

Hogar de ancianos

Atención en el hogar

Este formulario se utiliza para reunir otra información necesaria para tomar una decisión sobre la elegibilidad para un centro de cuidados de enfermería, en una institución o en el hogar. 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 preguntas sobre este formulario, comuníquese con Healthy Connections al 1-888-549-0820.

1. ¿Quién es la persona que necesita asistencia?

a. Nombre (primero, segundo, apellido)

b. Número de seguro social

c. Fecha de nacimiento (dd/mm/aa)

2. ¿Dónde se encuentra la persona en este momento? Hogar Hospital Hogar de ancianos Otro:

Si no está en su hogar, cuéntenos dónde se encuentra la persona.

Nombre del centro:

Fecha de ingreso al centro:

3. Marque si alguna persona tiene tutela, custodia o poder legal con respecto al solicitante.

Si respondió sí, proporciónenos una copia de los documentos legales y el nombre y el número de teléfono de la persona.

Tutela Nombre:

Custodia Nombre:

Poder legal Nombre:

4. Si estuviera casado e ingresa a un centro de cuidados de enfermería, ¿el solicitante desea brindar (destinar) parte o la totalidad de sus ingresos al cónyuge que permanece en el hogar? Sí No

5. Si hubiera hijos dependientes o adultos dependientes, ¿el solicitante desea brindar (destinar) los ingresos a los hijos dependientes o adultos dependientes? Sí No

6. ¿El solicitante o su cónyuge ha trabajado alguna vez en un lugar que tenga un beneficio de jubilación para el que él o ella pueda ser elegible para recibir dinero? Sí No

Si respondió Sí, ¿quién estaba trabajando, dónde y por cuánto tiempo?

7. ¿Usted o alguien en su hogar recibe o ha solicitado cualquier otro ingreso? Sí No

Antes de tomar una decisión sobre su solicitud, es posible que tenga que brindarnos una prueba de los ingresos de las últimas 4 semanas. Si respondió **SÍ**, marque todas las casillas que correspondan y complete la tabla que figura a continuación. Si usted ya nos informó sobre el tipo de ingreso en su solicitud, no tiene que informarnos nuevamente.

- Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) Manutención de menores Beneficios por discapacidad
 Beneficios de la Administración de Veteranos (VA) Asignaciones militares Dinero de amigos o familiares
 Jubilación federal (Administración pública, Sistema de Retiro de Empleados Federales, FERS)
 Contrato de compraventa, hipoteca u otros documentos por pagar a un miembro del hogar.
 (Entregue una copia del contrato, la hipoteca, el documento u otro acuerdo)

Persona que recibe/espera el dinero	Tipo/fuente del ingreso	Frecuencia en la que lo recibe	Cantidad recibida	Comentarios
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

8. 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.

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cuenta corriente bancaria | <input type="checkbox"/> Cuenta de ahorro bancaria | <input type="checkbox"/> Certificado de depósito |
| <input type="checkbox"/> Fondo fiduciario o cuenta fiduciaria | <input type="checkbox"/> Caja de seguridad (incluir contenidos) | <input type="checkbox"/> Auto, camión, camioneta |
| <input type="checkbox"/> Anualidad (proporcionar una copia) | <input type="checkbox"/> Efectivo en mano | <input type="checkbox"/> Acciones, bonos, fondos comunes de inversión |
| <input type="checkbox"/> Motocicleta, bote, casa rodante | <input type="checkbox"/> Maquinaria agrícola o equipamiento para empresas | |
| <input type="checkbox"/> Contrato de sepelio de prenecesidad | <input type="checkbox"/> Espacio de entierro en el cementerio | |
| <input type="checkbox"/> Dinero ahorrado para el sepelio | <input type="checkbox"/> Tarjeta de débito DirectExpress de la SSA (Administración del Seguro Social), SSI (Seguridad de Ingreso Suplementario) u otros beneficios | |
| <input type="checkbox"/> Plan 401k, IRA (cuentas individuales de jubilación) o cuenta de jubilación | <input type="checkbox"/> Seguro de vida | |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____
sea específico | | |

Pertenece a	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. _____	_____	_____

9. ¿Usted o su cónyuge posee alguna propiedad?

Si responde SÍ a alguna de las siguientes preguntas, cuéntenos sobre la propiedad.

