

Revisión de elegibilidad para Servicios y apoyos a largo plazo

Eligibility Review for Long Term Services and Supports

Nombre del cliente (primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido)		Número de identificación del cliente	
Dirección del cliente	Ciudad	Estado	Código postal
Dirección postal del cliente	Ciudad	Estado	Código Postal
Nombre del cónyuge o padre/madre de un menor de edad (nombre, inicial del segundo nombre, apellido)			
Dirección del cónyuge / padre / madre (si es diferente)		Ciudad	Estado
			Código postal
Número de teléfono del cliente (incluir el código de área) <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Mensaje		Correo electrónico del cliente	
Representante autorizado			
<p>Un representante autorizado es alguien a quien usted autoriza para hablar acerca de sus beneficios con la agencia o la persona designada por ella. Puede nombrar a alguna persona, pero no está obligado. Algunos ejemplos son su tutor, cónyuge, familiar, apoderado.</p> <p>¿Tiene un representante autorizado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>			
Nombre		Relación	
Dirección postal	Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono (incluir el código de área)		Correo electrónico	
Ingresos no ganados del cliente			Monto
Beneficios del Seguro Social			\$
Beneficios de jubilación / pensión / anualidad			\$
Otros - Beneficios para veteranos, L&I, pensión por divorcio, dividendos, intereses, rentas o ingresos trimestrales (escribalos a continuación)			\$
			\$
			\$
			\$
			\$



Ingresos ganados del cliente			
Empleador	Fecha de inicio	Monto recibido bruto	Frecuencia de pago
¿Este ingreso es por trabajos por cuenta propia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Recursos del cliente			
	Valor	Institución financiera / Compañía / Ubicación	
Cuentas corrientes	\$		
Cuentas de ahorros	\$		
Otras cuentas financieras:	\$		
	\$		
Certificados de depósito (CD)	\$		
Cuenta en una institución	\$		
Dinero en efectivo / guardado por otros	\$		
Pólizas de seguros de vida y funerarios	\$		
Fondos funerarios	\$		
Fideicomisos	\$		
Anualidades	\$		
Vivienda (incluyendo patrimonio de vida)	\$		
Otros bienes:	\$		
	\$		
Otros - vehículos, acciones, valores, fondos mutuos, cuentas para el retiro (escríbalos a continuación)			
	\$		
	\$		
	\$		
Ha vendido, comerciado, o donado su dinero, vivienda, bienes u otros recursos en los últimos cinco años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Si contestó que sí, conteste lo siguiente:			
Tipo	A quién	Monto	Fecha de transferencia
		\$	
		\$	
		\$	

Gastos médicos del cliente y honorarios del tutor / receptor de pagos (adjuntar comprobantes)	Monto
Seguro de salud (escriba los proveedores)	\$
	\$
Seguro de atención a largo plazo (escriba los proveedores)	\$
Honorarios mensuales del tutor	\$
Honorarios mensuales del receptor de pagos	\$
Facturas médicas insolutas (desglosar)	\$
	\$
Estado civil	
¿Su estado civil ha cambiado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Ingresos del cónyuge / dependiente	Monto
Beneficios del Seguro Social	\$
Beneficios de jubilación / pensión / anualidad	\$
	\$
Ganancias	\$
	\$
Beneficios para veteranos	\$
Otros - L&I, pensión por divorcio, dividendos, intereses, rentas o ingresos trimestrales (escribalos a continuación)	
	\$
	\$
Gastos de vivienda	Monto
Alquiler / Hipoteca	\$
Impuestos sobre inmuebles / Seguro del hogar	\$
Servicios básicos	\$
Otros - Contribuciones, cuotas de condominios o departamentos, alquiler de espacios, etc.	\$

Autorización para verificación de activos

Entiendo que la información que proporcione para solicitar o renovar asistencia estará sujeta a verificación por parte de funcionarios federales y estatales para determinar si es correcta. Autorizo a la Health Care Authority y al Departamento de Servicios Sociales y de Salud (por sus siglas en inglés, “DSHS”) del Estado de Washington para que realicen la verificación de mis activos para determinar mi elegibilidad y verificar la exactitud de mi información financiera. Entiendo que la HCA y el DSHS pueden investigar y comunicarse con cualquier institución financiera como parte del proceso de verificación de activos. Entiendo que esta autorización terminará cuando se tome una decisión adversa definitiva sobre mi solicitud, cuando termine mi elegibilidad para beneficios, o si yo revoco esta autorización en cualquier momento mediante aviso por escrito a la HCA o el DSHS. Entiendo que en caso de que yo revoque la autorización o me niegue a otorgarla no seré elegible para programas de Medicaid para personas ancianas, ciegas o discapacitadas de Washington Apple Health. Mi revocación o mi negativa a autorizar la verificación de mis activos no afecta mi elegibilidad para recibir apoyos a la medida para adultos mayores (TSOA, por sus siglas en inglés).

Declaración y firma(s)

He leído o me han explicado el formulario de revisión de elegibilidad y mis derechos y responsabilidades y he recibido una copia del formulario de derechos y responsabilidades de la cobertura de servicios de salud, HCA 18-011.

Entiendo que la información que proporcione para solicitar asistencia estará sujeta a verificación por parte de funcionarios federales y estatales para determinar si es correcta. Si tengo algún interés en una anualidad, debo nombrar al Estado de Washington como beneficiario remanente.

Declaro bajo pena de perjurio, bajo las leyes del Estado de Washington, que la información que he proporcionado en este formulario es veraz, correcta y completa en la medida de mi conocimiento.

Firma del cliente	Número de teléfono	Fecha
Firma del cónyuge	Número de teléfono	Fecha
Firma del padre/madre de un cliente menor de edad	Número de teléfono	Fecha
Firma del representante autorizado o asistente	Número de teléfono	Fecha