Solicitud de Asistencia Médica para Personas Mayores de edad y Personas con Discapacidades

¿Quién puede utilizar esta solicitud?	Esta solicitud es para ancianos y personas con discapacidades que están solicitando asistencia médica. No está destinada a ser utilizada por familias con niños ni por mujeres embarazadas.
Presente la solicitud más rápido en línea	**¡VAYA!** ¿Preferiría realizar la solicitud en línea? Presente la solicitud más rápido en línea en www.applyforKanCare.ks.gov
Este formulario nos proporciona la información que necesitamos para decidir la elegibilidad para usted y su familia. Los programas y servicios que usted puede solicitar con este formulario son los siguientes.	
Asistencia Médica	Los programas de Asistencia Médica proporcionan cobertura médica para ancianos y personas con discapacidades. La cobertura médica podría ayudar a pagar las facturas del hospital, las visitas al médico, los medicamentos, las primas de Medicare, los servicios de asistencia en el hogar, los cuidados en asilo de ancianos o institucionales.
En la página 3 de esta solicitud se le pedirá que indique qué tipo de ayuda desea para cada miembro de su grupo familiar. Abajo está listada la definición de cada tipo de cobertura. Por favor consúltelas al responder.	
Personas Médicamente Necesitadas (Spenddown)	Este programa es para ancianos y personas con discapacidades que viven en la comunidad. En base al nivel de ingresos, algunas personas son responsables de pagar una parte de sus gastos médicos antes de que comience la cobertura.
Working Healthy	Este programa es para personas discapacitadas o ciegas de entre 16 y 64 años de edad y que están trabajando. En base al nivel de ingresos, se requiere que algunas personas paguen una prima mensual.
Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (HCBS)	Este programa es para personas que tienen una necesidad médica de servicios en la comunidad que pueden evitar que deban estar en una institución. Existen actualmente 7 programas de Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (HCBS), cada uno con un grupo diferente de normas. En base al nivel de ingresos, algunas personas son responsables de pagar una parte de los costos de su atención.
Asilo de Ancianos u Otro Establecimiento	Esta categoría de cobertura es para niños y adultos que residen en un asilo de ancianos, institución médica o de salud mental o establecimiento similar durante un período prolongado. En base al nivel de ingresos, algunas personas son responsables de pagar una parte de los costos de su atención en el establecimiento.
Programa de Cuidado Todo Incluido para Ancianos (PACE)	Este programa es para personas discapacitadas (de 55 años de edad o más) y personas de 65 años de edad o más que residen en algunos condados seleccionados dentro del estado. Las personas reciben cobertura de atención a largo plazo a través de una red de cuidados administrados. Las pautas de HCBS aplican a personas que viven en la comunidad y las pautas institucionales aplican a aquellas que viven en una institución. En base al nivel de ingresos, algunas personas son responsables de pagar una parte de los costos de su atención.
Programa de Ahorros Medicare (Costos de Medicare)	Este programa es para personas que tienen Medicare y ayuda con alguno de los costos. Este programa paga las primas de la Parte B de Medicare y podría también pagar los copagos y deducibles de Medicare.

Agency Use Only

Outstationed Worker

Para obtener ayuda para completar esta solicitud, llame al número gratuito: **1-800-792-4884**

Siga estos pasos para presentar su solicitud:

- Complete este formulario para presentar la solicitud. Si necesita ayuda o tiene preguntas llame al 1-800-792-4884. Lea las preguntas cuidadosamente y responda en forma honesta. Si usted está presentando la solicitud para otra persona, por favor responda las preguntas por esa persona.
- Firme y feche este formulario. Su solicitud no está completa hasta que está firmada.
- En la última página de este formulario hay una lista de artículos que tal vez necesitemos.

Envíe por correo su formulario de solicitud firmado a:

KanCare Clearinghouse
P.O. Box 3599
Topeka, KS 66601-9738

o envíelo por fax a: 1-844-264-6285

A. Díganos porqué está presentando la solicitud
Para ayudarnos a cubrir mejor sus necesidades, díganos porqué está presentando la solicitud:

B. Díganos acerca del Solicitante Principal:
El Solicitante Principal es la persona que necesita asistencia médica.

Su Nombre: (Primero, Segundo, Apellido)		Otros nombres utilizados:	
Domicilio del Hogar:		Domicilio Postal (Si fuera diferente):	
Ciudad:	Estado:	Ciudad:	Estado:
Condado:	Código Postal:	Condado:	Código Postal:
☐ Marque aquí si usted no tiene un domicilio. Aún así usted deberá proporcionar un domicilio postal.			
Teléfono del Hogar: ( ) —		Teléfono del Trabajo: ( ) —	
Me gustaría recibir información acerca de esta solicitud a través de:			
Correo Electrónico: ☐ No ☐ Si		Dirección de Correo Electrónico:	
Texto: ☐ No ☐ Si		Número de Teléfono Celular: ( ) —	
¿Qué idioma habla usted en el hogar?		¿Qué idioma lee usted en el hogar?	

C. Díganos Acerca de Usted y de las Personas en su hogar

Lístese usted y todas las personas en el grupo familiar. Incluya a aquellas personas que están temporalmente fuera del hogar y a aquellas que viven en el hogar incluso si no está presentando una solicitud para ellas. Si tiene más de 3 personas en su hogar, por favor adjunte otra hoja de papel y envíela con su solicitud.

