



Solicitud de Hogar para ancianos, Atención residencial o domiciliaria

Este formulario se usa para solicitar Hogar para ancianos, Servicios de exención o Suplemento estatal optativo (OSS, por sus siglas en inglés) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Sur (SCDHHS). Responda todas las preguntas de la manera más completa posible en la medida en que se apliquen a usted o a las personas para quienes usted solicita estos servicios. Si necesita ayuda para completar esta solicitud, puede llamar al 1-888-549-0820 (TTY 1-888-842-3620).

Estoy solicitando: Hogar para ancianos Servicios de exención OSS

Discapacidad presunta **Este casillero para uso piloto únicamente**

¿Quién? _____

Las leyes federales requieren que cualquier persona que solicite servicios de Medicaid para sí misma debe informarnos sobre su condición de ciudadanía o de inmigrante y brindar o solicitar un número de seguro social (SSN, por sus siglas en inglés). Podemos ayudarlo a solicitar un SSN y los beneficios no se rechazarán ni demorarán mientras la solicitud esté en proceso. Los números de SSN provistos se usan para ayudar a la agencia estatal a determinar la elegibilidad. Toda persona no ciudadana que solicite beneficios completos de Medicaid debe presentar documentación de ciudadanía o de los servicios de inmigración de Estados Unidos (USCIS, por sus siglas en inglés), tales como un I-551 (Tarjeta verde) o un I-94. Las personas que soliciten servicios de emergencia únicamente en calidad de no ciudadanos no necesitan presentar documentación de USCIS ni un SSN.

Algunos miembros de la familia de los solicitantes pueden optar por no solicitar servicios de Medicaid. En ese caso, no es necesario que presenten un SSN o condición de ciudadanía o de inmigrante, pero deberán presentar información acerca de sus ingresos y sus bienes. Los beneficios de los solicitantes no se demorarán ni se rechazarán solo porque algunos miembros de la familia no deseen solicitarlos para ellos mismos. Si bien una persona que no solicita servicios de Medicaid no tiene obligación de presentar un SSN, es conveniente tener su número cuando reunimos la información necesaria para tomar una decisión. Usamos el SSN para verificar identidad, verificar elegibilidad y prevenir fraudes. Intercambiamos información con otras agencias conforme las normas federales y para administrar nuestros programas.

¿Cómo solicitar los beneficios?

- Debe llenar este formulario con tinta **negra** o **azul**, o **mecanografiando** sus respuestas. También puede hacerlo en línea si ingresa en www.SCDHHS.gov.
- Adjunte hojas adicionales si necesita más espacio para responder alguna de las preguntas.
- Puede enviar su solicitud por correo postal a: SCDHHS PO Box 100101 Columbia, SC 29202-3031.
- Para que la solicitud sea válida, debe tener su nombre, su información de contacto y debe estar firmada.
- Si no recibimos todo lo necesario, le enviaremos una lista de lo que debe hacernos llegar.
- Cuando tengamos todo lo que necesitamos, tomaremos una decisión acerca de su elegibilidad para Medicaid. Usted recibirá una carta dentro de un plazo de 45 días a partir de la fecha en que recibamos su solicitud, que le indicará si es elegible. Si necesita una determinación de discapacidad, podría demorar hasta 90 días.
- Informe de inmediato cualquier cambio en sus ingresos o en otros datos que aparecen en su solicitud a su oficina local de Medicaid, o llamando al centro de llamados, al 1-888-549-0820.
- Podemos compartir esta información con otras agencias federales o estatales a medida que reunimos lo que necesitamos para tomar una decisión.

1. Indique quién es la persona que necesita asistencia (Solicitante) y cómo podemos ponernos en contacto.

Nombre (nombre, inicial del segundo nombre, apellido)		Condado (donde vive)		¿Desea recibir información sobre esta solicitud por correo electrónico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Domicilio o calle (incluya número de departamento o de lote)		Ciudad	Estado	Dirección de correo electrónico:	
Dirección postal (si no es igual a la del lugar donde vive)		Ciudad	Estado	Código postal	
Números de teléfono				¿Cuál es su idioma de preferencia?	
Casa:	Trabajo:	Celular:		Hablado: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: Escrito: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro:	

2. Infórmenos sobre la(s) persona(s) que necesita(n) servicios de hogar para ancianos, atención de largo plazo o atención residencial. Incluya cualquier dependiente que pueda tener la persona, como un cónyuge o hijos.

