

Nombre y dirección del DSS

ASISTENCIA ESPECIAL AVISO DE INFORMACIÓN DE REINSCRIPCIÓN

Nombre del caso:

Fecha de correo:

Dirección:

ID de caso de NCF:

Ciudad, Estado Código Postal:

Trabajador:

Cada 12 meses debemos revisar su elegibilidad para el programa de Asistencia Especial (SA) del Estado/Condado o el programa de Asistencia Especial en el Hogar (SAIH). Asistencia Especial es un suplemento estatal que paga beneficios en efectivo a los beneficiarios elegibles que residen en centros de vida asistida autorizados para recibir pagos de SA, o que reciben pagos de SA para poder permanecer en casa.

Es hora de hacer una revisión para:

(Nombre)

Este formulario debe ser devuelto antes de:

(Primero del mes siguiente)

Por favor complete este formulario y envíelo a:

(Nombre y dirección del DSS)

RECORDATORIO IMPORTANTE: Si desea cambiar la forma en que recibe su beneficio de Asistencia Especial, ya sea como depósito directo en una cuenta bancaria o en una tarjeta de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT), debe comunicarse con el departamento de servicios sociales del condado.

Beneficiario	Centro de Vida Asistida (si corresponde)	Representante autorizado
Nombre: <input type="text"/>	Nombre: <input type="text"/>	Nombre: <input type="text"/>
DIRECCIÓN:	DIRECCIÓN:	DIRECCIÓN:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
contacto #: <input type="text"/>	contacto #: <input type="text"/>	contacto #: <input type="text"/>

****Su trabajador social puede comunicarse con usted si necesita información adicional.**

1. Debe declarar cualquier ingreso, tanto ganado como no ganado, que reciba.

Complete la siguiente tabla, indicando el tipo de ingresos que recibe y la cantidad que recibe. (Es posible que se le solicite que presente una verificación de estos ingresos).

Tipo de ingreso	Sí √	No √	Cantidad	¿Con qué frecuencia?	Tipo de ingreso	Sí √	No √	Cantidad	¿Con qué frecuencia?
Seguridad Social (RSDI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Salarios (de un trabajo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Salarios (de trabajo por cuenta propia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Beneficios para veteranos (VA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Dividendos/Intereses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rehabilitación vocacional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Ingresos agrícolas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Asignación militar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Pago por enfermedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Beneficios de desempleo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Ingresos por alquiler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Compensación al trabajador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Compra de tabaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Seguro de discapacidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Otros ingresos: (lista el tipo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ferrocarril	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1. <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pensión alimenticia/manutención	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	2. <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pensiones y anualidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Ganancias de loterías, bingo, premios en efectivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2. Debes reportar cualquier Activo(cosas que posees).

Complete la siguiente información indicando si posee alguno de estos activos. (Si recibe SSI, no necesita responder esta información. Continúe con el paso 3).

(Es posible que se le solicite que proporcione verificación de estos activos.)

Tipo de activo	Sí √	No √	¿Con que empresa?	Número de cuenta	Valor/Equilibrio
Dinero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Cuentas de fondos personales para residentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Cuentas corrientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Cuentas de ahorro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Cuenta del mercado monetario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Cuenta de Jubilación Individual (IRA), 401K, Plan Keogh	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
A anualidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Fondo fiduciario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Acciones, Bonos, Certificados de Depósito, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Fondos mutuos/valores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Seguro de vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Contratos de entierro prepago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
vehículos de motor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Casa móvil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Bienes inmuebles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Espacios de entierro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Si usted es propietario de una vivienda, ¿tiene previsto regresar algún día a ella? Sí No

¿Ha transferido, vendido o regalado algún activo en el último año? Sí No

En caso afirmativo, ¿qué se transfirió, vendió o regaló y cuándo?

3. ¿Tiene usted algún seguro médico? Sí No

(Si es así, indique de qué tipo. Es posible que se le solicite que proporcione verificación de este seguro).

Medicare A Medicare B Medicaid D

Seguro de salud privado: Nombre: Número de póliza:

Seguro de atención a largo plazo: Nombre: Número de póliza:

Otro: Nombre: Número de póliza:

Atención comunitaria de Carolina del Norte/Carolina ACCESS (CCNC/CA): CCNC/CA es un programa de Medicaid que le permite elegir su propio médico (centro médico). El nombre y el número de teléfono de su médico estarán en su tarjeta de Medicaid o se le enviarán por carta. Si tiene alguna pregunta sobre CCNC/CA, llame a su asistente social de Medicaid en el Departamento de Servicios Sociales de su condado.

