

Solicitud de Washington Apple Health para personas ancianas, ciegas, discapacitadas / Servicios y apoyos a largo plazo

Use esta solicitud para determinar para qué cobertura de servicios de salud puede ser elegible si:

- Necesita servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) tales como cuidado en residencia para ancianos, institución de vida asistida, hogar familiar para adultos, programas de cuidado en el hogar o Apoyos a la Medida para Adultos Mayores (TSOA).
- Usted o alguien de su hogar tiene Medicare.
- Usted necesita ayuda para pagar sus primas de Medicare o costos de coaseguros.
- Usted o alguien de su hogar tiene 65 años de edad o más.
- Usted o alguien de su hogar tiene una discapacidad y no tiene Medicare.
- Para TSOA: Usted tiene 55 años de edad o más, y usted o su cuidador no remunerado necesita apoyo.

Nota: solicite o renueve su cobertura de Apple Health en línea por medio de Washington Healthplanfinder en wahealthplanfinder.org o llame al 1-855-923-4633 si usted:

- Es un adulto de 19 a 64 años de edad
- Presenta la solicitud para menores de edad
- Es un padre, madre o cuidador que solicita con menores de edad
- Está embarazada o solicita por alguien que está embarazada

Presente la solicitud más rápido en línea

- Puede presentar la solicitud por internet en washingtonconnection.org

Información que necesitará para presentar la solicitud

- Números del seguro social
- Fechas de nacimiento
- Situación de inmigración
- Información sobre los ingresos
- Información sobre sus recursos y activos (como estados de cuenta bancarios, acciones, bonos, fideicomisos, cuentas para el retiro)

¿Por qué solicitamos tanta información?

- Usaremos la información para determinar para qué coberturas de cuidado de la salud puede ser elegible. Conservamos la confidencialidad de la información que nos proporcione, como lo exige la ley.

A dónde enviar su solicitud contestada y firmada

Para Apple Health basado en discapacidad, cobertura para refugiados y cobertura para mayores de 65 años, y programas que ayudan a pagar las primas y gastos de Medicare

- Envíe su solicitud por correo a:
DSHS
Community Services Division - Customer Service Center
PO BOX 11699, Tacoma, WA 98411-6699
- Envíe su solicitud por fax al 1-888-338-7410
- Lleve su solicitud a una Oficina de Servicios Comunitarios (CSO) de su localidad.
- Consulte dshs.wa.gov/esa/community-services-find-an-office para ver las ubicaciones
- Presente su solicitud en línea en washingtonconnection.org
- Presente su solicitud por teléfono llamando al 1-877-501-2233

Para cobertura de servicios y apoyos a largo plazo, tal como programas de residencia para ancianos, cuidado personal en el hogar, institución de vida asistida, hogares familiares para adultos y TSOA

- Envíe su solicitud por correo a:
DSHS
Home and Community Services
PO Box 45826, Olympia, WA 98504-5826
- Para encontrar una oficina de Servicios en el Hogar y la Comunidad (HCS, por sus siglas en inglés) en su localidad, visite **dshs.wa.gov/office-locations**
- Envíe su solicitud por fax al 1-855-635-8305
- Presente su solicitud en línea en **[washingtonconnection.org](https://www.washingtonconnection.org)**
- Para ver más recursos de LTSS visite **dshs.wa.gov/altsa/resources**
- Para obtener más recursos del TSOA, llame al 1-855-567-0252 o comuníquese con su Agencia Local para Adultos Mayores (AAA, por sus siglas en inglés) para hablar con un especialista en cuidado familiar. Encuentre su oficina local de AAA: **[waclc.org](https://www.waclc.org)**

Derechos y Responsabilidades de la Cobertura de Servicios de Salud

Sus derechos (nosotros debemos) en todos los programas de cobertura de servicios de salud

Ayudarle a leer y llenar todos los formularios solicitados. Puede llamar al Departamento de Servicios Sociales y de Salud (DSHS, por sus siglas en inglés) al 1-877-501-2233 para recibir ayuda.

Ofrecer los servicios de un intérprete o traductor sin costo para usted y sin demoras cuando se comunique con el DSHS o la Health Care Authority (HCA).

Mantener su información personal privada pero es posible que proporcionemos algunos datos a otras agencias estatales y federales, instituciones financieras y contratistas de la HCA para el proceso de verificación de elegibilidad e inscripción.

Darle la oportunidad de apelar si está en desacuerdo con una determinación hecha por el DSHS o la HCA que afecte su elegibilidad para cobertura de salud, para servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) o para un plan de salud. Si pide una apelación su caso será revisado. Para obtener información sobre apelaciones para programas del DSHS, puede comunicarse con el Centro de Servicio a Clientes del DSHS al 1-877-501-2233 o visitar la oficina de Servicios Comunitarios de su localidad.

Si la apelación se refiere a una decisión sobre la cobertura de Washington Apple Health, que no fue resuelta por una revisión del caso, se programará una audiencia administrativa.

Tratarlo de manera justa. La discriminación es ilegal. El DSHS y la HCA cumplen con las leyes federales aplicables de derechos civiles y no discriminan con base en raza, color, país de origen, edad, discapacidades o sexo. El DSHS y la HCA no excluyen a personas ni las tratan de manera diferente debido a su raza, color, país de origen, edad, discapacidades o sexo.

El DSHS y la HCA también cumplen con las leyes estatales vigentes y no discriminan con base en credo, género, expresión o identidad de género, orientación sexual, estado civil, religión, condición de veterano o militar honorablemente retirado, o el uso de un perro guía entrenado o animal de servicio por una persona con discapacidad.

