Washington State Health Care Authority

Washington State Department of Social & Health Services

Washington Formulario complementario de Apple Health

Washington Apple Health Supplemental Form

(Utilizado para cobertura de discapacitados, ciegos, adultos mayores/cuidados a largo plazo)

Información general

Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Número de Identificación ACES del Cliente

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	NSS:

Yo, mi cónyuge o alguien de mi familia solicita:

- ☐ Cobertura de Atención Médica para un adulto mayor, ciego o discapacitado
- ☐ Programa de ahorros de Medicare
- ☐ Servicios de cuidados en el hogar
- ☐ Cuidado en una residencia para ancianos
- ☐ Ayuda con facturas médicas (correspondientes a los últimos tres meses)
- ☐ Atención Médica para Trabajadores con Discapacidades (HWD)
- ☐ Atención en hospicio
- ☐ Vivienda asistida/Hogar de familia para adultos
- ☐ Cuidado institucional para niños/familia (Hospital/CLIP)
- ☐ Servicios de administración de discapacidades de desarrollo

En los últimos 30 días, ¿recibí cobertura de atención médica de otro estado, tribu u otro recurso? ☐ Sí ☐ No

¿Yo o alguien de mi familia es un extranjero patrocinado? ☐ Sí ☐ No ¿Quién?: _____

¿Yo o alguien de mi familia ha servido en el ejército? ☐ Sí ☐ No ¿Quién?:_____

¿Yo o alguien de mi familia es el dependiente o cónyuge de alguien (vivo o fallecido) que ha servido en el ejército? ☐ Sí ☐ No

¿Tengo un dependiente de impuestos que todavía no he incluido en mi solicitud que no vive conmigo? ☐ Sí ☐ No

Si es sí: Nombre del dependiente de impuestos:_____Fecha de nacimiento: _____NSS:_____

Soy: ☐ Soltero ☐ Casado y vivo con mi cónyuge ☐ Casado vivo separado de mi cónyuge ☐ Divorciado ☐ Viudo

Información de ingresos

Yo, mi cónyuge o alguien de mi familia recibe ingresos de una de las siguientes fuentes:

	Quién recibe los ingresos	Brutos mensuales monto	Quién recibe los ingresos	Brutos mensuales monto
Fideicomisos		$		$
Beneficios del Trabajo e Industrias (L&I o seguro)		$		$
Manutención para niños		$		$
Contratos de ventas/pagarés		$		$
Donaciones (manutención en efectivo/tarjeta de regalo)		$		$
Otro		$		$

¿Yo, mi cónyuge o alguien de mi familia recibe ingresos de una pensión anual?* ☐ Sí ☐ No

A quién pertenece la pensión	Compañía o institución	Monto o valor	Ingreso mensual	Fecha de adquisición
		$	$	
		$	$	

Si usted o su cónyuge tiene interés en recibir una pensión y acepta los beneficios de cuidados a largo plazo de Washington Apple Health (Medicaid), deberá nombrar al Estado de Washington como beneficiario remanente de la pensión.

Información de la vivienda

Pago un gasto mensual por vivienda (renta, hipoteca, tarifas de condominios o impuestos de propiedad) ☐ Sí ☐ No
Si la respuesta es sí, escriba el monto mensual: $ _____

Recursos (Salte esta sección si únicamente solicita atención médica para trabajadores con discapacidades)

Un recurso es cualquier cosa que 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 o vestimenta. Ejemplos de recursos son:

Dinero en efectivo	Fondos Mutuos	Viviendas, incluyendo la que habita actualmente	Seguro de Vida
Cuentas corrientes	Acciones	Fondos funerarios	Plan funerario pagado por adelantado
Cuentas de ahorro	Pensiones	Condominio	Fondos Universitarios
CD´s	Fideicomisos	Terreno	Multipropiedad
Cuenta del mercado financiero	Información, Derivación y Defensa Legal (IRA)	Contratos de ventas	Equipo de negocios
Bonos de Ahorro	401K	Edificios	Equipo agrícola
Bonos	Fondo de jubilación	Patrimonio de vida	Ganado

Por favor enumere los recursos que usted, su cónyuge o cualquier persona por la que está presentando una solicitud posee o compra:

Recursos	Que posee	Dónde se retiene	Valor	Que posee	Dónde se retiene	Valor
			$			$
			$			$
			$			$
			$			$
			$			$
			$			$
			$			$

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

Año (Ejem. 2010)	Marca (Ejem. Ford)	Modelo (Ejem. Escort)	Marque si es alquilado	Marque si es utilizado para	Monto adeudado
			☐	☐	$
			☐	☐	$

Preguntas adicionales de recursos de cuidados a largo plazo (Complete solo si solicita servicios de cuidados a largo plazo)

Yo, mi cónyuge o alguien por quien presento esta solicitud o comprará un casa que será su residencia principal.