Esta información es optativa para:

- Cualquiera que no solicite cobertura de Medicaid;
- Una persona no ciudadana que solicite servicios de emergencia únicamente

Nombre	Relación con el solicitante <small>* (Use los códigos de relación detallados a continuación)</small>	Estado civil <small>Soltero, Casado, Divorciado, Viudo, Separado</small>	Fecha de nacimiento	Sexo	¿Esta persona está solicitando servicios de Medicaid?	**Ver a continuación ¿Esta persona está solicitando servicios de planificación familiar?	Número del seguro social	Raza *** (Ver códigos de raza a continuación)	¿Esta persona es ciudadana de Estados Unidos?
1. Solicitante	X			<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2. Cónyuge				<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3.				<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4.				<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5.				<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

* Códigos de relación: SP Cónyuge BF/GF Novio/Novia NR No tiene relación OTH Otra CH Hijo(a) (Natural o Adoptado) SC Hijastr(a) GC Nieto(a) NE Sobrino(a)

*** Códigos de raza: 01 Blanco/Caucásico 02 Negro/Afroamericano 03 Multirracial 04 Nativo americano federalmente reconocido (Requiere verificación) 05 Otro nativo americano 06 Nativo de Alaska 07 Asiático 08 Otra/Desconocida 09 Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico 10 Hispano

**Planificación familiar es un programa de beneficios limitados que ofrece planificación familiar, servicios relacionados con la planificación familiar y ciertos estudios de prevención. La Planificación familiar no es cobertura completa de Medicaid. Si deja en blanco esta pregunta, no lo evaluaremos para Planificación familiar.

3. Infórmenos si alguien tiene Tutela, Custodia o Poder notarial del solicitante.

En caso afirmativo, presente una copia de los documentos legales o jurídicos y el nombre y número de teléfono de la persona.

- Tutela Nombre y número de teléfono: _____
- Custodia Nombre y número de teléfono: _____
- Poder notarial Nombre y número de teléfono: _____

4. ¿Desea usted, o la persona por quien usted solicita, servicios de atención de ancianos, ya sea en un hogar o en el domicilio? Sí No
 En caso afirmativo, ¿quién?: _____ Hogar para ancianos Servicios domiciliarios

5. ¿Desea usted, o la persona por quien usted solicita, ingresar a un Centro de atención residencial o Residencia? Sí No
 En caso afirmativo, ¿quién?: _____

6. ¿Está usted, o la persona por quien usted solicita, actualmente en un hospital, hogar para ancianos o centro de atención residencial? Sí No, en casa
 En caso afirmativo, ¿quién?: _____ Fecha de ingreso: _____ Dónde: _____

7. ¿Es usted ciego o discapacitado o está solicitando servicios para alguien que es ciego o discapacitado? Sí No

Nombre de la persona ciega o discapacitada	¿Esta persona está recibiendo o solicitando seguro social o SSI?	
	<input type="checkbox"/> Recibe beneficios de seguro social o de SSI	<input type="checkbox"/> Solicita beneficios de seguro social o de SSI
	<input type="checkbox"/> Recibe beneficios de seguro social o de SSI	<input type="checkbox"/> Solicita beneficios de seguro social o de SSI

8. ¿Usted, o la persona por quien usted solicita, han recibido servicios médicos durante los últimos tres meses? Sí No

Persona(s) que recibe(n) servicios médicos	Meses en que recibió servicios

Deberá brindarnos información sobre ingresos y bienes de cada mes para determinar si la persona puede ser elegible para recibir servicios de Medicaid

9. ¿Usted, o la persona por quien usted solicita, se retiró del ejército, tiene una discapacidad relacionada con el servicio O es cónyuge o dependiente de alguien que se ha retirado del ejército o que tiene una discapacidad relacionada con el servicio? Sí No
 En caso afirmativo, díganos quién. _____

10. ¿El solicitante o su cónyuge han trabajado alguna vez en algún lugar que cuenta con beneficios de retiro por los que pueda calificar para recibir dinero? Sí No
 En caso afirmativo, ¿quién estuvo trabajando, dónde y durante cuánto tiempo? _____

11. ¿Hay alguien en el hogar que haya dejado de trabajar en el curso del último año? Sí No En caso afirmativo, díganos quién estaba trabajando, dónde y cuándo terminó su empleo.

12. Infórmenos sobre los ingresos de cada miembro de la familia que vive en el hogar.

NADIE DEL HOGAR TIENE NINGÚN INGRESO

Antes de tomar una decisión sobre su solicitud, posiblemente deba presentar comprobantes de ingresos de las últimas 4 semanas.