El DSHS y la HCA:

- Proporcionan ayudas y servicios de manera gratuita a personas con discapacidades para que puedan comunicarse con nosotros de manera efectiva, por ejemplo:
 - Intérpretes calificados de lenguaje de señas
 - Información escrita en otros formatos (tipografía grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporcionan servicios gratuitos de lenguaje a personas cuyo idioma principal no es el inglés, por ejemplo:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, llame al 1-877-501-2233.

Si cree que el DSHS o la HCA no le han proporcionado estos servicios, o lo han discriminado de alguna otra manera, puede presentar una queja ante:

- **DSHS**

ATTN: Constituent Services
PO Box 45131
Olympia, WA 98504-5131
1-800-737-0617
Fax: 1-888-338-7410
askdshs@dshs.wa.gov

- **HCA Division of Legal Services**

ATTN: Compliance Officer
PO Box 42704
Olympia, WA 98504-2704
1-855-682-0787
Fax: 1-360-586-9551
compliance@hca.wa.gov

Usted puede presentar su queja en persona o por teléfono, correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, Servicios al Ciudadano del DSHS y la División de Servicios Legales de la HCA están disponibles para ayudarle.

También puede presentar una queja por violación de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU., ya sea de manera electrónica en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono en:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Los formularios de queja están disponibles en www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html

Sus responsabilidades (usted debe) en todos los programas de cobertura de servicios de salud

Proporcionar su SSN y situación migratoria. Con algunas excepciones, usted debe proporcionar un Número de Seguro Social (SSN, por sus siglas en inglés) o número de documento de inmigración, de usted o de cualquier persona en su hogar que desee solicitar cobertura de cuidado de la salud. Se requiere un SSN para solicitar un crédito fiscal para primas de seguro de salud. Utilizamos esta información para determinar su elegibilidad confirmando su identidad, ciudadanía, situación migratoria, fecha de nacimiento y disponibilidad de otras coberturas de servicios de salud. No compartimos esta información con ninguna autoridad de inmigración.

Es posible solicitar cobertura para algunos miembros de su hogar, y no para otros. Si no tiene un SSN o un número de documento de inmigración para todos los miembros del hogar, los demás aún pueden solicitar y obtener cobertura. Por ejemplo, puede solicitarla para su hijo o hija incluso si usted no es elegible para cobertura. Presentar su solicitud no afectará su situación migratoria ni sus posibilidades de convertirse en residente permanente o en ciudadano.

También hay algunos programas de Washington Apple Health para personas que no pueden demostrar que están en el país de manera legal. Pero si decide no proporcionar un SSN o un número de documento de inmigración de alguna persona de su hogar, necesitaremos dar seguimiento con usted para obtener información sobre los ingresos de la persona que no solicita.

Si la agencia lo solicita, proporcionar toda la información y los comprobantes necesarios para decidir si usted es elegible.

Cosas que debe saber sobre todos los programas de cobertura de servicios de salud

Existen ciertas leyes estatales y federales que rigen la operación de Washington Connection y sus sistemas de solicitud administrados por el estado, sus derechos y responsabilidades como usuario, y la cobertura obtenida al utilizarlos. Al utilizar estos sistemas, usted acepta cumplir las leyes aplicables a alguien que los utiliza y a la cobertura que obtiene como resultado.

La Ley Nacional para el Registro de Votantes de 1973 ordena que todos los estados proporcionen ayuda para el registro de votantes mediante sus oficinas de asistencia pública. Hacer una solicitud para registrarse o negarse a registrarse para votar no afectará los servicios o los beneficios que le brindará esta agencia. Puede inscribirse para votar en www.vote.wa.gov o pedir formularios para el registro de votantes llamando al 1-800-448-4881.

Las restricciones de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (HIPAA, por sus siglas en inglés) le prohíben a la HCA y al DSHS hablar sobre la información de salud relativa a usted o cualquier miembro de su hogar con otros, incluyendo un representante autorizado, salvo que esa persona tenga un poder notarial o usted hayan firmado un formulario de consentimiento autorizando la divulgación de esta información. Esto incluye la divulgación de información sobre la salud mental, resultados de exámenes de VIH/sida y de ETS, o el tratamiento y los servicios por dependencia a sustancias químicas.

La Ley de Cuidado Asequible prohíbe al DSHS y a la HCA proporcionar información personal que lo identifique a usted o a cualquier miembro de su hogar a cualquiera que no esté autorizado para recibirla, y sin su consentimiento.

La información que proporcione al DSHS y a la HCA está sujeta a verificación por parte de funcionarios federales y estatales para determinar su elegibilidad para cobertura de servicios de salud. La verificación puede incluir contactos de seguimiento del personal de la agencia.

La HCA y el DSHS no son responsables de administrar su plan de seguro de salud. Su aseguradora puede proporcionarle más información sobre sus beneficios. **Si tiene preguntas sobre los términos de su plan de seguro médico, incluyendo los beneficios para los que es elegible y cómo hacer una reclamación de beneficios o apelar una denegación de beneficios, debe comunicarse con su aseguradora de seguro médico.**

Puede solicitar los servicios de cumplimiento de manutención a través de la División de Manutención de Menores (DCS, por sus siglas en inglés). Para obtener una solicitud para estos servicios, visite www.childsupportonline.wa.gov o comuníquese con su oficina local de la DCS.

Sus derechos (nosotros debemos) sólo para Washington Apple Health

Explicarle sus derechos y responsabilidades si usted lo solicita.

Permitirle presentar una solicitud parcial que incluya como mínimo, su nombre, su dirección y su firma o la firma del representante autorizado del solicitante. El día en que recibimos una solicitud parcial es su fecha de solicitud, que puede afectar cuándo entra en vigor su cobertura. No tomaremos una decisión definitiva sobre su cobertura hasta después de que llene la solicitud.

