

Hogar de ancianos

Atención domiciliaria

Este formulario se utiliza para recopilar la información necesaria para tomar una decisión sobre la elegibilidad para el Hogar de Ancianos, la Atención Institucional o Domiciliaria. Responda las siguientes preguntas de la forma más completa que sea posible, ya que se aplican a **la persona que solicita y a su cónyuge**. Si está solicitando en nombre de otra persona, ingrese su nombre como Representante Autorizado. Los derechos y responsabilidades que usted aceptó en la solicitud original siguen vigentes. Si tiene preguntas, sírvase comunicarse con Healthy Connections llamando al (888) 549-0820 (TTY 1-888-842-3620). Podemos pedir información o documentación adicional para determinar su elegibilidad.

**Nombre de la persona que necesita asistencia (Primero, Segundo, Apellido)**

<b>Número de Seguro Social</b>	<b>ID de Medicaid</b>	<b>Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)</b>
<b>Representante Autorizado (si corresponde):</b>		<b>Relación con el solicitante:</b>

### I. Declaración de Transferencias

1. En los últimos cinco años usted ha

Sí  No

- Cerrado una cuenta bancaria     
  Cerrado una cuenta de inversión     
  Cerrado una cuenta de jubilación  
 Transferido el usufructo vitalicio de su casa o de cualquier otra propiedad

Si la respuesta es AFIRMATIVA, complete los siguientes valores si se conocen:

#### Cuenta

Cuenta	Fecha de cierre	Saldo final	Cuenta	Fecha de cierre	Saldo final
_____	_____	_____	_____	_____	_____
Cuenta	Fecha de cierre	Saldo final	Cuenta	Fecha de cierre	Saldo final
_____	_____	_____	_____	_____	\$ _____

#### Interés de vida

Propiedad	Fecha de la transferencia	Valor de tasación	Propiedad	Fecha de la transferencia	Valor de tasación
_____	_____	\$ _____	_____	_____	\$ _____

2. En los últimos cinco años, ¿ha vendido o regalado su casa?

Sí  No

En caso afirmativo, complete lo siguiente, si se conoce:

Valor de tasación      Precio de Venta  
 \$ \_\_\_\_\_      \$ \_\_\_\_\_

3. En los últimos cinco años, ¿ha vendido o regalado otra propiedad inmobiliaria?

Sí  No

Si la respuesta es afirmativa, complete los siguientes valores si se conocen:

Propiedad	Valor de tasación	Precio de venta	Propiedad	Valor de tasación	Precio de venta
_____	\$ _____	\$ _____	_____	\$ _____	\$ _____
Propiedad	Valor de tasación	Precio de venta	_____	\$ _____	\$ _____
_____	\$ _____	\$ _____	TOTAL	\$ _____	\$ _____

**4. En los últimos cinco años, ¿ha vendido o regalado vehículos a motor, botes u otro vehículo recreativo?**  Sí  No

Si la respuesta es afirmativa, complete los siguientes valores si se conocen:

Vehículo	Valor de tasación	Precio de venta	Vehículo	Valor de tasación	Precio de venta
_____	\$ _____	\$ _____	_____	_____	_____
Vehículo	Valor de tasación	Precio de venta	TOTAL	\$ _____	\$ _____
_____	\$ _____	\$ _____			

**5. En los últimos cinco años ¿ha regalado dinero en efectivo?**  Sí  No

En caso afirmativo:

Persona a la que se lo dio	Fecha de entrega	Cantidad
_____	_____	\$ _____
_____	_____	\$ _____

SOLO PARA USO DEL (DHHS)	<b>Trabajador CLTC (Si corresponde) (En letras de imprenta)</b>	SOLO PARA USO DEL (DHHS)
	<b>Firma del trabajador CLTC</b>	<b>Fecha</b>

## II. Información adicional

**6. Marcar si alguien tiene tutela, custodia o poder de representación para el solicitante. En caso afirmativo, adjunte una copia de los documentos legales.**

