

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

APÉNDICE F

Complete el Apéndice F si solicita cobertura médica para una persona que necesita Servicios y Apoyos a Largo Plazo (LTSS) en un centro de enfermería o en la comunidad, que tiene entre 19 y 64 años y que no es elegible ni está inscrita en Medicare.

¿Para qué se usa el Apéndice F?

El Apéndice F recopila información adicional necesaria para determinar su elegibilidad para el pago de Medicaid por los LTSS proporcionados en un centro de enfermería o en la comunidad.

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

¿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**.