Permitirle presentar una solicitud o solicitud parcial usando cualquier método incluido en WAC 182-503-0005.

Procesar su aplicación de manera expedita y a más tardar en las fechas límites descritas en WAC 182-503-0060.

Darle 10 días calendario para proporcionar información que necesitamos para determinar su elegibilidad. Si nos pide más tiempo, se lo daremos. Si no nos entrega la información o pide más tiempo, es posible que deneguemos, cancelemos o cambiemos su cobertura de servicios de salud.

Ayudarle si tiene problemas para obtener alguna información o comprobante que necesitamos para decidir si usted es elegible. En caso que solicitemos un documento que cuesta dinero, enviaremos por él y pagaremos el costo.

Notificarle, en la mayoría de los casos, por lo menos 10 días antes de cancelar su cobertura de servicios de salud.

Darle una decisión por escrito, en la mayoría de los casos, dentro de un plazo de 45 días. La cobertura de servicios de salud para algunos casos de discapacidad puede tomar hasta 60 días. Entregamos una decisión por escrito sobre seguro médico de embarazo dentro de un plazo de 15 días.

Permitirle que se niegue a hablar con un investigador si auditamos su caso. Usted no tiene la obligación de dejar al investigador entrar a su vivienda. Puede pedir al investigador que regrese en otro momento. Esta petición no afectará su elegibilidad para cobertura de servicios de salud.

Continuar con su cobertura de Washington Apple Health mientras decidimos si es elegible para otro programa de acuerdo con WAC 182-504-0125.

Darle servicios de acceso equitativo como se describe en WAC 182-503-0120, si usted es elegible.

Sus responsabilidades (usted debe) sólo para Washington Apple Health

Reportar cambios según lo requerido en WAC 182-504-0105 y WAC 182-504-0110 dentro de un plazo de 30 días del cambio. Leer su carta de aprobación para ver qué cambios debe informar.

Llenar renovaciones cuando se le solicite.

Proporcionar a los proveedores médicos información necesaria para facturarnos los servicios de salud.

Solicitar Medicare si tiene derecho a él.

Cooperar con el personal de Control de Calidad cuando se le pida.

Solicitar y hacer esfuerzos razonables para obtener ingresos potenciales de otras fuentes cuando pida o reciba cobertura de Washington Apple Health.

Cosas que debe saber solo para Washington Apple Health

Al solicitar y recibir Washington Apple Health, usted le cede al Estado de Washington los derechos a toda asistencia médica y a todo pago de terceros por servicios de salud.

La agencia podría compartir el historial de vacunación de su hijo(a) con el Sistema de Seguimiento de Perfiles de Inmunización Infantil.

La información que usted reporte se podría proporcionar al DSHS para determinar la elegibilidad y beneficios mensuales para programas tales como cobertura de cuidado de la salud, asistencia en efectivo, asistencia alimenticia y subsidios para guardería.

Por ley, el Estado de Washington puede recuperar de su patrimonio los costos que haya pagado por ciertos tipos de servicios médicos utilizando el proceso de recuperación de patrimonio (RCW 41.05A.090, RCW 43.20B.080, y Capítulo 182-527 WAC).

La recuperación de patrimonio sólo se lleva a cabo después de su muerte, de la muerte de su cónyuge sobreviviente hasta que sus hijos sobrevivientes tengan 21 años de edad o más. Tampoco se lleva a cabo si un hijo sobreviviente estaba ciego o discapacitado en el momento de la muerte de usted. Los costos recuperables incluyen:

- Ciertos servicios y apoyos a largo plazo de Washington Apple Health, si usted tiene 55 años de edad o más al momento de recibir los servicios;
- Ciertos servicios financiados solamente por el estado, sin importar su edad en el momento de recibirlos.

Puede encontrar una lista de los servicios sujetos a recuperación de costos en WAC 182-527-2742. Puede encontrar una lista de bienes excluidos de recuperación en WAC 182-527-2746.

El Estado también puede aplicar un gravamen a sus bienes inmuebles antes de su muerte, a cualquier edad, si usted es internado de manera permanente en una institución (WAC 182-527-2734). El Estado puede recuperar a través de la venta de los bienes, y de su patrimonio, a menos que:

- Su cónyuge viva en el inmueble;
- Su hermano o hermana viva en el inmueble, sea copropietario y cumpla ciertos requisitos.
- Su hijo o hija viva en el inmueble y sea ciego(a) o discapacitado(a); o
- Su hijo o hija viva en el inmueble y sea menor de 21 años de edad.

Puede encontrar una lista de los servicios sujetos a recuperación de costos mediante un gravamen previo al fallecimiento en WAC 182-527-2734.

Puede ser restringido a un proveedor de servicios de salud, farmacia y/u hospital, si solicita servicios de salud innecesarios a los proveedores.

[English] Language assistance services, including interpreters and translation of printed materials, are available free of charge. Call 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Amharic] የቋንቋ እገዛ አገልግሎት፣ አስተርጓሚ እና የሰነዶችን ትርጉም ጨምሮ በነጻ ይገኛል። 1-800-562-3022 (TRS: 711) ይደውሉ።

[Arabic] خدمات المساعدة في اللغات، بما في ذلك المترجمين الفوريين وترجمة المواد المطبوعة، متوفرة مجاناً، اتصل على رقم (TRS: 711) 1-800-562-3022.

