

Solicitud de cobertura de salud y ayuda con el pago de los costos

APÉNDICE D

Completar el Apéndice D si solicita cobertura de atención médica para:

- Alguien que tiene una discapacidad
- Alguien de 65 años o mayor
- Todas las personas, incluidos los niños, que necesiten servicios de atención a largo plazo (centro de enfermería o atención basada en la comunidad)
- Alguien que esté inscrito o sea elegible para Medicare
- Alguien interesado en solicitar Medicaid Works

¿Para qué se usa el Apéndice D?

El apéndice D recoge información adicional necesaria para determinar si usted califica para cobertura médica. El apéndice D no es una solicitud independiente. También debe completar la Solicitud para la Cobertura de Salud y Ayuda para el Pago de Costos y presentar el Apéndice D con la solicitud. Si completa el Apéndice D para otra persona, responda a las preguntas para esa persona.

SECCIÓN 1 Información del hogar

1. ¿Es usted? Casado Soltero Divorciado Viudo Separado

2. ¿Alguien en su hogar ha solicitado o recibido cualquier cobertura de atención médica de una agencia de servicio social en otro estado o ciudad o condado de Virginia?

Sí No

—En caso afirmativo, indique el estado o la ciudad o el condado de Virginia a continuación:

Estado o ciudad o condado de Virginia

3. ¿Hay alguien en su hogar que esté temporalmente fuera de casa? Sí No

— En caso afirmativo, sírvase proporcionar la siguiente información:

Nombre	Fecha de partida (mm/dd/aaaa)
Motivo de la partida	
¿Dónde reside la persona actualmente?	Fecha prevista de retorno (mm/dd/aaaa)

Si tiene discapacidad visual y necesita una versión en letra grande u otra asistencia para acceder a este documento, comuníquese con nosotros al 1-855-242-8282 (TTY: 1-888-221-1590).

¿NECESITAS AYUDA CON TU SOLICITUD? Visite coverva.dmas.virginia.gov o llámenos al 1-855-242-8282. Si necesita ayuda en un idioma que no sea español, llame al 1-855-242-8282 e infórmele al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin coste alguno para usted. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-221-1590.

Responda a las preguntas 4-11a si alguno de los solicitantes es menor de 65 años

4. ¿Usted o la persona para quien presenta la solicitud es discapacitado? **Sí** **No**

— En caso afirmativo, indique el nombre de las personas:

Nombre de la persona

Nombre de la persona

4a. Medicaid Works es el programa de Medicaid de Virginia para personas con discapacidad que trabajan o desean trabajar. ¿Le interesa solicitar Medicaid Works? **Sí** **No**

5. ¿Usted o la persona para quien presenta la solicitud ha solicitado alguna vez beneficios del Seguro Social, Ingreso Suplementario del Seguro (SSI) o Jubilación Ferroviaria como persona discapacitada?

☐ **Sí** ☐ **No**

— En caso afirmativo, indique el nombre de las personas y la fecha de la solicitud:

Nombre de la persona y fecha de solicitud

Nombre de la persona y fecha (mm/dd/aaaa) de solicitud

6. ¿Usted o alguien en su hogar para quien presenta la solicitud ha recibido aprobación para discapacidad para fines del Seguro Social, SSI, Jubilación Ferroviaria o Medicaid? **Sí** **No**

— En caso afirmativo, indique el nombre de la persona:

Nombre

Nombre

7. Si se le negó la solicitud de beneficios del Seguro Social, SSI o de Jubilación Ferroviaria, ¿presentó una apelación? **Sí** **No**

— En caso afirmativo, díganos el resultado de la apelación:

Explique

8. ¿Han transcurrido menos de 12 meses desde que se le negó la solicitud más reciente para beneficios del Seguro Social, SSI o Jubilación Ferroviaria?

Sí **No**

9. ¿La condición ha cambiado o empeorado desde que se le negó la más reciente solicitud de discapacidad? **Sí** **No**

10. ¿Usted o alguien para quien presenta la solicitud tiene una nueva condición médica desde que se le negó la más reciente solicitud de discapacidad? **Sí** **No**

11. ¿Usted o alguien para quien presenta la solicitud recibió alguna vez beneficios por discapacidad de SSI de la Administración del Seguro Social o pagos de subvención auxiliar?

Sí No

¿Se suspendió el pago? Sí No

11a. En caso afirmativo, explique por qué se suspendieron los pagos:

SECCIÓN 2 Cuidado a largo plazo

Responda a las preguntas 12-14 si usted está presentando una solicitud en nombre de alguien que está en un centro de enfermería o centro de vida asistida, o que requiere el cuidado en un hogar de ancianos o asistencia para permanecer en el hogar

12. ¿Usted o alguna de las personas por las que solicita asistencia necesita atención en un centro de enfermería o ayuda con actividades como bañarse, vestirse, ir al baño, etc., para poder permanecer en su propio hogar? Sí No

12a. ¿Esa persona tiene un cónyuge que vive en otro lugar? Sí No

En caso afirmativo, indique el nombre y la dirección del cónyuge.

