

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 Especificados 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 todavía se encuentran vigentes. Si existiera alguna pregunta sobre esos derechos y responsabilidades o este formulario, llámenos de manera gratuita 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 (mm/dd/aaaa)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b. Nombre (primero, segundo, apellido)	Número de seguro social	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
c. Nombre (primero, segundo, apellido)	Número de seguro social	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
d. Nombre (primero, segundo, apellido)	Número de seguro social	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
e. Nombre (primero, segundo, apellido)	Número de seguro social	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
<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 con 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 con 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 con 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 con 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 con 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 indiquen lo que usted o 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.

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Efectivo en mano | <input type="checkbox"/> Cuenta corriente | <input type="checkbox"/> Cuenta de ahorro | <input type="checkbox"/> Parcela funeraria |
| <input type="checkbox"/> Certificado de depósito | <input type="checkbox"/> Anualidades/fideicomisos | <input type="checkbox"/> Acciones y bonos | <input type="checkbox"/> Propiedad |
| <input type="checkbox"/> Otra propiedad | <input type="checkbox"/> Seguro de vida/deceso | <input type="checkbox"/> Contratos de sepelios | <input type="checkbox"/> Vehículos |
| <input type="checkbox"/> Cuentas de jubilación | <input type="checkbox"/> Tarjeta Direct Express | <input type="checkbox"/> Pagarés | |
| <input type="checkbox"/> 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 o balance actual
a. _____	_____	_____
b. _____	_____	_____
c. _____	_____	_____
d. _____	_____	_____
e. _____	_____	_____

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 hogares de transición o centros de asistencia)

Si su respuesta es 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, brinde 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 (mm/dd/aaaa) _____ Fecha de liberación (mm/dd/aaaa) _____

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: _____