

El Apéndice E no es una solicitud independiente. Envíelo a pedido del Departamento Local de Servicios Sociales (LDSS) luego de presentar la Solicitud para la Cobertura Médica y Ayuda para el Pago de Costos.



Nombre del solicitante _____

Número de caso _____

Fecha de recibido _____

Solicitud para la Cobertura Médica y Ayuda para el Pago de Costos APÉNDICE E (Deducción para individuos médicamente necesitados)

Complete el Apéndice E si usted ha enviado su solicitud de cobertura médica para una persona médicamente necesitada (que tiene ingresos mayores al límite de Medicaid y le gustaría que se lo evaluara en base a ingresos, recursos y gastos médicos). Los solicitantes de familias de bajos ingresos con hijos (LIFC) no pueden ser evaluados como médicamente necesitados.

SECCIÓN 1 Recursos y Bienes

Conteste las preguntas considerando a el/la solicitante y a su esposo/a y/o padres y hermanos/as (si el/la solicitante es menor de edad). Incluya todos los recursos que posean todos ellos, o que sean de propiedad conjunta con otra persona, incluso si esa persona no vive con usted. Enumere los nombres de todos los copropietarios. **¿Usted o alguien que viva con usted es dueño de alguno de los siguientes recursos o bienes?**

| Sí | No | Sí | No | Sí | No |
|--------------------------|---|--------------------------|--|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Efectivo \$ _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Vehículos Automotores | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Acciones o Bonos |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Cuentas corrientes o de ahorro | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Bienes Inmuebles | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Anualidades |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Unión de Crédito | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Seguro de Vida | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Escritura de Fideicomiso |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Fondos del Mercado Monetario | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Planes para Entierros | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Fondos Fiduciarios |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Certificado de depósito (CD) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Cuentas de Jubilación | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Otros |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Cuenta de Autosuficiencia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Plan de Pensión | | |

IMPORTANTE: Si usted tiene **cualquiera de los recursos anteriores**, sírvase a brindar la siguiente información y documentos, como extractos bancarios, pólizas de seguros de vida, o una carta del banco o compañía que documente el **valor en efectivo del recurso**. Verifique cualquier gravamen que podría reducir el valor en efectivo. Utilice páginas adicionales para enumerar recursos adicionales.

Complete la siguiente sección para cualquier respuesta que haya sido **afirmativa**.

| | | | |
|--|-----------------|---|---------------------|
| Nombre del propietario (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) a. | | Nombre del copropietario (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) | |
| Nombre del Banco, Institución o Compañía | Tipo de recurso | Número de identificación | Saldo o Valor \$ |
| Dirección del Banco, Institución o Compañía (si corresponde) | | | |
| Nombre del propietario (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) b. | | Nombre del copropietario (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) | |
| Nombre del Banco, Institución o Compañía | Tipo de recurso | Número de identificación | Saldo o Valor \$ |
| Dirección del Banco, Institución o Compañía (si corresponde) | | | |
| Nombre del propietario (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) c. | | Nombre del copropietario (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) | |
| Nombre del Banco, Institución o Compañía | Tipo de recurso | Número de identificación | Saldo o Valor \$ |
| Dirección del Banco, Institución o Compañía (si corresponde) | | | |

| | | | |
|--|-----------------|---|---------------------|
| Nombre del propietario (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) d. | | Nombre del copropietario (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) | |
| Nombre del Banco, Institución o Compañía | Tipo de recurso | Número de identificación | Saldo o Valor \$ |
| Dirección del Banco, Institución o Compañía (si corresponde) | | | |

SECCIÓN 2 Ingresos Adicionales

¿Usted o alguien que viva con usted (incluso niños) recibe o espera recibir algo de lo siguiente?

- | | | | | | |
|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|---|--------------------------|
| Sí | No | Sí | No | Sí | No |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Indemnización por accidente laboral | | Beneficios para veteranos (VA) | | Otros (incluso obsequios, ingresos por seguros de vida, herencias, etc.). | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Manutención infantil | | Pagos únicos | | | |

IMPORTANTE: Si usted contestó que "sí" arriba, sírvase brindar la siguiente información y documentos, como una carta de la fuente que documente **el importe bruto mensual del ingreso**. Si es necesario, utilice páginas adicionales para enumerar fuentes adicionales de ingresos.

Complete la siguiente sección para cualquier respuesta que haya sido **afirmativa**.

| | | | |
|-----------------------------------|---------------|------------------------|--------------------------------|
| Nombre de la persona a. | Importe \$ | Tipo de dinero o Ayuda | ¿Con qué frecuencia lo recibe? |
| Nombre de la persona b. | Importe \$ | Tipo de dinero o Ayuda | ¿Con qué frecuencia lo recibe? |
| Nombre de la persona c. | Importe \$ | Tipo de dinero o Ayuda | ¿Con qué frecuencia lo recibe? |
| Nombre de la persona d. | Importe \$ | Tipo de dinero o Ayuda | ¿Con qué frecuencia lo recibe? |

¿Alguien tiene un gasto por guardería por un niño, o centro de atención para personas mayores o adultos discapacitados? Sí No

— Si la respuesta es "sí", proporcione el nombre de la persona que recibe los cuidados, el nombre de la persona que brinda los cuidados, el costo mensual y adjunte una verificación.

| | | |
|--|--|---------------------|
| Nombre de la persona que recibe los cuidados | Nombre de la persona que brinda los cuidados | Costo mensual \$ |
|--|--|---------------------|

Firme el Formulario

Firmo esta apéndice 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

Enviar:

- Apéndice E firmado
- Extractos bancarios, pólizas de seguros de vida, o una carta del banco o compañía que documente el valor en efectivo del recurso y verificación de cualquier gravamen que reduzca el valor en efectivo.
- Recibos de pago o carta de la fuente que documente el importe bruto mensual del ingreso.
- Verificación de gastos médicos