[Burmese] ဘာသာပြန်ဆိုသူများနှင့် ထုတ်ပြန်ထားသည့် စာရွက်စာတမ်းများဘာသာပြန်ခြင်းအပါအဝင် ဘာသာစကားအထောက်အကူဆောင်ရွက်မှုများကို အခမဲ့ရရှိပါသည်။ 1-800-562-3022 (TRS: 711) ကိုဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။

[Cambodian] សេវាជំនួយភាសា រួមមានទាំងអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ និង ការបកប្រែឯកសារបោះពុម្ព គឺអាចរកបានដោយឥតគិតថ្លៃ។ ហៅទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-562-3022 (TRS: 711)។

[Chinese] 免费提供语言协助服务，包括口译员和印制资料翻译。请致电 1-800-562-3022 (TRS: 711)。

[Korean] 통역 서비스와 인쇄 자료 번역을 포함한 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-562-3022 (TRS: 711)번으로 전화하십시오.

[Laotian] ການບໍລິການດ້ານພາສາ, ລວມທັງນາຍແປພາສາ ແລະ ການແປເອກສານຕີພິມ, ມີໄວ້ໃຫ້ຟຣີໂດຍບໍ່ຄິດຄ່າ. ໂທຫາເລກ 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Oromo] Tajajilli gargaarsa afaanii, nama afaan hiikuu fi ragaalee maxxanfaman hiikuun, kaffaltii malee ni argattu. 1-800-562-3022 (TRS: 711) irratti bilbilaa.

[Persian] خدمات کمک زبانی، از جمله مترجم شفاهی و ترجمه اسناد و مدارک (مطالب) چاپی، بصورت رایگان ارائه خواهد شد. با شماره (مطالب) 1-800-562-3022 (TRS: 711) تماس بگیرید.

[Punjabi] ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ—ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਅਤੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਕੀਤੀ ਹੋਈ ਸਮੱਗਰੀ ਦੇ ਅੰਨ੍ਹਵਾਦ ਸਮੇਤ—ਮੁਫਤ ਉਪਲੱਬਧ ਹਨ। 1-800-562-3022 (TRS: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

[Romanian] Serviciile de asistență lingvistică, inclusiv cele de interpretariat și de traducere a materialelor imprimate, sunt disponibile gratuit. Apelați 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Russian] Языковая поддержка, в том числе услуги переводчиков и перевод печатных материалов, доступна бесплатно. Позвоните по номеру 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Somali] Adeego caawimaad luuqada ah, ay ku jirto turjubaano afka ah iyo turjumid lagu sameeyo waraaqaha la daabaco, ayaa lagu helayaa lacag la'aan. Wac 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Spanish] Hay servicios de asistencia con idiomas, incluyendo intérpretes y traducción de materiales impresos, disponibles sin costo. Llame al 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Swahili] Huduma za msaada wa lugha, ikiwa ni pamoja na wakalimani na tafsiri ya nyaraka zilizochapishwa, zinapatikana bure bila ya malipo. Piga 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Tagalog] Mga serbisyong tulong sa wika, kabilang ang mga tagapagsalin at pagsasalin ng nakalimbag na mga kagamitan, ay magagamit ng walang bayad. Tumawag sa 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Tigrigna] ተርጓሚትን ናይ ዝተፀሓፉ ማተርያላት ትርጉምን ሓዊሱ ናይ ቋንቋ ሓገዝ ግልጋሎት፣ ብዘይ ምንም ክፍሊት ይርከቡ። ብ 1-800-562-3022 (TRS: 711) ደውሉ።

[Ukrainian] Мовна підтримка, у тому числі послуги перекладачів та переклад друкованих матеріалів, доступна безкоштовно. Зателефонуйте за номером 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Vietnamese] Các dịch vụ trợ giúp ngôn ngữ, bao gồm thông dịch viên và bản dịch tài liệu in, hiện có miễn phí. Gọi 1-800-562-3022 (TRS: 711).

Solicitud de Washington Apple Health para personas ancianas, ciegas, discapacitadas / Servicios y apoyos a largo plazo

1

Nombre e información de contacto del solicitante

Nombre (propio)

Inicial intermedia

Apellido

Número de ID del cliente (si corresponde)

Firma del solicitante o representante autorizado

Dirección en la que vive (obligatoria)

Condado

Ciudad

Estado

Código postal

Marque esta casilla si no tiene una dirección física

Dirección postal (si es diferente)

Condado

Ciudad

Estado

Código postal

Número de teléfono principal

Celular

Correo electrónico

Si vive en una institución, escriba el nombre y dirección de la institución si son diferentes a los que aparecen arriba:

Nombre de la institución

Dirección de la institución

Condado

Ciudad

Estado

Código postal



18005

2**Programa que solicita**

Yo, mi cónyuge o alguien de mi familia solicita:

Servicios de cuidados en el hogar

Vivienda asistida/Hogar familiar para adultos

Cuidado en una residencia para ancianos

Apoyos a la Medida para Adultos Mayores (TSOA)

Cobertura de servicios de salud para un adulto mayor, ciego o discapacitado

Programa de ahorros de Medicare

Apple Health para Trabajadores con Discapacidades (HWD)

3**Información de facturas médicas no pagadas**

¿Usted o alguno de los solicitantes necesita ayuda para pagar facturas médicas no pagadas incurridas en alguno de los 3 meses inmediatamente previos al mes actual? Sí No Si contestó que sí, escriba quién:

4**Información sobre el idioma**

¿Usted o alguien por quien presenta la solicitud necesita un intérprete o que se le entreguen los documentos en otro idioma? Sí No

Si contestó que sí, ¿qué idioma o formato alternativo necesita? Escriba todos los que correspondan: _____

5**Información sobre usted y su familia**

Escriba la información de su persona, su cónyuge y todos los dependientes que vivan con usted, incluso si no ha presentado solicitudes para ellos (adjunte hojas adicionales, si es necesario)

		YO MISMO	
_____ Nombre (nombre, segundo nombre, apellido)	_____ Sexo asignado al nacer	_____ ¿Relación con usted?	_____ Fecha de nacimiento
_____ Número de seguro social (NSS)*	¿Quiere cobertura para esta persona? Sí No		

