

# Aviso de pedido de información para la renovación de Medicaid

## DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES (DSS) DEL CONDADO

Fecha: \_\_\_\_\_

Para: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

N.º de identificación de caso: \_\_\_\_\_ Trabajador: \_\_\_\_\_

**\* DEBE ENVIAR ESTE FORMULARIO ANTES DEL \_\_\_\_\_ (30 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA QUE FIGURA MÁS ARRIBA) O PODRÍA PERDER SU COBERTURA DE N.C. MEDICAID O N.C. HEALTH CHOICE \***

### Por qué es necesario que complete este formulario

Para ser considerado para la cobertura de Medicaid o N.C. Health Choice, debe completar este formulario. La información se utilizará para verificar si usted y su familia siguen reuniendo los requisitos para recibir cobertura. La información es necesaria para procesar su revisión.

**Además de beneficiarse usted, puede utilizar este formulario para solicitar cobertura del seguro médico para otros miembros de su familia que vivan en su hogar.**

Comuníquese con el DSS del condado de \_\_\_\_\_ llamando al \_\_\_\_\_ si tiene alguna pregunta sobre cómo completar este formulario.

### SECCIÓN 1

#### CUÉNTENOS SOBRE USTED

¿Tiene previsto presentar una declaración de impuestos? Sí  No

¿Figura como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona? Sí  No

En caso afirmativo, ¿de quién?

### SECCIÓN 2

#### CUÉNTENOS SOBRE SU FAMILIA

*(incluya a los miembros de la familia y los dependientes a los fines impositivos que viven en su hogar)*

#### PERSONA 1:

Nombre:

¿Esta persona tiene previsto presentar una declaración de impuestos? Sí  No

¿Esta persona tiene previsto figurar como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona? Sí  No

En caso afirmativo, ¿de quién?

¿Esta persona está embarazada? Sí  No

En caso afirmativo, ¿cuál es la fecha prevista de parto?

¿Esta persona tiene Medicaid? Sí  No

**Si esta persona no tiene Medicaid, complete el Anexo A para solicitar la cobertura de Medicaid.**

<b>PERSONA 2:</b>
Nombre:
¿Esta persona tiene previsto presentar una declaración de impuestos? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Esta persona tiene previsto figurar como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, ¿de quién?
¿Esta persona está embarazada? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, ¿cuál es la fecha prevista de parto?
<b>¿Esta persona tiene Medicaid? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></b>
<b>Para solicitar la cobertura de Medicaid para esta persona, complete el Anexo A.</b>
<b>PERSONA 3:</b>
Nombre:
¿Esta persona tiene previsto presentar una declaración de impuestos? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Esta persona tiene previsto figurar como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, ¿de quién?
¿Esta persona está embarazada? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, ¿cuál es la fecha prevista de parto?
<b>¿Esta persona tiene Medicaid? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></b>
<b>Para solicitar la cobertura de Medicaid para esta persona, complete el Anexo A.</b>
<b>PERSONA 4:</b>
Nombre
¿Esta persona tiene previsto presentar una declaración de impuestos? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Esta persona tiene previsto figurar como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, ¿de quién?
¿Esta persona está embarazada? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, ¿cuál es la fecha prevista de parto?
<b>¿Esta persona tiene Medicaid? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></b>
<b>Para solicitar la cobertura de Medicaid para esta persona, complete el Anexo A.</b>
<b>Si necesita más espacio, adjunte una hoja aparte.</b>

## Aviso de pedido de información para la renovación de Medicaid

SECCIÓN 3
CUÉNTENOS MÁS SOBRE LAS PERSONAS MENCIONADAS EN ESTE FORMULARIO
<p>A. <b>Ingresos:</b> ¿Alguna de las personas mencionadas en este formulario tiene un ingreso? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p style="margin-left: 20px;">En caso afirmativo, complete el <b>Anexo B</b>.</p>
<p>B. <b>Situación de vida:</b> ¿Alguna de las personas mencionadas en este formulario vive en alguno de los siguientes establecimientos?</p>
<p><input type="checkbox"/> Centro de cuidados a largo plazo, hogar comunitario u hogar de ancianos</p>
<p><input type="checkbox"/> Hogar privado, pero recibe servicios médicos, personales o de salud en el hogar</p>
<p><input type="checkbox"/> Hogar privado, pero recibe servicios médicos, personales o de salud en la comunidad (como cuidados diurnos para adultos)</p>
<p>En caso afirmativo, detalle el nombre de la(s) persona(s):</p>
<p><b>Nombre(s):</b></p>
<p> </p>
<p>C. <b>Cuidado tutelar:</b> ¿Alguna de las personas mencionadas en este formulario tiene entre 18 y 26 años <u>y</u> estaba bajo tutela a los 18 años? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>
<p>En caso afirmativo, detalle el nombre de la(s) persona(s):</p>
<p><b>Nombre(s):</b></p>
<p> </p>

SECCIÓN 4	
FIRMA	
<p>Firmo este formulario de renovación bajo pena de perjurio, lo que significa que, a mi leal saber y entender, he brindado respuestas verdaderas a todas las preguntas. Sé que puedo ser penalizado en virtud de la legislación federal si brindo información falsa.</p>	
<p>Beneficiario/representante autorizado*</p>	<p>Fecha</p>
<p> </p>	<p> </p>
<p>*La persona que completó el formulario o su representante legal.</p>	

DÓNDE ENVIAR LA INFORMACIÓN
<p>Puede completar el formulario:</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• En persona en la oficina del DSS del condado de _____ (dirección)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Por teléfono al:</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Por correo a: _____ County DSS Office, (dirección postal)</li> </ul>

