

Recientemente ha solicitado Medicaid en el Estado de Carolina del Sur. Por favor, rellene y devuelva este formulario para que podamos procesar su solicitud. Necesitamos más información para ver si puede optar a uno o varios de los siguientes programas:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> <b>Programas de Ahorro de Medicare (MSP) que incluyen lo siguiente:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ancianos, ciegos y discapacitados (ABD, Aged, Blind, Disabled),</li> <li>• Beneficiarios cualificados de Medicare</li> <li>• Beneficiarios de Medicare con ingresos bajos especificados (SLMB, Specified Low Income Medicare Beneficiaries), y</li> <li>• Qualifying Individuals (QI)</li> </ul> | <input type="checkbox"/> <b>Complemento Estatal Facultativo (OSS, Optional State Supplementation)</b>                                    |
|  | <input type="checkbox"/> <b>Discapacidad laboral</b>   |
|  | <input type="checkbox"/> <b>Servicios para reclusos</b>  |
|  | <input type="checkbox"/> <b>TEFRA, (Katie Beckett)</b><br>Para la TEFRA sólo tiene que indicarnos los ingresos y recursos de su hijo(a). |

Todos los derechos y responsabilidades acordados cuando se firmó la solicitud original siguen vigentes. Si tiene alguna pregunta sobre esos derechos y responsabilidades o sobre este formulario, llámenos gratis al 1-888-549-0820 para que le ayudemos.

### 1. ¿Quién solicita la ayuda?

a. Nombre (primer, segundo, apellido)	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b. Nombre (primer, segundo, apellido)	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
c. Nombre (primer, segundo, apellido)	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
d. Nombre (primer, segundo, apellido)	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
e. Nombre (primer, segundo, apellido)	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### 2. La mayoría de los ingresos que necesitamos conocer figuran en su solicitud. Por favor, marque si usted o alguien de su hogar tiene alguno de los siguientes tipos de ingresos y díganos sobre esos ingresos en la tabla siguiente.

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> <b>Manutención infantil</b>       | <input type="checkbox"/> <b>Dinero de amigos y familiares</b>                              |
| <input type="checkbox"/> <b>Asistencia a los veteranos</b> | <input type="checkbox"/> <b>Compensación laboral/incapacidad de larga o corta duración</b> |

a. Persona que recibe el dinero	Fuente/tipo de ingresos	¿Con qué frecuencia se recibe?	Monto recibido
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b. Persona que recibe el dinero	Fuente/tipo de ingresos	¿Con qué frecuencia se recibe?	Monto recibido
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
c. Persona que recibe el dinero	Fuente/tipo de ingresos	¿Con qué frecuencia se recibe?	Monto recibido
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
d. Persona que recibe el dinero	Fuente/tipo de ingresos	¿Con qué frecuencia se recibe?	Monto recibido
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
e. Persona que recibe el dinero	Fuente/tipo de ingresos	¿Con qué frecuencia se recibe?	Monto recibido
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

3. Por favor, marque la casilla junto a cualquiera de las cosas mostradas que usted o alguien de su hogar posea o vaya a comprar. Díganoslo en la tabla. Cuando devuelva este formulario, debe enviar una prueba de estos bienes o recursos.

- Dinero en efectivo     Cuenta corriente     Cuenta de ahorro     Parcela de entierro  
 Certificado de depósito     Anualidades/fideicomisos     Acciones y bonos     Propiedad de la casa  
 Otros bienes     Seguro de vida/entierro     Contratos de entierro     Vehículos  
 Cuentas de jubilación     Tarjeta Express directa     Pagarés  
 Otros: \_\_\_\_\_

Propiedad de actual	Háblenos del activo Incluya el nombre del banco o de la funeraria, así como los números de cuenta u otra información utilizada para identificar el activo.	Valor o saldo
a.		
b.		
c.		
d.		
e.		

4. ¿Es usted o la persona para la que presenta la solicitud actualmente en un centro de atención residencial comunitario?

- Sí     No    ((Los centros de atención residencial comunitarios también pueden llamarse residencias o centros de vida asistida)

Si es SI, ¿cuál es el nombre del centro? \_\_\_\_\_ Fecha de entrada: \_\_\_\_\_

Las preguntas 5 a 7 son sólo para las personas que están actualmente reclusos en un centro penitenciario. Si es usted un recluso en un centro penitenciario, facilite la siguiente información.

5. Nombre del centro penitenciario: \_\_\_\_\_ Fecha de encarcelamiento: \_\_\_\_\_

a. Nombre del hospital donde se recibieron los servicios    Fecha de admisión (mm/dd/aaaa)    Fecha de alta (mm/dd/aaaa)  
 \_\_\_\_\_

Dirección donde vivía antes del encarcelamiento  
 \_\_\_\_\_

6. Si ha estado encarcelado durante más de 30 días, puede omitir esta pregunta y pasar a la número 7.

- a. ¿Trabajaba o recibía ingresos antes de ser encarcelado(a)?     Sí     No  
 b. Si vivía con su cónyuge antes de ser encarcelado(a), ¿estaba su cónyuge empleado?     Sí     No

7. Háblenos de sus ingresos antes de ser encarcelado(a). Introduzca los montos BRUTOS (esta información deberá ser verificada por el personal del centro penitenciario).

a. Tipo de ingresos	Monto pagado	¿Con qué frecuencia se paga?
_____	_____	_____
b. Tipo de ingresos	Monto pagado	¿Con qué frecuencia se paga?
_____	_____	_____
c. Tipo de ingresos	Monto pagado	¿Con qué frecuencia se paga?
_____	_____	_____

El personal del centro penitenciario puede dar fe de los ingresos o ganancias recibidos desde o a través del centro. La siguiente firma da fe de los ingresos verificados en la pregunta 7.

Persona del centro penitenciario: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_