Situación de ciudadano o no ciudadano (marque una opción)

Ciudadano de EE. UU. Sí No Residente de Washington Sí No

¿Es de origen hispano, latino o español? (OPCIONAL)

Cubano Mexicano/Mexicano/estadounidense-Chicano No español ni hispano
 Otro español/hispano Puertorriqueño

Raza (OPCIONAL - seleccione hasta cinco que se apliquen)

Indígena americano	Chino	Coreano	Tailandés
Asiático	Filipino	Laosiano	Vietnamita
Indio asiático	Guameño	Otro isleño del Pacífico	Blanco

Negro o afroamericano Hawaiano Otra raza
Camboyano Japonés Samoano

Nombre (nombre, segundo nombre, apellido) Sexo asignado al nacer ¿Relación con usted? Fecha de nacimiento

Número de seguro social (NSS)* ¿Quiere cobertura para esta persona? Sí No

Situación de ciudadano o no ciudadano (**marque una opción**)

Ciudadano de EE. UU. Sí No Residente de Washington Sí No

¿Es de origen hispano, latino o español? (OPCIONAL)

Cubano Mexicano/Mexicano-estadounidense/Chicano No español ni hispano
Otro español/hispano Puertorriqueño

Raza (OPCIONAL - seleccione hasta cinco que se apliquen)

Indígena americano Chino Coreano Tailandés
Asiático Filipino Laosiano Vietnamita
Indio asiático Guameño Otro isleño del Pacífico Blanco
Negro o afroamericano Hawaiano Otra raza
Camboyano Japonés Samoano

Nombre (nombre, segundo nombre, apellido) Sexo asignado al nacer ¿Relación con usted? Fecha de nacimiento

Número de seguro social (NSS)* ¿Quiere cobertura para esta persona? Sí No

Situación de ciudadano o no ciudadano (**marque una opción**)

Ciudadano de EE. UU. Sí No Residente de Washington Sí No

¿Es de origen hispano, latino o español? (OPCIONAL)

Cubano Mexicano/Mexicano-estadounidense/Chicano No español ni hispano
Otro español/hispano Puertorriqueño

Raza (OPCIONAL - seleccione hasta cinco que se apliquen)

Indígena americano	Chino	Coreano	Tailandés
Asiático	Filipino	Laosiano	Vietnamita
Indio asiático	Guameño	Otro isleño del Pacífico	Blanco
Negro o afroamericano	Hawaiano	Otra raza	
Camboyano	Japonés	Samoano	

Nombre (nombre, segundo nombre, apellido)	Sexo asignado al nacer	¿Relación con usted?	Fecha de nacimiento
-------------------------------------------	------------------------	----------------------	---------------------

Número de seguro social (NSS)*	¿Quiere cobertura para esta persona?	Sí	No
--------------------------------	--------------------------------------	----	----

Situación de ciudadano o no ciudadano (marque una opción)

Ciudadano de EE. UU.	Sí	No	Residente de Washington	Sí	No
----------------------	----	----	-------------------------	----	----

¿Es de origen hispano, latino o español? (OPCIONAL)

Cubano	Mexicano/Mexicano-estadounidense/Chicano	No español ni hispano
Otro español/hispano	Puertorriqueño	

Raza (OPCIONAL - seleccione hasta cinco que se apliquen)

Indígena americano	Chino	Coreano	Tailandés
Asiático	Filipino	Laosiano	Vietnamita
Indio asiático	Guameño	Otro isleño del Pacífico	Blanco
Negro o afroamericano	Hawaiano	Otra raza	
Camboyano	Japonés	Samoano	

Nombre (nombre, segundo nombre, apellido)	Sexo asignado al nacer	¿Relación con usted?	Fecha de nacimiento
-------------------------------------------	------------------------	----------------------	---------------------

Número de seguro social (NSS)*	¿Quiere cobertura para esta persona?	Sí	No
--------------------------------	--------------------------------------	----	----

Situación de ciudadano o no ciudadano (marque una opción)

Ciudadano de EE. UU.	Sí	No	Residente de Washington	Sí	No
----------------------	----	----	-------------------------	----	----

¿Es de origen hispano, latino o español? (OPCIONAL)

Cubano	Mexicano/Mexicano-estadounidense/Chicano	No español ni hispano
Otro español/hispano	Puertorriqueño	

Raza (OPCIONAL - seleccione hasta cinco que se apliquen)

Indígena americano	Chino	Coreano	Tailandés
Asiático	Filipino	Laosiano	Vietnamita
Indio asiático	Guameño	Otro isleño del Pacífico	Blanco
Negro o afroamericano	Hawaiano	Otra raza	
Camboiano	Japonés	Samoano	

*La HCA no proporciona información a ninguna agencia de inmigración para fines de aplicación de las leyes de inmigración. Deje este espacio en blanco si no tiene NSS.

6

Información general

1. En los últimos 30 días, yo, mi cónyuge o algún miembro de mi hogar recibimos cobertura de cuidado de la salud de otro estado, tribu u otra fuente.
Sí No Si contestó que sí, explique _____
2. Yo, mi cónyuge o algún miembro de mi hogar recibimos Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI, por sus siglas en inglés) en otro estado.
Sí No Si respondió que sí, ¿quién? _____
3. Yo, mi cónyuge o algún miembro de mi hogar es un inmigrante patrocinado.
Sí No Si respondió que sí, ¿quién? _____
4. Yo, mi cónyuge o alguna persona de mi hogar ha servido en las Fuerzas Armadas, Guardia Nacional o Reservas de Estados Unidos o ha sido dependiente o cónyuge de alguien que haya servido:
Yes No Si respondió que sí, ¿quién? _____
5. Tengo un dependiente tributario que todavía no he incluido en mi solicitud y que no vive conmigo.
Sí No Si contestó que sí, escriba los nombres de los dependientes tributarios _____