- Tutela      Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
 Custodia      Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
 Poder de representación      Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**7. ¿Dónde está el solicitante ahora?**  Casa  Hospital  Hogar de Ancianos  Otro

Si no está en casa, díganos dónde está el solicitante:

Nombre de la institución: \_\_\_\_\_

Fecha de ingreso en la institución: \_\_\_\_\_

¿El solicitante vivía en su casa en algún momento durante el mes en que ingresó al hogar de ancianos?  Sí  No

**8. ¿Dónde ha vivido el solicitante en los últimos cinco (5) años?**

Domicilio	Ciudad	Condado	Estado	Desde (fecha)	Hasta (fecha)
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

9. Si está casado e ingresa a un asilo de ancianos, ¿el solicitante quiere dar (asignar) parte o todo el ingreso a un cónyuge que permanece en su casa?

Sí  No

10. ¿El solicitante quiere dar (asignar) ingresos a adultos dependientes que vivan en la casa o a niños dependientes?

Sí  No

11. ¿Alguna persona en el domicilio del solicitante (incluido el solicitante o el cónyuge del solicitante, los hijos o los adultos dependientes) recibe o ha solicitado algún otro ingreso?

Sí  No

Antes de que podamos tomar una decisión sobre su solicitud, es posible que tenga que darnos un comprobante de ingresos durante las últimas 4 semanas. Además de los ingresos que indicó en su solicitud, ¿tiene alguna de las siguientes opciones? En caso **afirmativo**, marque todas las casillas que correspondan y complete la tabla a continuación.

- Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI)  Manutención de los hijos  Beneficios por discapacidad  
 Administración de Veteranos (VA) por discapacidad  Asignaciones Militares  Otro  
 Jubilación Federal (Servicio Civil, FERS)  Dinero de amigos o familiares  
 Contrato de tierra, hipoteca u otros pagarés a un miembro del hogar. (Proporcione una copia del contrato, hipoteca, nota u otro acuerdo).

Persona que recibe / espera dinero	Fuente / tipo de ingresos	Frecuencia con que los recibe	Cantidad recibida
_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____

12. El solicitante o el cónyuge ¿alguna vez ha trabajado en alguna parte que tenga un beneficio de jubilación, jubilación militar o beneficio de la Administración de Veteranos (VA) por la que él o ella sea elegible para recibir dinero?

Sí  No

En caso afirmativo, ¿quién trabajaba \_\_\_\_\_

¿Dónde? \_\_\_\_\_

¿Durante cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

13. ¿El solicitante ha recibido una herencia en los últimos cinco años?

Sí  No

En caso afirmativo, ¿de quién? \_\_\_\_\_

Fecha de fallecimiento: \_\_\_\_\_ Estado/Condado donde los bienes fueron legalizados \_\_\_\_\_

#### Herencia adicional

En caso afirmativo, ¿de quién? \_\_\_\_\_

Fecha de fallecimiento: \_\_\_\_\_ Estado/Condado donde los bienes fueron legalizados \_\_\_\_\_

**14. ¿Usted o su cónyuge poseen alguna propiedad? (Incluir propiedades en otros estados) En caso afirmativo, marque las casillas que correspondan y cuéntenos acerca de**  Sí  No

Hogar (casa, edificios y terreno donde usted vive)

Terreno (no conectado a la casa actual)

Otra Casa o Edificio (no su hogar)

Casa de vacaciones o propiedad de tiempo

**a. ¿Cuál es la dirección / ubicación de la propiedad?**  
(Enumere la propiedad en la que vive primero)

**b. ¿Cuál es la dirección / ubicación de la otra propiedad?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre del dueño: \_\_\_\_\_

Nombre del dueño: \_\_\_\_\_

¿Es 14-a su Propiedad Principal o Residencia Principal donde usted vive actualmente o donde quiere volver a vivir si está viviendo en otro lugar?  Sí  No

