



STEVE SISOLAK
Governor

STATE OF NEVADA
DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES
DIVISION OF WELFARE AND SUPPORTIVE SERVICES

RICHARD WHITLEY, MS
Director

STEVE H. FISHER
Administrator

MEDICAID



Fecha: _____
Nombre del Caso: _____
Número del Caso: _____

MAABD - ADENDA

Por favor, complete las siguientes preguntas para que su solicitud de asistencia médica pueda ser evaluada correctamente.

¿Han estado usted o su cónyuge en un hospital, asilo de ancianos u otra institución médica durante los últimos 3 meses? Usted Cónyuge

¿Está usted o su cónyuge actualmente en un hospital, asilo de ancianos u otra institución médica? Sí No

En caso afirmativo ¿quién?: _____ Fecha de ingreso: _____ Fecha de salida: _____

Nombre de la institución/Dirección: _____

¿Ha sido usted o su cónyuge lesionado en un accidente? Sí No ¿Quién? _____ ¿Cuándo? _____

Si usted o su cónyuge reside en una institución médica, independientemente del estado de salud, ¿tiene la intención de volver a casa? Sí No

Marque la casilla para todos los recursos que tiene usted o un miembro de su hogar:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Cuentas individuales de dinero indígena (IIM) | <input type="checkbox"/> Otros tipos de cuentas |
| <input type="checkbox"/> Fondos/Planes de entierro | <input type="checkbox"/> Cuentas de retiro individuales (IRA) | <input type="checkbox"/> Otras casas, terrenos o edificios |
| <input type="checkbox"/> Cuentas de cheques comerciales | <input type="checkbox"/> Cuentas Keogh (401K) | <input type="checkbox"/> Pagarés o contratos |
| <input type="checkbox"/> Equipo de negocios/Inventario | <input type="checkbox"/> Derechos sobre Tierra/Minerales | <input type="checkbox"/> Caja fuerte |
| <input type="checkbox"/> Dinero en efectivo disponible \$ _____ | <input type="checkbox"/> Herencia en vida/Arrendamientos en vida | <input type="checkbox"/> Cuentas de ahorros |
| <input type="checkbox"/> Certificados de depósito (CD) | <input type="checkbox"/> Seguros de vida | <input type="checkbox"/> Bonos de ahorro |
| <input type="checkbox"/> Cuentas de cheques | <input type="checkbox"/> Ganado/Caballos | <input type="checkbox"/> Acciones/Bonos |
| <input type="checkbox"/> Club de Navidad | <input type="checkbox"/> Reclamos mineros | <input type="checkbox"/> La casa donde vive |
| <input type="checkbox"/> Cuentas de asociaciones de crédito | <input type="checkbox"/> Fondos fiduciarios disponibles _____ | <input type="checkbox"/> Fondos Fiduciarios no disponibles |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ | | |

Si usted ha marcado cualquiera de las casillas anteriores por favor proporcione detalles a continuación.

Dueño(s)	Tipo de Recurso	Cuenta/Póliza#	Valor	Cantidad debida



¿Está designado alguno de los recursos mencionados anteriormente para costos de entierro? Sí No
 ¿Cuál? _____

Enumere todos los automóviles, camiones, vehículos de recreación, remolques, etc. que usted tiene o está comprando. Incluya vehículos que no están actualmente funcionando.

Dueño(s)	Año, Marca y Modelo	Valor	¿Está matriculado el vehículo?	Dueño(s)	Año, Marca y Modelo	Valor	¿Está matriculado el vehículo?

¿Alguien ha transferido, vendido, intercambiado o regalado dinero, vehículos, propiedades u otros recursos, cerrado alguna cuenta de banco o comprado anualidades en los últimos 60 meses? Sí No

En caso afirmativo, anote la fecha: _____ Lo que fue entregado: _____ Valor: _____ Precio total de venta: _____

¿Ha usted o su cónyuge ejecutado un fondo fiduciario, anualidades, orden judicial y/o comprado un pagaré, un préstamo, o herencia en vida?

Sí No En caso afirmativo, adjunte una copia(s) del documento(s) con esta solicitud.

Tenga en cuenta que, en virtud de las disposiciones de la asistencia médica para el cuidado institucional, anualidades compradas a partir del 08 de febrero 2006 deben nombrar el Estado de Nevada como beneficiario restante.

INFORMACIÓN DE INGRESOS

¿Reciben usted o su cónyuge ingresos de cualquier otra fuente aparte de la Seguridad Social? Sí No

Nombre	Frecuencia de ingresos	Cantidad



INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE

Por favor, complete la siguiente información sobre su cónyuge actual y anterior, incluso si usted está separado pero no divorciado. Si su cónyuge ha fallecido, complete toda la información que sea posible.

Nombre de cónyuge:			
Dirección:			
Número de Seguro Social:		Fecha de nacimiento:	
¿Es usted divorciado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Está separado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es usted viudo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Fecha del divorcio:	Fecha de separación:	Fecha en que enviudó:	
Nombre del empleador/Dirección:		Información de seguro médico:	¿Está usted cubierto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Empleado del ferrocarril o del gobierno federal o local? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Años empleado:
Número de reclamación para el ferrocarril o el gobierno:			
¿Veterano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Número de reclamación :	

Nombre de cónyuge:			
Dirección:			
Número de Seguro Social:		Fecha de nacimiento:	
¿Es usted divorciado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Está separado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es usted viudo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Fecha del divorcio:	Fecha de separación:	Fecha en que enviudó:	
Nombre del empleador/Dirección:		Información de seguro médico:	¿Está usted cubierto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Empleado del ferrocarril o del gobierno federal o local? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Años empleado:
Número de reclamación para el ferrocarril o el gobierno:			
¿Veterano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Número de reclamación :	

Con el fin de ayudarnos a procesar su solicitud a tiempo, por favor proporcione la verificación de los ingresos y recursos que usted ha enumerado en este formulario. Proporcione copias del estado de cuenta bancario más actual para todas las cuentas, el valor de los seguros de vida, y la matrícula del vehículo.

Firma del cliente	Nombre con letra de molde	Fecha	Número de teléfono
-------------------	---------------------------	-------	--------------------

Firma del cónyuge	Nombre con letra de molde	Fecha	Número de Teléfono
-------------------	---------------------------	-------	--------------------

Sólo para uso de la oficina	
<input type="checkbox"/> Telephone call to applicant (Date): _____	<input type="checkbox"/> Copy of form mailed to applicant (Date): _____