(Nota: Conforme a la ley de Virginia las personas se consideran casadas y mutuamente responsables en términos legales hasta que se divorcien)

Nombre

Dirección

13. ¿Usted o alguien para quien presenta la solicitud vive en uno de los siguientes tipos de vivienda?

Centro de vida asistida Centro de enfermería Vivienda en grupo

Hospital u otro centro médico

— Si marcó uno de los anteriores, proporcione la siguiente información:

Nombre	Fecha de ingreso (mm/dd/aaaa)	¿En qué condado era la dirección anterior?
Dirección de la persona antes de ingresar al centro		
Nombre del centro	Dirección del centro	
¿La colocación la hizo una agencia estatal?		

14. ¿La persona en el centro de enfermería o que necesita asistencia en el hogar tiene un seguro para cuidados a largo plazo? Sí No

— En caso afirmativo, sírvase proporcionar la siguiente información:

Nombre de la compañía de seguros	Dirección	Ciudad, Estado, Código postal
Número de póliza	Persona asegurada	¿Es esta una póliza compartida? Sí No

15. ¿Usted o su cónyuge vendió, transfirió, colocó en un fideicomiso/anualidad, o regaló recursos, como su casa u otros bienes inmuebles, dinero en efectivo, cuentas bancarias, o vehículos en los últimos sesenta (60) meses (5 años)? **Sí** **No**

— En caso afirmativo, sírvase proporcionar la siguiente información:

Tipo de propiedades transferidas	Valor al momento de la transferencia \$	Cantidad recibida \$	Fecha de la transferencia
De quién		A quién	
Explique la razón de la transferencia			

Nota: Si ha ocurrido más de una transferencia, por favor adjuntar la documentación de cada transferencia.

SECCIÓN 3 Recursos y Bienes

16. ¿Usted o su cónyuge tiene dinero/efectivo disponible que no esté en el banco? **Sí** **No**

— En caso afirmativo, sírvase proporcionar la siguiente información:

Nombre	Cantidad \$
Nombre	Cantidad \$

17. ¿Usted o su cónyuge tiene cualquiera de los siguientes recursos?

— En caso afirmativo, marque las casillas que correspondan y proporcione la información solicitada a continuación:

Cuenta corriente, cuenta de ahorro plan de compensación diferida Club de Navidad
 Cooperativa de crédito Certificado de depósito Fondos del mercado
 Direct Express Card Yo/Mi cónyuge no tenemos ninguno de estos recursos

1. Nombre del propietario		Nombre del copropietario	
Nombre del banco	Tipo de cuenta	Número de cuenta	Saldo/Valor \$
2. Nombre del propietario		Nombre del copropietario	
Nombre del banco	Tipo de cuenta	Número de cuenta	Saldo/Valor \$
3. Nombre del propietario		Nombre del copropietario	
Nombre del banco	Tipo de cuenta	Número de cuenta	Saldo/Valor \$

¿Su ingreso (beneficios del Seguro Social o de SSI, pensión de jubilación, salarios, etc.) se deposita directamente en alguna de estas cuentas? **Sí** **No** -Si es así, ¿cual cuenta?

Cuenta corriente, cuenta de ahorro plan de compensación diferida Club de Navidad
 Cooperativa de crédito Certificado de depósito Fondos del mercado
 Direct Express Card

18. Debe reportar todas las anualidades que usted y su cónyuge tengan. Usted y su cónyuge podrían tener que designar al estado de Virginia como beneficiario de cualquier anualidad que usted o su cónyuge tengan.

¿Usted o su cónyuge tienen acciones o bonos, fondos fiduciarios, planes de pensiones, cuentas de jubilación, fideicomisos, anualidades, pagarés, o escrituras de fideicomiso? Sí No

— En caso afirmativo, sírvase proporcionar la siguiente información:

1. Nombre del propietario		Nombre del copropietario	
¿Dónde tiene la cuenta?	Tipo de cuenta	Número de cuenta	Saldo/Valor \$
2. Nombre del propietario		Nombre del copropietario	
¿Dónde tiene la cuenta?	Tipo de cuenta	Número de cuenta	Saldo/Valor \$
3. Nombre del propietario		Nombre del copropietario	
¿Dónde tiene la cuenta?	Tipo de cuenta	Número de cuenta	Saldo/Valor \$

