

Usted se postuló recientemente para Medicaid con el estado de Carolina del Sur. Complete y devuelva este formulario para que podamos procesar su solicitud. Necesitamos más información para ver si usted puede ser elegible para uno o más de los siguientes programas:

Programas de Ahorro de Medicare (MSP) que incluyen:

- Ancianos, ciegos, discapacitados (ABD),
- Beneficiarios Calificados de Medicare (QMB),
- Beneficiarios de Medicare de Bajos Ingresos (SLMB) e
- Individuos calificados (QI)

Suplemento Opcional del Estado (OSS)

Trabajadores discapacitados (WD)

Servicios para personas encarceladas

TEFRA, (también conocido como Katie Beckett)

Usted solo debe informarnos sobre el ingreso y los recursos de su hijo para TEFRA.

Todos los derechos y responsabilidades aceptados cuando se firmó la solicitud original están todavía vigentes. Si existiera alguna pregunta sobre esos derechos y responsabilidades o este formulario, comuníquese de manera gratuita con nosotros al 1-888-549-0820 para solicitar ayuda.

1. ¿Quién está solicitando asistencia?

a. Nombre (primero, segundo, apellido)	Número de seguro social	Fecha de nacimiento (dd/mm/aa)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b. Nombre (primero, segundo, apellido)	Número de seguro social	Fecha de nacimiento (dd/mm/aa)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
c. Nombre (primero, segundo, apellido)	Número de seguro social	Fecha de nacimiento (dd/mm/aa)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
d. Nombre (primero, segundo, apellido)	Número de seguro social	Fecha de nacimiento (dd/mm/aa)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
e. Nombre (primero, segundo, apellido)	Número de seguro social	Fecha de nacimiento (dd/mm/aa)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2. La mayoría de los tipos de ingresos sobre los que necesitamos saber están en su solicitud. Marque si usted o alguien en su hogar tiene alguno de los siguientes tipos de ingresos y cuéntenos acerca de ese ingreso en la tabla que figura a continuación.

- Manutención de menores**
 Dinero de amigos y familiares
 Asistencia a veteranos
 Compensación laboral/Discapacidad a largo o a corto plazo

a. Persona que recibe el dinero	Tipo/fuente del ingreso	Frecuencia en la que lo recibe	Cantidad recibida
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b. Persona que recibe el dinero	Tipo/fuente del ingreso	Frecuencia en la que lo recibe	Cantidad recibida
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
c. Persona que recibe el dinero	Tipo/fuente del ingreso	Frecuencia en la que lo recibe	Cantidad recibida
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
d. Persona que recibe el dinero	Tipo/fuente del ingreso	Frecuencia en la que lo recibe	Cantidad recibida
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
e. Persona que recibe el dinero	Tipo/fuente del ingreso	Frecuencia en la que lo recibe	Cantidad recibida
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

3. Marque la casilla que esté junto a todas las opciones que indique lo que alguien en su hogar posea o vaya a comprar. Cuéntenos sobre eso en la tabla. Cuando devuelva este formulario, debe enviar una prueba de estos bienes o recursos.

- Efectivo en mano
 Cuenta corriente
 Cuenta de ahorro
 Parcela funeraria
 Certificado de depósito
 Anualidades/fideicomisos
 Acciones y bonos
 Propiedad
 Otra propiedad
 Seguro de vida/deceso
 Contratos de sepelios
 Vehículos
 Cuentas de jubilación
 Otro: _____

Propiedad de	Cuéntenos sobre el bien Incluya el nombre del banco o la funeraria y todos los números de cuenta u otra información utilizada para identificar el bien.	Valor actual o balance
a. _____	_____	_____
b. _____	_____	_____
c. _____	_____	_____
d. _____	_____	_____
e. _____	_____	_____
f. _____	_____	_____

4. ¿Usted o la persona a la que está postulando se encuentra actualmente en un centro de atención residencial comunitario?
 Sí No (Los centros de atención residenciales comunitarios también pueden denominarse casas de transición o centros de asistencia)

Si respondió Sí, ¿cómo se llama el centro? _____ Fecha de ingreso: _____

Las preguntas de la 5 a la 7 son solamente para aquellas personas que están actualmente encarceladas en un establecimiento penitenciario. Si usted está encarcelado en un establecimiento penitenciario, provea la siguiente información.

5. Nombre del establecimiento penitenciario: _____ **Fecha de encarcelamiento:** _____

a. Nombre del hospital en el que se recibieron los servicios Fecha de admisión (dd/mm/aa) Fecha de liberación (dd/mm/aa)

Dirección en la que vivía antes del encarcelamiento

6. Si usted ha estado encarcelado por más de 30 días, puede saltar esta pregunta y dirigirse a la pregunta #7.

- a. ¿Trabajaba o recibía un sueldo antes de ser encarcelado? Sí No
- b. Si vivía con su cónyuge antes de ser encarcelado, ¿su cónyuge tenía empleo? Sí No

7. Cuéntenos sobre sus ingresos antes de ser encarcelado. Ingrese la cantidad BRUTA (esta información deberá ser verificada por el personal del establecimiento penitenciario).

a. Tipo de ingreso	Cantidad pagada	¿Con qué frecuencia se le pagaba?
_____	_____	_____
b. Tipo de ingreso	Cantidad pagada	¿Con qué frecuencia se le pagaba?
_____	_____	_____
c. Tipo de ingreso	Cantidad pagada	¿Con qué frecuencia se le pagaba?
_____	_____	_____

El personal del establecimiento penitenciario puede dar fe de los ingresos o los salarios recibidos desde o mediante el establecimiento. La siguiente firma da fe de los ingresos verificados en la pregunta 7.

Miembro del personal del establecimiento penitenciario: _____ Fecha: _____

Número de teléfono: _____