

Solicitud de cobertura de Washington Apple Health para personas ancianas, ciegas, discapacitadas / Cobertura de cuidado a largo plazo Washington Apple Health Application for Aged, Blind, Disabled /Long- Term Care Coverage

| | |
|---|--|
| <p>Use esta solicitud para ver para cuál cobertura de cuidado de la salud califica si:</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Necesita solicitar servicios de cuidado a largo plazo (cuidado en residencia para ancianos, institución de vida asistida, hogar familiar para adultos o programas de cuidado en el hogar) • Usted o alguien de su hogar tiene 65 años de edad o más • 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 una discapacidad <p>Nota: Si necesita presentar una solicitud de seguro médico para su familia, hijos, embarazo o un adulto nuevo, comuníquese con Healthplanfinder a: www.wahealthplanfinder.org o llame al 1-855-923-4633</p> |
| <p>Presente la solicitud más rápido en línea</p> | <p>Puede presentar su solicitud en línea en www.washingtonconnection.org</p> |
| <p>Información que necesitará para presentar la solicitud</p> | <ul style="list-style-type: none"> • 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) |
| <p>¿Por qué solicitamos tanta información?</p> | <p>Solicitamos información para determinar para qué coberturas de cuidado de la salud califica. Conservamos en privado la información que nos proporcione, como lo exige la ley.</p> |
| <p>Envíe su solicitud contestada y firmada a:</p> | <p>Para Washington 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</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 www.dshs.wa.gov/esa/community-services-find-an-office para conocer las ubicaciones. • Presente su solicitud en línea en www.washingtonconnection.org • ¿Preguntas? Llame al 1-877-501-2233 <p>Para cobertura a largo plazo, tal como programas de residencia para ancianos, cuidado personal en el hogar, institución de vida asistida y hogar familiar para adultos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Envíe su solicitud por correo a: DSHS Home and Community Services – Long Term Care Services PO Box 45826, Olympia, WA 98504-5826 • Envíe su solicitud por fax al 1-855-635-8305 • Lleve su solicitud a su oficina local de Servicios a Hogares y Comunitarios (por sus siglas en inglés, “HCS”). Consulte http://www.dshs.wa.gov/altsa/resources para conocer las ubicaciones. • Presente su solicitud en línea en www.washingtonconnection.org • ¿Preguntas? Para localizar una oficina local de HCS, consulte http://www.dshs.wa.gov/altsa/resources |

Derechos y Responsabilidades de la Cobertura de Cuidado de la Salud

Sus derechos (nosotros debemos) para todos los programas de cobertura de cuidado de la salud

Ayudarle a leer y llenar todos los formularios solicitados. Puede comunicarse con el Departamento de Servicios Sociales y de Salud (por sus siglas en inglés, "DSHS") 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.

Mantener su información personal privada pero es posible que compartamos algunos datos con otras agencias estatales y federales, instituciones financieras y contratistas de la HCA para el proceso de verificación 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, nacionalidad, edad, discapacidades o sexo. El DSHS y la HCA no excluyen a personas ni las tratan de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, 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

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 o 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) para todos los programas de cobertura de cuidado de la salud

Proporcionar su SSN y situación migratoria. Con algunas excepciones, usted debe proporcionar un Número de Seguro Social (por sus siglas en inglés, "SSN") 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 cuidado de la 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 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 para todos los programas de cobertura de cuidado de la 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 requiere 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 (por sus siglas en inglés, "HIPAA")** 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 haya 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 tratamiento para los mismos, y servicios de 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 atención médica. 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 negación 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 (por sus siglas en inglés, "DCS"). 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 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 cuidado de la 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 salud.

Darle una decisión por escrito, en la mayoría de los

casos, dentro de un plazo de 45 días. La cobertura de cuidado de la salud para algunos casos de discapacidad puede tomar hasta 60 días. Le entregaremos 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 seguro 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 cuidado de la salud.

Solicitar Medicare si tiene derecho a él.

Cooperar con el personal de Control de Calidad cuando sea requerido.

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

sólo 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 cuidado de la salud.

La agencia podría compartir el historial de inmunización 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;
- Si 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 con un gravamen antes de la muerte en WAC 182-527-2734.