6. Soy: Soltero Casado y vivo con mi cónyuge Casado y vivo separado de mi cónyuge Divorciado Viudo
Parte de una pareja doméstica registrada Legalmente separado

7

Ingresos por empleo o empleo independiente (adjunte comprobantes)

Los ingresos devengados son el dinero ganado por un empleo o empleo independiente, algunos ejemplos* son:

Empleo

- Sueldos, salarios o propinas de los que se retienen impuestos sobre la renta federales en el formulario W-2, cuadro 1
- Bonos y comisiones
- Pagos de planes de pensiones
- Ingresos de un empleo donde su empleador no retuvo impuestos (como trabajos por encargo)

- Hacer recados o realizar tareas
- Conducir un automóvil para hacer traslados o entregas
- Vender mercancías en línea
- Prestar servicios creativos o profesionales
- Hacer otros trabajos temporales, bajo demanda o como servicios independientes
- Beneficios de una huelga sindical

Empleo independiente

- Poseer u operar una empresa
- Poseer u operar una granja
- Ministro o miembro de una orden religiosa
- Empleado legal y tiene ingresos

***Fuente: irs.gov/credits-deductions/individuals/earned-income-tax-credit/earned-income-and-earned-income-tax-credit-eitc-tables**

1. ¿ Yo, mi cónyuge o alguna persona para la cual estoy presentando una solicitud tiene ingresos provenientes de un trabajo? Sí No
Si contestó que sí, conteste esta sección.

2. _____
Quién gana este ingreso Nombre del empleador Número de teléfono del empleador

_____ ¿Este trabajo es un empleo independiente? Sí No
Fecha de inicio

Monto bruto recibido (monto en dólares antes de deducciones) _____ por: Hora Semana Dos semanas
Quincena Mes

_____ _____
Horas por semana Fechas de pago (por ejemplo, los días 1 y 15, o cada viernes)

3. _____
Quién gana este ingreso Nombre del empleador Teléfono del empleador

_____ ¿El trabajo es un empleo independiente? Sí No
Fecha de inicio

Monto bruto recibido (monto en dólares antes de deducciones) _____ por: Hora Semana Dos semanas
Quincena Mes

8 Otros ingresos (para todos los miembros del hogar) (adjunte comprobantes)

1. Algunos ejemplos de otros ingresos son:

- Manutención de niños o cónyuges
- Beneficios educativos (préstamos estudiantiles, subsidios, trabajo-estudio)
- Ingresos por juegos
- Donaciones (manutención en efectivo/ tarjetas de regalo)
- Intereses/dividendos
-
- Labor e industrias (L&I)
- Beneficios ferroviarios
- Ingresos por alquileres
- Retiro o pensión
- Contratos de ventas/pagarés
- Seguro Social
- Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI)
- Ingreso tribal
- Fideicomiso
- Beneficios por desempleo
- Administración de Veteranos (VA) o beneficios para militares
- Otro

2. Describa los otros ingresos que reciben usted, su cónyuge o cualquier persona que incluya en la solicitud:

_____ Tipo de otro ingreso	_____ Quién obtiene el ingreso	_____ Monto bruto mensual	_____ Quién obtiene el ingreso	_____ Monto bruto mensual
_____ Tipo de otro ingreso	_____ Quién obtiene el ingreso	_____ Monto bruto mensual	_____ Quién obtiene el ingreso	_____ Monto bruto mensual
_____ Tipo de otro ingreso	_____ Quién obtiene el ingreso	_____ Monto bruto mensual	_____ Quién obtiene el ingreso	_____ Monto bruto mensual
_____ Tipo de otro ingreso	_____ Quién obtiene el ingreso	_____ Monto bruto mensual	_____ Quién obtiene el ingreso	_____ Monto bruto mensual
_____ Tipo de otro ingreso	_____ Quién obtiene el ingreso	_____ Monto bruto mensual	_____ Quién obtiene el ingreso	_____ Monto bruto mensual

3. Yo, mi cónyuge o algún miembro de mi hogar recibe ingresos de una inversión con anualidades. Sí No

Quién posee la anualidad	Compañía o institución	Monto o valor	Ingreso mensual	Fecha de contratación
Quién posee la anualidad	Compañía o institución	Monto o valor	Ingreso mensual	Fecha de contratación

9 Gastos de vivienda (adjunte comprobantes si solicita servicios y apoyos a largo plazo)

Alquiler	Hipoteca	Alquiler de espacio	Seguro de propietario	Impuestos sobre inmuebles	Otros gastos
----------	----------	---------------------	-----------------------	---------------------------	--------------

¿Recibe ayuda de otra persona o agencia, tal como vivienda subsidiada, que pague la totalidad o una parte de estos gastos?

Sí No Si respondió que sí, ¿quién? _____

10 Deducciones

1. Yo, mi cónyuge o alguien por quien presento esta solicitud paga o está obligado a pagar:

Cuidado de niños o adultos dependientes	Importe mensual	Quién lo paga
Manutención para niños por orden judicial	Importe mensual	Quién lo paga
Honorarios del receptor de pagos	Importe mensual	Quién lo paga
Honorarios por tutela	Importe mensual:	Quién lo paga
Honorarios del abogado designado por el juzgado	Importe mensual	Quién lo paga
Gastos médicos recurrentes (incluye Medicare y otras primas de seguro médico que usted paga)	Importe mensual	Quién lo paga

2. Yo, mi cónyuge o alguien por quien presento esta solicitud debe gastos médicos.

Tipo de gasto médico	Fecha en que se incurrió	Importe debido	Quién lo debe
Tipo de gasto médico	Fecha en que se incurrió	Importe debido	Quién lo debe
Tipo de gasto médico	Fecha en que se incurrió	Importe debido	Quién lo debe