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| Hogar (casa, edificios y terreno donde viva) | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Otra casa u otro edificio (que no sea su hogar) | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Terreno (no conectado a la casa) | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Casa de vacaciones o propiedad de tiempo compartido | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

<p>¿Cuál es la dirección/ubicación de la propiedad? Primero mencione la propiedad personal</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>¿Cuál es la dirección/ubicación de la propiedad?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Nombre del propietario: _____ Nombre del propietario: _____</p> <p>¿Esta es su propiedad personal o residencia principal en la que reside actualmente o en la que quiere volver a residir si estuviera residiendo en otro lugar?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	

10. ¿Alguna otra persona tiene una cuenta bancaria o cualquier otro bien para el solicitante o cónyuge?

- Sí No

Si respondió SÍ, ¿en qué banco o lugar y a nombre de quién? _____

11. ¿El solicitante o su cónyuge ha cerrado alguna cuenta bancaria en los últimos cinco (5) años? Sí No

Si respondió SÍ, ¿en qué banco y a nombre de quién?

A. _____	B. _____
_____	_____
_____	_____
Fecha de cierre: _____	Fecha de cierre: _____
Balance de cierre: _____	Balance de cierre: _____

12. ¿El solicitante o su cónyuge ha vendido o dado como presente efectivo, propiedades, vehículos, botes u otros recursos a otras personas en algún momento de los últimos cinco (5) años? Sí No

Artículo vendido o regalado	Persona a la que fue vendido o regalado	Fecha de entrega o venta	Cantidad recibida
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

13. ¿Dónde ha residido el solicitante durante los últimos cinco (5) años?

Ciudad	Condado	Estado Utilice una abreviación de 2 letras	Desde	A
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

14. Si se casó alguna vez, provea la siguiente información sobre el/los cónyuges del solicitante. (Mencione primero al más reciente).

Nombre del cónyuge más reciente: _____

Vivo

En un centro médico

Separados: ¿cuándo o por cuánto tiempo? _____

Casado, viven juntos

Divorciado (mencione fecha, estado y condado adonde se solicitó el divorcio): _____

Casados, no viven juntos (no están separados) _____

Dirección actual: _____ Número de teléfono: _____

Fallecido

Fecha de fallecimiento: _____ Estado y condado donde se legalizó la propiedad: _____

Nombre del cónyuge más reciente: _____

Divorciado Fecha y lugar en la que se solicitó el divorcio: _____

Fallecido Fecha de fallecimiento: _____

Estado y condado donde se legalizó la propiedad: _____

Nombre del cónyuge más reciente: _____

Divorciado Fecha y lugar en la que se solicitó el divorcio: _____

Fallecido Fecha de fallecimiento: _____

Estado y condado donde se legalizó la propiedad: _____

15. Provea la siguiente información sobre el padre y la madre del solicitante, si la conoce.

Madre: _____

Viva Dirección: _____ Número de teléfono: _____

Fallecida Fecha de fallecimiento: _____ Condado y estado donde los bienes fueron legalizados: _____

Padre: _____

Vivo Dirección: _____ Número de teléfono: _____

Fallecido Fecha de fallecimiento: _____ Condado y estado donde los bienes fueron legalizados: _____

Firma de la persona que completa este formulario:	Relación

Por favor, imprima este formulario y luego firme en la línea que se encuentra más arriba antes de presentarlo.

RECUPERACIÓN DEL PATRIMONIO

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

Como solicitante/beneficiario de los servicios de Medicaid, entiendo que existen dos grupos de personas que están afectadas por la recuperación del patrimonio:

- Una persona de cualquier edad que era paciente en un centro de cuidados de enfermería, centro de cuidado intermedio para las personas con discapacidad intelectual u otra institución médica al momento de su muerte, y que debía destinar la mayor parte de su ingreso a los gastos del cuidado; o
- Una persona que tenía 55 años o más cuando recibió asistencia médica que consistió en servicios del centro de cuidados de enfermería, servicios en el hogar y la comunidad, y servicios de medicamentos recetados y de hospital proporcionados a individuos en centros de cuidados de enfermería o que recibieran servicios en el hogar y la comunidad.

Entiendo que al recibir cualquiera de estos servicios, el Departamento de Salud y Servicios Humanos presentará una demanda contra mis bienes (todos los bienes inmuebles y personales de mi propiedad al momento de mi muerte) por la cantidad que Medicaid haya pagado por mis servicios.

PARA USO EXCLUSIVO DEL SCDHHS

Verificaciones en archivo: <input type="checkbox"/> DHHS 1255 ME <input type="checkbox"/> DHHS 1253 ME		Nivel de atención verificado: <input type="checkbox"/> Intermedio <input type="checkbox"/> Especializado <input type="checkbox"/> Centro Especializado de Atención (Medicare)	
Verificación de transferencias: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Se descubrieron transferencias: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Periodo de sanción calculado: _____			