		Persona 1 Usted	**Persona 2**	**Persona 3**
Primer Nombre				
Segundo Nombre				
Apellido				
Nombre de Soltera				
¿Cómo está esta persona relacionada con otros miembros del grupo familiar	La persona 1 es mi:	*Yo mismo - Persona 1*		
	La persona 2 es mi:		*Yo mismo – Persona 2*	
	La persona 3 es mi:			*Yo mismo – Persona 3*
Sexo		☐ Masculino ☐ Femenino	☐ Masculino ☐ Femenino	☐ Masculino ☐ Femenino
Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)		/ /	/ /	/ /
Estado Civil		☐ Nunca Casada/o ☐ Casada/o ☐ Conviviente ☐ Divorciada/o ☐ Separada/o ☐ Viuda/o	☐ Nunca Casada/o ☐ Casada/o ☐ Conviviente ☐ Divorciada/o ☐ Separada/o ☐ Viuda/o	☐ Nunca Casada/o ☐ Casada/o ☐ Conviviente ☐ Divorciada/o ☐ Separada/o ☐ Viuda/o
¿Vive esta persona en el mismo domicilio que usted?			☐ No ☐ Si	☐ No ☐ Si
De no ser así, liste el domicilio.				
¿Ha vivido esta persona en otro estado que no sea Kansas en los últimos 3 meses?		☐ No ☐ Si	☐ No ☐ Si	☐ No ☐ Si
De ser así, ¿cuándo y dónde?				
¿Está esta persona solicitando asistencia médica?		☐ No ☐ Si	☐ No ☐ Si	☐ No ☐ Si
De ser así, ¿qué tipos de asistencia necesita esta persona? Marque todos los que apliquen. (consulte la página 1 para descripciones de los programas)		☐ Personas Médicamente Necesitadas ☐ Working Healthy ☐ HCBS ☐ Asilo de Ancianos ☐ PACE ☐ Costos de Medicare ☐ SOLAMENTE Costos Medicare (ninguna otra asistencia)	☐ Personas Médicamente Necesitadas ☐ Working Healthy ☐ HCBS ☐ Asilo de Ancianos ☐ PACE ☐ Costos de Medicare ☐ SOLAMENTE Costos Medicare (ninguna otra asistencia)	☐ Personas Médicamente Necesitadas ☐ Working Healthy ☐ HCBS ☐ Asilo de Ancianos ☐ PACE ☐ Costos de Medicare ☐ SOLAMENTE Costos Medicare (ninguna otra asistencia)
¿Tiene esta persona un tutor legal o conservador?		☐ No ☐ Si	☐ No ☐ Si	☐ No ☐ Si
		De ser así, complete las preguntas adicionales en la página 17.		

Personas 1, 2, y 3 (continuación)

Por favor continúe y responda las preguntas acerca de Usted y las Personas 2 y 3. Escriba sus nombres en la primera línea.

	Persona 1 Usted	Persona 2	Persona 3
Primer Nombre y Apellido			
Necesitamos los Números de Seguro Social (SSNs) de todas las personas que están solicitando asistencia médica. Un SSN es opcional para las personas que no están solicitando asistencia médica, pero el hecho de proporcionar un SSN puede acelerar el proceso de solicitud. Nosotros utilizamos los SSNs para verificar los ingresos y otra información para ver quién es elegible para ayuda con la asistencia médica. Si alguien no tiene un SSN, llame al 1-800-772-1213 o visite www.socialsecurity.gov			
Número de Seguro Social			
¿Ciudadano/a de los EE.UU.? (necesario responder si está solicitando asistencia médica)	☐ No ☐ Si	☐ No ☐ Si	☐ No ☐ Si
	De no ser así, por favor consulte la página 6 para más información.		
Ciudad y País de nacimiento			
Raza (opcional) Marque todas las que apliquen	☐ Blanca ☐ China ☐ Japonesa ☐ Hawaiano/a Nativo/a ☐ Otras Asiáticas ☐ Guaymeña o Chamorra ☐ Indio Americano o Nativo de Alaska ☐ Negra ☐ Filipina ☐ Coreana ☐ Vietnamita ☐ Asiática India ☐ Samoana ☐ Otra Isleña del Pacífico ☐ Otra	☐ Blanca ☐ China ☐ Japonesa ☐ Hawaiano/a Nativo/a ☐ Otras Asiáticas ☐ Guaymeña o Chamorra ☐ Indio Americano o Nativo de Alaska ☐ Negra ☐ Filipina ☐ Coreana ☐ Vietnamita ☐ Asiática India ☐ Samoana ☐ Otra Isleña del Pacífico ☐ Otra	☐ Blanca ☐ China ☐ Japonesa ☐ Hawaiano/a Nativo/a ☐ Otras Asiáticas ☐ Guaymeña o Chamorra ☐ Indio Americano o Nativo de Alaska ☐ Negra ☐ Filipina ☐ Coreana ☐ Vietnamita ☐ Asiática India ☐ Samoana ☐ Otra Isleña del Pacífico ☐ Otra
Etnia (opcional) Si fuera etnia Hispana/Latina, marque todas las que apliquen	☐ Mexicano/a ☐ Mexicano/a Americano/a Chicano/a ☐ Portorriqueño/a ☐ Cubano/a ☐ Otra	☐ Mexicano/a ☐ Mexicano/a Americano/a Chicano/a ☐ Portorriqueño/a ☐ Cubano/a ☐ Otra	☐ Mexicano/a ☐ Mexicano/a Americano/a Chicano/a ☐ Portorriqueño/a ☐ Cubano/a ☐ Otra
¿Ha esta persona dado a luz a un bebé en los últimos 3 meses?	☐ No ☐ Si	☐ No ☐ Si	☐ No ☐ Si
¿Recibió esta persona atención de emergencia en los últimos 3 meses para salvar su vida, órganos, o funciones corporales?	☐ No ☐ Si	☐ No ☐ Si	☐ No ☐ Si
¿Necesita esta persona ayuda para pagar las facturas médicas de los últimos 3 meses (incluso primas de Medicare)? De ser así, por favor consulte las preguntas adicionales en la página 6.	☐ No ☐ Si	☐ No ☐ Si	☐ No ☐ Si
¿Cuáles de las siguientes describe mejor la situación actual de vivienda de esta persona?	☐ Casa propia ☐ Alquila ☐ Vive con otra persona ☐ Vida Asistida ☐ Hospital ☐ Centro de Enfermería u otra institución ☐ Otra	☐ Casa propia ☐ Alquila ☐ Vive con otra persona ☐ Vida Asistida ☐ Hospital ☐ Centro de Enfermería u otra institución ☐ Otra	☐ Casa propia ☐ Alquila ☐ Vive con otra persona ☐ Vida Asistida ☐ Hospital ☐ Centro de Enfermería u otra institución ☐ Otra

