistencia que reciba sea superior al que me corresponde.
- Entiendo que ocultar información o hacer declaraciones falsas de forma deliberada va contra la ley y que me expongo a que se inicien acciones legales en mi contra si lo hago. Certifico que la información que facilité (relativa a mi situación o a la de las personas para las que presento la solicitud) es una declaración veraz y completa de los hechos según mi leal saber y entender. Entiendo que el Department of Social Services del condado investigará a fondo todas las declaraciones. Entiendo que un revisor estatal o federal puede comprobar la información de este formulario, y acepto esta investigación y entiendo que debo cooperar con el revisor. Entiendo que debo proporcionar al Department of Social Services del condado, así como a los funcionarios estatales y federales que lo soliciten, la información necesaria para determinar la elegibilidad. Asimismo, acepto que mi historial médico y financiero se ponga a disposición de la agencia y del Estado. Entiendo que la información facilitada puede almacenarse en un banco de datos informático.
- Entiendo que cualquier tarjeta de identificación de Medicaid que reciba debe utilizarse únicamente para las personas que figuran en la tarjeta de identificación. Entiendo que es ilegal dar mi tarjeta de identificación a alguien cuyo nombre no figure en ella y que puedo ser procesado por fraude si permito que otra persona utilice mi tarjeta de identificación.
- Entiendo que si cualquiera de los recursos (incluido el terreno, los intereses inmobiliarios, el dinero en efectivo, las cuentas bancarias y otras inversiones) se transfieren fuera del nombre del solicitante sin recibir el valor justo de mercado por los recursos, podría dar lugar a un período de inelegibilidad en caso de que el solicitante requiera atención médica a largo plazo, como en un centro de enfermería. Informé todas las transferencias de recursos al presentar esta solicitud e informaré de cualquier nueva transferencia a mi trabajador en un plazo de 5 días.
- Entiendo que debo proporcionar todos los números del seguro social utilizados por mí o por cualquier persona mencionada en esta solicitud para determinar mi/nuestra elegibilidad para recibir asistencia. Entiendo que estos números del seguro social se utilizarán para cotejar información con la Administración del Seguro Social (Social Security Administration, SSA), el Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS), la Comisión de Seguridad en el Empleo (Employment Security Commission, SEC), los organismos de asistencia social y ESC de otros estados y cualquier otro organismo, cuando proceda. Si no deseo que estos números del seguro social se utilicen en los emparejamientos, entiendo que tengo derecho a retirar mi solicitud o a que se ponga fin a mi asistencia.
- Entiendo que al aceptar la asistencia médica bajo cualquier categoría de ayuda/programa, acepto devolver al Estado todo el dinero que yo o cualquier persona mencionada en esta solicitud recibamos de cualquier seguro para el pago de facturas médicas o de hospital por las cuales el programa de asistencia médica haya efectuado o efectuará el pago. Además, acepto que todos los pagos médicos o apoyo médico pagados o adeudados debido a una orden judicial para mí o cualquier persona mencionada en esta solicitud deben ser enviados al Estado para reembolsar los gastos médicos pasados o actuales pagados por el Estado. Esto incluye las liquidaciones de seguros resultantes de un accidente. Asimismo, me comprometo a notificar al Department of Social Services del condado si alguna de las personas que figuran en esta solicitud se ve implicada en algún accidente.
- Entiendo que esta cesión de derechos continúa mientras cualquiera de las personas enumeradas en esta solicitud reciba Medicaid y se basa en la normativa federal (42 CFR 433.147-148).
- Toda pensión alimenticia (dinero) que se me pague directamente debe comunicarse al Department of Social Services del condado y se contará como ingresos a la hora de determinar la elegibilidad para los beneficios de Medicaid o el importe de cualquier cheque de asistencia.
- Certifico que tanto yo como todas las personas para las que solicito ayuda vivimos en North Carolina y tenemos la intención de quedarnos.

 Sí  No

Además de su trabajador social para el mantenimiento de los ingresos, que se ocupa de su Medicaid, el Department of Social Services cuenta con trabajadores sociales para brindarle ayuda con otras necesidades que pueda tener. ¿Le gustaría hablar con un trabajador social?

**REGISTRO DE VOTANTES**

Ahora puede inscribirse para votar o actualizar su registro de votante al solicitar beneficios, volver a determinar la elegibilidad o informar de un cambio de dirección.

Certifico que, a mi leal saber y entender, la información que facilité es veraz y completa. Declaro bajo pena de perjurio (y estando sujeto a enjuiciamiento en virtud de los Estatutos Generales de N.C.) que la información es verdadera y correcta. Leí las declaraciones de este formulario y estoy de acuerdo con todas ellas.

**FIRMA DEL BENEFICIARIO/REPRESENTANTE (nombre, inicial del segundo nombre, apellido)**

**FECHA**

**FIRMA DEL BENEFICIARIO (nombre, inicial del segundo nombre, apellido)**

**TESTIGO: (si el cliente no puede escribir)**

**FIRMA IMC**