Actualmente estoy inscrito en Carolina ACCESS y me gustaría cambiar de médico.

(Si marcó esta casilla, indique el nombre y la dirección del nuevo médico, o comuníquese con su trabajador social).

Nuevo proveedor médico

Dirección

Número de teléfono

Todos los solicitantes y beneficiarios tienen derecho a:

- Solicite ayuda y, si no es elegible, vuelva a solicitarla en cualquier momento.
- Que cualquier persona participe en la entrevista de solicitud o en la redeterminación de elegibilidad.
- Que toda la información proporcionada a la agencia se mantenga de forma confidencial.
- Recibir asistencia, si se determina que es elegible.
- Ser informado de la información necesaria para determinar la elegibilidad médica continua.
- Retire su solicitud en cualquier momento.
- Retirarse del programa de asistencia en cualquier momento.
- Si desea registrarse para votar, puede completar un formulario de registro de votante el <http://www.ncsbe.gov/>. Solicitar o negarse a registrarse para votar no afectará la asistencia que recibirá de esta agencia. Si necesita ayuda para completar el formulario de solicitud de registro de votante, le ayudaremos. La decisión de ver o aceptar la ayuda es suya. Puede completar el formulario de solicitud en privado. Si cree que alguien ha interferido con su derecho a registrarse o a negarse a registrarse para votar, su derecho a la privacidad al decidir si registrarse o al solicitar el registro para votar, o su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar una queja ante la Junta Electoral.

Todos los solicitantes y beneficiarios tienen derecho a apelar ante el DSS del condado para una audiencia si:

- No se le informó por escrito sobre su derecho a solicitar o volver a solicitar asistencia el mismo día que usted o su representante fueron al DSS del condado.
- Su solicitud no fue procesada a tiempo.
- Su solicitud fue rechazada y usted cree que la decisión fue incorrecta.
- Su asistencia fue terminada y usted considera que la decisión no es correcta.
- Usted cree que su asistencia es incorrecta según la interpretación que hace el condado de las regulaciones estatales.
- Su solicitud de revisión de sus circunstancias se retrasó más de 30 días o fue rechazada.

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

Todos los solicitantes y beneficiarios tienen RESPONSABILIDADES que se enumeran a continuación:

- **Acepto informar a mi asistente social sobre cualquier cambio dentro de los 5 días siguientes a un cambio en mi situación.** Además, notificaré inmediatamente a mi trabajador social cuando el monto de mi asistencia sea mayor que el monto al que tengo derecho.
- Entiendo que es contra la ley retener información deliberadamente o hacer declaraciones falsas y que estoy sujeto a enjuiciamiento si lo hago. Certifico que la información que he proporcionado (con respecto a mi situación o la de la(s) persona(s) para quienes estoy presentando la solicitud) es una declaración verdadera y completa de los hechos según mi leal saber y entender. Entiendo que todas las declaraciones serán investigadas a fondo por el departamento de servicios sociales del condado. Entiendo que la información en este formulario puede ser verificada por un revisor estatal o federal, y acepto esta investigación y entiendo que debo cooperar con el revisor. Entiendo que debo proporcionar al departamento de servicios sociales del condado, así como a los funcionarios estatales y federales, cuando se lo soliciten, la información necesaria para determinar la elegibilidad. Además, acepto que mis registros médicos y financieros pueden ponerse a disposición de la agencia y el estado. Entiendo que la información proporcionada puede almacenarse en un banco de datos informático.
- Entiendo que cualquier tarjeta de identificación de Medicaid que reciba debe usarse únicamente para las personas que figuran en ella. Entiendo que es ilegal entregar mi tarjeta de identificación a alguien cuyo nombre no figure en ella y que puedo ser procesado por fraude si permito que otra persona la use.
- Entiendo que Carolina del Norte debe ser el beneficiario del remanente para las anualidades adquiridas después de cierta fecha. Para más información, contacte al DSS del condado.
- Entiendo que si se transfieren recursos (incluyendo el terreno, los derechos sobre bienes inmuebles, efectivo, cuentas bancarias y otras inversiones) fuera del nombre del solicitante sin recibir un valor justo de mercado por ellos, esto podría resultar en un período de inelegibilidad en caso de que el solicitante requiera atención médica a largo plazo, como en un centro de enfermería. **He informado de todas las transferencias de recursos al presentar esta solicitud y notificaré cualquier nueva transferencia a mi asistente social en un plazo de 5 días.**