3. Yo, mi cónyuge o alguien por quien presento esta solicitud tiene una discapacidad y trabaja y tiene gastos para apoyar su empleo. Estos se conocen como gastos laborales relacionados con un impedimento (IRWE, por sus siglas en inglés):

Sí No Si contestó que sí importe de IRWE: _____

11

Recursos (adjunte comprobantes)

(Omita esta sección si únicamente solicita Programas de Ahorros de Medicare (MSP) o Apple Health para trabajadores con discapacidades (HWD))

1. Un recurso es cualquier cosa que usted posee o compra, que pueda ser vendido, comercializado o convertido en efectivo o dinero por otros. Un recurso no incluye propiedad personal tales como: mobiliario, menaje de casa o vestimenta. Ejemplos de recursos son:

- Dinero en efectivo
- Cuentas corrientes
- Cuentas de ahorros
- CD
- Cuentas de mercado financiero
- Bonos de ahorro
- Bonos
- Fondos mutuos
- Acciones
- Anualidades
- Fideicomisos
- Cuenta para el retiro (por sus siglas en inglés, "IRA")
- 401K
- Fondo de jubilación
- Casas, incluso la que habita actualmente
- Fondos funerarios
- Condominios
- Terrenos
- Contratos de ventas
- Edificios
- Patrimonio de vida
- Seguro de vida
- Plan funerario pagado por adelantado
- Fondos universitarios
- Inmuebles de tiempo compartido
- Equipo de negocios
- Equipo agrícola
- Ganado

2. Escriba los recursos que usted, su cónyuge o cualquier persona por la que usted está presentando una solicitud posee o está comprando:

_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Tipo de recurso	Quién lo posee	Ubicación	Valor	Quién lo posee	Ubicación	Valor
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Tipo de recurso	Quién lo posee	Ubicación	Valor	Quién lo posee	Ubicación	Valor
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Tipo de recurso	Quién lo posee	Ubicación	Valor	Quién lo posee	Ubicación	Valor
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Tipo de recurso	Quién lo posee	Ubicación	Valor	Quién lo posee	Ubicación	Valor

3. Yo, mi cónyuge o alguna persona por la que estoy presentando una solicitud posee automóviles, camiones, furgonetas, botes, vehículos recreativos (RV), remolques u otros vehículos motorizados:

_____	_____	_____	_____
Año (p.ej., 2010)	Marca (p.ej., Ford)	Modelo (p.ej., Escort)	Monto debido
_____	_____	_____	_____
Marque si es arrendado	Marque si es utilizado para fines médicos		
_____	_____	_____	_____
Año (p.ej., 2010)	Marca (p.ej., Ford)	Modelo (p.ej., Escort)	Monto debido
_____	_____	_____	_____
Marque si es arrendado	Marque si es utilizado para fines médicos		

(Conteste solamente si solicita servicios y apoyos a largo plazo)

12

Recursos adicionales de servicios y apoyos a largo plazo

1. Yo, mi cónyuge o alguien por quien presento esta solicitud posee o está comprando una vivienda que será su residencia principal.

_____	_____	_____
Dirección del inmueble	Valor actual (según valuación)	Préstamos garantizados con el inmueble
_____	_____	_____
Dirección del inmueble	Valor actual (según valuación)	Préstamos garantizados con el inmueble

2. Yo, mi cónyuge o alguna persona por la que estoy presentando una solicitud ha vendido, comercialado, donado o transferido un recurso en los últimos cinco años (incluyendo bienes, fideicomisos, vehículos, dinero en efectivo o propiedades de vida) Sí No Si contestó que sí, conteste lo siguiente (añada hojas adicionales si es necesario)

_____	_____	_____	_____
Tipo de recurso	Fecha de la transferencia	Valor de recurso transferido	A quién fue transferido
_____	_____	_____	_____
Tipo de recurso	Fecha de la transferencia	Valor de recurso transferido	A quién fue transferido

13

**Seguro de cuidados a largo plazo
(No es necesario para Programas de Ahorros de Medicare)**

Yo/nosotros tenemos seguro de cuidados a largo plazo Sí No ¿Es una póliza calificada de sociedad de cuidados a largo plazo (LTCP, por sus siglas en inglés)? Sí No
Si contestó que sí, escriba los nombres de las compañías aseguradoras y a quién cubre la póliza.

_____	_____	_____	_____	_____
Compañía de seguros	Número de póliza	Nombre del titular de la póliza	Persona cubierta	Valor en dólares (si es LTCP)
_____	_____	_____	_____	_____
Compañía de seguros	Número de póliza	Nombre del titular de la póliza	Persona cubierta	Valor en dólares (si es LTCP)

Para incluir comentarios adicionales a esta solicitud, adjunte una hoja con la información.

14

Información del representante autorizado

Un representante autorizado es un adulto que tiene suficiente conocimiento de las circunstancias del hogar y que ha sido autorizado por el hogar para actuar en su nombre para efectos de elegibilidad.

Al designar a un representante autorizado, usted otorga permiso a su representante autorizado para:

- Firmar la solicitud en su nombre;
- Recibir avisos relacionados con su solicitud y su cuenta; y
- Actuar en su nombre para todas las cuestiones relacionadas con la solicitud y la cuenta.