**15. Marque la casilla junto a cualquiera de los ítems que el solicitante, el cónyuge del solicitante o los dependientes del solicitante posean o vayan a comprar. Cuéntenos al respecto en la tabla a continuación**

Cuenta corriente bancaria

Caja de ahorro bancaria

coche, camión, furgoneta

Certificado de depósito

Motocicleta, barco, casa rodante

Anualidad (proporcionar una copia)

Fondo fiduciario o cuenta fiduciaria

Contrato de entierro previo a la necesidad

Dinero en mano

Dinero reservado para entierro

Espacio para entierro en el cementerio

Seguro de vida

Seguro de vida 401 mil, cuenta individual de jubilación (IRA) o cuenta de jubilación

Acciones, bonos, fondos de inversión

Maquinaria agrícola o equipo de negocios

Tarjeta de débito DirectExpress para SSA, SSI u otros beneficios

Otro: \_\_\_\_\_

**Cuéntenos acerca del activo**

Incluya el nombre del banco o funeraria y cualquier número de cuenta u otra información utilizada para identificar el activo.

Valor actual o saldo

Propiedad de		Valor actual o saldo
_____	_____	\$ _____
_____	_____	\$ _____
_____	_____	\$ _____
_____	_____	\$ _____
_____	_____	\$ _____
_____	_____	\$ _____
_____	_____	\$ _____

**NOTA: Al devolver este formulario, debe enviar un comprobante de estos activos o recursos, y debe incluir cualquier documento de respaldo. Se le pedirá que envíe información para el mes de la solicitud y al menos de tres meses anteriores al mes de la solicitud.**

**16. Si estuvo casado/a, dé la siguiente información sobre el o los cónyuges del solicitante.**

Nunca he estado casado/a

Nombre del cónyuge más reciente: \_\_\_\_\_

Vivo

En una institución médica

Separado: ¿Cuándo o cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

Casado/a, viviendo juntos/a

Divorciado

Casado/a, viviendo separados

**Domicilio actual**

**Ciudad**

**Estado**

**Código postal**

**Teléfono**

\_\_\_\_\_

Fallecido: Fecha de fallecimiento: \_\_\_\_\_ Estado/Condado donde los bienes fueron legalizados \_\_\_\_\_

Nombre del cónyuge más reciente: \_\_\_\_\_

Vivo

En una institución médica

Separado: ¿Cuándo o cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

Casado/a, viviendo juntos/a

Divorciado

Casado/a, viviendo separados

**Domicilio actual**

**Ciudad**

**Estado**

**Código postal**

**Teléfono**

\_\_\_\_\_

Fallecido: Fecha de fallecimiento: \_\_\_\_\_ Estado/Condado donde los bienes fueron legalizados \_\_\_\_\_

**RECUPERACIÓN DE BIENES**

(ASEGÚRESE DE OBTENER UNA COPIA DEL FOLLETO DE RECUPERACIÓN DE BIENES)

Como solicitante / beneficiario de los servicios de Medicaid, entiendo que hay dos grupos de personas que se ven afectadas por la recuperación de bienes:

- Como solicitante / beneficiario de los servicios de Medicaid, entiendo que hay dos grupos de personas que se ven afectadas por la recuperación de bienes: 0
- Una persona que tenía 55 años de edad o más cuando recibió asistencia médica que consistía en servicios de enfermería, servicios domiciliarios y comunitarios, servicios hospitalarios y medicamentos recetados proporcionados a personas en centros de enfermería o que reciben servicios basados en la comunidad.

Entiendo que al recibir cualquiera de estos servicios, el Departamento de Salud y Servicios Humanos puede presentar un reclamo contra mi patrimonio (todos los bienes personales y bienes raíces que tenga a mi muerte) por la cantidad que Medicaid haya pagado por mis servicios.

