

Solicitud de información

A: _____

Nº de caso del condado _____

Dirección: _____

Nº 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.

Sus ingresos exceden el límite máximo de ingresos para Medicaid. Basado en el ingreso bruto mensual de \$_____ desde:_____ se le pedirá que cumpla con un deducible. Si esta cantidad de ingresos es incorrecta, puede comunicarse con su trabajador social de Medicaid. Para ser elegible para Medicaid, debe cumplir con el deducible de Medicaid. El monto de su deducible para los meses de _____ a <mes> es \$_____.

Sus ingresos superan el límite máximo de ingresos para Medicaid en el/los siguiente(s) mes(es) retroactivo(s). Sobre la base de los ingresos mensuales brutos procedentes de (fuente de ingresos), deberá satisfacer un deducible. Si la(s) cantidad(es) de ingresos indicada(s) a continuación es(son) incorrecta(s), puede ponerse en contacto con su trabajador social de Medicaid.

La cantidad de su deducible para el mes o los meses retroactivos:

(Mes 1) Ingresos \$ _____ es \$ _____,

((Mes 2) Ingresos \$ _____ es \$ _____,

((Mes 3) Ingresos \$ _____ es \$ _____,

Deducible de dos o tres meses basado en los ingresos mensuales brutos: \$ _____ de _____, para los meses de _____ a _____, es \$ _____

Proporcione las facturas médicas desde el _____ hasta el presente, incluidas las facturas médicas antiguas pagadas o no pagadas las facturas médicas o las facturas médicas anticipadas (esperadas dentro del período de certificación de 6 meses) para cumplir con el monto del deducible indicado anteriormente.

Facturas médicas desde _____ hasta la fecha y cualquier otra factura médica anterior no pagada.

Verificación médica del embarazo _____

FL-2 completado por el médico _____

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

Comprobante de ingresos y gastos de trabajadores autónomos de _____ o la declaración de impuestos para el año _____

Número de cuenta bancaria o estado(s) de cuenta que demuestren el saldo para los meses de _____

Firma de _____ en el formulario de consentimiento, autorizando a Servicios Sociales obtener su información bancaria.

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

Prueba del beneficiario de la anualidad o renta vitalicia _____

Prueba que el programa de Medicaid del estado de Carolina del Norte es nombrado como Beneficiario Sobrante _____

Nombre y contacto de quien le ortoga la anualidad o renta vitalicia. _____

Número del Seguro Social para _____

Documentación de estado legal de extranjero para _____

Presentar solicitud para Beneficios de desempleo, para _____

Presentar solicitud por discapacidad ante el Seguro Social, para _____

DMA-5028, Consentimiento para la divulgación de información, firmado por _____

Tarjeta del seguro de salud o el nombre de la compañía y el número de póliza _____

Prueba de ciudadanía e identidad para _____

Prueba de residencia en el estado para _____

Prueba de valor de la residencia _____

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). _____

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 reunir la información necesaria para completar su solicitud / reinscripción? Consulte la página 2 para saber cómo ponerse en contacto con su trabajador social.

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

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

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.

Reportar cambios

No olvide comunicar 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, pregunte a su trabajador social. Si no comunica con honestidad la información y los cambios, **uede ser culpable de un delito menor o de un delito grave.**

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.