1. ¿Va a designar un representante autorizado? Sí No
2. ¿Desea que su representante autorizado reciba notificaciones relacionadas con su solicitud y su cuenta? Sí No
3. ¿Este representante autorizado tiene tutela legal? Yes No

Si contestó que sí, de quién: _____

4. ¿Este representante autorizado tiene poder notarial? Sí No

Si contestó que sí, de quién: _____

Nombre del representante autorizado / organización

_____ Dirección de correo electrónico

_____ Dirección de correo postal del representante autorizado

Pago al estado por cobertura de servicios de salud y cuidados a largo plazo:

Por ley, el Estado de Washington puede recuperar de su patrimonio los costos que haya pagado por ciertos tipos de servicios médicos utilizando el proceso de recuperación de patrimonio (RCW 41.05A.090, RCW 43.20B.080, y Capítulo 182-527 WAC). La recuperación de patrimonio sólo se lleva a cabo después de su muerte, de la muerte de su cónyuge sobreviviente hasta que sus hijos sobrevivientes tengan 21 años de edad o más. Tampoco se lleva a cabo si un hijo sobreviviente es ciego o discapacitado en el momento de la muerte de usted. Los costos recuperables incluyen:

Ciertos servicios y apoyos a largo plazo de Washington Apple Health, si usted tiene 55 años de edad o más al momento de recibir los servicios.

Ciertos servicios financiados solamente por el estado, sin importar su edad en el momento de recibirlos.

Puede encontrar una lista de los servicios sujetos a recuperación de costos en WAC 182-527-2742. Puede encontrar una lista de bienes excluidos de recuperación en WAC 182-527-2746.

El Estado también puede aplicar un gravamen a sus bienes inmuebles antes de su muerte, a cualquier edad, si usted es internado de manera permanente en una institución (WAC 182-527-2734). El Estado puede recuperar a través de la venta de los bienes, y de su patrimonio, a menos que:

- Su cónyuge viva en el inmueble;
- Su hermano o hermana viva en el inmueble, sea copropietario y cumpla ciertos requisitos.
- Su hijo o hija viva en el inmueble y sea ciego(a) o discapacitado(a); o
- Su hijo o hija viva en el inmueble y sea menor de 21 años de edad.

Puede encontrar una lista de los servicios sujetos a recuperación de costos mediante un gravamen previo al fallecimiento en WAC 182-527-2734.

Cesión de derechos y cooperación:

Usted comprende que cede los pagos de terceros para la atención médica en el Estado de Washington cuando recibe cobertura de Washington Apple Health. Esto significa que el Estado de Washington facturará a cualquier otro plan de seguros que tenga la obligación legal de cubrir cualquiera de sus gastos médicos (este podría ser el plan de seguro de un ex cónyuge o de un padre o madre con el que ya no vive). El titular de ese plan de seguro podría recibir información acerca de sus gastos médicos que ese plan le pague. Si teme que esto pueda causar un peligro para usted o para sus hijos, puede pedirnos que no tramitemos los pagos de terceros por atención médica.

Divulgación de anualidad:

Si usted o su cónyuge tiene participación en una anualidad y acepta los beneficios de cuidado a largo plazo de Washington Apple Health (Medicaid), deberá designar al Estado de Washington como beneficiario remanente de la anualidad.

Derechos de audiencia administrativa:

Si no está de acuerdo con la decisión que hemos tomado sobre la cobertura de atención médica o servicios de cuidados a largo plazo, tiene el derecho a apelar la decisión a través del proceso de audiencia administrativa. También puede pedir a un supervisor o administrador que revise la decisión o acción en disputa sin afectar sus derechos para una audiencia administrativa.

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 (DSHS, por sus siglas en inglés) 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 ningún programa de Medicaid para personas ancianas, ciegas o discapacitadas de Washington Apple Health (relacionado con SSI).

La revocación o negativa de autorizar la verificación de activos no afecta la elegibilidad para Apoyos a la Medida para Adultos Mayores (TSOA).

El Departamento ofrece servicios de registro de votantes, incluyendo el registro automático de votantes.

Solicitar el registro o negarse a registrarse para votar no afectará los servicios ni el monto de los beneficios que puede recibir de esta agencia. Si desea ayuda para llenar el formulario de registro de votante, le ayudaremos. La decisión de pedir o aceptar ayuda es de usted. Puede llenar el formulario de registro como votante en privado. Si cree que alguien ha interferido con su derecho a registrarse o a negarse a registrarse para votar, con su derecho a la privacidad al decidir si registrarse para votar o al solicitar su registro para votar, o con su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar una denuncia ante la División Electoral del Estado de Washington, PO Box 40229, Olympia, WA 98504, correo electrónico elections@sos.wa.gov, o llame al teléfono 1-800-448-4881.

¿Desea registrarse para votar o actualizar su registro de votante? **Sí** **No**

Si no marca ninguna casilla, consideraremos que ha decidido no registrarse para votar en este momento, excepto cuando sea elegible para el registro automático como votante y no lo rechace.

Si no marca la casilla "No", usted podría ser elegible para el registro automático como votante. Usted es elegible para el registro automático como votante si tendrá al menos 18 años de edad en la siguiente elección, es ciudadano de Estados Unidos de América y el DSHS tiene su nombre, dirección residencial y postal, fecha de nacimiento, comprobantes de información de ciudadanía, y su firma corroborando la veracidad de la información provista en esta solicitud.

¿Desea ser registrado automáticamente para votar? **Sí** **No**

Si marcó la casilla "Sí" o no marcó ninguna de las casillas y cumple con los requisitos de elegibilidad para el registro automático como votante, el DSHS enviará su información a la Oficina del Secretario de Estado y será registrado como votante de manera automática.

Para hacer comentarios o añadir más información, adjunte una hoja adicional.

He leído y comprendido la información en esta solicitud. Declaro bajo pena de perjurio, bajo las leyes del Estado de Washington que la información que he dado en esta solicitud, incluida la información sobre la ciudadanía y condición migratoria de los miembros que solicitan los beneficios es, a mi mejor entender, veraz, correcta y completa.

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