Ingresos por desempleo	Ingresos por desempleo
Nombre de la persona que trabaja _____	Nombre de la persona que trabaja _____
Nombre del empleador _____	Nombre del empleador _____
Dirección del empleador _____	Dirección del empleador _____
_____	_____
Número de teléfono del empleador (incluya código de área) _____	Número de teléfono del empleador (incluya código de área) _____
Importe bruto recibido por período de paga sin descontar impuestos \$ _____	Importe bruto recibido por período de paga sin descontar impuestos \$ _____
¿Con qué frecuencia cobra? <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Mensual	¿Con qué frecuencia cobra? <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Mensual
¿Cuándo cobra? _____	¿Cuándo cobra? _____

¿Hay algún trabajador autónomo? Sí No

En caso afirmativo, envíe copias de todos los formularios de ingresos federales personales y comerciales presentados últimamente ante el IRS. Incluya todos los formularios y anexos.

Indique quién es trabajador autónomo y el nombre del negocio: _____

¿Usted, o alguien de su hogar, recibe o ha solicitado algún otro ingreso? Sí No

En caso afirmativo, seleccione todos los casilleros que correspondan y complete el siguiente cuadro

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Beneficios del seguro social (RSDI) | <input type="checkbox"/> Ingreso suplementario de seguridad (SSI) | <input type="checkbox"/> Manutención infantil |
| <input type="checkbox"/> Beneficios por discapacidad | <input type="checkbox"/> Beneficios de pensión/retiro | <input type="checkbox"/> Beneficios de desempleo |
| <input type="checkbox"/> Beneficios de la Administración de Veteranos (VA) | <input type="checkbox"/> Pensiones militares | <input type="checkbox"/> Dinero de amigos o parientes |
| <input type="checkbox"/> Compensación de los trabajadores | <input type="checkbox"/> Jubilación federal (Servicio civil, FERS) | <input type="checkbox"/> Pensión conyugal |
| <input type="checkbox"/> Contrato de tierras, hipoteca u otros pagarés a percibir por un miembro del hogar (presente copia del contrato, la hipoteca, el pagaré u otros convenios) | | |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | |

Persona que recibe o espera recibir dinero	Fuente/tipo de ingresos	Frecuencia con que los recibe	Importe recibido	Comentarios

13. Observe el listado a continuación. Seleccione el casillero de cualquiera de estas cosas que pueda tener usted, su cónyuge u otra persona de su hogar. Por cualquier cosa que seleccione, describa en las líneas a continuación.

Cuando comencemos a trabajar en su solicitud, podremos pedirle que envíe comprobante de los bienes que nos informa.

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cuenta corriente bancaria | <input type="checkbox"/> Cuenta de ahorros bancaria | <input type="checkbox"/> Certificado de depósito | <input type="checkbox"/> Fondo fiduciario o cuenta fiduciaria |
| <input type="checkbox"/> Caja de seguridad (incluya un detalle del contenido) | <input type="checkbox"/> Automóvil, camioneta, furgoneta | <input type="checkbox"/> Pensión vitalicia (en caso afirmativo, presente copia) | <input type="checkbox"/> Efectivo |
| <input type="checkbox"/> Acciones, bonos o fondos de inversión | <input type="checkbox"/> Motocicleta, bote, casa rodante | <input type="checkbox"/> Maquinaria agrícola o equipos comerciales | <input type="checkbox"/> Seguro de vida |
| <input type="checkbox"/> 401K, IRA u otra cuenta de jubilación | <input type="checkbox"/> Contrato de entierro prepago | <input type="checkbox"/> Espacio en un cementerio | <input type="checkbox"/> Dinero reservado para entierro |
| <input type="checkbox"/> Tarjeta de débito DirectExpress de SSA, SSI u otros beneficios | <input type="checkbox"/> Otros (sírvase especificar): | | |

Pertenece a	Infórmenos sobre el bien Incluya la ubicación, como el nombre del banco o de la casa funeraria, y cualquier número de cuenta u otra información utilizada para identificar el bien	Valor actual o saldo

14. ¿Usted o su cónyuge tiene alguna propiedad? En caso de respuesta AFIRMATIVA a cualquiera de las siguientes preguntas, infórmenos sobre la propiedad en la página siguiente.