Personas 1, 2, y 3 (continuación)

Por favor continúe y responda las preguntas acerca de Usted y las Personas 2 y 3. Escriba sus nombres en la primera línea.

	Persona 1 Usted	**Persona 2**	**Persona 3**
Primer Nombre y Apellido			
¿Está esta persona viviendo fuera del hogar?	☐ No ☐ Si	☐ No ☐ Si	☐ No ☐ Si
De ser así ¿por qué está esta persona viviendo fuera del hogar?			
Fecha esperada de regreso	/ /	/ /	/ /
Si se encuentra en un hospital, centro de enfermería u otra institución, ¿cuál es el nombre de la institución?			
Fecha de Admisión	/ /	/ /	/ /
Fecha de Alta	/ /	/ /	/ /
¿Ha estado esta persona alguna vez en un hospital o centro de enfermería durante más de 30 días seguidos?	☐ No ☐ Si	☐ No ☐ Si	☐ No ☐ Si
De ser así, ¿cuándo? (MM/DD/AA hasta MM/DD/AA)			
¿Ha prestado esta persona servicios en el ejército?	☐ No ☐ Si	☐ No ☐ Si	☐ No ☐ Si
¿Es esta persona el cónyuge o viudo/a de alguien que prestó servicios en el ejército?	☐ No ☐ Si	☐ No ☐ Si	☐ No ☐ Si
¿Cuál es el número del expediente de la Administración de Veteranos (VA) de esta persona?			
¿Paga esta persona gastos médicos?	☐ No ☐ Si	☐ No ☐ Si	☐ No ☐ Si
¿Cuál es el monto de los gastos?	$	$	$
¿Con qué frecuencia?			
Describa el gasto:			

Información Adicional acerca de las Personas en su Grupo Familiar

Ayuda con las facturas médicas en los últimos 3 meses Dado que usted ha solicitado ayuda para pagar las facturas médicas en los últimos 3 meses, por favor responda a estas preguntas.	
¿Ha ocurrido algún cambio en el grupo familiar en los últimos 3 meses? (Personas que se mudaron a o fuera del Hogar)	☐ No ☐ Si
De ser así, díganos los cambios en el grupo familiar:	
¿Ha ocurrido algún cambio en los ingresos del grupo familiar en los últimos 3 meses?	☐ No ☐ Si
De ser así, díganos los cambios en los ingresos:	
¿Ha ocurrido algún cambio en los bienes del grupo familiar en los últimos 3 meses?	☐ No ☐ Si
De ser así, díganos los cambios en los bienes:	

Condición de Inmigración: Por favor proporcione la condición de inmigración para todas las personas que presentan la solicitud que NO sean ciudadanos de los EE.UU.
(Por favor tenga en cuenta: Solicitar la asistencia médica KanCare no afecta su condición de inmigración).

Nombre (Primero, Segundo, Apellido)	Tipo de Documento	Número de inmigración	Condición de inmigración

Información del Impuesto Federal a los Ingresos
Tenemos algunas preguntas acerca de cómo usted tiene pensado declarar sus impuestos. Complete estas preguntas en base a su situación actual.

	Persona 1 Usted	**Persona 2**	**Persona 3**
Primer Nombre y Apellido			
En base en su situación actual, ¿tiene esta persona pensado presentar una declaración de impuestos federales?	☐ No ☐ Si	☐ No ☐ Si	☐ No ☐ Si
	De ser así, por favor responda a las preguntas 1 a 3. De no ser así vaya a la pregunta 3		
1. ¿Realizará esta persona una presentación conjunta con su cónyuge?	☐ No ☐ Si	☐ No ☐ Si	☐ No ☐ Si
De ser así, nombre del cónyuge			
2. ¿Tiene esta persona alguna persona dependiente en su declaración de impuestos?	☐ No ☐ Si	☐ No ☐ Si	☐ No ☐ Si
De ser así, liste el/los nombre(s) de los dependientes			
3. ¿Es esta persona reclamada como dependiente en la declaración de impuestos de alguna otra persona?	☐ No ☐ Si	☐ No ☐ Si	☐ No ☐ Si
De ser así, liste el nombre de la persona que presentará los impuestos.			
¿Cómo está esta persona relacionada con aquella que presentará los impuestos?			

D. Díganos Si Usted Está Discapacitado

Necesitamos saber si alguna persona en su grupo familiar tiene una discapacidad. Nota: La Información Personal de Salud divulgada aquí solo será utilizada para decidir su condición de discapacidad y no será compartida con otras personas.