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

[English] Language assistance services, including interpreters and translation of printed materials, are available free of charge. Call 1-877-501-2233 (TRS: 711).

[Amharic] የድንገት ለገዛ አገልግሎት፣ አስተርጓሚ እና የሰነድ ትርጉም ጨምሮ በነጻ ይገኛል። 1-877-501-2233 (TRS: 711) ይደውሉ።

[Arabic] خدمات المساعدة في اللغات، بما في ذلك المترجمين الفوريين وترجمة المواد المطبوعة، متوفرة مجاناً، اتصل على رقم (TRS: 711) 1-877-501-2233.

[Burmese] ဘာသာပြန်ဆိုသူများနှင့် ထုတ်ပြန်ထားသည့် စာရွက်စာတမ်းများဘာသာပြန်ခြင်းအပါအဝင် ဘာသာစကားအထောက်အကူဆောင်ရွက်မှုများကို အခမဲ့ရရှိနိုင်ပါသည်။ 1-877-501-2233 (TRS: 711) ကိုဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။

[Cambodian] សេវាជំនួយភាសា រួមមានទាំងអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ និង ការបកប្រែបែបកសាងដោះពុម្ព គឺអាចរកបានដោយឥតគិតថ្លៃ។ ហៅទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-877-501-2233 (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 1-877-501-2233 (TRS: 711)。

[Korean] 통역 서비스와 인쇄 자료 번역을 포함한 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-877-501-2233 (TRS: 711)번으로 전화하십시오.

[Laotian] ການບໍລິການດ້ານພາສາ, ລວມທັງນາຍແປພາສາ ແລະ ການແປປອກສານຕີພິມ, ມີໄວ້ໄວ້ຟຣີໃດຍບໍ່ຄິດຄ່າ. ໂທຫາເລກ 1-877-501-2233 (TRS: 711).

[Oromo] Tajajilli gargaarsa afaanii, nama afaan hiikuu fi ragaalee maxxanfaman hiikuun, kaffaltii malee ni argattu. 1-877-501-2233 (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 1-877-501-2233 (TRS: 711) تماس بگیرید.

[Punjabi] ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ—ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਅਤੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਕੀਤੀ ਹੋਈ ਸਮੱਗਰੀ ਦੇ ਅੰਨ੍ਹਵਾਦ ਸਮੇਤ—ਮੁਫਤ ਉਪਲੱਬਧ ਹਨ। 1-877-501-2233 (TRS: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

[Romanian] Serviciile de asistență lingvistică, inclusiv cele de interpretariat și de traducere a materialelor imprimate, sunt disponibile gratuit. Apelați 1-877-501-2233 (TRS: 711).

[Russian] Языковая поддержка, в том числе услуги переводчиков и перевод печатных материалов, доступна бесплатно. Позвоните по номеру 1-877-501-2233 (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 1-877-501-2233 (TRS: 711).

[Spanish] Hay servicios de asistencia con idiomas, incluyendo intérpretes y traducción de materiales impresos, disponibles sin costo. Llame al 1-877-501-2233 (TRS: 711).

[Swahili] Huduma za msaada wa lugha, ikiwa ni pamoja na wakalimani na tafsiri ya nyaraka zilizochapishwa, zinapatikana bure bila ya malipo. Piga 1-877-501-2233 (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 1-877-501-2233 (TRS: 711).

[Tigrigna] ተርጓሚትን ናይ ዝተፀሓፉ ማተርያላት ትርጉምን ሓዊሱ ናይ ቋንቋ ሓገዝ ግልጋሎት፣ ብዘይ ምንም ክፍሊት ይርከቡ። ብ 1-877-501-2233 (TRS: 711) ደውል።

[Ukrainian] Мовна підтримка, у тому числі послуги перекладачів та переклад друкованих матеріалів, доступна безкоштовно. Зателефонуйте за номером 1-877-501-2233 (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 1-877-501-2233 (TRS: 711).