19. ¿Usted o su cónyuge tienen algún seguro de vida? Sí No

— En caso afirmativo, sírvase proporcionar la siguiente información:

1. Nombre del propietario	Persona asegurada	Tipo de seguro (por vida o temporal)	
Nombre de la compañía de seguros	Número de póliza	Valor suscrito \$	Valor en efectivo \$
2. Nombre del propietario	Persona asegurada	Tipo de seguro (por vida o temporal)	
Nombre de la compañía de seguros	Número de póliza	Valor suscrito \$	Valor en efectivo \$
3. Nombre del propietario	Persona asegurada	Tipo de seguro (por vida o temporal)	
Nombre de la compañía de seguros	Número de póliza	Valor suscrito \$	Valor en efectivo \$

20. ¿Usted o su cónyuge tienen lotes en el cementerio, arreglos funerarios, o fondos fiduciarios para el entierro? Sí No

— En caso afirmativo, sírvase proporcionar la siguiente información:

Propietario(s)	Artículo/Tipo	Valor/Monto propio \$
Propietario(s)	Artículo/Tipo	Valor/Monto propio \$
Propietario(s)	Artículo/Tipo	Valor/Monto propio \$

21. ¿Usted o su cónyuge tienen bienes inmuebles, tales como una casa, derechos de vivienda/fincas, participaciones en una propiedad indivisa heredada, tierras, edificios o casas móviles?

Sí No — En caso afirmativo, sírvase proporcionar la siguiente información:

Propietario(s)	Tipo de propiedad/Extensión en acres	Valor/Monto propio \$
¿Vive usted en esta propiedad? Sí No	¿La propiedad está en venta actualmente? Sí No	
¿La propiedad está alquilada? Sí No	¿Recibe dinero de esta propiedad? Sí No	

22. ¿Usted o su cónyuge tienen algún vehículo, camión, furgoneta, bote, casa rodante, vehículo recreacional, remolque utilitario, motocicleta o bicicleta a motor con placas o sin placas?

☐ **Sí** ☐ **No** — En caso afirmativo, sírvase proporcionar la siguiente información:

Propietario(s)	Año-Marca-Modelo	Valor/Monto propio \$
Propietario(s)	Año-Marca-Modelo	Valor/Monto propio \$
Propietario(s)	Año-Marca-Modelo	Valor/Monto propio \$

23. ¿Usted o su cónyuge tienen alguna propiedad que se utiliza en la operación de una empresa, tales como maquinaria agrícola, herramientas o ganado? **Sí No**

— En caso afirmativo, sírvase proporcionar la siguiente información:

Propietario(s)	Tipo	Valor \$	Monto propio \$
Propietario(s)	Tipo	Valor \$	Monto propio \$

24. ¿Usted o su cónyuge esperan un cambio en los recursos de este mes o del mes que viene?

Sí No — En caso afirmativo, explique abajo y dé la fecha en la cual espera el cambio:

Explique
Fecha en la que se espera el cambio (mm/dd/aaaa)

SECCIÓN 4 Otros Ingresos

25. ¿Recibe pensión alimenticia por los hijos? **Sí** **No**

— En caso afirmativo, sírvase proporcionar la siguiente información:

Cantidad \$	¿Con qué frecuencia?	¿Los pagos por la pensión alimenticia se encuentran en mora? Sí No
----------------	----------------------	---

26. ¿Recibe beneficios de la Administración de Veteranos? **Sí** **No**

— En caso afirmativo, sírvase proporcionar la siguiente información:

Cantidad \$	¿Con qué frecuencia?	Tipo
----------------	----------------------	------

27. ¿Alguien le ayuda a pagar, o le presta dinero para pagar alquiler, servicios públicos, gastos médicos, o cualquier otra cuenta? **Sí** **No**

— En caso afirmativo, sírvase proporcionar la siguiente información:

Persona que recibe el dinero	Persona que proporcione la ayuda
Tipo de ayuda recibida	Cantidad \$
¿El dinero le llega directamente a usted?	Sí No
¿Es un préstamo?	Sí No
¿Se espera que pague el dinero?	Sí No
Persona que recibe el dinero	Persona que proporcione la ayuda
Tipo de ayuda recibida	Cantidad \$
¿El dinero le llega directamente a usted?	Sí No
¿Es un préstamo?	Sí No
¿Se espera que pague el dinero?	Sí No

Firme la solicitud

Firmo esta solicitud bajo pena de falso testimonio, que significa que he proporcionado respuestas verdaderas a todas las preguntas de esta solicitud según mi leal saber y entender. Sé que puedo estar sujeto a sanciones conforme a la ley federal si proporciono información falsa.

Firma

Relación con el solicitante

Fecha (mm/dd/aaaa)