Dirección de la propiedad	Valor actual (Por asesor)	Montos de préstamos adeudados por la propiedad
	$	$
	$	$

Yo, mi cónyuge o alguna persona por la que estoy presentando una solicitud ha vendido, comerciado, donado o transferido un recurso en los últimos cinco años (incluyendo fideicomisos, vehículos, dinero en efectivo o propiedades de vida):
☐ Sí ☐ No Si la respuesta es afirmativa, complete lo siguiente:

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

Seguro de cuidados a largo plazo (No es necesario para Programa 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)? ☐ Sí ☐ No
Si la respuesta es afirmativa, enumere el(los) nombre(s) de la(s) compañía(s) aseguradora(s) y a quién cubre la póliza.	

Compañía de seguros	Número de póliza	Nombre del titular de la póliza	Persona con cobertura	Valor del dólar (si es LTCP)
				$
				$
				$

Deducciones

Yo, mi cónyuge o alguien por quien presento esta solicitud paga o se supone que paga (marque todo lo que corresponda):

	Monto mensual	Quién paga
Cuidado de niños o adultos dependientes	$	
Manutención para niños ordenada por el juzgado	$	
Honorarios para el beneficiario	$	
Honorarios por tutela	$	
Honorarios del abogado ordenados por el juzgado	$	
Gastos médicos recurrentes (incluye Medicare u otras primas de seguro médico que debe pagar)	$	

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

Tipo de gasto médico	Fecha en que fue incurrido	Monto adeudado	Quien debe
		$	
		$	
		$	

Soy discapacitado y trabajo y tengo gastos que me permiten trabajar. Estos gastos se llaman gastos laborales relacionados con una discapacidad (IRWE).

☐ Sí ☐ No Si la respuesta es afirmativa, enumere el(los) monto(s) del(de los) gasto(s) $ _____

Lea atentamente antes de firmar

Pago al estado por Cobertura de atención de la salud y cuidados a largo plazo:
Por ley, si tiene 55 años o más y recibe servicios médicos de Washington Apple Health (Medicaid) o servicios de cuidados a largo plazo, la Autoridad de Atención Médica (HCA) puede tomar parte de su patrimonio (bienes que posee al momento de fallecer) para devolver a HCA los costos de su cobertura de atención médica, servicios médicos y cuidados a largo plazo (incluidos los servicios de cuidado personal de Washington Apple Health (Medicaid)). Los gastos para compartir el costo de Medicare pagado por el Programa de Ahorros de Medicare están exentos. HCA podría recuperar los costos de los servicios de cuidados a largo plazo financiados solamente por el estado y recibidos a cualquier edad. Esto se denomina Recuperación del patrimonio Las tierras tribales pueden estar exentas de la recuperación.

Los servicios de atención de largo plazo incluyen cuidado el Sistema de Entrada del Programa de Opciones de la Comunidad (COPES), el Cuidado Personal de Washington Apple Health (Medicaid), servicios en una residencia para ancianos, servicios de salud diurnos para adultos, enfermería de atención privada y las siguientes cuatro exenciones de la Administración de Discapacidades de Desarrollo (DDA) y Servicios basados en el Hogar y en la Comunidad (HCBS): Básica, Básica Plus, Core y Protección Comunitaria junto con otros servicios provistos por Servicios Comunitarios y del Hogar y de la Administración de discapacidades de desarrollo.

La recuperación de patrimonio no se lleva a cabo hasta su muerte o la muerte de su cónyuge sobreviviente, si lo hubiera. Si tiene herederos dependientes,
la recuperación de patrimonio puede ser demorada por motivos de dificultades excesivas.

En caso que se aloje permanentemente en una residencia para ancianos u otro centro médico, HCA puede presentar un documento de embargo en contra de su propiedad para recibir el pago por la cobertura por la asistencia médica, servicios médicos y cuidados a largo plazo que haya recibido. Si regresa a casa, HCA anulará el documento de embargo. HCA no presentará un documento de embargo en contra de su casa si:

- Su cónyuge vive ahí.
- Su hijo ciego, discapacitado o menor de 21 años de edad habita ahí.
- Su hermano(a), quien cuenta con participación de intereses en el hogar vive ahí y ha vivido ahí por un mínimo de un año antes que usted ingresara en el centro médico.

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.

Declaración y firma

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 solicitante o representante autorizado

_____ **Fecha** _____

Nombre en letra imprenta del solicitante o representante autorizado

_____