- | | | | |
|---|---|---|---|
| Vivienda (casa, edificios y terreno donde vive) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Otra vivienda o edificio (no su hogar) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Terreno (no conectado al hogar) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Casa de vacaciones o propiedad de tiempo compartido | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

<p>¿Cuál es la dirección/ubicación de la propiedad? Detalle su hogar primero</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Nombre del propietario: _____</p> <p>¿Es este su hogar o lugar principal de residencia donde usted vive actualmente o adonde quiere volver a vivir si está residiendo en algún otro lugar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>¿Cuál es la dirección/ubicación de la propiedad?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Nombre del propietario: _____</p>
---	---

15. ¿Alguien tiene seguro de salud privado, Medicaid de otro estado (que no sea SC), o Medicare? Sí No

Tenedor de la póliza	Enumere a todas las personas cubiertas por el seguro	Nombre de la compañía de seguros	Número de póliza o Número de Medicare
<i>Incluya una copia del frente y dorso de todas las tarjetas de seguro de salud</i>			

**Si solicita servicios de atención de ancianos, ya sea en un hogar o en el domicilio,
responda las preguntas 16 a 24**

16. Si está casado e ingresa a un hogar para ancianos, ¿el solicitante desea dar (asignar) parte o todos sus ingresos al cónyuge que queda en casa?
..... Sí No

17. Si existen hijos dependientes o un adulto dependiente, ¿el solicitante desea dar (asignar) ingresos a los hijos dependientes o al adulto dependiente? Sí No

18. ¿El solicitante o su cónyuge han trabajado alguna vez en algún lugar que cuenta con beneficios de retiro por los que pueda calificar para recibir dinero?
..... Sí No

En caso afirmativo, ¿quién estuvo trabajando, dónde y durante cuánto tiempo? _____

19. ¿Alguien tiene una cuenta bancaria o algún otro bien, para el solicitante o su cónyuge?..... Sí No
En caso afirmativo, ¿en qué banco o ubicación, y a nombre de quién? _____

20. ¿El solicitante o su cónyuge han cerrado alguna cuenta bancaria en el curso de los últimos cinco (5) años? Sí No
En caso afirmativo, ¿en qué banco y a nombre de quién?

A. _____

Fecha de cierre: _____
Saldo al cierre: _____

B. _____

Fecha de cierre: _____
Saldo al cierre: _____

21. ¿El solicitante o su cónyuge han vendido o regalado dinero en efectivo, alguna propiedad, vehículo, bote u otro recurso a alguna persona durante el curso de los últimos cinco (5) años? Sí No

Bien vendido o regalado	Persona a quien se le vendió o regaló	Fecha en que se vendió o regaló	Importe recibido

22. ¿Dónde ha vivido el solicitante durante los últimos cinco (5) años?

Ciudad	Condado	Estado	Desde	Hasta

23. Si alguna vez estuvo casado, brinde la siguiente información acerca del cónyuge del solicitante. (Detalle primero la persona más reciente).

Nombre: _____

Vive en

Un centro médico Separados – ¿Cuándo o desde hace cuánto tiempo? _____
 Casados y viven juntos Fecha y estado/condado donde se tramitó el divorcio: _____
 Casados y viven aparte (no separados)

Dirección actual: _____ Número de teléfono: _____

Fallecido Fecha de muerte: _____ Estado y condado donde se legalizó el patrimonio: _____

Nombre: _____

Divorciado Fecha del divorcio: _____ Fecha y condado donde se tramitó el divorcio: _____
 Fallecido Fecha de muerte: _____ Estado y condado donde se legalizó el patrimonio: _____

Nombre: _____

Divorciado Fecha del divorcio: _____ Fecha y condado donde se tramitó el divorcio: _____
 Fallecido Fecha de muerte: _____ Estado y condado donde se legalizó el patrimonio: _____

24. ¿El solicitante ha recibido alguna herencia en el curso de los últimos cinco años?

Sí

No

En caso afirmativo, ¿de quién? _____

Fecha de muerte: _____ Estado/condado donde se legalizó el patrimonio _____

¿Herencia adicional?

En caso afirmativo, ¿de quién? _____

Fecha de muerte: _____ Estado/condado donde se legalizó el patrimonio _____

SÍRVASE LEER LOS SIGUIENTES DERECHOS Y RESPONSABILIDADES Y FIRME LA SOLICITUD EN LA PÁGINA 9

Derechos y responsabilidades

Lea los siguientes derechos y responsabilidades. Si está en desacuerdo con alguna afirmación, su elegibilidad para los programas puede verse afectada. Se requiere una firma para completar el proceso de solicitud y remitir su formulario a la agencia.