	Persona 1 Usted	Persona 2	Persona 3
¿Tiene esta persona una discapacidad que durará al menos 12 meses o que resultará en muerte?	☐ No ☐ Si	☐ No ☐ Si	☐ No ☐ Si
¿Ha solicitado esta persona Beneficios del Seguro Social alguna vez?	☐ No ☐ Si	☐ No ☐ Si	☐ No ☐ Si
	De ser así, responda las preguntas abajo.		
¿Fue denegada la solicitud?	☐ No ☐ Si	☐ No ☐ Si	☐ No ☐ Si
De ser así, ¿cuándo?			
¿Está la denegación bajo apelación?	☐ No ☐ Si	☐ No ☐ Si	☐ No ☐ Si
De ser así, ¿cuál es la situación?			
¿Ha empeorado la afección existente desde la denegación del Seguro Social?	☐ No ☐ Si	☐ No ☐ Si	☐ No ☐ Si
De ser así, explique			
¿Tiene esta persona una discapacidad o afección nueva que el Seguro Social no observó?	☐ No ☐ Si	☐ No ☐ Si	☐ No ☐ Si
De ser así, describa brevemente la discapacidad.			
¿Está un abogado o alguien más ayudando a esta persona con la solicitud del Seguro Social para beneficios de discapacidad?	☐ No ☐ Si	☐ No ☐ Si	☐ No ☐ Si
De ser así, liste el nombre de la persona y organización			
Número de teléfono de la persona o de la organización			

E. Díganos acerca de sus Recursos

Necesitamos saber acerca de sus recursos para decidir si usted puede recibir beneficios. Si necesita más espacio, agregue hojas adicionales.

1. Responda las preguntas abajo. Marque No o Si en cada artículo. De ser así, proporcione detalles acerca del recurso.

Tipo de Recurso		Nombre(s) en el Recurso	Monto o Valor	¿Donde está Guardado el Recurso? (Nombre del Banco, Cooperativa de Crédito o Compañía)	Número de Cuenta
Efectivo	☐ No ☐ Si				
Cuenta Corriente	☐ No ☐ Si				
Cuenta de Ahorros	☐ No ☐ Si				
Certificado de Depósito (CD por sus siglas en inglés)	☐ No ☐ Si				
Plan Jubilatorio	☐ No ☐ Si				
Cuentas de Centro de Enfermería	☐ No ☐ Si				
Acciones y Bonos	☐ No ☐ Si				
Planes de Funeral o Sepultura	☐ No ☐ Si				
Parcelas para Sepultura	☐ No ☐ Si				
Otro: _____	☐ No ☐ Si				
Otro: _____	☐ No ☐ Si				

2. ¿Tiene alguien en su grupo familiar un vehículo? ☐ No ☐ Si De ser así, complete lo siguiente.

	Vehículo #1	Vehículo #2	Vehículo #3
Año			
Marca			
Modelo			
Propietario			
Valor Estimado	$	$	$
Monto Adeudado	$	$	$
¿Está registrado en Kansas?	☐ No ☐ Si	☐ No ☐ Si	☐ No ☐ Si
¿Cómo utiliza usted el vehículo?			

3. ¿Tiene alguien en su grupo familiar seguro de vida? ☐ No ☐ Si De ser así, complete lo siguiente. Incluya copias de todas las pólizas.

Propietario de la Póliza	Compañía de Seguro	Número de la Póliza	Valor Nominal	Valor en Efectivo
			$	$
			$	$
			$	$

4. ¿Alguien en su grupo familiar es propietario de una casa? ☐ No ☐ Si De ser así, complete lo siguiente.

Propietarios		Domicilio			
Fecha de Compra	/ /	Valor	$	Monto Adeudado	$
¿Quién vive en el hogar?					
Si el propietario no vive allí, explique por qué:					
Si el propietario no vive allí, ¿Tiene intenciones el propietario de regresar al hogar?			☐ No ☐ Si		
De ser así, ¿cuándo?					

5. ¿Posee alguien en su grupo familiar otros bienes inmuebles (incluyendo edificios, lotes, tierras para cultivos, segunda vivienda)? ☐ No ☐ Si De ser así, complete lo siguiente.

Describa la Propiedad					
¿Es esta propiedad utilizada como propiedad en alquiler o para producir ingresos?			☐ No ☐ Si		
Propietarios		Domicilio			
Fecha de Compra	/ /	Valor	$	Monto Adeudado:	$

6. ¿Tiene alguien en su grupo familiar usufructo vitalicio o interés del usufructo en alguna propiedad? ☐ No ☐ Si
De ser así, complete lo siguiente:

Describa la Propiedad			
Propietarios		Domicilio	
Liste la fecha de creación del usufructo vitalicio:	/ /	Valor de la Propiedad	$

7. ¿Tiene alguien en su grupo familiar un fideicomiso? ☐ No ☐ Si De ser así, complete lo siguiente.

Tipo		Propietarios		Monto	$
Propósito					

8. ¿Tiene alguien en su grupo familiar una pensión vitalicia u otra inversión similar, incluso aquellas emitidas como parte de un paquete jubilatorio? ☐ No ☐ Si De ser así, complete lo siguiente.

Propietarios		Valor	
Compañía			

Nota: Para asistencia para Cuidado a Largo Plazo, el Estado de Kansas debe ser nombrado como beneficiario de cualquier pensión vitalicia que usted posea y haya sido comprada en o después del 8 de Febrero de 2006. Se le proporcionará más información acerca de este proceso. Usted acepta realizar esta cesión cuando firma la solicitud.

