

Informações Adicionais para Programas Medicaid Seletos

Você recentemente se inscreveu para o Medicaid com o Estado da Carolina do Sul. Por favor, preencha e retorne este formulário para que possamos processar sua solicitação. Precisamos de mais informações para saber se você é elegível para um ou mais dos seguintes programas:

Medicare Savings Programs (MSP) que incluem o seguinte:

- Idoso, Cego, Deficiente (ABD),
- Beneficiários Qualificados do Medicare (QMB),
- Beneficiários de Baixa Renda Especificados (SLMB) e
- Indivíduos Qualificados (QI)

- Suplementação de Estado Opcional (OSS)**
- Trabalhador com Deficiência (WD)**
- Serviços de Detentos**

TEFRA, (também conhecido como Katie Beckett)

Você só precisa nos contar sobre a renda e os recursos do seu filho para o TEFRA.

Todos os direitos e responsabilidades acordados quando o pedido original foi assinado ainda estão em vigor. Se houver alguma dúvida sobre esses direitos e responsabilidades ou este formulário, ligue gratuitamente para 1-888-549-0820 para obter ajuda.

1. Quem está se cadastrando para assistência?

a. Nome (Primeiro, Meio, Último)	Número da Previdência Social	Data de nascimento (mm/dd/aaaa)
_____	_____	_____
b. Nome (Primeiro, Meio, Último)	Número da Previdência Social	Data de nascimento (mm/dd/aaaa)
_____	_____	_____
c. Nome (Primeiro, Meio, Último)	Número da Previdência Social	Data de nascimento (mm/dd/aaaa)
_____	_____	_____
d. Nome (Primeiro, Meio, Último)	Número da Previdência Social	Data de nascimento (mm/dd/aaaa)
_____	_____	_____
e. Nome (Primeiro, Meio, Último)	Número da Previdência Social	Data de nascimento (mm/dd/aaaa)
_____	_____	_____

2. A maioria das formas de renda que precisamos saber estão na sua aplicação. Por favor, informe se você ou alguém em casa tem algum dos seguintes tipos de renda e nos fale sobre essa renda na tabela abaixo.

- Pensão Alimentícia**
- Dinheiro de Amigos e Parentes**
- Assistência de Veteranos**
- Compensação Trabalhista/Deficiência de Longo ou Curto Prazo**

A. Pessoa Recebendo Dinheiro	Fonte/Tipo de Renda	Quantas Vezes Recebido	Valor Recebido
_____	_____	_____	_____
B. Pessoa Recebendo Dinheiro	Fonte/Tipo de Renda	Quantas Vezes Recebido	Valor Recebido
_____	_____	_____	_____
C. Pessoa Recebendo Dinheiro	Fonte/Tipo de Renda	Quantas Vezes Recebido	Valor Recebido
_____	_____	_____	_____
D. Pessoa Recebendo Dinheiro	Fonte/Tipo de Renda	Quantas Vezes Recebido	Valor Recebido
_____	_____	_____	_____
E. Pessoa Recebendo Dinheiro	Fonte/Tipo de Renda	Quantas Vezes Recebido	Valor Recebido
_____	_____	_____	_____

3. Por favor, marque a caixa ao lado de qualquer um dos itens que você ou alguém em sua casa possui ou está comprando. Nos fale sobre isso na tabela. Ao retornar este formulário, você deve enviar a prova desses ativos ou recursos.

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dinheiro Vivo | <input type="checkbox"/> Conta Corrente | <input type="checkbox"/> Conta Poupança | <input type="checkbox"/> Lote Funerário |
| <input type="checkbox"/> Certificado de Depósito | <input type="checkbox"/> Anuidades/Fundos | <input type="checkbox"/> Ações e Títulos | <input type="checkbox"/> Propriedade Residencial |
| <input type="checkbox"/> Outras Propriedades | <input type="checkbox"/> Seguro de Vida/Enterro | <input type="checkbox"/> Contratos de Enterro | <input type="checkbox"/> Veículos |
| <input type="checkbox"/> Contas de Aposentadoria | <input type="checkbox"/> Cartão Expresso Direto | <input type="checkbox"/> Notas Promissórias | |
| <input type="checkbox"/> Outros: | | | |

Propriedade de	Nos Fale Sobre o Ativo Inclua o nome do banco ou funerária, e quaisquer números de conta ou outras informações usadas para identificar o ativo.	Valor ou Saldo Atual
A. _____		
B. _____		
C. _____		
D. _____		

4. Você ou a pessoa por quem você está se candidatando vivem atualmente em um Centro de Cuidados Residenciais Comunitários?

(As instalações de cuidados residenciais comunitários também podem ser chamadas de Casas de Embarque ou Centros de Convivência Assistidos)

- Sim Não

Se SIM, qual é o nome da instalação? _____ Data entrada: _____

As perguntas 5 a 7 são apenas para as pessoas que estão atualmente presas em uma penitenciária. Se você é um preso em uma penitenciária, por favor, forneça as seguintes informações.

5. Nome da penitenciária: _____ Data encarcerada: _____

a. Nome do hospital onde serviços são recebidos _____ Data de admissão (mm/dd/aaaa) _____ Data de soltura (mm/dd/aaaa) _____

Endereço onde você morava antes do encarceramento

6. Se você está preso há mais de 30 dias, você pode pular essa pergunta e seguir para a pergunta 7.

- a. Você trabalhou ou recebeu ganhos antes de ser preso? Sim Não.
b. Se você morava com seu cônjuge antes de ser preso, seu cônjuge estava empregado? Sim Não.

7. Conte-nos sobre sua renda antes de ser preso. Use valores BRUTOS (essas informações precisarão ser verificadas por funcionários da penitenciária).

a. Tipo de renda	Valor Pago	Quantas vezes pago
_____	_____	_____
b. Tipo de renda	Valor pago	Quantas vezes pago
_____	_____	_____
c. Tipo de renda	Valor pago	Quantas vezes pago
_____	_____	_____

Os funcionários da penitenciária podem atestar os rendimentos ou ganhos recebidos da ou através da instalação. A assinatura a seguir atesta os rendimentos verificados na questão 7.

Funcionário da Penitenciária: _____ Data: _____

Telefone: _____