1. Sé que bajo las leyes federales la discriminación basada en raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad no está permitida. Puedo presentar un reclamo por discriminación llamando al (888) 808-4238 o escribiendo a la División de Derechos Civiles: Civil Rights Division, SCDHHS, P.O. Box 8206, Columbia, SC 29202-8206.
2. Sé que se me pedirá que colabore con la agencia que cobra la ayuda de salud de un padre o madre ausente. Si considero que cooperar para cobrar la ayuda de salud me causará un daño a mí o a mis hijos, puedo informarle esto a la agencia y puedo no estar obligado a cooperar.
3. Asigno y otorgo el derecho a cualquier pago de un tercero responsable al SCDHHS hasta el importe del pago que Healthy Connections ha hecho por mi atención médica. Esta asignación se aplica a cualquiera de mis hijos menores de edad que puedan resultar lesionados. Estos pagos pueden incluir pagos del seguro de salud, acuerdos legales o de otros terceros. También entiendo que tengo el deber de cooperar en identificar y brindar información para ayudar a Healthy Connections a procurar el pago de terceros que puedan tener la responsabilidad de pagar por la atención y los servicios.
4. Entiendo que debo cooperar plenamente con los empleados estatales y federales si revisan mi caso. También entiendo que, como condición de elegibilidad, debo solicitar y dar los pasos para obtener otros beneficios, que incluyen, entre otros, una pensión vitalicia, jubilación, discapacidad y otros beneficios.
5. Como solicitante/beneficiario de servicios de Medicaid, entiendo que existen dos grupos de personas afectadas por recuperación de propiedades:
 - Una persona de cualquier edad que haya sido paciente de un centro para ancianos, un centro de atención intermedia para personas con discapacidad mental u otras instituciones médicas al momento de fallecer, y que haya debido pagar el costo de la atención con la mayor parte de sus ingresos; o
 - Una persona que tuviera 55 años de edad o más al momento de recibir asistencia médica consistente en servicios de un centro para ancianos, servicios prestados en el hogar o en la comunidad y servicios hospitalarios y de prescripción de medicamentos provistos a individuos en centros para ancianos o que recibiera servicios en el hogar o la comunidad.Entiendo que al recibir cualquiera de estos servicios, el Departamento de Salud y Servicios Humanos presentará un reclamo contra mi patrimonio (todos los bienes personales y bienes raíces de mi propiedad al momento de mi muerte) por el importe que Medicaid haya pagado por los servicios que recibí.

Derechos y responsabilidades

6. Sé que debo informarle al SCDHHS dentro de un plazo de 10 días si algún dato incluido en esta solicitud cambia y es diferente a lo que figura en esta solicitud. Entiendo que cualquier cambio en la información puede afectar la elegibilidad de miembros de mi grupo familiar.
7. La información que brindo en esta solicitud y en futuras interacciones con el SCDHHS se usará para verificar mi elegibilidad para ayudar a pagar la cobertura de salud, si decido solicitarla. Si la información que brindo no concuerda con los datos electrónicos, me pueden pedir que presente comprobantes. Sé que, a menos que pida específicamente ser excluido, la información recogida se almacenará de forma segura para garantizar que los servicios provistos a mí y a mi familia sean suficientes y necesarios.
8. Si considero que el SCDHHS, la agencia que administra Healthy Connections, el programa estatal de Medicaid, ha cometido un error, puedo apelar su decisión. Apelar significa decirle a alguien del SCDHHS que considero que la medida es incorrecta y pedir una audiencia justa. Debo remitir un pedido de audiencia por escrito al SCDHHS. Sé que debo representarme a mí mismo o ser representado por alguna otra persona.
9. Sé que la información personal de salud que brindo o que el SCDHHS reúna más adelante está cubierta por la Ley de portabilidad y responsabilidad de seguros médicos de 1996 (HIPAA) y recibiré una Notificación de prácticas de privacidad junto con mi(s) tarjeta(s) de Healthy Connections.

- Firmo esta solicitud bajo pena de perjurio. Esto significa que he brindado respuestas correctas a todas las preguntas de este formulario, a mi leal saber y entender. Sé que si no soy veraz, puede existir una sanción bajo las leyes federales.
- Al firmar afirmo que he leído y acepto los derechos y responsabilidades detallados en esta página.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Si el solicitante firma con una "X", la firma necesita de dos testigos

Si usted es un representante autorizado puede firmar la solicitud anterior, siempre que haya provisto la información en FM 1282 (adjunto).