9. ¿Le debe alguien dinero a usted mediante un pagaré u otros préstamos? ☐ No ☐ Si

De ser así, explique _____

_____

10. ¿Tiene alguien en su grupo familiar otros bienes (como ser un vehículo recreativo, remolque, botes, ganadería, derechos de minería, maquinaría, etc.)? ☐ No ☐ Si De ser así, complete lo siguiente.

Describa el Bien			
Propietarios		Valor	$
Describa el Bien			
Propietarios		Valor	$

11. ¿Han usted o su cónyuge tomado un préstamo contra cualquier propiedad en los últimos cinco años, incluyendo una segunda hipoteca o hipoteca revertida? ☐ No ☐ Si

12. ¿Han usted o su cónyuge renunciado alguna vez a derechos de una herencia o testamento? ☐ No ☐ Si

13. ¿Alguna vez usted o su cónyuge ha trabajado con un abogado u otro profesional para los fines de Planificación Patrimonial?

☐ No ☐ Si De ser así, complete lo siguiente.

Nombre del Abogado		Fecha	/ /

14. ¿Ha usted o su cónyuge vendido, negociado, regalado o modificado la posesión de cualquier propiedad como ser una casa o dinero o cualquier otra propiedad en los últimos 5 años? ☐ No ☐ Si De ser así, complete lo siguiente.

Fecha en la que Fue Modificada la Posesión	Tipo de Propiedad	Valor	¿Entregada/Vendida?	Propósito
/ /		$		
/ /		$		
/ /		$		
/ /		$		
/ /		$		

F. Díganos acerca de sus Ingresos Ganados

¿Tiene alguien en su grupo familiar un empleo? ☐ No ☐ Si De ser así, responda las preguntas abajo.			
	Empleo 1	Empleo 2	Empleo 3
Nombre del Trabajador			
Nombre de la compañía			
Domicilio de la Compañía			
Número de Teléfono de la Compañía			
Fecha de Inicio	/ /	/ /	/ /
¿Cuántas horas trabajadas por semana?			
Sueldo Bruto o salario por hora	$	$	$
¿Con qué frecuencia reciben el pago?			
¿Fecha del próximo cheque?	/ /	/ /	/ /
¿Incluye alguno de estos empleos propinas, comisiones o bonos? De ser así, responda las preguntas abajo.			
	☐ No ☐ Si	☐ No ☐ Si	☐ No ☐ Si
¿De qué tipo?			
¿Cuál es la cantidad usual? (previo a deducciones)	$	$	$
¿Con qué frecuencia?			

¿Tiene algunas de las personas en su grupo familiar un empleo por cuenta propia? ☐ No ☐ **Si** De ser así, responda las preguntas abajo.
Empleado Por Cuenta Propia significa que esta persona es su propio jefe. Esto incluye trabajos eventuales, cuidado de niños, corte de césped, retiro de nieve, ventas de cosméticos, ingresos por alquileres, etc., aún si no es su empleo principal.

	Empleado por cuenta propia 1	Empleado por cuenta propia 2	Empleado por cuenta propia 3
Nombre de la persona que es empleado por cuenta propia			
Nombre del Negocio			
¿Qué tipo de negocio es?			
¿Cuándo lo comenzó?			
¿Se declararon los impuestos sobre estos ingresos el año pasado?	☐ No ☐ Si	☐ No ☐ Si	☐ No ☐ Si
¿Qué formulario del Servicio de Impuestos Internos (IRS) presentó usted para este impuesto?	☐ Anexo C ☐ Anexo D ☐ Anexo E ☐ Anexo F ☐ 4797 ☐ 1065 ☐ 1120S ☐ Anexo K ☐ Otra _____	☐ Anexo C ☐ Anexo D ☐ Anexo E ☐ Anexo F ☐ 4797 ☐ 1065 ☐ 1120S ☐ Anexo K ☐ Otra _____	☐ Anexo C ☐ Anexo D ☐ Anexo E ☐ Anexo F ☐ 4797 ☐ 1065 ☐ 1120S ☐ Anexo K ☐ Otra _____
Ingreso Bruto Anual Informado	$	$	$
Gastos Brutos Anuales Informados	$	$	$
Ingreso Mensual Estimado (previo a gastos)	$	$	$
Ingresos mensuales	$	$	$

Díganos acerca de sus Gastos de Trabajo
Si usted está discapacitado y trabajando, liste cualquier gasto relacionado con su discapacidad que le permite trabajar. Algunos ejemplos: transporte especial hacia y desde el trabajo, ayuda de cuidado personal o para ayudarle a usted a alistarse para el trabajo, animales de servicio, medicaciones, equipamiento o herramientas especializadas.

	Persona 1 Usted		**Persona 2**		**Persona 3**	
¿Tiene esta persona ingresos del trabajo?	☐ No ☐ Si		☐ No ☐ Si		☐ No ☐ Si	
De ser así, liste cualquier gasto relacionado con su discapacidad que le permite trabajar.	Tipo de Gasto	Monto Mensual	Tipo de Gasto	Monto Mensual	Tipo de Gasto	Monto Mensual
		$		$		$
		$		$		$
		$		$		$

G. Díganos acerca de sus Otros Ingresos

Complete el siguiente cuadro: Marque no o sí en cada artículo más abajo.