- Entiendo que debo proporcionar todos los números de Seguro Social que yo o cualquier persona incluida en esta solicitud haya utilizado para determinar mi elegibilidad para recibir asistencia. Entiendo que estos números de Seguro Social se utilizarán para cotejar mi información con la Administración del Seguro Social (SSA), el Servicio de Impuestos Internos (IRS), la Comisión de Seguridad del Empleo (ESC), las agencias de bienestar social y ESC de otros estados, y cualquier otra agencia, cuando corresponda. Si no deseo que se utilicen estos números de Seguro Social en las cotejas, entiendo que tengo derecho a retirar mi solicitud o a que se cancele mi asistencia.
- Entiendo que, al aceptar Asistencia Médica bajo cualquier categoría de ayuda/programa, me comprometo a devolver al Estado todo el dinero que yo o cualquier persona incluida en esta solicitud recibamos de cualquier compañía de seguros para el pago de facturas médicas y/o hospitalarias que el programa de Asistencia Médica haya pagado o vaya a pagar. Además, acepto que todos los pagos médicos o la asistencia médica pagados o adeudados por una orden judicial para mí o cualquier persona incluida en esta solicitud deben enviarse al Estado para reembolsar los gastos médicos pasados o actuales pagados por el Estado. Esto incluye las indemnizaciones de seguros resultantes de un accidente. Asimismo, me comprometo a notificar al departamento de servicios sociales del condado si alguna de las personas incluidas en esta solicitud sufre un accidente.
- Entiendo que esta cesión de derechos continúa mientras cualquier persona incluida en esta solicitud reciba Medicaid y se basa en las regulaciones federales (42 CFR 433.147-148).
- Cualquier manutención infantil o conyugal (dinero) que se me pague directamente debe informarse al departamento de servicios sociales del condado y se contará como ingreso al determinar la elegibilidad para los beneficios de Medicaid y/o el monto de cualquier cheque de asistencia.
- Entiendo que si Medicaid paga ciertos servicios médicos, Medicaid podría convertirse en acreedor de mi patrimonio y este podría estar sujeto a una recuperación para reembolsarle a Medicaid. Solicite a su asistente social de Medicaid información específica sobre los servicios que se aplican a la recuperación de patrimonio.
- Por la presente certifico que yo y todas las personas para quienes solicito asistencia vivimos en Carolina del Norte con la intención de permanecer.
- Entiendo que si necesito una explicación sobre los servicios de planificación familiar, exámenes de salud para adultos y otros servicios disponibles a través del Departamento de Servicios Sociales (DSS), puedo comunicarme con mi DSS local.
- Entiendo que yo y todas las personas para quienes solicito asistencia, con excepción de la asistencia con los servicios de Medicaid de emergencia, debemos proporcionar prueba de identidad, ciudadanía estadounidense o estado migratorio elegible.
- Entiendo que puedo ser elegible para recibir servicios de transporte. Si los necesito, me comunicaré con el DSS local.

**❖ Su revisión de asistencia especial no estará completa sin su firma.
Por favor asegúrese de firmar a continuación**

Certifico que la información que he proporcionado es veraz y completa según mi leal saber y entender. Declaro bajo pena de perjurio (y sujeto a enjuiciamiento según los Estatutos Generales de Carolina del Norte) que la información es veraz y correcta. He leído las declaraciones de este formulario y las acepto en su totalidad.

Firma del destinatario (nombre, inicial del segundo nombre, apellido)		Fecha: <input style="width: 100%;" type="text"/>
Firma del representante (nombre, segundo nombre, apellido)	Relación con el destinatario <input style="width: 100%;" type="text"/>	Fecha: <input style="width: 100%;" type="text"/>
TESTIGO: (Si el solicitante o beneficiario no puede escribir)	Fecha <input style="width: 100%;" type="text"/>	FIRMA IMC <input style="width: 100%;" type="text"/>
		Fecha <input style="width: 100%;" type="text"/>