Solicitud de cobertura de Washington Apple Health para personas ancianas, ciegas, discapacitadas / Cobertura de cuidado a largo plazo

| Nombre e información de contacto del solicitante | | | |
|---|----------------------------|---|---|
| 1. Primer nombre | Inicial del segundo nombre | Apellido | 2. Número de Identificación ACES del Cliente |
| Firma del solicitante o representante autorizado (obligatoria) | | | |
| 3. Dirección en la que vive | | | |
| Condado | Ciudad | Estado | Código postal |
| 4. Dirección postal (si es diferente) | | | |
| Condado | Ciudad | Estado | Código postal |
| 5. Número de teléfono principal <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo | | | |
| 6. Número de teléfono secundario <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo | | | |
| 7. Dirección de correo electrónico | | | |
| Si vive en una institución, escriba el nombre y dirección de la institución si son diferentes a los que aparecen arriba: | | | |
| 8. Nombre de la institución | | | |
| 9. Dirección de la institución | | | |
| Condado | Ciudad | Estado | Código postal |
| Programas para los que presenta solicitud: | | | |
| 10. Yo, mi cónyuge o alguien de mi familia solicita: | | | |
| <input type="checkbox"/> Cobertura de Atención Médica para un adulto mayor, ciego o discapacitado | | <input type="checkbox"/> Atención Médica para Trabajadores con Discapacidades (HWD) | |
| <input type="checkbox"/> Programa de ahorros de Medicare | | <input type="checkbox"/> Institución de vida asistida/Hogar familiar para adultos | |
| <input type="checkbox"/> Servicios de cuidados en el hogar | | | |
| <input type="checkbox"/> Cuidado en una residencia para ancianos | | | |
| Información de facturas médicas no pagadas | | | |
| 11. ¿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? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si contestó que sí, escriba quién: | | | |
| <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div> | | | |



Información sobre idioma

12. Necesito un intérprete. Hablo: _____ o lenguaje de señas; traducir mis cartas al: _____

Información sobre su familia

13. Enumere a todos los miembros de su familia, incluso si no ha presentado solicitudes para ellos (adjunte hojas adicionales, si fuese necesario)

| | | | | | Opcional para no-solicitantes | | | |
|---|--------|---|---------------------|---|-------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|---|
| Nombre (Primer nombre, Segundo nombre, Apellido) | Género | ¿Qué parentesco tiene esta persona con usted? | Fecha de nacimiento | Marque si Desea cobertura para esta persona | Número de seguro social | Marque si es ciudadano de los ee.uu. | Raza (Vea los ejemplos más adelante) | Nombre de la tribu (Para indígenas americanos, nativos de Alaska) |
| | | Yo | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | |

I. Información general

Mi origen étnico es hispano o latino: Sí No

La información sobre el origen étnico y la raza es voluntaria. **Ejemplos de razas:** Blanco, Negro o Afroamericano, Asiático, Nativo de Hawaii, Isleño del Pacífico, Indígena americano, Nativo de Alaska, o cualquier combinación de razas.

- En los últimos 30 días, ¿yo, mi cónyuge o alguna persona de mi hogar recibimos cobertura de cuidado de la salud de otro estado, tribu u otra fuente? Sí No
- ¿Yo, mi cónyuge o alguna persona de mi hogar recibimos Ingreso Suplementario de Seguridad (por sus siglas en inglés, "SSI") en otro estado?
 Sí No Si contestó que sí, ¿quién? _____
- ¿Yo, mi cónyuge o alguna persona de mi hogar es un extranjero patrocinado?
 Sí No Si contestó que sí, ¿quién? _____
- ¿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? Sí No Si contestó que sí, ¿quién?

- ¿Tengo un dependiente de impuestos 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 _____

- Soy: Soltero Casado y vivo con mi cónyuge Casado y vivo separado de mi cónyuge Divorciado
 Viudo En una sociedad doméstica registrada Separado legalmente

II. Ingresos ganados (adjunte comprobante)

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. **Nota:** Los indígenas americanos y nativos de Alaska no tienen que reportar ciertos ingresos, entre ellos: Fideicomiso de Asentamiento y Corporaciones de nativos de Alaska; distribuciones de propiedad en fideicomiso; distribuciones y pagos por pesca, extracción de recursos naturales y cosechas; distribuciones por propiedad de recursos naturales y mejoras; pagos por propiedad de artículos que tengan una importancia religiosa, espiritual, tradicional, o cultural única de acuerdo con las costumbres o leyes de la tribu; y ayuda financiera para estudiantes de los programas de educación de la Oficina de Asuntos Indígenas.