**Firma del solicitante o del representante autorizado**

**Fecha**

Enviar por correo a: SCDHHS-Central Mail  
PO Box 100101  
Columbia, SC 29202-3101

## Aviso de no discriminación

Los Servicios del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Sur (SCDHHS) cumplen con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discriminan por raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. SCDHHS no excluye a las personas o las trata de manera diferente debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

SCDHHS proporciona servicios y asistencia gratuitos a las personas con discapacidad, tales como intérpretes calificados en lenguaje de señas e información escrita en otros formatos (impresos de gran tamaño, braille, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos). Proporcionamos servicios gratuitos de idiomas a personas cuyo idioma principal no es el inglés, tales como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas. Si necesita estos servicios, comuníquese con Janet Bell, ADA y Oficial de Derechos Civiles, por correo a: PO Box 8206, Columbia, SC 29202-8206; por teléfono al: 1-888-549-0820 (TTY: 1-888-842-3620); o por correo electrónico a: [civilrights@scdhhs.gov](mailto:civilrights@scdhhs.gov).

Si usted cree que SCDHHS no ha proporcionado estos servicios o que ha discriminado de alguna otra manera en base a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante el Oficial de Derechos Civiles usando la información de contacto proporcionada anteriormente. Puede presentar una queja personalmente, por correo o por correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, estamos a su disposición para ayudarlo.

Y También puede presentar una queja de derechos civiles con los EE.UU. Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU., Oficina de Derechos Civiles, electrónicamente a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, por teléfono o por correo dirigido a: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201 o por teléfono al: 800-368- 1019, 800- 537-7697 (TDD). Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

## Servicios de idiomas

**Si su idioma principal no es el inglés, los servicios de asistencia lingüística están a su disposición en forma gratuita. Llame al: 1-888-549-0820 (TTY: 1-888-842-3620).**

**si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-888-549-0820 (TTY: 1-888-842-3620).**

إذا كانت لغتك الأساسية غير اللغة الانكليزية فان خدمات المساعدات اللغوية متوفرة لك مجاناً. اتصل على الرقم:  
 888-549-0280 (رقم هاتف الصم والبكم 1-888-842-3620)

**Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-888-549-0820 (TTY: 1-888-842-3620).**

**Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-888-549-0820 (телетайп: 1-888-842-3620).**

**Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-888-549-0820 (TTY: 1-888-842-3620).**

**Se você fala português do Brasil, os serviços de assistência em sua lingua estão disponíveis para você de forma gratuita. Chame 1-888-549-0820 (TTY : 1-888-842-3620)**

如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電1-888-549-0820 (TTY: 1-888-842-3620)

**Falam tawng thiam tu na si le tawng let nak asi mi 1-888-549-0820 (TTY: 1-888-842-3620) ah tang ka pek tul lo in na ko thei.**

धयद आप हदी बोलते ह तो आपके िलए मुफ्त म भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध ह । 1-888-549-0820 (TTY: 1-888-842- 3620) पर कॉल कर ।

한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-888-549-0820 (TTY: 1-888-842-3620)번으로 전화해 주십시오.

**Haka tawng thiam tu na si le tawng let asi mi 1-888-549-0820 (TTY: 1-888-842-3620) ah tang ka pek tul lo in ko thei.**

**Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 888-549-0820 (ATS : 888-842-3620).**

နမူနာတို့ ကညီ ကျိအယိ, နမူနာ ကျိအတိမၤစၢၤလၢ တလၢ်ဘျုးလၢ်စ့ၤ နီတၢ်ဘၢ်သ့န့ၢ်လီၤ. ကိ: 888-549-0820 (TTY: 888-842-3620)

ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያግዙዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 1-888-549-0820 (መስማት ለተሳናቸው፡ 1-888-842-3620)።

အကယ်၍ သင်သည် မြန်မာစကား ကို ပြောပါက၊ ဘာသာစကား အကူအညီ၊ အခမဲ့၊ သင့် ငဲ့အတွက် စီစဉ်ဆောင်ရွက်ပေးပါမည်။ ဖုန်းနံပါတ် 888-549-0820 (TTY: 888-842-3620) သို့ ခေါ်ဆိုပါ။