Testigo 1: _____ Fecha: _____

Testigo 2: _____ Fecha: _____

¿Desea designar a alguien como representante autorizado de su caso? Sí No
Si usted designa un representante autorizado, debe firmar un formulario que nos autorice a hablar con esa persona sobre su caso. También podremos mandar todas las cartas y notificaciones a esa persona. Marque aquí si esa persona tiene Poder notarial Custodia Tutela sobre usted e incluya una copia si es posible.

Si usted ha firmado esta solicitud en nombre de alguien, firme a continuación:

Firma: _____ Fecha: _____

Ayudé al solicitante a completar este formulario o estoy solicitando en nombre de una persona que no está capacitada para actuar por cuenta propia. Entiendo que cualquiera que ayude a una persona a recibir beneficios de manera deshonestamente está sujeto a sanciones penales. Certifico que las respuestas de este formulario:

- Fueron provistas por el solicitante/beneficiario Son lo que personalmente sé acerca de esa persona.

Nombre del solicitante/miembro de Medicaid

Número del seguro social

Designación de un representante autorizado

¿Desea autorizar que alguien lo represente en todos los asuntos relacionados con su caso?

Puede darle autorización a una persona u organización de su confianza para hablar con nosotros sobre su solicitud, ver su información y actuar en su nombre en asuntos relacionados con su solicitud, que incluye obtener información acerca de su solicitud y firmar el formulario en su nombre. Esta persona también puede actuar en su nombre en otros asuntos, incluidas revisiones, apelaciones y procesos de atención administrados. Esta persona se llama "representante autorizado". El empleado de elegibilidad de Medicaid puede divulgar cualquier dato relacionado con su solicitud/revisión y estado a su representante autorizado o a cualquier miembro de la organización indicada en este formulario. Más de una persona u organización puede actuar como su representante autorizado.

Usted puede designar, retirar o cambiar un representante autorizado en cualquier momento. Si alguna vez necesita cambiar su representante autorizado, póngase en contacto con Healthy Connections. Si ha sido designado legalmente como representante de alguien que aparece en esta solicitud, no necesita completar esta sección.

Nombre del representante autorizado (nombre, inicial del segundo nombre, apellido)		<input type="checkbox"/> Nuevo <input type="checkbox"/> Cambio <input type="checkbox"/> Agregado <input type="checkbox"/> Retirar a esta persona u organización como mi representante autorizado	
Dirección del representante autorizado (dejar en blanco si no la conoce).			Número de departamento u oficina
Ciudad	Estado	Código postal	
Número de teléfono del representante autorizado		Otro número de teléfono	
Dirección de correo electrónico del representante autorizado			
Nombre de la organización (si corresponde)		Unidad* (si corresponde)	Número de identificación (si corresponde)

*En caso de organizaciones grandes, es conveniente identificar una unidad específica.

0

Autorización para divulgar información

¿Existe alguien con quien desea que compartamos información sobre su solicitud?

Al completar esta sección, usted puede autorizar a la siguiente persona a recibir información acerca de su solicitud/caso, pero esa persona no tendrá la posibilidad de actuar en su nombre como representante autorizado. Usted también autoriza al SCDHHS a divulgar información acerca de esta solicitud a esta persona u organización adicional.

Nombre de la persona/organización		Teléfono	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Unidad (si corresponde)	Número de identificación (si corresponde)		
Firma del solicitante/miembro de Medicaid	Fecha (mm/dd/aaaa)		

Si firma con una "X," se necesita la firma de dos testigos.

Testigo: _____ Testigo: _____

El miembro está incapacitado o imposibilitado de firmar. El SCDHHS se reserva el derecho de verificar la imposibilidad del miembro de firmar. Brinde un motivo:

Envíe su formulario firmado por correo postal a: SCDHHS - Central Mail, PO Box 100101, Columbia, SC 29202-3101 **Fax:** (888) 820-1204

¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Ingrese a SCDHHS.gov o llámenos al **1-888-549-0820**. Para obtener una copia de este formulario en español, llame **1-888-549-0820**. Si necesita ayuda en un idioma que no sea el inglés, llame al **1-888-549-0820** e indíquelo al representante de atención al cliente el idioma que necesita. Lo ayudaremos sin ningún costo para usted. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-888-842-3620**.