| | |
|---|--|
| 2. ¿Quién gana este ingreso?: _____ | Monto bruto recibido (monto en dólares antes de deducciones) |
| Nombre y número telefónico del empleador | \$ _____ por: <input type="checkbox"/> Hora <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mes |
| Fecha de inicio | Horas por semana: _____ |
| ¿El trabajo es un empleo independiente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Fechas de pago (por ejemplo, los días 1 y 15, o cada viernes): _____ |

| | |
|---|--|
| 3. ¿Quién gana este ingreso?: _____ | Monto bruto recibido (monto en dólares antes de deducciones) |
| Nombre y número telefónico del empleador | \$ _____ por: <input type="checkbox"/> Hora <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mes |
| Fecha de inicio | Horas por semana: _____ |
| ¿El trabajo es un empleo independiente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Fechas de pago (por ejemplo, los días 1 y 15, o cada viernes): _____ |

III. Otros Ingresos (Utilice para todos los miembros de la familia) (Adjunte comprobante)

1. Algunos ejemplos de otros ingresos son:

- Manutención a menores o cónyuges
- Beneficios educativos (Préstamos estudiantiles, subsidios, trabajo-estudio)
- Ingreso de juegos
- Donaciones (manutención en efectivo/tarjeta de regalo)
- Intereses/dividendos
- Trabajo e industrias (L&I)
- Beneficios ferroviarios
- Ingresos por rentas
- Retiro o pensión
- Contratos de ventas/pagarés
- Seguro Social
- Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI, por sus siglas en inglés)
- Ingreso tribal
- Fideicomisos
- Beneficios por desempleo
- Administración de Veteranos (VA) o beneficios para militares
- Otros

2. Enumere otros ingresos que reciben usted, su cónyuge o cualquier persona por la que usted está presentando una solicitud:

| Tipos de ingresos no ganados | ¿Quién obtiene el ingreso? | Monto Mensual Bruto | ¿Quién obtiene el ingreso? | Monto Mensual Bruto |
|------------------------------|----------------------------|---------------------|----------------------------|---------------------|
| | | \$ | | \$ |
| | | \$ | | \$ |
| | | \$ | | \$ |
| | | \$ | | \$ |
| | | \$ | | \$ |

3. ¿Yo, mi cónyuge o alguien de mi familia recibe ingresos de una inversión con anualidades? Sí No

| ¿A quién pertenece la pensión? | ¿Compañía o institución? | Monto o valor | Ingreso mensual | Fecha de adquisición |
|--------------------------------|--------------------------|---------------|-----------------|----------------------|
| | | \$ | \$ | |
| | | | | |

IV. Gastos de vivienda (adjunte comprobantes si solicita servicios de cuidado a largo plazo y está casado)

| | | | | | |
|----------------|----------------|---------------------------|-----------------------------|---------------------------------|---------------------|
| Alquiler \$ | Hipoteca \$ | Alquiler de espacio \$ | Seguro de propietario \$ | Impuestos sobre inmuebles \$ | Otras tarifas \$ |
|----------------|----------------|---------------------------|-----------------------------|---------------------------------|---------------------|

Otra persona o agencia, tal como una casa subvencionada, me ayuda a pagar todo o una parte de estos gastos: Sí No
Si respondió que sí, ¿quién?: _____

