



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?<br><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?<br><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

Telephone call to applicant (Date): \_\_\_\_\_

Copy of form mailed to applicant (Date): \_\_\_\_\_