Tipo/Fuente de Ingresos		Nombre de la Persona que recibe estos	Monto Recibido	Con qué Frecuencia se Recibe	Número de Reclamo
Beneficios del Seguro Social	☐ No ☐ Si		$		
Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés)	☐ No ☐ Si		$		
Beneficios de Veteranos.	☐ No ☐ Si		$		
Jubilación del Ferrocarril	☐ No ☐ Si		$		
Pagos de Fideicomiso	☐ No ☐ Si		$		
Pagos de Rentas Vitalicias	☐ No ☐ Si		$		
Otra Jubilación o Pensión Fuente _____	☐ No ☐ Si		$		
Compensación del Trabajador	☐ No ☐ Si		$		
Desempleo	☐ No ☐ Si		$		
Pagos Tribales	☐ No ☐ Si		$		
Regalías de Petróleo / Derechos Minerales /	☐ No ☐ Si		$		
Venta por Contrato	☐ No ☐ Si		$		
Ingreso de Rentas	☐ No ☐ Si		$		
Manutención de Niño	☐ No ☐ Si		$		
Manutención de Cónyuge	☐ No ☐ Si		$		
Otros Ingresos Fuente 1 _____	☐ No ☐ Si		$		
Otros Ingresos Fuente 2 _____	☐ No ☐ Si		$		

H. Díganos acerca de su Seguro Médico

Información de la Póliza del Seguro de Salud Responda las preguntas más abajo para todas las personas que tienen Medicare u otro seguro de salud			
	Persona 1 Usted	Persona 2	Persona 3
Primer Nombre y Apellido			
¿Tiene esta persona Medicare? De ser así, responda las preguntas abajo	☐ No ☐ Si	☐ No ☐ Si	☐ No ☐ Si
Número de Reclamo Medicare			
¿Medicare Parte A?	☐ No ☐ Si	☐ No ☐ Si	☐ No ☐ Si
Fecha de Entrada en Vigencia Parte A	/ /	/ /	/ /
Monto de Prima Parte A	$	$	$
¿Medicare Parte B?	☐ No ☐ Si	☐ No ☐ Si	☐ No ☐ Si
Fecha de Entrada en Vigencia Parte B	/ /	/ /	/ /
Monto de Prima Parte B	$	$	$
¿Medicare Parte C? (Medicare Advantage)	☐ No ☐ Si	☐ No ☐ Si	☐ No ☐ Si
Fecha de Entrada en Vigencia Parte C	/ /	/ /	/ /
Monto de Prima Parte C	$	$	$
Nombre del Plan Parte C			
¿Medicare Parte D?	☐ No ☐ Si	☐ No ☐ Si	☐ No ☐ Si
Fecha de Entrada en Vigencia Parte D	/ /	/ /	/ /
Monto de Prima Parte D	$	$	$
Nombre del Plan Parte D			
Responda las preguntas más abajo para todas las personas que tienen un seguro que NO ES Medicare.			
¿Tiene esta persona otro seguro de salud?	☐ No ☐ Si	☐ No ☐ Si	☐ No ☐ Si
Nombre del tenedor de la póliza			
Número de Seguro Social (SSN) del tenedor de la póliza			
Nombre de la Compañía de Seguros			
Domicilio de la Compañía de Seguros			
Fecha de Inicio	/ /	/ /	/ /
Fecha de Finalización	/ /	/ /	/ /
Número de la Póliza			
Número de Grupo			
Tipo de Cobertura	☐ Catastrófica Solamente ☐ Dental ☐ Médica ☐ Hospital ☐ Cuidado a Largo Plazo ☐ Suplemento Medicare ☐ Prescripción ☐ Visión ☐ Otra _____	☐ Catastrófica Solamente ☐ Dental ☐ Médica ☐ Hospital ☐ Cuidado a Largo Plazo ☐ Suplemento Medicare ☐ Prescripción ☐ Visión ☐ Otra _____	☐ Catastrófica Solamente ☐ Dental ☐ Médica ☐ Hospital ☐ Cuidado a Largo Plazo ☐ Suplemento Medicare ☐ Prescripción ☐ Visión ☐ Otra _____

I. Díganos Acerca de Sus Dependientes y Gastos del Grupo Familiar

Complete esta sección solamente si está solicitando HCBS o cuidados institucionales Usted tal vez pueda proteger una parte o la totalidad de sus propios ingresos para sus dependientes. Si usted tiene un cónyuge o un niño menor de edad que es parte de su grupo familiar y acerca del cual todavía no nos ha contado, vuelva a **Sección C** y responda las preguntas.

Dependientes
Si usted tiene niños menores de edad que no viven con usted o tiene otro miembro de la familia que depende de usted, por favor complete lo siguiente:

Nombre de la Persona	Relación con usted	Fecha de Nacimiento	Ingresos mensuales de la persona	Si es un niño, ¿con quién vive el niño?	Si es un niño y vive con otro padre, liste los ingresos mensuales del padre
		/ /	$		$
		/ /	$		$
		/ /	$		$

Gastos del Grupo Familiar
Liste abajo los gastos mensuales de vivienda para el cónyuge en el hogar.