| V. Deducciones | | | | | | |
|--|--|--|--|---|-------------------|-------|
| 1. Yo, mi cónyuge o alguien por quien presento esta solicitud paga o está obligado a pagar: | | | | | | |
| | | | 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) | | | \$ | | | |
| 2. ¿Yo, mi cónyuge o alguien por quien presento esta solicitud debe gastos médicos? | | | | | | |
| | Tipo de gasto médico | Fecha en que | Monto adeudado | | Quién 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 (por sus siglas en inglés, "IRWE"). <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contestó que sí, monto de sus IRWE \$ | | | | | | |
| VI. Recursos (adjunte comprobantes) (Salte esta sección si únicamente solicita servicios de salud para trabajadores con discapacidades) | | | | | | |
| 1. 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: | | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Dinero en efectivo • Cuentas corrientes • Cuentas de ahorro • CD's • Cuenta del mercado financiero • Bonos de Ahorro • Bonos | <ul style="list-style-type: none"> • Fondos mutuos • Acciones • Pensiones • Fideicomisos • Información, Derivación y Defensa Legal (IRA) • 401K • Fondo de jubilación | <ul style="list-style-type: none"> • Casas, incluso la que habita actualmente • Fondos funerarios • Condominio • Terreno • Contratos de ventas • Edificios • Patrimonio de vida | <ul style="list-style-type: none"> • Seguro de vida • Plan funerario pagado por adelantado • Fondos universitarios • Multipropiedad • Equipo de negocios • Equipo agrícola • Ganado | | | |
| 2. Enumere los recursos que usted, su cónyuge o cualquier persona por la que usted está presentando una solicitud posee o compra: | | | | | | |
| Tipo de recurso | Quién lo posee | Lugar | Valor | Quién lo posee | Lugar | Valor |
| | | | \$ | | | \$ |
| | | | \$ | | | \$ |
| | | | \$ | | | \$ |
| | | | \$ | | | \$ |
| | | | \$ | | | \$ |
| | | | \$ | | | \$ |
| 3. 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 (por ejemplo, 2010) | Marca (Ej. Ford) | Modelo (Ej. Escort) | Marque si es arrendado | Marque si es utilizado para Fines médicos | Monto adeudado | |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | \$ | |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | \$ | |

VII. Preguntas sobre recursos adicionales para cuidado a largo plazo (Conteste sólo si solicita cuidado a largo plazo)

1. 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 |
|---------------------------|---------------------------|--|
| | \$ | \$ |
| | \$ | \$ |

2. 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 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 |
|-----------------|---------------------------|------------------------------|-------------------------|
| | | \$ | |
| | | \$ | |

VIII. Seguro de cuidado a largo plazo (No es necesario para el 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 (por sus siglas en inglés, "LTCP")? Sí No

Si contestó que sí, enumere 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 con cobertura | Valor del dólar (si es LTCP) |
|---------------------|------------------|---------------------------------|-----------------------|------------------------------|
| | | | | \$ |
| | | | | \$ |

IX. 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? Sí No Si contestó que sí, ¿quién?: _____
4. ¿Este representante autorizado tiene poder notarial? Sí No Si contestó que sí, ¿quién?: _____

Nombre del representante autorizado / Organización

Número de teléfono

Dirección de correo postal del representante autorizado

Dirección de correo electrónico

X. Lea detenidamente antes de firmar

Pago al estado por Cobertura de atención de la 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 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;
- Si 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 con un gravamen antes de la muerte 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.

Autorización

Entiendo que la información que yo proporcione para solicitar o renovar la asistencia estará sujeta a verificación por parte de funcionarios federales y estatales para determinar si es correcta. Autorizo a la Health Care Authority (HCA) y el Departamento de Servicios Sociales y de Salud (por sus siglas en inglés, DSHS) del Estado de Washington para que realicen una verificación de activos para determinar mi elegibilidad y para verificar la exactitud de mi información financiera. Entiendo que la HCA y el DSHS pueden investigar y contactar a cualquier institución financiera, agencia estatal o federal, y base de datos privada como parte del proceso de verificación de ingresos. Entiendo que esta autorización expira cuando se expida una determinación adversa definitiva en respuesta a 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 si revoco mi autorización o me niego a proporcionarla, no seré elegible para ningún programa de Medicaid para personas ancianas, ciegas o discapacitadas de Washington Apple Health.

Registro de votantes

El Departamento ofrece servicios de registro para votantes como lo requiere la Ley Nacional de Registro de Votantes de 1993.

Solicitar el registro o negarse a registrarse para votar no afectará los servicios ni el monto de los beneficios que puede proporcionarle esta agencia. Si desea ayuda para llenar el formulario de registro de votante, le ayudaremos. Usted decide si desea buscar o aceptar ayuda. Puede llenar el formulario de registro de 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: Washington State Elections Office PO Box 40229, Olympia, WA 98504-0229 (1-800-448-4881).

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

Si no marca ninguna casilla, se considerará que su elección fue no registrarse para votar en este momento.

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 de molde del solicitante o representante autorizado