

Esta solicitud será tomada en cuenta sin importar la raza, color de la piel, sexo, edad, discapacidad, religión, origen nacional, o creencias políticas.

Georgia Department of Human Resources
(Departamento de Recursos Humanos del Estado de Georgia)

SOLICITUD DE MEDICAID

SOLO PARA USO DEL CONDADO:
Fecha de recepción en el Depto. Del condado:

Marque la casilla o casillas que le correspondan:

- Mujer embarazada
- Sólo para niño(s) – RSM
- Familias con niños – LIM

ATENCIÓN: Una entrevista en persona no es necesaria para las solicitudes de Medicaid. Por favor, responda todas las preguntas lo más completo y preciso posible. Si usted no puede entender o llenar la solicitud, por favor, notifíquese al personal del Departamento de Servicios para Familias y Menores (DFCS, por sus siglas en inglés) y se le proporcionará ayuda gratuita:

| | | | | | |
|------------------------------------------------------------------------|--|----------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|
| Su nombre (Utilice letra de molde.) NOMBRE: | | SEGUNDO NOMBRE | APELLIDO | Fecha de nacimiento: | La fecha del día de hoy: |
| Dirección postal: | | | Ciudad: | Estado: | Código postal: |
| Dirección de su domicilio (si esta es distinta a la dirección postal): | | | Número(s) telefónico(s): | No. de Seguro Social | |

Por favor, liste a todas las personas que viven con usted para las cuales desea Medicaid. Incluya su nombre en la lista si desea Medicaid para usted.

| Nombre | Inicial | Apellido | Sufijo (hijo, "junior") | Raza | Sexo M/F | Fecha de nacimiento | Parentesco con usted | No. de Seguro Social | ¿Es esta persona ciudadana de EE.UU.? Sí/No Ud. puede calificar para Medicaid aun cuando su respuesta sea No | ¿Vive el padre del niño en la casa con usted? Sí/No | ¿Vive la madre del niño en la casa con usted? Sí/No |
|--------|---------|----------|-------------------------|------|----------|---------------------|----------------------|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |

Por favor, liste a todas las personas que viven con usted y para las cuales NO desea Medicaid. Incluya su nombre en la lista si usted no desea Medicaid. No es necesario que presente número de seguro social o estado migratorio para todos aquellos que no soliciten Medicaid. Si se nos proporciona el número de seguro social, éste se utilizará para compararlo con datos computarizados de otras agencias y esto pudiera ayudar con el proceso de la solicitud de su niño. No divulgaremos su información a la Oficina de Ciudadanía e Inmigración (antes conocida como Dirección General de Inmigración y Naturalización).

| | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |

¿Hay alguien en su hogar que esté embarazada? Sí No Si su respuesta fue sí, ¿quién está embarazada? _____ Fecha de parto _____

Por favor, mande adjunto el comprobante de embarazo, si lo tiene.

¿Hay alguien en su hogar que tenga seguro médico? Sí No Si su respuesta fue sí, liste la compañía de seguro y el número de póliza a continuación:

Georgia Department of Human Resources
(Departamento de Recursos Humanos de Georgia)

INGRESOS, RECURSOS ECONÓMICOS Y CUIDADO DE NIÑOS

Indique en la lista todos los ingresos que reciben las personas que incluyó en la lista de la página anterior de esta solicitud. Asegúrese de escribir la cantidad que estos reciben antes de las deducciones. Adjunta incluya una hoja extra si es necesario. Nosotros, basados en el tipo de Medicaid, decidiremos cuál de los ingresos deberá incluirse y cuál deberá excluirse. Si usted está solicitando Medicaid sólo para niños o para mujer embarazada, no deberá llenar las secciones de Recursos/vehículos a continuación.

| Ingreso | Cantidad bruta que recibe por cheque (cantidad antes de que le hayan hecho deducciones) | ¿Cada cuándo le pagan (semanal, quincenal, mensual, etc.)? | Nombre de la persona que lo recibe | Recursos | | | | Cantidad en la cuenta/el valor | ¿Quién es el dueño del recurso? |
|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------------------------------|--------|-----|-------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| | | | | | | | | | |
| Salarios/ganancias | | | | Efectivo | | | | | |
| Patrón actual: | | | | Cuenta de cheques | | | | | |
| Salarios/ganancias | | | | Cuenta de ahorros | | | | | |
| Patrón actual: | | | | Unión crédito | | | | | |
| Ingresos del Seguro Social | | | | Cuenta de retiro 401K | | | | | |
| Indemnización por accidentes laborales (<i>Worker's Compensation</i>) | | | | Otro | | | | | |
| Pensiones o beneficios de jubilación | | | | Vehículo(s): Autos, camionetas, motocicletas (con placa) | | | | | |
| Manutención de niños/contribuciones | | | | Marca | Modelo | Año | Cantidad que debe | | |
| Beneficios por desempleo | | | | | | | | | |
| Otros ingresos Especifique, por favor. | | | | | | | | | |

¿Paga usted por cuidado de niños (o cuida a un adulto que no puede valerse por sí mismo) para que alguien en su casa pueda trabajar?

| Nombre del padre de familia que trabaja | Nombre del niño o adulto que recibe cuidados | Nombre de la persona que proporciona los cuidados | Cantidad del pago | ¿Qué tan seguido (semanal, quincenal, mensual, etc.)? |
|-----------------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------|-------------------------------------------------------|
| | | | | |
| | | | | |

Si usted está solicitando Medicaid para niños y uno o ambos de los padres de estos no se encuentran en el hogar, por favor, proporcione la siguiente información:

| Nombre del niño | Nombre del padre ausente (Madre/Padre) | ¿Tienen cobertura médica para el niño? Sí/ No | Si respondió que sí al seguro médico, por favor, indique el nombre de la compañía de seguro y el número de grupo. |
|-----------------|----------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | |
| | | | |

Certifico que la información que he proporcionado en esta solicitud es cierta y correcta a mi mejor saber y entender. Comprendo que esta información pudiera ser verificada para poderse determinar si se reúnen los requisitos necesarios. Entiendo que se pudiera solicitar información sobre ingresos y salarios a través del Departamento del Trabajo en Georgia con el fin de verificar y determinar si se califica para recibir Medicaid. Estoy de acuerdo en asignar al gobierno del estado todos los derechos de pago por el apoyo de servicios médicos y servicios de terceras partes (beneficios médicos y por hospital).

Entiendo que debo informar sobre cualquier cambio de ingresos o de circunstancias en un período no mayor a (10) días a partir de la fecha en que yo tenga conocimiento de dichos cambios.

Firma del interesado, del Padre o Madre o Tutor (obligatorio): _____ Fecha _____