

FORMULARIO DE TRANSMISIÓN DE LA ELEGIBILIDAD PRESUNTIVA DE LOS HOSPITALES

SECCIÓN I:

A SER COMPLETADA POR EL PROVEEDOR

NOMBRE Y NÚMERO DEL PROVEEDOR: _____

NOMBRE DEL BENEFICIARIO: _____ FECHA: _____

Se le ha considerado temporalmente elegible para Medicaid según el siguiente programa:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Mujer embarazada (MPW) | <input type="checkbox"/> Infantes y niños (MIC) |
| <input type="checkbox"/> Programa de planificación familiar (MAF-D) | <input type="checkbox"/> Familias con dependientes (MAF) |
| <input type="checkbox"/> Antiguos niños en régimen de acogida Niños en régimen de acogida (MFC) | <input type="checkbox"/> Cáncer de mama y de cuello uterino (MAF-W) |

Debe solicitar Medicaid a más tardar el _____. Si no solicita Medicaid antes de ese día, dejará de tener derecho a Medicaid el último día de ese mes. Puede solicitarlo de cualquiera de las siguientes maneras:

1. En línea en <https://epass.nc.gov/>
2. Imprima y complete una [solicitud impresa](http://www.ncdhhs.gov/dma/medicaid/applications.htm), que se encuentra en <http://www.ncdhhs.gov/dma/medicaid/applications.htm> y envíelo por correo o llévelo a Departamento de servicios sociales del condado de _____.
3. Visite el Departamento de servicios sociales del condado de ____ para presentar la solicitud en persona.

SÓLO PARA MUJERES EMBARAZADAS: Si solicita Medicaid para mujeres embarazadas, es posible que reúna los requisitos para recibir cobertura de Medicaid para todos los servicios relacionados con el embarazo (incluido el parto) hasta y durante 60 días después de que finalice su embarazo. Solicite Medicaid lo antes posible para no perder posibles beneficios y poder recibir Medicaid durante todo el embarazo.

A continuación, se detalla la información que deberá facilitar al Departamento de servicios sociales (DSS) para determinar si reúne los requisitos necesarios.

Si no tiene toda la información, utilice la que tenga. No retrase la solicitud si no dispone de la información.

1. Certificados de nacimiento u otras pruebas de ciudadanía e identidad cuando solicite Medicaid para usted.
2. Prueba de residencia en Carolina del Norte, como el permiso de conducir, el registro del vehículo de motor o el recibo de la renta.
3. Prueba de ingresos del mes anterior de su unidad familiar.
4. Tarjeta o número de Seguro Social de todos los solicitantes.

Nota: Toda persona que desee recibir prestaciones de Medicaid o Health Choice debe proporcionarnos su número de seguro social. Si no tiene número de seguro social, debe solicitar uno para recibir beneficios. Las personas que soliciten únicamente servicios de Medicaid de Emergencia no están obligadas a facilitar un número de seguro social, documentación de ciudadanía o estatus de

inmigración.

SECCIÓN II: A SER COMPLETADA POR EL DSS DEL CONDADO

CONDADO _____ MID _____

_____ 1. No solicitó en _____. Presunta elegibilidad autorizada de ____ a _____.

_____ 2. Solicitó en _____. La fecha de solicitud es _____.

_____ 3. La solicitud de Medicaid es:

_____ Aprobado; elegibilidad de Medicaid autorizada efectiva _____.

_____ Pendiente; debido a _____.

_____ Negado / Retirado; debido a; _____.

_____ Se autoriza la elegibilidad presunta a partir de _____ a _____.

FECHA TRABAJADOR SOCIAL DE MANTENIMIENTO DE INGRESOS

Instrucciones para completar el formulario de transmisión de elegibilidad presunta

1. Completar 4 copias: original y 1 copia - DSS del condado cc: Proveedor
cc: Solicitante
2. Escriba el nombre del solicitante, el nombre y el número de identificación del proveedor y la fecha en que se completó el formulario.
3. Introduzca el DSS del condado correspondiente. Este debe ser el condado en el que reside el solicitante.
4. Indique la fecha, que es el último día laboral del mes siguiente al mes en que se firma el formulario de determinación de la elegibilidad presunta.
5. Entregar una copia al solicitante.
6. Envíe el original y una copia al DSS del condado en un plazo de 5 días laborables a partir de la fecha en que se firmó el formulario de determinación de elegibilidad presunta.
7. Conserve una copia para su archivo.