

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

APÉNDICE F

Complete el Apéndice F si solicita cobertura de atención médica para: Alguien que necesita cuidados de un centro de enfermería o atención en un centro comunitario especializados, entre 19 a 64 años de edad y quien no es elegible para o está inscrito en Medicare.

¿Para qué se usa el Apéndice F?

El apéndice F reúne información adicional necesaria para determinar su elegibilidad para que Medicaid le ayude a pagar los costos de servicios de atención a largo plazo (centro de enfermería o centro comunitario especializados).

El apéndice F 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 F con la solicitud.

Si usted esta llenando el Apéndice F para otra persona, responda a las preguntas para esa persona.

SECCIÓN 1 Cuidado a largo plazo

Responda a las preguntas 1-4 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 (centro comunitario especializados)

1. ¿Usted o alguien para quien presenta la solicitud necesita atención en un centro de enfermería o ayuda para actividades como bañarse, vestirse, ir al baño, etc., para que pueda permanecer en su propio hogar? Sí No

Nombre

Dirección

2. ¿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 (mm/dd/aaaa) de ingreso	¿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? **Sí** **No**

3. ¿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

¿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**.

4. ¿Usted o su cónyuge vendió, transfirió, colocó en un fideicomiso/anualidad, o regaló recursos, como su casa u otros 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 2 Recursos y Bienes

5. 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 pensión vitalicia, fideicomisos, anualidades, pagarés, o escrituras de fideicomiso?

Sí **No**

— En **caso** afirmativo, sírvase proporcionar la siguiente información:

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 \$

6. ¿Usted o su cónyuge tiene una participación en bienes inmuebles que sirve o sirvió como su residencia principal? **Sí** **No**

¿Usted o su cónyuge tiene un dependiente menor de 21 años de edad o un hijo discapacitado de cualquier edad que en la actualidad vive con usted? **Sí** **No**

Si respondió **No**, cual es el valor del inmueble/propiedad \$_____ Cuanto usted debe \$_____

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

¿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**.