	Tipo de Gasto	¿Con qué Frecuencia?	Monto
1	Costo de Alquiler / Alquiler de Lote		$
2	Pago de Hipoteca		$
3	Impuestos a la Propiedad (si no están incluidos en el #2 arriba)		$
4	Seguro de la Propiedad (si no están incluidos en el #2 arriba)		$
5	Otro (gastos de Asociación de Propietarios de Vivienda/Condominio)		$

Elija Su Plan de Salud

La mayoría de las personas aprobadas para recibir asistencia médica de Kansas reciben los servicios a través de KanCare. Existes 3 planes de salud KanCare entre los cuales elegir. Por favor revise el folleto de Temas Relevantes de Servicios Extras y elija su plan. Si usted elige, nosotros lo inscribiremos en ese plan si es elegible para KanCare. Si usted no elije, le será asignado un plan. Si a usted no le gusta el plan asignado, tendrá 90 días para cambiar de plan. Usted recibirá un paquete de información acerca de su plan. Para más información acerca de estos planes, visite www.KanCare.ks.gov

Nota: A las personas que no sean elegibles para un plan KanCare se les enviará por separado la información acerca de la cobertura y los servicios.

aetna®
Aetna Better Health® of Kansas
☐

sunflower health plan™
☐

UnitedHealthcare®
☐

J. Elija Alguien que le Ayude Con Su Caso de Asistencia Médica

Solicitante Principal: si usted está completando esta solicitud en nombre de otra persona de quien usted es el Tutor, Guardián, Apoderado Notarial Financiero o Beneficiario del Seguro Social, por favor complete la información abajo y presente un comprobante.

Primer Nombre y Apellido					
Línea 1 para Domicilio					
Línea 2 para Domicilio					
Ciudad		Estado		Código Postal	
Número de Teléfono		Dirección de Correo Electrónico			

Usted puede nombrar a una persona para ayudarle con su caso de asistencia médica. Usted puede elegir ya sea "Representante Médico" o un "Facilitador".

Un **Representante Médico** es una persona que puede firmar su solicitud, responder preguntas por usted y utilizar su tarjeta de asistencia médica por usted. Nosotros compartiremos información con esta persona. Esta persona recibirá copias de cartas enviadas a usted acerca de su caso. Esta persona es responsable de completar su revisión cada año y de informarnos acerca de cambios en su situación. El Representante Médico puede ser un pariente, vecino, amigo u otra persona de su confianza. Usted no puede nombrar a alguien que esta tratando de cobrar una deuda médica contra usted.

Un **Facilitador** es una persona que puede ayudarle a completar su solicitud y ayudarle durante el proceso de solicitud. Nosotros podremos compartir información con esta persona. Esta persona recibirá copias de cartas enviadas a usted acerca de su solicitud. Una vez que su solicitud es procesada, esta persona no está conectada a su caso. Un facilitador puede ser una persona tal como un pariente, vecino, amigo, personal de la oficina médica, o empleado de una organización comunitaria.

Quiero designar a la siguiente persona para que me ayude.

Primer Nombre y Apellido					
Nombre de la Organización					
Línea 1 para Domicilio					
Línea 2 para Domicilio					
Ciudad		Estado		Código Postal	
Número de Teléfono		Dirección de Correo Electrónico			
¿Cuál es la relación de esta persona con usted? (por ejemplo: hijo, amigo, vecino, etc.)					
Designo a la persona antes mencionada para que sea mi		☐ Representante Médico, o ☐ Facilitador.			
Firma		Fecha			
Se requieren firmas testificadas si la firma más arriba está realizada con una marca.					
Testigo		Fecha			
Testigo		Fecha			

K. Página de Firma

Usted debe firmar y fechar este formulario antes de devolverlo. **Si este formulario no está firmado, le será enviado de vuelta.** Esto causará una demora en el procesamiento de su solicitud. **Lea la información más abajo. Firme y Feche.**

Entiendo:

- Que tengo derecho a un tratamiento igualitario sin importar la raza, color, sexo, edad, discapacidad, religión, preferencia política, o nacionalidad.
- Que tengo derecho a que la información que he proporcionado sea mantenida en forma confidencial a menos que esté directamente relacionada con la administración de los programas de asistencia médica de Kansas.
- Que debo proporcionar o solicitar un número de Seguro Social para cualquier persona que esté solicitando beneficios de salud y autorizo a que estos números sean utilizados para administrar el programa. Estos números también serán utilizados para comparaciones por computadora con otras organizaciones como por ejemplo bancos, la Administración del Seguro Social y Servicio de Impuestos Internos.
- Que es importante proporcionar la información actualizada de ingresos, domicilio y composición del grupo familiar, y que soy responsable de informar los cambios durante el proceso de solicitud y mientras sea elegible.
- Que algunas o todas las personas para las cuales estoy presentando la solicitud pueden recibir cobertura similar de salud bajo el programa Medicaid, si fueran elegibles.
- Que tengo la responsabilidad de utilizar e informar cualquier recurso de terceras parte (tales como seguro de salud, acuerdos judiciales, pagos de ayuda médica, fideicomisos, curadurías, etc.) que pudiera tener una obligación legal para pagar alguno o todos los gastos médicos de aquellos para quienes estoy presentando la solicitud. Entiendo que el pago por un servicio en particular puede ser retenido mientras se realiza una determinación del hecho de no haber utilizado un recurso de una tercera parte.
- Que cualquier pago que me haya sido realizado por un recurso de una tercera parte para servicios médicos cubiertos bajo los programas de asistencia médica de Kansas será utilizado para pagar las facturas médicas correspondientes y que estos programas solamente pagarán por los servicios no cubiertos por ese recurso de esa tercera parte. Estoy de acuerdo en cooperar con la unidad de subrogación médica para tratar de obtener esos recursos de una tercera parte.
- Que si recibo asistencia médica después de los 54 años de edad o mientras estoy en un alojamiento institucional, podría existir un reclamo contra mis propiedades para recuperar los gastos médicos hechos en mi nombre. Entiendo que mi(s) institución(es) financiera(s) será(n) notificada(s) de un reclamo pendiente.
- Que tengo la responsabilidad de leer y contestar en forma veraz todas las preguntas en esta solicitud. Entiendo que si proporciono información falsa o intencionalmente engañosa en esta solicitud u oculto información requerida por la solicitud, seré sometido a penalización por mis acciones.
- Que tengo el derecho de solicitar una audiencia justa si no estoy de acuerdo con una decisión. Se debe realizar una solicitud por escrito dentro de un plazo de 30 días luego de la decisión.