**ANEXO A**

<b>PARA SOLICITAR LA COBERTURA DE MEDICAID PARA UNA PERSONA MENCIONADA EN LA SECCIÓN 2.</b>
<b>Persona 1:</b>
A. Nombre:
B. Número del Seguro Social:
C. Fecha de nacimiento:
D. ¿Qué vínculo tiene esta persona con usted?
E. Esta persona es: Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>
F. Esta persona tiene la ciudadanía o nacionalidad estadounidense Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, pase a la sección <b>“Información adicional”</b> incluida más abajo.
En caso negativo, responda la pregunta <b>“G”</b> :
G. Si esta persona tiene una condición migratoria elegible:
Tipo de documento:
Número de identificación:
<input type="checkbox"/> Marque aquí si esta persona ha vivido en los Estados Unidos desde 1996
<input type="checkbox"/> Marque aquí si esta persona, el cónyuge o alguno de los padres es veterano o miembro activo de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos
<b>Información adicional</b>
<input type="checkbox"/> Marque aquí si esta persona vive con al menos un menor de 19 años y es la persona a cargo de este menor
<input type="checkbox"/> Marque aquí si esta persona tiene 18 años o menos y uno de sus padres vive fuera del hogar
<input type="checkbox"/> Marque aquí si esta persona desea recibir ayuda para pagar sus facturas médicas de los últimos tres meses
<b>Persona 2:</b>
A. Nombre
B. Número del Seguro Social
C. Fecha de nacimiento
D. ¿Qué vínculo tiene esta persona con usted?
E. Esta persona es: Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>
F. Esta persona tiene la ciudadanía o nacionalidad estadounidense Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, pase a la sección <b>“Información adicional”</b> incluida más abajo.
En caso negativo, responda la pregunta <b>“G”</b>

## Aviso de pedido de información para la renovación de Medicaid

G. Si esta persona tiene una condición migratoria elegible:
Tipo de documento:
Número de identificación:
<input type="checkbox"/> Marque aquí si esta persona ha vivido en los Estados Unidos desde 1996
<input type="checkbox"/> Marque aquí si esta persona, el cónyuge o alguno de los padres es veterano o miembro activo de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos
<b><i>Información adicional</i></b>
<input type="checkbox"/> Marque aquí si esta persona vive con al menos un menor de 19 años y es la persona a cargo de este menor
<input type="checkbox"/> Marque aquí si esta persona tiene 18 años o menos y uno de sus padres vive fuera del hogar
<input type="checkbox"/> Marque aquí si esta persona desea recibir ayuda para pagar sus facturas médicas de los últimos tres meses
<b>Si necesita más espacio, adjunte una hoja aparte.</b>

**ANEXO B**

**INGRESOS**

Persona que recibe el ingreso	Tipo de ingreso *	Monto antes de impuestos	Con qué frecuencia lo recibe	Fecha de inicio

**Si necesita más espacio para declarar cambios, adjunte una hoja aparte.**

***Incluya los ingresos provenientes de:***

Trabajos	Ingresos del exterior	Empleo independiente
Inversiones o intereses	Pensión alimenticia	Actividad agrícola o pesquera
Desempleo	Alquiler o regalía	Beneficios del Seguro Social
Ganancias de capital	Jubilación/pensión	Beca
Título	Patrocinador extranjero	Suma global pagada por única vez
Ingreso para amerindios/nativos de Alaska		

***No incluya:***

- Sustento de menores
- Compensación del Seguro Obrero
- Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)
- Beneficios de la Administración de Veteranos (VA)

**C. Pérdida de ingresos:** ¿Alguna de las personas mencionadas en este formulario estuvo recibiendo ingresos en los últimos 12 meses, pero ya no los recibe? Sí  No

En caso afirmativo, ¿cuándo y de qué tipo?

---

**D. Gastos:** ¿Algún miembro de la familia deduce gastos de sus impuestos? Sí  No

En caso afirmativo, complete los gastos (deducciones) a continuación.

**GASTOS (DEDUCCIONES)**

Persona que paga la deducción	Tipo de deducción	Monto	Con qué frecuencia	Fecha de inicio

**Si necesita más espacio para declarar cambios, adjunte una hoja aparte.**

## Aviso de pedido de información para la renovación de Medicaid

**Las deducciones permitidas incluyen:**

Pago de pensión alimenticia	Aportes a cuentas de ahorros para la salud	Gastos de educador
Aportes a la IRA	Matrículas universitarias	Gastos de mudanza
Intereses de préstamos estudiantiles	Multas por extracciones anticipadas de ahorros	

**Para las personas con empleos independientes, las deducciones permitidas también incluyen:**

- Gastos de alquiler/franquicia
- Determinados gastos comerciales de reservistas, artistas escénicos y funcionarios gubernamentales que cobran honorarios
- Parte deducible del impuesto al empleo independiente
- Deducción por actividades de producción nacionales
- Deducción de seguros médicos
- SEP, SIMPLE y planes calificados

**E. Seguro médico:** ¿Alguna de las personas mencionadas en este formulario tiene otro seguro médico además de Medicaid y N.C. Health Choice? Sí  No

En caso afirmativo, complete la sección "Seguro médico" incluida a continuación.

### SEGURO MÉDICO

Persona cubierta	Titular de la póliza	Número de póliza	Compañía de seguros	Tipo de cobertura	Fecha de inicio

**Si necesita más espacio para declarar cambios, adjunte una hoja aparte.**