Acepto:

- Devolver cualquier pago de ayuda médica para todas las personas que reciben asistencia médica si se determina que los adultos en el grupo familiar son elegibles para asistencia médica.
- Ayudar a los Servicios de Manutención de Niños (CSS por sus siglas en inglés) a establecer y hacer cumplir órdenes de manutención (si fuera necesario) si se determina que los adultos en el grupo familiar son elegibles para asistencia médica.
- Pagar la prima de Working Healthy cada mes si califico para ese programa. La prima puede ser de solo $0 o de hasta $205 dependiendo de sus ingresos.

Certifico:

- Que todas las personas para las cuales estoy solicitando la cobertura de salud - y que sean determinadas elegibles para dicha cobertura - son ciudadanos de los Estados Unidos o ciudadanos no estadounidenses en condición legal de inmigración. Puede exigirse un comprobante de condición inmigratoria. (Excepción: personas que solicitan asistencia médica de emergencia bajo SOBRA)
- Bajo pena de perjurio, que mis respuestas son correctas y completas a mi mejor saber y entender.

Autorizo:

- Que los pagos bajo este programa sean realizados directamente a los médicos y otros proveedores médicos u organizaciones de atención médica administrada para servicios médicos cubiertos y otros servicios de salud proporcionados a aquellos para quienes estoy presentando la solicitud mientras sean elegibles.
- Que los proveedores médicos divulguen información médica al Departamento de Salud y Medio Ambiente de Kansas, División de Finanzas de Atención Médica (KDHE – DHCF), el Departamento para Niños y Familias (DCF), el Departamento de Servicios para la Tercera Edad y Personas con Discapacidades de Kansas (KDADS), el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU., compañías de seguro, y otros proveedores médicos contratados. También autorizo al KDHE, DCF y KDADS a compartir información médica para fines administrativos con otras agencias y contratistas.
- A empleadores, proveedores médicos, instituciones financieras, proveedores de seguros, proveedores de beneficios, y a otras personas o agencias con conocimiento de mis circunstancias a divulgar cualquier información a KDHE, DCF, KDADS, u otros programas de beneficios, cualquier información incluyendo información financiera y otra información confidencial necesaria para establecer mi elegibilidad.

Mi firma en esta solicitud significa que he leído y comprendo las condiciones más arriba. Toda la información proporcionada en esta solicitud está protegida por las leyes estatales y federales de confidencialidad. Esta divulgación es válida a partir de esta fecha. Una copia de esta autorización tiene la misma validez que el original.

Firma del Solicitante (requerida)	Fecha
Firma del Cónyuge u Otro Adulto que está Presentando la Solicitud	Fecha
Firma del Primer Testigo (Si se utiliza "X")	Fecha
Firma del Segundo Testigo (Si se utiliza "X")	Fecha
Firma del representante Médico (si fuera aplicable)	Fecha

¿Le gustaría registrarse hoy para votar?

No _____ Si _____ Ya me registré _____

FOR AGENCY USE ONLY:

Para obtener ayuda para completar esta solicitud, llame al número gratuito: **1-800-792-4884**

Información que Usted Quizás Deba Proporcionar

Cuando usted presenta este formulario de solicitud debe enviar comprobantes de algunas cosas. Por favor revise esta lista cuidadosamente y envíe los comprobantes requeridos con su formulario de solicitud. Al enviar todos los comprobantes requeridos, su solicitud puede ser procesada más rápido.

Comprobante de Ingresos

Si usted está informando que tiene un empleo
Podríamos necesitar copias de sus talones de pago de los últimos 30 días, o una declaración de su empleador con sus ingresos brutos (previo a deducciones).

Si usted está informando que tiene un empleo por cuenta propia
Usted debe enviar sus declaraciones de impuestos más recientes tanto personales como del negocio, incluyendo todas las páginas y adjuntos.

Si usted está informando que tiene otros ingresos
Podríamos necesitar una copia del cheque o carta de beneficio que muestre el monto de los ingresos y la frecuencia con que recibe el pago.

Si usted tiene alguna factura médica impaga de los últimos 3 meses y desea ayuda
Podríamos necesitar copias de todos los talones de pago o cheques que su familia haya recibido en los últimos 3 meses.

Comprobante de Recursos

Si usted está informando que tiene una cuenta corriente, una caja de ahorros, acciones/bonos o certificados de depósito (CD)
Usted debe enviar una copia de su estado de cuenta bancaria más reciente.

Si usted está informando un Plan de Funeral y/o Sepultura
Debe enviar una copia del plan.

Si usted está informando un Fideicomiso o Renta Vitalicia
Debe enviar una copia del fideicomiso o renta vitalicia.

Si usted está informando un seguro de vida
Debe enviar una copia de la póliza de seguro de vida.

Si usted está informando CUALQUIER recurso, se nos debe enviar un comprobante.

Comprobante de Seguro de Salud

Si usted está informando que alguna persona en el grupo familiar tiene otro seguro de salud
Podríamos necesitar una copia del frente y del dorso de sus tarjetas del seguro de salud. También debe enviarnos una factura que muestre cuánto paga por el seguro.

✓ ¿Recordó usted:

- ☐ Completar todo?
- ☐ Informarnos acerca de todas las personas en su familia y grupo familiar, aún si no necesitan asistencia médica?
- ☐ Firmar esta solicitud en la página 19?